

„Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention“: Wo Evidenz versprochen wird, sollte sie auch enthalten sein!

Stellungnahme des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin zu dem Positionspapier des Wissenschaftsrats: „Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft“

Der Wissenschaftsrat hat Anfang Februar ein Positionspapier „Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft“ veröffentlicht (Wissenschaftsrat 2026). Dieses Papier verfolgt ein ambitioniertes Ziel: Es soll einen „gesundheitsorientierten Paradigmenwechsel“ befördern, hin zu einer stärker auf die Vermeidung von Krankheiten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und entsprechenden Risikofaktoren ausgerichteten Gestaltung der Lebensbedingungen und Gesundheitsversorgung in Deutschland (ebd., S. 10). Hierfür werden – im Sinne eines „health for all policies“-Ansatzes – zahlreiche Punkte angeführt. Diese reichen von einer besseren strukturellen und inhaltlichen Verschränkung bestehender Strategien und Leistungsangebote für Gesundheitsförderung und Prävention auf den verschiedenen Steuerungs- und Angebotsebenen (Bund, Länder, Kommunen, gesetzliche Krankenversicherung und andere Gebiete der sozialen Sicherung und Bildung) über die Stärkung der Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention oder die breite Implementierung bereits erfolgreich erprobter Ansätze bis hin zu Empfehlungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz.

Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) begrüßt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Prävention als Teil einer evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung. Es stimmt dem Befund des Wissenschaftsrats zu, dass die „Datenlage zu (...) effektiven Präventionsmaßnahmen“ in Deutschland verbesserungswürdig ist (Wissenschaftsrat 2026, S. 30), z. B. was die Verbesserung des Zugangs zu Routinedaten für die Forschung oder die breite Implementierung erfolgreich und robust evaluierter präventiver Versorgungsmodelle betrifft. Das EbM-Netzwerk stellt jedoch infrage, ob die Empfehlungen des Wissenschaftsrats den – von den Autorinnen und Autoren selbst formulierten – Ansprüchen an eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention gerecht werden.

Wiederholt wird in dem Papier die Notwendigkeit einer besseren Evidenzbasierung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention betont: Insgesamt 60-mal findet sich in dem 174 Seiten-starken Dokument das Wort „Evidenz“, z. B. in Begriffen oder Zielen wie „evidenzbasierte Politikgestaltung“, „evidenzbasiert begleiten“, „Lebenswelten evidenzbasiert adressieren“, „evidenzbasierte Indikatoren“. Bei genauerer Betrachtung adressieren entsprechende Empfehlungen jedoch hauptsächlich den Ausbau, die Harmonisierung bzw. bessere Interoperabilität von Gesundheitsdaten und weiteren bevölkerungs- und umweltbezogenen Daten für die Forschung. Die Empfehlungen zur Evidenzbildung verharren auf dem Niveau der Deskription und Assoziation und fordern beispielsweise, die zu

Dokumentations- und Abrechnungszwecken anfallenden Daten zugänglich und interoperabel zu machen, so Daten zur Inanspruchnahme des Check-up 30/35, Mutterpassdaten und Impfdokumentation. Auch die Biobanken sollen optimiert, die Surveillance ausgebaut werden, die NAKO Gesundheitsstudie und das RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“ breiter aufgestellt werden, Kohortenstudien verstetigt werden. Ebenso wird die Nutzung von Daten aus Wearables herausgehoben, um Informationen über individuelles Gesundheitsverhalten und zugrundeliegende Motive zu gewinnen.

Darüber hinausgehende Impulse für die Entwicklung, Evaluation und Implementierung evidenzbasierter Strategien für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention – die naturgemäß meist komplexe, interaktionsreiche und kontextsensitive Strategien sind – beschränken sich auf den Aufbau von „Echtzeit-Evidenz und Frühwarnsystemen“ oder eine stärkere interdisziplinäre und partizipative Ausrichtung von Forschungsvorhaben zur Gesundheitsförderung und Prävention. Durch kleinräumige Beschreibung sollen die Wirksamkeit und Effektivität von gesundheitsbezogenen Maßnahmen bestimmt werden. Zwischen Evidenzbasierung (ex ante) und Evaluation (ex post) wird nicht hinreichend unterschieden und der Evidenzbegriff in sehr unspezifischer Weise verwendet. Das Studiendesign der randomisierten kontrollierten Studie (RCT) findet an keiner Stelle Erwähnung im Papier.

Präventive Maßnahmen – seien es medizinische wie Früherkennung oder lebensweltlich orientierte, verhaltens- oder verhältnisorientierte – sind keinesfalls vom Nachweis ihrer Wirksamkeit, Sicherheit und Kostenwirksamkeit entledigt, bevor ihre Generalisierbarkeit erwogen werden kann. Prävention hat auch Schadenspotenzial – beispielsweise psychische Belastungen bei falsch-positiven Früherkennungsbefunden, mögliche unerwünschte Wirkungen präventiver, als gesundheitsförderlich intendierter Lebensstil Anpassungen bzw. präventiver Medikamenteneinnahme oder Impfnebenwirkungen – und bindet zudem Ressourcen, die sich am erwarteten Nutzen messen lassen müssen (Mühlhauser 2020, Martin et al. 2025). Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention können auch als eine potenzielle Verletzung der individuellen Autonomie und des Rechts auf freie, selbstbestimmte Lebensgestaltung wahrgenommen werden; sich als gesund führende Personen werden medikalisiert, mit vielfältigen Implikationen für die persönliche Lebensgestaltung. Diese Risiken, wie sie auch im Positionspapier benannt werden (z. B. Wissenschaftsrat 2026, S. 22), können erheblich zur Reaktanz in der Bevölkerung gegenüber präventiven Zumutungen beitragen und erfordern umso mehr eine sorgfältige, empirisch gut fundierte Abwägung von Nutzen und Schaden vor einer breiten Implementierung.

Das beweiskräftigste Studiendesign zum Nachweis des gesundheitlichen Nutzens ist das RCT. Aus praktischen Gründen und für die Evaluation von Langzeiteffekten kann dieses Studiendesign bei bestimmten Maßnahmen schwierig sein und es erforderlich machen, weniger aussagekräftige Studiendesigns zu akzeptieren. Grundsätzlich gilt jedoch: Auch verhältnispräventive Maßnahmen können – und müssen sogar – experimentell untersucht werden, wenn für sie reklamiert werden soll, evidenzbasiert zu sein. Beispiele gibt es genügend. Man denke an die experimentelle Forschung zur Armutsbekämpfung der Arbeitsgruppe um die Nobelpreisträger Esther Duflo, Abhijit Banerjee und Michael Kremer (<https://www.povertyactionlab.org/person/duflo>) oder an randomisierte Studien zur Vergabe von Vouchern für bessere Wohnungen in besserer Umgebung, die günstige Effekte auf Adipositas und Diabetes zeigen konnten (Ludwig et al. 2011). Bereits an anderer Stelle ist dokumentiert, wie mit international verbreiteten, kontinuierlich weiterentwickelten Methoden zur Beforschung komplexer Interventionen theoretisch und empirisch gut begründete Evidenz

zu Public Health-Maßnahmen aufgebaut und, nach breiter Implementierung, ausgebaut werden kann (De Bock et al. 2021). Erforderlich sind demnach Modelle und Forschung, die es erlauben, bestmöglich theoretisch und empirisch begründet Wirkungszusammenhänge nachvollziehbar und dem Stand der Wissenschaft entsprechend zu beschreiben und daraus abzuleiten, wo evidenzbasierte Maßnahmen bekannt sind, wo es gegebenenfalls nur plausible Maßnahmen gibt („promising interventions“) und wo Evidenzlücken bestehen, die vor einer Implementierung zu schließen sind. Dabei ist unter Umständen zu unterscheiden, inwieweit eine langfristige Planung möglich ist und inwieweit in einer Krise – dem Vorsorgeprinzip folgend – Evidenznachweise zunächst (!) zurückgestellt werden können. So wären dann evidenzbasiert entwickelte Strategien möglich, die auf der Basis einer systematischen Analyse internationaler empirischer Befunde und regionaler Zusammenhänge und unter Einbezug aller relevanten Interessenvertretungen zu priorisierende Ansätze verfolgen (ebd.).

Insgesamt scheint das Positionspapier einem Missverständnis des Begriffes „evidenzbasiert“ zu unterliegen, der hier simpel auf „datengestützt“ reduziert wird. Als EbM-Netzwerk sind wir sensibilisiert für die Nutzung des Begriffes bzw. die Vergabe des Prädikats „evidenzbasiert“. Nicht zuletzt Ioannidis (2016) berichtete vom „Kidnapping“ der EbM und ihrer Instrumentalisierung in einem Beitrag, den er dem verstorbenen David Sackett widmete. Die Gremien, die qua Sozialgesetzgebung für die Evidenzbasierung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), werden im Positionspapier nicht genannt, abgesehen von der Förderung von versorgungswissenschaftlichen Projekten durch den Innovationsausschuss des G-BA. Auch bleibt vollkommen unklar, welche empirischen Befunde der Wissenschaftsrat als hinreichend erachtet, um Entscheidungsprozesse auf politischer bzw. systemischer Ebene auf möglichst gute wissenschaftliche Evidenz zu stützen und evidenzbasierte Maßnahmen implementieren zu können. Es wird die Entwicklung von „Key Performance Indicators“ für das Monitoring und die Evaluation präventiver Strategien empfohlen (Wissenschaftsrat 2026, S. 35). Die genannten Indikatorbeispiele beziehen sich jedoch ausschließlich auf epidemiologische Parameter wie Lebenserwartung oder Inzidenz bestimmter Erkrankungen, während Parameter im Sinne eines umfassenderen Verständnisses von Gesundheit, welches dem Papier laut eigenem Anspruch zugrunde liegt (z. B. S. 15), wie z. B. Lebensqualität oder Teilhabe, ungenannt bleiben, dito die darauf bezogenen Evidenzanforderungen. Auch bleibt unklar, wie gerade diese Parameter mit den vielfach hervorgehobenen und auszubauenden Routinedatenquellen gewonnen werden können und sollen.

Das EbM-Netzwerk befürwortet Positionspapiere, die die erforderlichen Strukturen und Entwicklungsbedarfe in der gesundheitsbezogenen Forschung, Gesundheitspolitik und anderen gesellschaftlichen Bereichen für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention zum bevölkerungsweiten Nutzen beschreiben. Hierfür sind jedoch Empfehlungen erforderlich, die einem vorab klar definierten Verständnis evidenzbasierter Medizin bzw. Public Health folgen und dieses in den Methoden der Erstellung des Positionspapiers berücksichtigen. Davon sind dann die Auswahl der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Belege genauso wie die Entscheidungen zum Einbezug relevanter Interessenvertretungen (z. B. Derstroff et al. 2026) betroffen. Das vorliegende Positionspapier des Wissenschaftsrats bleibt sowohl inhaltlich als auch methodisch in dieser Hinsicht hinter den eigenen Ansprüchen zurück. Künftige Empfehlungen sollten inhaltlich stärker fokussiert werden (z. B. Evaluation von Langzeiteffekten, Evidenzbasierung und Partizipation, Evidenzbasierung versus Vorsorgeprinzip oder interdisziplinäre Forschung zur Reduktion sozioökonomischer Gradienten in der Gesundheit) sowie unter Einbindung aller adressierten Interessengruppen und nach

vorab klar definierten Methoden für die Auswahl geeigneter empirischer Belege und die Integration dieses Wissens mit anderen Wissensquellen entwickelt werden. Dies würde sehr wahrscheinlich ein höheres Maß an Stringenz und Legitimität der Empfehlungen erbringen.

Verfasserinnen und Verfasser:

Prof. Dr. Gabriele Meyer, Dr. Joseph Kuhn, Prof. Dr. Katrin Balzer

Die Stellungnahme wurde von den Mitgliedern des erweiterten Vorstands des EbM-Netzwerks befürwortend zur Kenntnis genommen.

Referenzen

De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2021, https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/forschung/BZgA_Memorandum_Evidenzbasierung_2021.pdf (27.02.2026)

Derstroff M, Schmidt L, Mathes T, Shehu E, Kugler C, Bujard M, Ludwig-Walz H, Pieper D. Guidelines and recommendations for preparing policy briefs from research into policy-making in health sciences: a scoping review. Syst Rev 2026; Feb 9. doi: 10.1186/s13643-026-03090-4.

Ioannidis J. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. J Clin Epidemiol 2016; 73: 82-86

Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, Kessler RC, Kling JR, Lindau ST, Whitaker RC, McDade TW. Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment. N Engl J Med 2011; 365 (16): 1509-19. doi: 10.1056/NEJMSa1103216.

Martin SA, Johansson M, Heath I, Lehman R, Korownyk C. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. BMJ 2025; 388: e080811. doi: 10.1136/bmj-2024-080811.

Mühlhauser I. Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen – kein Thema der Präventionsberichterstattung? Ein kritischer Kommentar. In: RKI, LGL (Hrsg.) Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Berlin 2020: 117-123.

Wissenschaftsrat (WR). Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft. Positionspapier (Drs. 3003-26), Januar 2026. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2026/3003-26> (Zugriff am 07.02.2026)