

## „Das Bohren dicker Bretter“: Gesundheit fördern durch komplexe soziale Interventionen

*Prof. Dr. Dr. Alf Trojan ist Institutsdirektor im Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf der Universität Hamburg*

*Die Programmatik ist unstrittig: Gesundheitsförderung soll nicht nur auf der Verhaltensebene von Individuen gefördert werden, sondern auch durch Verbesserung sozialer Verhältnisse. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Verringerung sozial bedingter Chancenungleichheit (Altgeld et al. 2006) – auch in diesem Heft (Kloek et al. 2006; Peres et al. 2006; Weyers & Kunst 2006).*

*Die vor 20 Jahren entstandene Ottawa-Charta hat für diese Programmatik bahnbrechend gewirkt. Als „Aktionsprogramm“ und Leitbild zugleich hat sie in vielen Ländern Bewusstsein geschaffen und Strukturen verändert. Community Interventionen für mehr Gesundheit haben trotzdem einen schweren Stand: Nicht nur die Umsetzung ist schwierig, sondern auch Evaluationen stoßen auf vielfältige Hindernisse (Kloek et al 2006). Gesundheitliche Chancenungleichheiten zu reduzieren, steht hoch oben auf der europäischen Agenda (Donaldson 2005; Proposals for Action from the „Tackling Health Inequalities“ Summit, Oktober 2005; [www.dh.gov.uk/eupresidency](http://www.dh.gov.uk/eupresidency)); aber bislang ist unklar, welche Erfahrungen in den einzelnen europäischen Ländern vorliegen, wie politische Prozesse auf gesundheitliche Ungleichheiten wirken und wie effektive Interventionen auf diesem Gebiet aussehen. Das Problem liegt nicht so sehr darin, dass es an Erfahrungen, Praxismodellen oder Studien fehlt, sondern in dem Mangel an gut gesicherten, leicht zugänglichen und eindeutigen evidenzbasierten Wissensbeständen über die Wirksamkeit komplexer sozialer Interventionen. Nach Horst Noack (unveröffentlicht) bestehen komplexe soziale Interventionen aus „mehreren sozialen Strategien wie Öffentlichkeitsarbeit, Gemeinde- und Organisationsentwicklung, Bildung und Schulung, gesundheitsbezogener Kommunikation und Beratung. Soziale Interventionen sind kontextabhängige, in ihrem Verlauf bis zu einem gewissen Grade offene Prozesse, die durch aktive Mitwirkung einer größeren Zahl von Akteuren aus unterschiedlichen sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen,*

*ökologischen und politischen Kontexten geprägt werden.“*

*Um die Schwierigkeiten der Evaluation von Interventionsprogrammen höherer Komplexität gegenüber einfachen Präventionsansätzen zu kennzeichnen, lassen sich solche Programme auch im Kontrast charakterisieren als*

- Politikprogramme statt einfacher Angebotsprogramme,*
- mit unspezifischen Adressaten (Öffentlichkeit, Medien, Bevölkerung) statt bestimmter Zielgruppen von Individuen,*
- mit einer Mischung aus Akteuren (Staat, Bürgergruppen, Marktsektor) statt eines einzelnen professionellen Akteurs, der die Intervention durchführt,*
- mit einer Mischung unterschiedlicher Interventionsansätze und –projekte statt eines einzelnen Interventionsverfahrens in einem einzelnen Projekt,*
- in einem aus politisch unterschiedlichen Bereichen bestehenden (Community-) Kontext (Umwelt, Soziales, Stadtentwicklung, Bildung, etc.).*

*Komplexe Interventionen zur Gesundheitsförderung sind unter anderem auch wegen der Komplexität möglicher Outcome-Parameter und der großen Bedeutung ihres von Programm zu Programm wechselnden Kontextes schwer zu evaluieren.*

*Inzwischen gibt es überzeugende Argumente für „unkonventionelles“, d. h. die engen Grenzen der Cochrane Reviews sprengende Vorgehensweisen und Ansprüche (McQueen 2003, Ogilvie et al. 2005a, Ogilvie 2005b, Thomson et al. 2004). Aber egal, ob mit einem engeren Ansatz (z. B. Spinks et al. 2005) oder einem weiteren (z. B. Taske et al. 2005), die Ergebnisse sind zwar oft ermutigend, aber selten eindeutig. In der Regel werden weitere und methodisch höherwertige Evaluationsstudien gefordert, um gesicherte Empfehlungen aussprechen zu können. Die von Wissenschaftlern und finanziellen Förderern oft erhobene Forderung, nur auf wissenschaftlich unstrittiger Basis Gesundheit zu fördern,*

kann leicht als Legitimation für (kurzfristig kostensparendes) Nichtstun missbraucht werden.

Hintergrund der in Deutschland deutlich intensiver werdenden Rezeption der internationalen Diskussion um die Evidenz von Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderungspolitik (Kreis & Bödeker 2006) ist sicher das geplante nationale Präventionsgesetz. In dem Entwurf hierfür war vorgesehen, dass alle Maßnahmen evidenzbasiert sein sollten. Dabei entstehen allerdings insbesondere für komplexe Interventionen und Settingansätze einige Fragen, die nicht nur im deutschen Förder-Kontext eine Rolle spielen dürften:

- Wer soll entscheiden, ob eine geplante Maßnahme als evidenzbasiert gilt?
- Wer macht bei Unklarheit über diese Frage die entsprechenden Recherchen?
- Welche Datenbanken sollen als Adressen für anerkannte Reviews dienen (und sind diese verschiedenen Datenbanken widerspruchsfrei)?
- Welche Regeln soll es für die Ableitung von Entscheidungen aus den (zumeist keineswegs eindeutigen) Reviews geben?
- Soll es zur Arbeitserleichterung eine Art „Positiv-Liste“ für hinreichend evidenzgesicherte Interventionen geben?

Neben diesen praktisch-politischen Fragen tauchen auch forschungspolitische Fragen auf. Insbesondere bei den (wahrscheinlich häufigen) Fällen, in denen Praxis und Politik eine Intervention oder einen Setting-Ansatz zwar für nachvollziehbar und plausibel halten, jedoch die Suche nach Evidenz keine oder uneindeutige Reviews ergibt:

- Wer entscheidet, ob eine begleitende Evaluation (und mit welchen Ergebnis-Parametern) nötig ist?
- Wer macht die Evaluation mit welchem Aufwand (Selbst-Evaluation oder Fremd-Evaluation)?
- Wer bezahlt die Evaluation?
- Wer stellt sicher, dass die Evaluationen in systematische Reviews integriert werden?
- Welche Anreize für Beteiligung an internationalen Review-Gruppen gibt es?
- Wie kann Nachhaltigkeit für die Forschung zu Qualität und Evaluation sowie für die Generierung von Evidenz gesichert werden?

Angesichts dieser Fragen stehen wir offenbar vor einem großen Berg von Aufgaben, die eigentlich zu erledigen sind, bevor der Evidenz-Nachweis zum K.o.-Kriterium für die Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erhoben werden kann. Zu diesen Aufgaben zählen in erster Linie die folgenden:

- Praxis- und Politik-freundliche Aufbereitung der Evidenz

Trojan A

„Das Bohren dicker Bretter“: Gesundheit fördern durch komplexe soziale Interventionen

- von Entstehungstheorien der Gesundheit unter Einschluss des epidemiologischen Wissens, um die Konzeptqualität von Interventionen besser beurteilen zu können,
- Praxis- und Politik-freundliche Aufbereitung der Evidenz von Veränderungstheorien für verschiedene Outcome-Parameter, um wenigstens Plausibilitätsentscheidungen treffen zu können, was wirken könnte,
- Metaanalysen der über zahlreiche Datenbanken verteilten, für Gesundheitsförderung relevanten Evidenz-Reviews,
- Entwicklung von Positiv-Listen von hinlänglich wirksamen Interventionen,
- Identifizierung der Wissenslücken, um Forschungsprioritäten setzen zu können,
- Intensivierung unserer methodologischen und praktischen Diskurse über Ziele, Inhalte und Strukturen zur Entwicklung evidenzbasierter Gesundheitsförderung und Prävention.

Viele dieser hier am Beispiel des Deutschen Präventionsgesetzes entwickelten Fragen und Aufgaben sind in anderen Ländern, vielleicht weniger drängend, aber ansonsten doch in ganz ähnlicher Weise zu stellen. Antworten auf diese Fragen können nur als forschungspolitische Antworten gefunden werden.

Aber auch in der Umsetzung werden fundamentale politische Fragen berührt: Das Ziel „Tackling Health Inequalities“ erfordert letztlich die gesellschaftliche Umverteilung von ökonomischen Mitteln „von oben nach unten“. Alle Daten sprechen dafür, dass die Entwicklung diametral entgegengesetzt läuft: In den USA betrug die Veränderung des Netto-Einkommens zwischen 1979 und 2003 4% im unteren Fünftel der Einkommensklassen, im oberen Fünftel hingegen 54%<sup>1</sup>.

In Deutschland zeigen Analysen zur sogenannten „solidarischen“ Rentenversicherung, dass das untere Einkommensfünftel mit seinen Beiträgen das obere Einkommensfünftel subventioniert – also eine Umverteilung „von unten nach oben“ stattfindet (Lauterbach u. a. 2006).

Wir, als Public Health Experten, verstehen uns nicht nur als Wissenschaftler, die mit ihren methodischen Instrumenten analysieren und evaluieren, sondern auch als Anwälte für Public Health (Rütten 2004) im Sinne politisch garantierter gleicher Chancen auf Gesundheit für Alle.

Max Weber hat Politik als Beruf charakterisiert als das „langsame Bohren dicker Bretter mit Leidenschaft und Augenmaß“. Komplexe soziale Interventionen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sind solche „dicken Bretter“: forschungspolitisch müssen wir die Ef-

<sup>1</sup> Quelle: CBO; zit. n. Der Spiegel Nr. 16, 2006, S. 92

*ektivität komplexer Maßnahmen glaubwürdig nachweisen. Umsetzungspolitisch ist unsere öffentliche Parteinahme für Umverteilung gefordert.*

*Sind wir damit überfordert? Ist das aussichtslos? – Solche und ähnliche Fragen sind sicher verständlich. Aber inzwi-*

*schen glaube ich, dass dies die einzig mögliche Reaktion ist: Wer denn, wenn nicht wir, soll dafür sorgen, dass das Thema nicht einfach von der politischen Agenda abgesetzt wird!?*

**Alf Trojan**

---

#### Literaturverzeichnis

Altgeld T, Geene R, Glaeske G, Kolip P, Rosenbrock R, Trojan A (2006). Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Donaldson L (2005). Health inequalities under the UK Presidency. *Eurohealth* 11(4): 1–2.

Kloek GC, van Lenthe FJ, Mertens YMG, Koelen MA, Mackenbach JP (2006). Process Evaluation of a Dutch Community Intervention to Improve Health Related Behaviour in Deprived Neighbourhoods. *Soz Präventiv Med* 51(5): 259–272.

Kreis J, Bödeker W (Hg) (in press). Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Lauterbach K, Lüngen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G (2006). Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft; Köln: Ausgabe 01/2006 vom 25.02.2006. ISSN 1862-7412

McQueen D (2003). The evidence debate broadens: three examples. *Soz Präventiv Med* 48: 275–6.

Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M (2005a). Systematic reviews of health effects of social intervention: 2. Best available evidence: how far should you go?. *J Epidemiol Commun Health* 59: 886–92.

Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, Petticrew M (2005b). Systematic reviews of health effects of social intervention: 1. Finding the evidence: how far should you go?. *J Epidemiol Commun Health* 59: 804–8.

Peres MA, Fereira Antunes JL, Glazer Peres K (2006). Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? *Soz Präventiv Med* 51(5): 302–310.

Rütten A (2004). „Der Macht die Wahrheit sagen“ – zum Dilemma des Wissenstransfers in Public Health. *Soz Präventiv Med* 49: 169–70.

Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure R (2005). The ‘WHO Safe Communities’ model for the prevention of injury in whole populations. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.: CD004445

Taske N, Taylor L, Mulvihill C, Doyle N, Goodrich J, Killoran A (2005). Housing and public health: a review of reviews of interventions for improving health. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Thomson H, Hoskins R, Petticrew M et al. (2004). Evaluating the health effects of social interventions. *BMJ* 328: 282–5.

Weyers S, Kunst A (2006). Tackling Health Inequalities - two European Programmes will identify effective strategies from 2004 to 2007. *Soz Präventiv Med* 51(5): 257–258.

---

#### Address for correspondence

**Prof. Dr. Dr. Alf Trojan**  
**Universitätsklinikum**  
**Hamburg-Eppendorf**  
**Zentrum für Psychosoziale Medizin**  
**Institut für Medizin-Soziologie**  
**Direktor des Instituts**  
**Martinistrasse 52**  
**D-20246 Hamburg**  
**Tel.: +49 40 42803 4247/3396**  
**Fax: +49 40 42803 4934**  
**e-mail: trojan@uke.uni-hamburg.de**



To access this journal online:  
<http://www.birkhauser.ch>

---