

B.-M. Kurth

Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut,
Berlin

Epidemiologie und Gesundheitspolitik

Über das Zusammenspiel von Politik und Wissenschaft und seine Schwierigkeiten

Politik und Wissenschaft haben sich über einen historisch langen Differenzierungsprozess in unserem Kulturkreis zu getrennten Systemen entwickelt. Die Unabhängigkeit der Wissenschaft von der Religion und von der lange Zeit durch sie geprägten Politik ist ein Fortschritt, die zur freien Entfaltung von Wissenschaft und Forschung geführt hat.

Die Politik als die Gesamtheit der Verfahren und Handlungen einzelner Institutionen und Organisationen zur Regelung öffentlicher Entscheidungen bedarf ob ihrer Komplexität zunehmend der Einbringung von Sachverstand in den politischen Willensbildungsprozess. Insbesondere in demokratischen Staatsformen suchen Politiker Politikberatung durch die Wissenschaft. Beim Prozess der Politikberatung gibt es verschiedene Erfahrungswerte und Varianten des Zusammenspiels, die sich in Anlehnung an Habermas in 3 Modelle klassifizieren lassen.

Technokratisches Modell. Das erste und kaum realisierte Modell des Zusammenwirkens von Politik und Wissenschaft besteht darin, dass die Wissenschaft und die Technik der Politik übergeordnet werden. Die wissenschaftliche Entwicklung könnte politische Entwicklungen vorschreiben, sodass die Politik selbst an Eigenständigkeit und Einflussnahme verliert.

Dezisionistisches Modell. Im Unterschied dazu gibt es das dezisionistische Modell,

in dem die Wissenschaft wertfreie Informationen liefert auf deren Grundlage der Politiker Entscheidungen fällt. Allein der Politiker ist dabei der Wertende und Folgernde. In dieser Art des Zusammenwirkens hätte die Wissenschaft lediglich eine Dienstleistungsfunktion.

Pragmatisches Modell. Die praktischen Erfahrungswerte in der Bundesrepublik zum Zusammenspiel von Politik und Wissenschaft genügen keinem der beiden vorgestellten Modelle, vielmehr ist der Beratungsprozess, den die Wissenschaft für die Politik zu leisten hat, eine Gemeinschaftsaufgabe, auch wenn die Entscheidungen letztendlich beim Politiker bleiben müssen. Aber auch die Wissenschaftler treffen eine Fülle von Entscheidungen und Wertungen, bevor sie überhaupt in den Beratungsprozess eintreten und Handlungsoptionen formulieren. Insofern ist die Kommunikation zwischen Politikern und Wissenschaftlern sehr wesentlich für das Gelingen des wechselseitigen Beratungsprozesses.

Nach Auffassung von Carl Friedrich Gethmann bezieht sich das Ethos der Wissenschaftler in der heutigen Zeit „nicht nur auf das, was er als Wissenschaftler selber tut (z. B. das sorgfältige Experimentieren oder korrekte Argumentieren), sondern auch auf das, was er in die Gesellschaft hinein tut und womit er mehr oder weniger weitgehend gesellschaftliche Entscheidungen beeinflusst und prägt“ [1].

Nicht erst seit den aktuellen Erfahrungen von Prof. Dr. Paul Kirchhoff, anerkannter Wirtschaftswissenschaftler an der Universität Heidelberg, der mit sei-

nem wissenschaftlich fundierten Konzept für eine Steuerreform ungeschützt in die Politik gehen wollte und daran scheiterte, ist bekannt, dass die Versuche der Einflussnahme auf politische Beratungsprozesse nicht immer erfolgreich verlaufen. Die Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Politikern sind durch Unterschiede in Sprache und Denken, in der Zielsetzung des eigenen Wirkens und in den ihnen zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmenbedingungen begründet (■ **Tabelle 1**).

So baut ein Wissenschaftler seine Expertise über lange Jahre systematisch und gewissenhaft durch die Akkumulation von Wissen und die tiefe Kenntnis seines Arbeitsgebiets auf. Für einen Politiker spielt der Zeitfaktor (auch in Anbetracht kurzer Wahlperioden) eine bedeutendere Rolle, und die Kurzfristigkeit von Ergebnissen ist häufig wichtiger als deren Qualität. Die Aufmerksamkeitsdauer für ein bestimmtes Problem ist bei Politikern kurz, sie brauchen schnelle Informationen und sind darauf angewiesen, diese immer neu für wechselnde unterschiedliche Themengebiete zur Verfügung gestellt zu bekommen. Ein Wissenschaftler spezialisiert sich wiederum über die lange Zeitperiode seiner Wissensaneignung auf ein relativ schmales Gebiet. Sein Ziel besteht letztendlich darin, hier hochwertige Arbeiten (mit hohem Impactfaktor in anerkannten Journalen) zu publizieren, Erfolg in der Wissenschaft zu haben, was sich letztendlich durch **Patente**, **Professuren** und durch **Preise** dokumentiert. Die Ziele eines Politikers umfassen hingegen zum einen die Fähigkeit, **praktische Maßnahmen** in Kri-

Tabelle 1

Unterschiede zwischen Wissenschaftlern und Politikern		
	Wissenschaftler	Politiker
Sprache	Fachspezifisch, für Nichtwissenschaftler schwer zu verstehen	Oft vereinfachend und populistisch, soll von der ganzen Bevölkerung verstanden werden
Zeitplanung	Ansammlung von Spezialkenntnissen und Expertise über einen langen Zeitraum	Einhaltung eines Zeitplans geht oftmals vor Qualität
Aufmerksamkeitsspanne	Lang: Kumulativer Prozess der Erkenntnisfindung	Kurz: Suche nach schnell verfügbaren Informationen zu einer Vielfalt wechselnder Themen
Ziele (PPP)	Fortschritt der Wissenschaft, Publikationen (Impact-Faktor), Patente, Professuren	Krisenmanagement, öffentliche Unterstützung, Politik, Praxis, Popularität

Tabelle 2

Wissenschaft und Politik: existierende Probleme		
	Wissenschaftler	Politiker
Sind skeptisch	ob Politik überhaupt in der Lage ist oder sein kann, Forschungsergebnisse überhaupt sinnvoll zu nutzen	gegenüber der Nützlichkeit von Forschung
Sind frustriert, weil	Politiker die komplexen wissenschaftlichen Resultate gar nicht verstehen können	Wissenschaftler keine schnellen, klaren, einfachen Antworten geben können
Fühlen sich verpflichtet	Editoren von peer reviewed journals, Wissenschaftsräten, Forschungsförderern	politischen Parteien, Steuerzahlern, Wählern

sensituationen mit Erfolg managen zu können, vorweisbare politische Ergebnisse zu haben, populär in der Bevölkerung zu sein und ... möglichst wieder gewählt zu werden.

Aus diesen Unterschieden resultieren folgerichtig Schwierigkeiten in der Kommunikation und damit verbunden eine gewisse Skepsis, was das Zusammenwirken von Wissenschaft und Politik betrifft. Die Skepsis der Politiker rührt daher, dass sie den praktischen Nutzen der zur Umsetzung angebotenen Forschungsergebnisse oftmals nicht sehen. Die Wissenschaftler sind hingegen skeptisch, inwieweit die Politik überhaupt in der Lage sein kann, entsprechende Forschungsergebnisse sinnvoll zu nutzen. Das Ergebnis ist Frustration auf beiden Seiten: Wissenschaftler resignieren, weil die Politiker die ihnen angebotenen komplexen wissenschaftlichen Resultate gar nicht verstehen können oder wollen. Politiker klagen darüber,

dass Wissenschaftler nicht in der Lage seien, schnelle und einfache Antworten auf einfache Fragen zu geben, sich kurz zu fassen und „auf den Punkt“ zu kommen. Wer aufmerksam Interviews mit Wissenschaftlern verfolgt, wird feststellen, dass sie sich häufig im „einerseits“ und „andererseits“ ergehen und sich, aus wissenschaftlicher Rechtfertigung heraus selten, zu klaren „Ja-Nein-Aussagen“ durchringen können. Das ist aber wiederum das, was Medien und Politiker erwarten. Die vergrößerte und zum Teil auch entstellende Darstellung wissenschaftlicher Ergebnisse durch die Medien selbst und deren politische Instrumentalisierung schaden dem Ruf der Wissenschaft.

Sowohl Wissenschaftler als auch Politiker fühlen sich bestimmten Personengruppen verpflichtet bzw. haben ihnen gegenüber eine Rechenschaftspflicht. Es erstaunt nicht, dass sich diese Gruppen unterscheiden. Der Politiker fühlt sich politi-

schen Parteien, seinen Wählern, den Steuerzahlern, zu Teilen auch den Medien verpflichtet, während der Wissenschaftler sich ausrichtet an der wissenschaftlichen Gemeinde seines Forschungsgebietes, an den Herausgebern hochrangiger Wissenschaftsjournale und an wissenschaftlichen Räten oder Beiräten, aber auch an potenziellen Geldgebern für seine Forschung (Zusammenfassung in **■ Tabelle 2**).

Die hier aufgeführten Unterschiede und Probleme zwischen Wissenschaftlern und Politikern führen zur These der „zwei Welten“, die versuchen müssen, miteinander in Verbindung zu treten. Choi et al. unterstreichen in ihrer Arbeit „Can scientists and policy makers work together?“ [2], dass das zunehmende Interesse der Gesellschaft an einer transparenten, nachvollziehbaren Politik dazu führen muss, dass sich diese beiden Welten einander annähern, sowohl in der Fähigkeit, einen Dialog zu führen, als auch im Verantwortungsbewusstsein für die gesellschaftlichen Entwicklungen und im gegenseitigen Verständnis für Denk- und Entscheidungsprozesse. „Es geht bei der Politikberatung keineswegs bloß um das Freizeit-hobby mancher Wissenschaftler oder um die Tätigkeit außerwissenschaftlicher Anwender, sondern um einen genuinen Aspekt wissenschaftlicher Arbeit in Erfüllung des ‚praktischen Sinns‘ der Wissenschaft.“ [1]

Was haben Epidemiologie und Gesundheitspolitik miteinander gemeinsam?

Die Epidemiologie ist mehr als andere, in der Grundlagenforschung angesiedelte, medizinische Wissenschaftsgebiete anwendungsorientiert. Sie befasst sich mit der Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung, mit der Verbreitung von Gesundheitsrisiken und den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände. Als die Basiswissenschaft von Public Health ist sie der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung verpflichtet. Ihre Ergebnisse sind wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Evaluation von Präventions- und Interventionsstrategien.

Gesundheitspolitik hat die Entscheidung zu treffen über die Veranlassung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung unter Be-

rücksichtigung der finanziellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die Epidemiologie erbringt Ergebnisse, die der Gesundheitspolitik die nötigen Informationen über mögliche und erforderliche Maßnahmen zur Kontrolle und Prävention von Gesundheitsproblemen sowie zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung liefern. Insofern könnten Epidemiologie und Gesundheitspolitik idealerweise eine symbiotische Einheit bilden.

Der Umstand aber, dass oftmals aus Sicht der Gesundheitswissenschaftler wichtige Ergebnisse unbeachtet, unberücksichtigt und damit wirkungslos bleiben, sowie auch die Misslichkeit, dass es gesundheitspolitische Fragestellungen und Informationsbedürfnisse gibt, die die Epidemiologie aktuell einfach nicht bedienen kann, weisen darauf hin, dass sich in der Realität recht vielfältige Schwierigkeiten im Zusammenspiel zwischen Gesundheitspolitik und Epidemiologie ergeben. Diese Probleme unterscheiden sich kaum von den zuvor beschriebenen zwischen Wissenschaft und Politik im Allgemeinen.

Die Epidemiologie findet sich mit ihren Resultaten häufig in den Schlagzeilen, daher kann sie sich über mangelndes öffentliches Interesse nicht beklagen. Leider geschieht das aber auch in Zusammenhängen, in denen sie sich gegen den medialen Missbrauch ihrer Resultate wehren muss: Erinnert sei hier an die spektakulären Meldungen zur Krebs erregenden Wirkung der Hausvogelhaltung, von gegrilltem Fleisch, von Asbestfasern in der Luft, Mülldeponien in der Nachbarschaft, Sendemasten in der Umgebung, Strahlung vom Handy und Sonne am Himmel. Alle diese Risiken wurden in epidemiologischen Studien tatsächlich gefunden, auch sehr differenziert nach Dosis und Wirkung untersucht, aber nicht korrekt kommuniziert. Damit kam es zu Ängsten bis hin zur Panik in der Bevölkerung, was Politiker nicht selten so unter Druck setzte, dass gesundheitspolitische Maßnahmen getroffen wurden, deren Finanzierung wegen des beschränkten Budgets zu Lasten von (im Sinne von Public Health) wichtigeren Maßnahmen gehen musste. Dies beschädigt die Glaubwürdigkeit der Epidemiologie.

Solche Verwerfungen in der gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzung unter Missbrauch der Epidemiologie einfach

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:637–647
DOI 10.1007/s00103-006-1291-y
© Springer Medizin Verlag 2006

B.-M. Kurth

Epidemiologie und Gesundheitspolitik

Zusammenfassung

Die Arbeit nimmt Stellung zu den komplexen Zusammenhängen von Epidemiologie und Gesundheitspolitik. Dabei wird zuerst auf die verschiedenen Modelle der Politikberatung und die dabei auftretenden Wechselwirkungen und Probleme zwischen Politik und Wissenschaften im Allgemeinen eingegangen. Dies leitet über zu den etwas spezielleren Problemen der Epidemiologie und Gesundheitspolitik. Die Epidemiologie, die die Verteilung von Gesundheit, gesundheitsrelevanten Faktoren und Krankheit in der Bevölkerung systematisch untersucht, bietet gute Voraussetzungen für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Welche Schwierigkeiten und Chan-

cen es im konkreten Fall geben kann, wird in dieser Arbeit sowohl systematisch als auch exemplarisch untersucht. Das Fazit besteht darin, dass Politiker und Epidemiologen sich um einen gleichberechtigten Kommunikationsprozess bemühen und dazu erforderliche Fähigkeiten und Kenntnisse weiterentwickeln müssen. Das Wissen um unterschiedliche Denkweisen, Zielsetzungen, Wertesysteme und sprachliche Erfordernisse ist dabei hilfreich.

Schlüsselwörter

Epidemiologie · Gesundheitspolitik · Politikberatung · Evidenzbasierung · Public Health

Epidemiology and health policy

Abstract

This work comments on the complex relationship between epidemiology and health policy. In a first step different models of scientific advice in policy and interactions between policy and science are regarded in general. In a second step the more special problems in the relationship between epidemiology and health policy are discussed. Epidemiology investigates the distribution of health, illness and risk factors in a population in a systematic way. This gives the basis for evidence-based policy. The difficulties and chances in this process are explained in

a systematic as well as in an exemplary way. As a conclusion, politicians and epidemiologists should enter into a process of communication and develop the necessary abilities. The knowledge of differences in thinking, aims and values may be helpful in this process.

Keywords

Epidemiology · Health policy · Scientific advice in policy · Evidence base · Public health

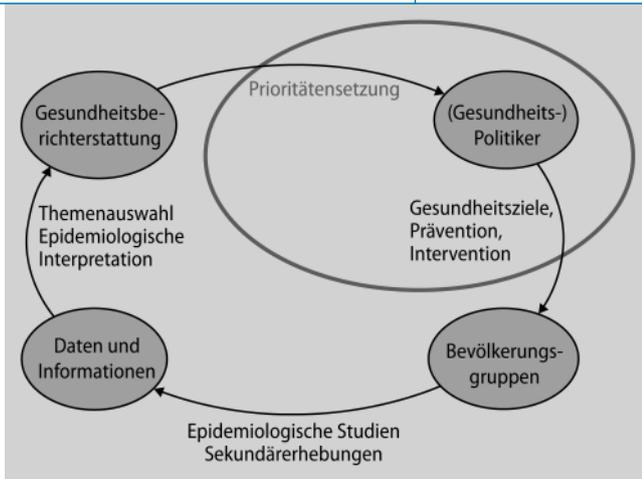


Abb. 1 ◀ Prozess der Gesundheitsberichterstattung

mit Medienschelte abtun zu wollen, würde der Problematik nicht annähernd gerecht werden. Die Frage der Risikokommunikation spielt eine sehr wichtige Rolle sowohl bei den Epidemiologen als auch bei den Politikern und Medienvertretern; daher hat man sich dieser Problematik von verschiedenen Seiten genähert. Einen guten Überblick dazu findet man im Bundesgesundheitsblatt zum Schwerpunktthema „Risikokommunikation“ [3].

Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie hat sich in den Leitlinien für gute epidemiologische Praxis (GEP) selbst Standards gesetzt bezüglich der Verantwortlichkeit epidemiologisch arbeitender Wissenschaftler für die Interpretation und Kommunikation ihrer Ergebnisse:

Leitlinie 10 (Interpretation). Die Interpretation der Forschungsergebnisse einer epidemiologischen Studie ist Aufgabe des Autors/der Autoren einer Publikation. Grundlage jeder Interpretation ist eine kritische Diskussion der Methoden, Daten und Ergebnisse der eigenen Untersuchung im Kontext der vorhandenen Evidenz. Alle Publikationen sollten einem externen Review unterworfen werden.

Empfehlung 11.1. „Ergibt sich nach dem professionellen Urteil des Autors aus den Forschungsergebnissen einer epidemiologischen Studie die Notwendigkeit von Konsequenzen, sollen diese, beispielsweise in Form einer Empfehlung, explizit formuliert werden. Dabei müssen sich Epidemiologen bei Bedarf auch für eine effektive Risikokommunikation mit Nichtepidemiologen verantwortlich fühlen. Epide-

miologische Risikobewertungen sind immer wieder Anlass für Fehlinterpretationen in den Medien, aber auch in der interessierten Öffentlichkeit. Dies bringt teilweise die Epidemiologie als Wissenschaft selbst in Misskredit. Ein Epidemiologe sollte sich generell der Diskussion stellen und durch sein Auftreten zur Entwicklung einer von Kompetenz und Objektivität getragenen Risikokommunikation in der Bevölkerung beitragen [4].“

Die epidemiologischen Fachgesellschaften setzen sich allesamt für die Umsetzung dieser Empfehlungen ein.

Der Wille des Gesundheitspolitikers, sich gleichermaßen um ein Verständnis epidemiologischer Resultate und gute Kommunikation zu bemühen, hängt davon ab, inwieweit das für sein politisches Handeln erforderlich ist. Das Statement der britischen Regierung aus dem Jahr 1997 angesichts vielfältiger epidemiologisch fundierter Vorschläge zur Entwicklung des „National Health Service“ ist lapidar und einleuchtend: „What counts is what works.“ [5, 6]

Epidemiologie als Voraussetzung für evidenzbasierte Gesundheitspolitik

Die Entwicklung der evidenzbasierten Medizin (EBM) in den 1990ern und die damit verbundene Forderung, sie in der klinischen Praxis anzuwenden, führte sehr bald zur Übertragung dieses Anspruchs auf die Gesundheitspolitik. „Health care policies are interventions into people’s life, and it is reasonable to require the same documentation of effects as one expects for healthcare intervention aimed at individu-

als“ [7] ist die Forderung nach evidenzbasierter Gesundheitspolitik.

Evidenzbasierte Gesundheitspolitik beinhaltet die Definition, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung relevanter und vor allem nachprüfbarer empirischer Informationen zu deren Wirkungen, Kosten, Umsetzbarkeit und Akzeptanz. Genau diese empirischen Informationen liefert größtenteils die Epidemiologie. Damit ist ein Bekenntnis zu evidenzbasierter Gesundheitspolitik gleichzusetzen mit dem Willen zur Nutzung epidemiologischer Erkenntnisse und damit verbunden auch mit der Bereitschaft, ggf. entsprechende epidemiologische Studien zu finanzieren. (Die Äußerung eines leitenden Beamten aus dem Bundesgesundheitsministerium, getätigt im Jahr 1992, er mache seit 20 Jahren Gesundheitspolitik und habe dazu nicht ein einziges Mal die Epidemiologie benötigt, wäre so heute wohl nicht mehr denkbar.)

Ein Bekenntnis zu evidenzbasierter Gesundheitspolitik ist mit dem Willen zur Nutzung epidemiologischer Erkenntnisse gleichzusetzen

Die gegenwärtig gängigste Variante, epidemiologisches Wissen aufzubereiten und an die Adressatengruppe der Gesundheitspolitiker zu bringen, ist die Gesundheitsberichterstattung. Die Erwartungen der politischen Entscheidungsträger an die Gesundheitsberichterstattung erstrecken sich auf

- eine klare Präsentation der Ergebnisse,
- die Konzentration auf die Hauptprobleme,
- die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit, Determinanten, Versorgung und Kosten,
- Trendanalysen,
- eine Evaluation der Gesundheitspolitik,
- eine neutrale, unabhängige und objektive Information [8].

Diesen Forderungen der Gesundheitspolitik kommt die Gesundheitsberichterstattung nach, indem sie sich an einem idealisierten Berichterstattungsregelkreis orientiert.

tiert. Dieser geht davon aus, dass die über Datenerhebung, Auswertung und epidemiologische Interpretation erstellten Berichte ihre Adressaten in der Gesundheitspolitik finden und von diesen durch entsprechende gesundheitspolitische Maßnahmen berücksichtigt und umgesetzt werden (■ **Abb. 1**).

Der Schritt von der Berichterstellung zu den Adressaten ist allerdings nicht so linear und eindimensional wie in der Abbildung dargestellt. Die Prioritätensetzung erfolgt nicht immer entsprechend der epidemiologischen Evidenz und den Vorstellungen der Gesundheitsberichtersteller. Der von Kuhn [8] gestellten Frage „Und ist vielleicht die Vorstellung einer einfachen Informations- und Handlungssequenz sogar undemokratisch, weil sie ... die Prämissen und Mechanismen der Politik in modernen Gesellschaften nicht reflektiert?“ soll anhand der nachfolgenden 2 Beispiele nachgegangen werden.

Fallbeispiel 1: Gesundheitsziele für Deutschland

Zu einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik gehört auch, dass Prioritäten, die immer gesetzt werden müssen, weil nicht alle Ziele gleichzeitig verfolgt werden können, ebenfalls evidenzbasiert gewählt werden. Dem entsprechend wies im Juni 1999 die 72. Gesundheitsministerkonferenz auf die Bedeutung von Gesundheitszielen im Hinblick auf eine Steigerung von Effizienz, Effektivität und die Transparenz gesundheitspolitischer Handelns hin. Die Gesundheitsminister der Länder forderten dazu auf, die Entwicklung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben. Im Dezember des Jahres 2000 wurde das Projekt „gesundheitsziele.de“ in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e.V.) etabliert. In diesem Projekt, das vom Gesundheitsministerium finanziell gefördert wurde, hatten sich die Akteure des Gesundheitswesens (Vertreter der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Landesgesundheitsministerien, der kassenärztlichen Bundesvereinigung, der BfA, verschiedener Fachgesellschaften, Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes und wissenschaftlicher Institute) zusam-

mengefunden, um diesen Auftrag der Politikberatung zu erfüllen.

Aus der Fülle gesundheitlicher Probleme und Risiken, die kaum noch zu überblicken sind, sollte eine Beurteilung erfolgen, welche Probleme als wichtig oder weniger wichtig einzustufen sind. Es sollten die Gesundheitsziele für Deutschland festgelegt werden, also diejenigen Gebiete, auf denen gezielt durch die Gesundheitspolitik Maßnahmen getroffen oder von anderen Akteuren eingefordert werden sollen.

Die ersten Schritte des Projektes bestanden darin, Kriterien für die Priorisierung von Gesundheitszielen festzulegen. Zu diesen Kriterien gehörten der Schweregrad eines gesundheitlichen Problems, dessen Verbreitung und Messbarkeit, sein Veränderungspotenzial und die volkswirtschaftliche Relevanz sowie die Priorität aus Sicht der Bevölkerung.

Zu all diesen Kriterien konnte die Epidemiologie, speziell die Gesundheitsberichterstattung, ihren Beitrag leisten. In einem mehrjährigen Prozess wurde die Datenlage gesichtet, die epidemiologische Ausgangslage geprüft, wurde nach evidenzbasierten Interventions- und Präventionsmaßnahmen, nach den damit verbundenen Kosten und den Möglichkeiten der Evaluation gesucht. Nach einer mehr als zweijährigen intensiven Arbeit aller Beteiligten, die mit großer Überzeugung von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit ihres Tuns an den Zielfindungsprozess herangegangen waren, und nach umfangreichen Abstimmungsprozessen wurden der Gesundheitspolitik 5 Zielbereiche für prioritäre Maßnahmen vorgeschlagen. Dies waren die Senkung der Inzidenz von Diabetes und Brustkrebs und die Verbesserung der Versorgung, die Verringerung des Tabakkonsums, die Entwicklung integrierter Programme zur Gesunderhaltung der jungen Bevölkerungsgruppe bis 20 Jahre (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) und die Verbesserung der Patientenbeteiligung.

Der langwierige Prozess der Zielfindung hatte eine respektable wissenschaftliche Publikation [9] über den Zielfindungsprozess und die dabei erzielten Resultate zur Folge. Die vorgeschlagenen Gesundheitsziele wurden aber von der auftraggebenden Gesundheitspolitik kaum aufgegriffen. Es hatten zwischenzeitlich die ge-

sundheitspolitischen Akteure und die Rahmenbedingungen gewechselt, das Zeitfenster, in dem die Idee der Gesundheitsziele sich hätte als konzertierte gesundheitspolitische Aktion auf Bundesebene umsetzen lassen, war leider mittlerweile wieder geschlossen. Die Bemühungen der „Zielfindungsakteure“, nunmehr die 5 Zielbereiche selbst ins öffentliche Bewusstsein zu bringen und die entsprechenden Bündnispartner dafür auf kommunaler, auf Landes- und auf Bundesebene zu finden, sind vielfältig und zeugen von hohem Engagement und Verantwortungsbewusstsein [10]. Die Resonanz ist allerdings nicht so groß wie erhofft. „Für einen erfolgreichen, wirkungsvollen Zielprozess ist nämlich ein Faktor wichtig: der mobilisierende Funke, der die Zielorientierung bereichsübergreifend transportiert.“ [11] Dieses bereichsübergreifende Transportieren kann aber nur durch die Politik erfolgen, sei es durch

- „die Verabschiedung durch eine besonders einzuberufende Bundesgesundheitskonferenz“ oder
- „die Verabschiedung durch das Bundeskabinett, Vorlage an Bundesrat und Bundestag, die dazu entweder Stellung nehmen oder sogar ausdrücklich zustimmen“ [11].

Dass diese 2 Varianten derzeit nicht realistisch sind, hat Gründe, die nicht in der mangelnden epidemiologischen Evidenz zu suchen sind.

Fallbeispiel 2: Folsäureversorgung von Frauen im gebärfähigen Alter

Im Jahre 1995 wurde von Daly et al. eine epidemiologische Studie veröffentlicht, mit der der Nachweis erbracht wurde, dass eine Folatunterversorgung von Frauen zu Beginn der Schwangerschaft das Risiko erhöht, Kinder mit einem Neuralrohrdefekt zu gebären [12]. Das Risiko ist dabei umso größer, je schlechter die Folatversorgung ist. Um das Risiko in der deutschen Bevölkerung abschätzen zu können, wurde im Rahmen des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 die Folatversorgung untersucht. Dabei ergab sich aus den Ernährungsbefragungen, dass 80% der Frauen im gebärfähigen Alter (18–40 Jahre) weni-

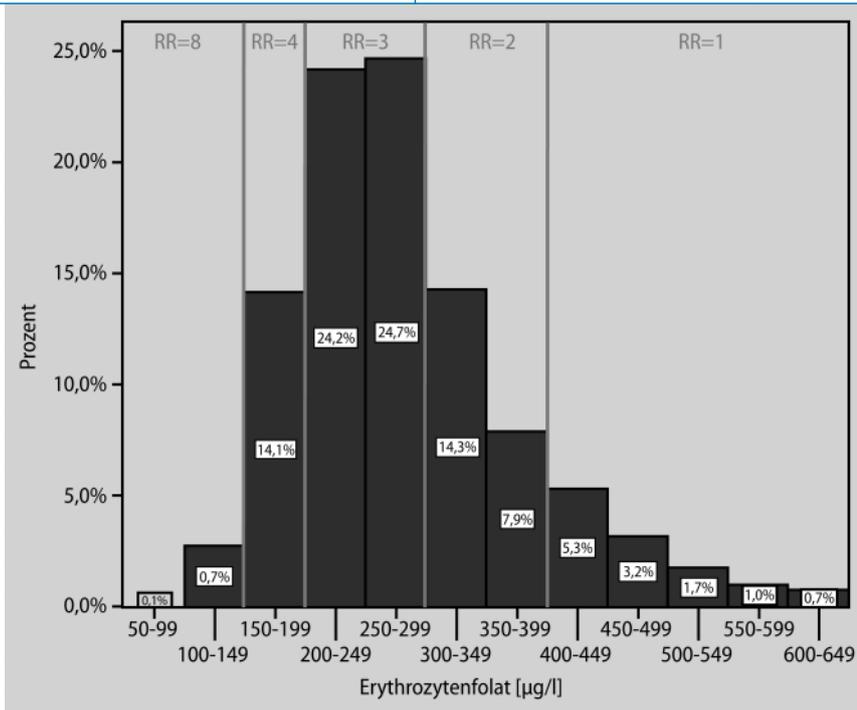


Abb. 2 ▲ Erythrozytenfolatwerte von Frauen (18–40 Jahre) und das Risiko für Neuralrohrdefekte bei Neugeborenen. Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Frauen, 18–40 Jahre, n=1203, RR=relatives Risiko

ger als die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlene Menge (1998: 300 µg/Tag) mit der Nahrung aufnehmen [13]. Die zusätzliche Untersuchung der Serum der teilnehmenden Frauen im Alter von 18–40 Jahren (insgesamt 1244) ergab, dass nur 13% dieser Frauen einen optimalen Erythrozytenfolat Spiegel aufweisen. Nach den Ergebnissen von Daly ergibt sich, dass 87% dieser Frauen ein mindestens 2-fach erhöhtes Risiko, geschädigte Kinder auf die Welt zu bringen, aufwiesen (■ Abb. 2).

► Eine epidemiologische Evidenz führt nicht zwangsläufig zu gesundheitspolitischen Aktionen

Dieses Studienergebnis wurde im Dezember 1999 im Gesundheitswesen publiziert [13]. In der Folge fand im Mai 2000 ein Expertenmeeting zum Thema Folsäureanreicherung von Lebensmitteln statt. Im Ergebnis dieses Workshops erhielt das Robert Koch-Institut Mitte 2003 den Auftrag, mit entsprechenden Simulationen auf Grundlage der im Bundes-Gesundheitssurvey erhobenen Ernährungsdaten eine Abschätzung vorzunehmen, welchen Versorgungsgrad die Bevölkerung unter den Bedingungen einer Lebensmittelan-

reicherung mit Folsäure erreichen würde. Das Ergebnis dieser Simulation wurde Ende 2003 als Bericht an das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) gegeben und im Mai 2005 veröffentlicht.

Die vom RKI durchgeführten Simulationen zeigten, dass eine Anreicherung von Mehl mit Folsäure die Folatversorgung in Deutschland flächendeckend verbessern würde [14]. Damit könnten in Deutschland jährlich 500–800 Fälle mit Neuralrohrdefekten bei Neugeborenen vermieden werden. Berücksichtigt man zudem, dass jährlich ca. weitere 500 Schwangerschaften wegen dieser schweren Fehlbildung, die bereits bei der Vorsorgeuntersuchung erkannt werden kann, abgebrochen werden, so könnte die Verbesserung der Folsäureversorgung der Frauen sehr viel Leid bei den Betroffenen und hohe Folgekosten für die Gesellschaft verhindern (siehe dazu Pressemitteilung des RKI [15] und ■ Tabelle 3).

Bis zu diesem Punkt hat die Epidemiologie sowohl die Hinweise auf gesundheitliche Gefahren als auch die Folgenabschätzungen für die empfohlene Anreicherung von Mehl vorgelegt. Die Kosten für die Mehlanreicherung wären minimal (1 bis 2 Cent pro Person und Jahr). Was also verhindert so kostenneutrale gesundheitspolitisch wirksame Maßnahmen wie bei-

spielsweise eine Empfehlung an die Hersteller, Mehl mit Folsäure anzureichern? Ist es möglicherweise die Befürchtung, die epidemiologische Datenlage könnte noch nicht belastbar genug sein, um eine Evidenz für die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zu haben? Dieses durchaus akzeptable Argument ist spätestens seit der Veröffentlichung dreier unabhängiger Studien zu den Auswirkungen der in den USA seit 10 Jahren gesetzlich vorgeschriebenen Anreicherung von Mehl und Getreideprodukten mit Folaten hinfällig [16]: Nachweislich sind in den USA in den letzten 10 Jahren die Fälle von Neugeborenen mit Neuralrohrdefekten um mindestens 30% zurückgegangen. Berechnungen ergaben, dass dies einen jährlichen ökonomischen Nutzen zwischen 300 und 400 Millionen Dollar ergibt. Fälle von Nebenwirkungen wurden nicht registriert. „In practice certain policies turn out to be less effective and cost-beneficial than expected, whereas other policies, including folic acid fortification, generate more net benefit than anticipated.“ [16] Die in einer von Cornel et al. [17] erstellten Reviewarbeit formulierten Bedenken hinsichtlich gesundheitlicher Nebenwirkungen konnten nicht bestätigt werden.

Unter dem Titel „Preventing neural tube defects in Europe: A missed opportunity“ [18] wurde für Europa eine Bestandsaufnahme vorgelegt. Ein Survey aus 18 europäischen Ländern ergab, dass sich die vorhandene Evidenz zur Vermeidung von Neuralrohrdefekten bei Neugeborenen durch die Anreicherung von Lebensmitteln mit Folsäure nur sehr langsam und unter großen Schwierigkeiten in eine wirksame Public-Health-Politik umsetzen lässt. In Großbritannien, wo dies gelungen ist, findet man ebenfalls eine 30%ige Senkung der Fälle von Neuralrohrdefekten. Das Fazit dieser Analyse wiederum ist: „The potential for preventing Neural Tube effects by pre-conceptional folic acid supplementation is still far from being fulfilled in Europe.“

Eine Folsäureanreicherung von Mehl wäre damit ein klassisches Beispiel für eine evidenzbasierte, gesundheits- und Verbraucherschutzpolitische Maßnahme, die aber bislang noch nicht ergriffen wurde. Es werden in Deutschland weiterhin jährlich fast 1000 Kinder geboren werden, die schwere Schädigungen aufweisen, die

sich vermeiden ließen. Immerhin wurde die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) vom Verbraucherschutzministerium aufgefordert, eine wissenschaftlich begründete Stellungnahme abzugeben. Daraufhin fand im März 2006 ein Experten-Workshop statt, bei dem alle Aspekte, auch juristische, einer Folsäureanreicherung von Mehl diskutiert wurden. Im Ergebnis haben sich die Experten für eine Anreicherung von „Bäckermehl“ ausgesprochen, begleitet von Informationskampagnen der Ministerien für Verbraucherschutz und Gesundheit. Es gibt keinen Grund daran zu zweifeln, dass die DGE eine entsprechende Empfehlung an das Ministerium aussprechen wird. Ob und wann daraus eine praktische Umsetzung resultieren wird, kann mit Spannung erwartet werden.

Es wurde an diesen beiden Beispielen sehr deutlich, dass epidemiologische Evidenz nicht linear mit gesundheitspolitischer Aktion zusammenhängt, geschweige denn, dass es einen Dose-response-Zusammenhang gäbe: „Je stärker die Evidenz, je besser die epidemiologische Absicherung, desto konkreter und schneller die gesundheitspolitischen Maßnahmen.“

Offensichtlich gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Qualität von Wissenschaft und den daraus abgeleiteten politischen Aktionen. Gute Wissenschaft ist keine Garantie für gute Politik. Umgekehrt muss schlechte oder gar keine wissenschaftliche Beratung nicht zwangsläufig zu schlechter Politik führen. Es ist somit wahr, dass gute Politik nicht immer darauf angewiesen ist, auf gute Evidenz zu warten.

Fallbeispiel 3: die Plattform Ernährung und Bewegung

Politische Aktivitäten, die gegen Übergewicht und mangelnde Bewegung in der Bevölkerung anzugehen versuchen, sind unabhängig von epidemiologischer Evidenz sinnvoll. Und wenn es insbesondere darum geht, dass sich Kinder gesund ernähren und ausreichend bewegen, so ist es sicherlich tolerabel, dass die dafür verwendeten Angaben zur Häufigkeit übergewichtiger Kinder oft ohne epidemiologische Evidenz sind. Die im September 2004 vom Verbraucherschutzministerium ins Leben gerufene „Plattform für Ernährung und

Bewegung“ (<http://www.peb.de>) stellte sich zum Ziel, wirksame Vorbeugung gegen das Übergewicht von Kindern in die Wege zu leiten. Die Plattform soll ein Forum zur Diskussion und Erprobung neuer Ansätze, zur Vermittlung von Wissen, zur Klärung der Ursachen und zur Information der Öffentlichkeit darstellen [19].

Allerdings erwies sich in der Folge, dass die Epidemiologie benötigt wird, um diese sinnvollen Maßnahmen tatsächlich wirksam umzusetzen bzw. deren Wirksamkeit zu überprüfen. Die Frage, welche Präventions- oder Interventionsstrategien wirkungsvoll sein können, hängen nicht vom Glauben der Gesundheitspolitiker, sondern von der epidemiologischen Evaluation und Bewertung ab. Ein Aktionismus ohne Nachhaltigkeit wird das Problem der „dicken Kinder“ sicherlich nicht lösen.

Ende der Fallbeispiele

Aus den 3 vorangegangenen Beispielen wird deutlich, dass die bei Wissenschaftlern häufig vertretene Erwartung, ihre Forschungsergebnisse würden eins zu eins in evidenzbasierte politische Aktionen einfließen, nicht realisierbar ist. Die Aktionen eines Politikers werden nicht nur durch wissenschaftliche Evidenz, sondern auch durch die Öffentlichkeit, durch finanzielle Rahmenbedingungen, durch politische Prioritätensetzung, durch ideologische Vorgaben und durch subjektive Voreinstellungen beeinflusst.

➤ **Eine gute epidemiologische Evidenz ist zwar eine notwendige jedoch keine hinreichende Voraussetzung für evidenzbasierte Gesundheitspolitik**

Reiners weist in seiner Arbeit [20] darauf hin, dass „in der Gewichtung, Selektion und Interpretation der auf den Politiker einprasselnden Informationen die eigentliche Aufgabe der Politikberatung liegt“. Der Prozess der gesundheitspolitischen Prioritätensetzung, der in **Abb. 2** als linearer Zusammenhang dargestellt ist, birgt in Wahrheit einen weiteren eigenen Kreislauf der gesundheitspolitischen Prioritätensetzung in sich, bei dem verschiedene Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren eine Rolle spielen (**Abb. 3**).

Tabelle 3

Zeittafel zum Erkenntnisgewinn über die Folgen der Folsäureunterversorgung

1995	Studie von Daly et al.: Erhöhtes Risiko für die Geburt eines Kindes mit Neuralrohrdefekt bei unzureichender Folsäureversorgung
1998	Bundes-Gesundheitssurvey: 80% der Frauen unter den Empfehlungen der DGE, 13% mit optimalem Erythrozytenfolatspiegel
2000	Expertenmeeting zum Thema Folsäureanreicherung von Lebensmitteln
2003	RKI wird beauftragt, durch Simulation die Auswirkungen einer Lebensmittelanreicherung mit Folsäure zu untersuchen
12/2003	Berichterstattung zum Ergebnis der Simulation an das BgVV
5/2005	Publikation des Berichtes
7/2005	Pressemitteilung des RKI: 500–800 Fälle von Neugeborenen mit Neuralrohrdefekten könnten jährlich in Deutschland vermieden werden
3/2005	DGE-Workshop: Erwarteter Nutzen einer Folsäure-Fortifikation
3/2006	DGE-Workshop: Expertenempfehlung zur Folsäureanreicherung von Bäckermehl
?	Empfehlung des Verbraucherschutzministeriums zur Folsäureanreicherung

DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung, RKI Robert Koch-Institut, BgVV Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz.

Für den Politiker gibt es neben der wissenschaftlichen Evidenz noch mindestens 2 andere Evidenzarten, die bei seinen Entscheidungen eine Rolle spielen [21]. Die organisatorische Evidenz beinhaltet Aspekte der Umsetzbarkeit, der erforderlichen personellen Ressourcen, der Finanzierbarkeit und des Vorhandenseins von Expertise auf der Managementebene. Die politische Evidenz wiederum berücksichtigt In-

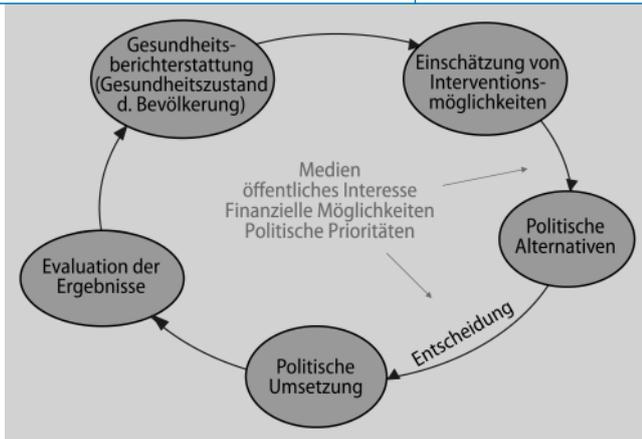


Abb.3 ◀ **Gesundheitspolitische Prioritätensetzung**

formationen zur Akzeptanz in der Öffentlichkeit, zur Reaktion durch die Medien, zur Erwartungshaltung der Bevölkerung. Die Annahme, dass wissenschaftliche Evidenz eine dominierende Rolle gegenüber der organisatorischen und der politischen Evidenz hat, ist durch nichts gerechtfertigt: Eine gute epidemiologische Evidenz ist somit zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Voraussetzung für evidenzbasierte Gesundheitspolitik.

Nutzt die (Gesundheits-)Politik die Epidemiologie? Erfahrungen des Robert Koch-Instituts

Das Robert Koch-Institut (RKI) als die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitskontrolle und -prävention hat durch das Gesetz über die Neuordnung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens (GNG) vom 24. Juni 1994 folgenden Aufgabenschwerpunkt zugewiesen bekommen: „Das RKI unterstützt die zuständigen Bundesministerien, wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit, führt erfolgreich wissenschaftliche Forschung zur Erfüllung der Amtsaufgaben durch und informiert und berät die Fachöffentlichkeit.“ [22]

Speziell für die Epidemiologie am RKI werden die Durchführung epidemiologischer Untersuchungen auf dem Gebiet der übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten einschließlich der Erkennung und Bewertung von Risiken sowie der Dokumentation und Information sowie die Gesundheitsberichterstattung als Amtsaufgaben gestellt.

Damit hat das RKI in seinem Gründungserlass die Politikberatung faktisch als Amtsaufgabe zugewiesen bekommen.

Die wissenschaftlichen Arbeiten, die dafür die Grundlage sind, beziehen sich sowohl auf die am Institut vorgehaltene Grundlagenforschung als auch auf epidemiologische Forschungen. Auf Letztere soll nachfolgend eingegangen werden.

Politiker bemühen insbesondere dann Wissenschaftler, wenn sie ratlos sind, wenn sie also keine andere Evidenz als die wissenschaftliche zur Verfügung haben. Dies wird besonders bei den Infektionskrankheiten deutlich. Krankheiten wie SARS, die Vogelgrippe oder Bedrohungen durch bioterroristische Anschläge mit Pocken- oder Milzbranderreger haben für die Bevölkerung ein hohes Bedrohungspotenzial – auch wenn oder gerade weil die sich daraus entwickelnde Besorgtheit partiell in Panik und Hysterie umschlägt. So geraten die (Gesundheits-)Politiker unter großen Druck. Sie sind sowohl angewiesen auf die Kommunikation mit den Wissenschaftlern zur Verbreitung einer realistischen Risikobewertung als auch auf die Vorschläge wissenschaftlich fundierter Präventions- und Interventionsstrategien. Dies bietet jeweils eine Chance für die Wissenschaft. Es öffnet sich ein Zeitfenster, in dem das Zusammenwirken von Gesundheitspolitik und Wissenschaft sehr fruchtbar ist, die für weiter gehende wissenschaftliche Untersuchungen erforderlichen Mittel auch zur Verfügung gestellt bzw. versprochen werden. (Was wiederum mit Versuchen für die Wissenschaft einhergeht.)

Ein Beispiel für evidenzbasierte Gesundheitspolitik, bei der die epidemiologische und wissenschaftliche Evidenz in Abstimmung mit der organisatorischen und politischen Evidenz zu einem gesundheitspolitischen Maßnahmeplan geführt hat, ist der nationale Influenzapandemie-

plan [23]. Alle an diesem Prozess Beteiligten wissen um die Schwierigkeiten dieser gesundheitspolitischen Entscheidung. Das erzielte Ergebnis, das die Interessen von Public Health und der Politik miteinander vereinbart, war diesen langwierigen Abstimmungsprozess wert.

Das Infektionsschutzgesetz, das seit dem Jahr 2000 die epidemiologische Surveillance des Auftretens von Infektionskrankheiten regelt und damit eine Evidenzbasierung für erforderliche gesundheitspolitische Maßnahmen bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten gewährleistet, ist sogar die gesetzliche Verankerung evidenzbasierter Gesundheitspolitik schlechthin [24].

Die 1998 in Public Health publizierte Arbeit „European Politicians need Epidemiologists“ [25] verweist darüber hinaus auf die Notwendigkeit, dass die EU-Mitgliedsstaaten ihre Surveillance-Informationen zu festgelegten übertragbaren Krankheiten miteinander austauschen und gemeinsame politische Aktionen planen müssen. Daraus abgeleitet wird ein großer Fortbildungsbedarf für Gesundheitspolitiker, die zumindest auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten die Grundkenntnisse in Epidemiologie besitzen sollten. In der zitierten Arbeit wird geschlussfolgert, dass die Ausbildung in der Infektionsepidemiologie ein erster Schritt sei, es müssten Kenntnisse zur Epidemiologie chronischer Krankheiten und zu Umweltrisiken folgen.

Epidemiologische Kenntnisse zu nicht übertragbaren Krankheiten, deren Risiken und zeitliche Entwicklungstrends sind ebenfalls Bestandteil der Politikberatung durch das RKI. Nicht nur große und kleine Anfragen des deutschen Bundestages zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung werden regelmäßig durch das RKI beantwortet, auch die Enquetekommission „demographischer Wandel“ und die Kinderkommission des deutschen Bundestages nutzen die epidemiologische Expertise des Instituts für ihre Entscheidungsfindung [26, 27].

Der Zusammenhang zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit ist ein wichtiges epidemiologisches Forschungsthema mit hoher Public-Health-Relevanz. Die hierzu vorhandenen Kenntnisse und eigene epidemiologische Forschungsergebnisse wurden durch das RKI

dem Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zugearbeitet und mündeten in einen eigenen Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) [28, 29].

Themen von gesundheits- und sozialpolitischer Relevanz wie die Gesundheit von Migranten in Deutschland sowie die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den neuen Bundesländern lassen sich nur auf der Grundlage entsprechender epidemiologischer Daten bearbeiten. Die am RKI im Auftrag und mit Finanzierung des BMG durchgeführten Gesundheits-surveys sind die wichtigsten Informationsquellen und Basis für epidemiologische Zuarbeiten für die entsprechenden Berichte der Bundesregierung [30, 31].

Die Dachdokumentation Krebs am RKI führt die in Deutschland über die Landeskrebsregister gemeldeten Informationen zu Krebsfällen zusammen, um damit jährliche Inzidenzschätzungen abzugeben [32]. Die Stabilität oder zeitliche Trends der Krebserkrankungsraten sind wichtige Hinweise darauf, wo ggf. gesundheitspolitische Maßnahmen zu treffen sind. Die Auswirkungen von Screeninguntersuchungen – wie beispielsweise des Brustkrebscreenings – können langfristig über die Inzidenz- und Mortalitätsentwicklungen abgebildet werden. Damit liegt hier auch ein Evaluationsinstrument für gesundheitspolitische Maßnahmen vor.

Aus Sicht des RKI nutzen Gesundheitspolitiker die epidemiologischen Forschungsergebnisse gezielt und mit Wertschätzung. Dies äußert sich ganz konkret darin, dass durch das Gesundheits- und andere Bundesministerien die großen Bevölkerungsstudien Deutschlands, die so genannten Gesundheitssurveys, finanziert werden [33].

Das aktuellste Beispiel ist der Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey, der über 3 Jahre lang 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0–18 Jahren untersucht und diese gemeinsam mit ihren Eltern befragt hat [34]. Im Ergebnis werden die bestehenden Informationslücken zur Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten, der Lebensqualität und der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden [35]. Auch die noch ausstehende Evidenz zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird demnächst vorhanden sein.

Das wohl überzeugendste Bekenntnis zu evidenzbasierter Gesundheitspolitik und der Nutzung epidemiologischer Evidenz ist allerdings das Präventionsgesetz, das bislang leider nur im Entwurf vorliegt [36] (■ **Übersicht 1**):

Hier wird bereits im Gesetz Sorge dafür getragen, dass epidemiologische Evidenz in Präventionsstrategien und deren Evaluation einfließen kann.

Die unter Gesundheitspolitikern immer breiter werdende Akzeptanz der Notwendigkeit epidemiologischer Evidenz für eine transparente, bewertbare und wirksame Gesundheitspolitik lässt auch die Planung epidemiologischer Erhebungen auf ein qualitativ höheres Niveau gelangen: Wenn die Notwendigkeit wiederholter Gesundheitserhebungen außer Frage steht, um die Veränderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen abbilden zu können, warum sollen diese Erhebungen dann nicht regelmäßig und planbar durchgeführt werden? Warum können in diese Planung nicht auch Verlaufsbeobachtungen einbezogen werden, die zeitliche Abfolgen und Ursache-Wirkungs-Beziehungen abzuklären helfen? Ein vom RKI entwickeltes Monitoringkonzept, das ein Pendant zur infekti- onsepidemiologischen Surveillance darstellt und das kontinuierliche Monitoring von Gesundheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und nichtübertragbaren Krankheiten über alle Altersgruppen vorsieht, verspricht eine verlässliche und flexibel gestaltbare epidemiologische Basis für evidenzbasierte Gesundheitspolitik [37].

Braucht die Epidemiologie die (Gesundheits-)Politik?

Auf diese Frage würde es höchstwahrscheinlich keine einheitliche Antwort aus dem Lager der Epidemiologen geben. Die „PPP-Zielorientierung“ der Wissenschaft (■ **Tabelle 1**) hat durchaus unterschiedliche Einschätzungen aus Sicht der an Universitäten oder anderen Forschungseinrichtungen tätigen Epidemiologen und den an Landesgesundheitsämtern oder auch am RKI Beschäftigten zur Folge. Versteht sich Epidemiologie als die Basiswissenschaft von Public Health, so brauchen Epidemiologen das Bündnis mit der Ge-

Übersicht 1

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

Abschnitt 2: Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention

§ 9 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

- (1) Als eine Grundlage für Planung und Bewertung von Instrumenten zur gesundheitlichen Prävention erstellt das Robert Koch-Institut Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (Gesundheitsberichte) und wertet dazu die Erhebungen nach Absatz 2 Satz 2 sowie Daten der Länder einschließlich der epidemiologischen Krebsregister, der Kommunen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus.
- (2) Die Gesundheitsberichte enthalten insbesondere die für die Aufstellung von Zielen und Teilzielen der primären Prävention nach § 11 Abs. 3 erforderlichen Angaben. In dem dafür erforderlichen Umfang führt das Robert Koch-Institut regelmäßige, bundesweite und repräsentative epidemiologische Erhebungen durch [36].

sundheitspolitik, um ihre Erkenntnisse umzusetzen. Politiknahe epidemiologische Forschung wird aber häufig gleichgestellt mit Abhängigkeit von der Politik, mit Vereinnahmung und Beeinflussung. Gesundheitsberichterstattung im Auftrage des BMG wurde zwischenzeitlich sogar als „Hofberichterstattung“ diffamiert.

► Die hochrangige Publikation von Studienergebnissen bewirkt noch keine Veränderung auf Public-Health-Ebene

Wissenschaftliche Gremien der Universitäten und Hochschulen (und auch Wissenschaftsräte) haben in Einzelfällen die Tendenz, die nicht unerhebliche Arbeit von Gesundheitsämtern und auch vom RKI für Politik- und Bürgerberatung, die Aufbereitung epidemiologischer Erkenntnisse für die Gesundheitsberichterstattung, als zweitrangig und weniger wertvoll zu bewerten. Die Epidemiologie selbst ist aber gegenwärtig dabei, sich dieser einseitigen Wertmaßstäbe zu entledigen. Die Daseins-

berechtigung der deskriptiven Epidemiologie als der Public-Health-Epidemiologie im Wettstreit mit der analytischen Epidemiologie ist unangefochten [38].

Das Bestreben der Epidemiologie als Wissenschaft, letztendlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beizutragen, bedingt die Verbindung mit der Gesundheitspolitik. Die hochrangige Publikation von Studienergebnissen bewirkt noch keine einzige Veränderung auf Public-Health-Ebene. Erst durch die Verbindung mit der Gesundheitspolitik kann die epidemiologische Forschung die angestrebte Public-Health-Relevanz erlangen. Und erst dadurch wird wiederum die Finanzierung des größten Teils der epidemiologischen Studien in Deutschland sichergestellt. Keine Stiftung, keine DFG, kein Universitätsetat könnte die Millionen Euro aufbringen, die die repräsentativen Gesundheitssurveys kosten. Die Bereitstellung der dabei erhobenen Daten als Public-Use-File für weitere epidemiologische Forschungen bzw. als Referenzdatensatz eröffnet die Möglichkeit zur Bearbeitung vielfältiger epidemiologischer Forschungsthemen, die nicht unbedingt von gesundheitspolitischer Priorität aber von wissenschaftlichem Interesse sind. Die Statistik des RKI zur Nutzung der Public-Use-Files durch Universitäten und Forschungseinrichtungen in ganz Deutschland und die daraus resultierenden wissenschaftlichen Publikationen verdeutlichen dies. Damit brauchen auch die Vertreter der analytischen Epidemiologie mit ätiologischem Forschungsansatz das Bündnis mit der Gesundheitspolitik, und sei es nur zum Zwecke der Finanzierung großer Studien.

Schlussfolgerungen

Die Einflussmöglichkeiten der Epidemiologie in der Politikberatung sind sehr davon abhängig, inwieweit Politik und Regierung überhaupt den Wunsch haben, auf dem entsprechenden Gebiet aktiv zu werden. Die Bereitschaft der Menschen (und damit auch der Gesundheitspolitiker) etwas zu tun, beeinflusst ihre Sichtweise auf Evidenz mehr als umgekehrt die vorhandene Evidenz deren Bereitschaft zum Handeln beeinflussen kann [39]. Daher müssen die Epidemiologen versuchen, auch andere, zusätzliche Wege zu gehen, als nur

neutral ihr Wissen um Evidenz in die Politikberatung einzubringen. Die Bildung von Netzwerken, die Entwicklung von Fähigkeiten zum verständlichen Schreiben von Texten für Politiker und die Öffentlichkeit, zur aktiven Risikokommunikation, zur Überzeugung und Mobilisierung von Menschen und damit zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung gehören dazu.

Geht man von der optimistischen Prämisse aus, dass Epidemiologen und Gesundheitspolitiker gleichermaßen an einer Zusammenarbeit und Kommunikation interessiert sind und eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik sinnvoll und anzustreben ist, so ergeben sich bestimmte Anforderungen auch an die Gesundheitspolitiker. Ein grundlegendes Verständnis epidemiologischer Einschätzungen, ebenfalls die Fähigkeit zur Risikokommunikation und zum Stellen der richtigen Fragen sind weiterzuentwickeln.

Die implizite Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen epidemiologischer Evidenz und politischen Aktionen muss revidiert werden durch das Verständnis der sehr viel komplexeren Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren auf die evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Das wechselseitige Bemühen um ein besseres Verständnis politischer Prozesse und epidemiologischer Bewertungen würde die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspolitikern und Epidemiologen wesentlich erleichtern [40].

Die Erfolge von Wissenschaftlern und Politikern, die bereits jetzt im Grenzgebiet von Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik gemeinsam handeln, machen deutlich, wie fruchtbar die Zusammenarbeit sein und wie sehr sie dem Wohle der Bevölkerung zugute kommen kann. Epidemiologie und Gesundheitspolitik sind in Deutschland in ihrem gemeinsamen Kommunikations- und wechselseitigen Beratungsprozess, wenn auch noch am Anfang, so doch auf einem guten Weg.

Korrespondierender Autor

Dr. B.-M. Kurth

Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Postfach 659261, 13303 Berlin
E-Mail: kurthb@rki.de

Literatur

- Gethmann CF (2006) Probleme wissenschaftlicher Politikberatung in Deutschland. Europäische Akademie Bad Neuenahr-Ahrweiler, Newsletter No. 60: 1–3
- Choi BC, Pang T et al. (2005) Can scientists and policy makers work together? J Epidemiol Community Health 59: 632–637
- Bundesgesundheitsblatt (2003) Leitthema: Risikobewertung und Risikokommunikation. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 46: 541–609
- Bellach BM (2000) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 43: 468–475
- Department of Health, U.K. (1997) The New NHS: Modern, Dependable. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>
- Report of the 6th CHSRF Annual Invitational Workshop (2004) What Counts? Interpreting evidence-based decision-making for management and policy. Vancouver, British Columbia, March 11, 2004. <http://www.chrsf.ca>
- Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD (2003) The unbearable lightness of health care policy making: a description of a process aimed at giving it some weight. J Epidemiol Community Health 57(7): 483–487
- Kuhn J, Busch R (2006) Die politische Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. In Kuhn J, Busch R (Hrsg) Gesundheit zwischen Statistik und Politik – Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Mabuse, Frankfurt am Main, S 9–20
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2002) gesundheitsziele.de Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte, Band 37
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2005) gesundheitsziele.de Impulse, Wirkungen und Erfahrungen, Band 49
- Stein, H (2005) Nationale Gesundheitsziele als Herausforderung im Föderalismus und im pluralistischen Gesundheitssystem. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) gesundheitsziele.de Impulse, Wirkungen und Erfahrungen, Band 49, S 39–50
- Daly LE, Kirke PN, Molloy AM et al. (1995) Folate levels and neural tube defects: implications for prevention. JAMA 274: 1698–1702
- Thamm M, Mensink GBM, Thierfelder W (1999) Folsäureversorgung von Frauen im gebärfähigen Alter. Gesundheitswesen 61: 207–212
- Burger M, Weißenborn A, Klemm C et al. (2004) Möglichkeiten zur Verbesserung der Folatversorgung – eine Mehlanreicherung auch für Deutschland? Ernährungs-Umschau 51: 318–324
- Pressemitteilung des Robert Koch-Instituts (2005) Geeigneter Weg zur Verbesserung der Folsäureversorgung. http://www.rki.de/cln_011/nn_336754/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2005/07__05,templateId=renderPrint.html
- Grosse SD, Waitzman NJ et al. (2005) Reevaluating the benefits of folic acid fortification in the United States: economic analysis, regulation, and Public Health. Am J Public Health 95(11): 1917–1922
- Cornel MC, de Smit DJ, de Jong-van den Berg LTW (2005) Folic acid – the scientific debate as a base for public health policy. Reproductive Toxicol 20: 411–415
- Busby A et al. (2005) Preventing neural tube defects in Europe. Reproductive Toxicol 20: 393–402

19. Aktionsprogramm der Plattform Ernährung, Bewegung, Gesundheit e.V. (2004) <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
20. Reiners H (2006) Daten, Fakten, Ideologien – Anmerkungen zur Informationsverarbeitung in der Politik. In: Kuhn J, Busch R (Hrsg) Gesundheit zwischen Statistik und Politik – Beiträge zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung. Mabuse, Frankfurt am Main, S 31–40
21. Klein R (2000) From evidence-based medicine to evidence-based policy? J Health Service Res Pol 5 (2): 65–66
22. Gesetz über die Neuordnung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens (Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungs-Gesetz – GNG) (1994) Bundesgesetzblatt, Teil I (Nr. 39): 1416–1424. <http://bundesrecht.juris.de/gng/BJNR141609994.html>
23. Haas WH (2005) Prinzipien und Aspekte der Seuchenalarmpflicht am Beispiel der Influenzapanemieplanung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48(9): 1020–1027
24. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (2000) Bundesgesetzblatt, Teil I: 1045. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/ifsg/GGTSPU-vaccine-nu.rki.de-26230-39718-DAT/gesamt.pdf>
25. O'Brien S, O'Brien J (1998) European politicians need epidemiologists. Public Health 112: 287–289
26. Kurth BM (2001) Demographischer Wandel und Anforderungen an das Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 44: 813–822
27. Kurth BM (2002) Öffentliche Anhörung der Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission) zum Thema Kindergesundheit. 15.4.2002 in Berlin
28. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Eigenverlag, Berlin Bonn
29. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland. Forschungsprojekt Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Eigenverlag, Berlin Bonn
30. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Eigenverlag, Berlin
31. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung des Gesundheitswesens. Eigenverlag, Berlin Bonn
32. Krebs in Deutschland (2006) 5. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. und das RKI. Saarbrücken.
33. Kurth BM, Ziese T (2005) Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. In: Streich W, Braun B, Helmer U (Hrsg) Surveys im Gesundheitswesen – Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und Politikberatung. Band 17. Asgard Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin
34. Schwerpunkttheft (2002) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Konzept, Ziele, Inhalte, Instrumente, Pretest. Gesundheitswesen 64, Sonderheft 1
35. Kurth BM et al. (2002) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 11(45): 852–858
36. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (2005) Deutscher Bundestag, Drucksache 15/ 5214 http://www.bmg.bund.de/clin_041/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-BMGS-2-2005/PM-22-04-2005-7185.html
37. Kurth BM, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene – Ansätze und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48: 261–272
38. Grobee DE (2004) Epidemiology in the right direction: the importance of descriptive research. Eur J Epidemiol 19: 741–744
39. Marmot MG (2004) Evidence based policy or policy based evidence? BMJ 328: 906–907
40. Black N (2001) Evidence based policy: proceed with care. BMJ 323: 275–279

20 Jahre WHO-Stufenschema gegen Tumorschmerz

Vor 20 Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation WHO ein Stufenschema zur Therapie von Tumorschmerzen vorgestellt. Das Schema hat zu einer völlig neuen Betrachtung der Therapie chronischer Schmerzen beigetragen und große Fortschritte in der Schmerztherapie insgesamt ermöglicht. Das Konzept des WHO-Stufenschemas kann in fünf Kernsätzen zusammengefasst werden:

- Schmerzmittel sind oral (bzw. nicht-invasiv),
- nach einem festen Zeitschema,
- nach einer festen Stufenleiter
- und in individueller Dosierung einzunehmen.
- Dabei sind Besonderheiten des Patienten zu beachten.

Das Stufenschema ist bewusst einfach gestaltet, sodass es in allen Ländern der Welt unabhängig vom Grad der Industrialisierung anzuwenden ist. Es umfasst auf drei Stufen drei verschiedene Medikamentengruppen: Nicht-Opioid-Analgetika vom Typ des Aspirin oder Paracetamol auf der ersten Stufe, auf der zweiten Stufe schwache Opioidanalgetika vom Typ des Codein und auf der dritten Stufe stark wirksame Opioidanalgetika vom Typ des Morphin. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass zwischen 75 und 100 Prozent der Tumorpatienten mit einem solchen Stufenschema ausreichend behandelt werden können.

Doch trotz der Effizienz des Stufenschemas und der weltweiten Verfügbarkeit der entsprechenden Medikamente ist selbst in industrialisierten Ländern immer noch ein hoher Prozentsatz an schlecht behandelten Tumorpatienten zu beklagen. In Deutschland werden nur ein Drittel der Tumorschmerzpatienten ausreichend gegen Schmerzen behandelt – zwei Drittel leiden unnötig. Es bleibt zu hoffen, dass es keiner weiteren 20 Jahre bedarf, um allen Patienten eine ausreichende Schmerzbehandlung in ihren letzten Lebensmonaten und Wochen zu garantieren.

Quelle: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS), www.dgss.org