

Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung

Band Nr. 10 aus der Reihe WISSEN (Teil 1 Handbuch)



Fonds Gesundes
Österreich

Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung

Band Nr. 10 aus der Reihe WISSEN (Teil 1 Handbuch)

Beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich

Autorinnen:

Sabine Haas
Elisabeth Breyer
Christine Knaller
Marion Weigl

Unter Mitarbeit von

Gudrun Braunegger-Kallinger
Charlotte Wirl

Projektassistenz:

Monika Löbau

IMPRESSUM

Herausgeber:

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH
Kontaktperson: Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger
Download unter www.fgoe.org
Wien 2013

Zitiervorschlag

Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche
in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ.
Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt, Wien

Inhalt

1	Einführung	7
2	Grundlagen	11
2.1	Grundlagen und Grundsätze der Gesundheitsförderung	11
2.2	Komplexe Interventionen	15
2.3	„Wirksamkeit“ in der Gesundheitsförderung	18
2.4	Evidenzbasierung und Gesundheitsförderung	22
3	Verschiedene Ansätze der Evidenz-Aufbereitung für Gesundheitsförderung	27
3.1	Evidenzbasierte Gesundheitsförderung	31
3.2	Realist Review	33
3.3	Interactive Domain Model (IDM)	36
4	Anleitung zum methodischen Vorgehen	40
4.1	Entwicklung der Fragestellung	42
4.2	Informationssuche	48
4.3	Bewertung der Information	60
4.4	Analyse der Information	71
4.5	Gesamtschau der Evidenz	74
4.6	Ableitung von Schlussfolgerungen	78
4.7	Berichtslegung	80
5	Qualitätssicherung	82
5.1	Internes Qualitätssicherungsverfahren	82
5.2	Externes Qualitätssicherungsverfahren	82
5.2.1	Fachbeirat	83
5.2.2	Stellungnahmen	83
5.2.3	Gutachten	84
6	Wissenstransfer	86
	Anhang	92
7	Quellenverzeichnis	92
8	Glossar	99

9	Quellen zur (Literatur-)Recherche	105
9.1	Projektdatenbanken (exemplarisch)	105
9.2	Literatur zu nichtmedizinischen Schwerpunkten	106
9.2.1	Frei zugängliche Referenz-Datenbanken und Portale	106
9.2.2	Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale	108
9.3	Literatur zu Medizin und Gesundheitswesen	108
9.3.1	Frei zugängliche Referenz-Datenbanken und Portale	108
9.3.2	Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale	110
9.4	Themenübergreifende Quellen	111
9.4.1	Frei zugängliche Referenz-Datenbanken und Portale	111
9.4.2	Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale	112
10	Checklisten	113
10.1	Allgemeine Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von Informationsquellen	113
10.2	Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen	114
10.3	Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen	115
10.4	Checkliste zur Beurteilung von Kohortenstudien	116
10.5	Leitfragen zur Beurteilung von qualitativen Studien	117
10.6	Checkliste zur Beurteilung der externen Validität	117
10.7	Kriterien zur Beurteilung der externen Validität	118
10.8	Vorlage für Datenextraktion	119
10.9	Ausfüllhilfe zur Datenextraktion	120
10.10	Beispiel für tabellarische Ergebniszusammenfassung	124
11	Vorlagen	127
11.1	Forschungskonzept	127
11.2	Endbericht	128
11.3	Vorlagen für Formate des Wissenstransfers	129
12	Konsultierte Expertinnen und Experten	131
13	Analysierte Guides	131
14	Mitglieder des Fachbeirats	133
15	Teilnehmer/innen der Fokusgruppen	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	An outcome model for health promotion	20
Abbildung 2.2:	Das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz	21
Abbildung 2.3:	Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung	21
Abbildung 2.4:	Vereinfachte Evidenzhierarchie unterschiedlicher Studientypen	24
Abbildung 3.1:	Grafische Darstellung des Interactive Domain Models	37
Abbildung 4.1:	Prozessablauf bei der Evidenzgenerierung.	40
Abbildung 4.2:	Schematische Darstellung einer systematischen Literaturrecherche	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Vergleich der Grundstruktur von evidenzbasierter Gesundheitsförderung, Realist Review und Interactive Domain Model (IDM)	28
Tabelle 3.2:	Vergleich der grundsätzlichen Ausrichtung der Ansätze „evidenzbasierte Gesundheitsförderung“, „Realist Review“ und „Interactive Domain Model (IDM)“	29
Tabelle 4.1:	Operationalisierung der Fragestellung in verschiedenen methodischen Ansätzen	47
Tabelle 4.2:	Literaturrecherche nach verschiedenen methodischen Ansätzen	59
Tabelle 4.3:	Informationsbewertung in verschiedenen methodischen Ansätzen	63
Tabelle 4.4:	Beispiel für Datenextraktion eines Programms am Beispiel Klasse 2000 (Bühler/Heppekausen 2005; Maruska 2011; Storck 2010)	64
Tabelle 4.5:	Beispiel Datenextraktion von Übersichtsarbeiten zu GF durch Lebenskompetenz-Programme in Deutschland (Bühler/Heppekausen 2005)	69
Tabelle 4.6:	Analyse der Informationen in verschiedenen methodischen Ansätzen	73
Tabelle 4.7:	Aufbereitung der Evidenz in verschiedenen methodischen Ansätzen	77
Tabelle 4.8:	Ableitung von Schlussfolgerungen in verschiedenen methodischen Ansätzen	79
Tabelle 5.1:	Vor-/Nachteile und Eignungskriterien der einzelnen Verfahren externer Qualitätssicherung	85
Tabelle 10.1:	Checkliste zur Beurteilung der externen Validität	118
Tabelle 10.2:	Datenextraktion	119
Tabelle 10.3:	Datenextraktion für Programme	120
Tabelle 10.4:	Datenextraktion für Übersichtsarbeiten	122

1 Einführung

Gesundheitsförderung (GF) findet in Gesellschaft und Politik mehr und mehr Akzeptanz. Gleichzeitig wird verstärkt die Frage nach „Evidenz“ zu Best Practice und/oder Wirksamkeit gestellt, die bisher nur unzureichend – und vor allem nicht kurzfristig – beantwortet werden kann. Dies hat viel mit den Spezifika und Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung zu tun (Bottom-up-Ansatz, geringer Standardisierungsgrad im Sinne der zielgruppen- und settingspezifischen Gestaltung von Maßnahmen, komplexe Wirkungszusammenhänge, Wirkungen nur sehr langfristig sichtbar/messbar, geringe öffentliche Budgets für die Beauftragung von Studien/Evaluierungen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen etc.).

Etablierte Methoden der systematischen Aufbereitung von Evidenz, wie sie beispielsweise für Arzneimittel angewendet werden, sind für Gesundheitsförderung nur beschränkt geeignet. Zudem sind verfügbare Übersichtsarbeiten zur Evidenz oft nicht an den Bedürfnissen der Praktiker/innen und Entscheidungsträger/innen orientiert und daher kaum praxisrelevant. Arbeiten zur systematischen Aufbereitung und Synthese der Evidenz, die den spezifischen Rahmenbedingungen und Anforderungen der Gesundheitsförderung gerecht werden, sind daher Teil der FGÖ-Forschungsstrategie.

Vor diesem Hintergrund griff die Gesundheit Österreich (GÖG) die Frage auf, mit welchen Zugängen und Methoden die systematische Aufbereitung der Evidenz zu Interventionen der Gesundheitsförderung bewerkstelligt werden kann. Aufbereitung meint dabei die Analyse und Verdichtung von verfügbarer Evidenz aus Primärstudien und anderen Quellen und bezieht sich auf den gesamten Prozess des Identifizierens, Aufbereitens, Bewertens, Analysierens und Zusammenfassens vorhandener Evidenz sowie das Ziehen von Schlussfolgerungen.

Ziel des Projektes war, aufbauend auf internationalen wie nationalen Erfahrungen eine Vorgehensweise zu erarbeiten, die alle notwendigen Eckpunkte für die wissenschaftliche Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung festlegt und damit eine Basis für zukünftige Evidenzanalysen hinsichtlich Best Practice und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen liefern kann. Längerfristig soll damit auch ein Beitrag zu verbesserten fachlichen Grundlagen für Projektförderungen und Kapazitätsaufbau – eine zentrale Aufgabe des FGÖ – geleistet werden. Das Ergebnis der Arbeiten ist das vorliegende Handbuch in der ersten Fassung. Es wird angestrebt, das Handbuch in Zukunft auf Basis der Rückmeldungen zu den Anwendungserfahrungen zu überarbeiten und weiterzuentwickeln.

Wozu dient das Handbuch?

Das Handbuch soll eine Unterstützung für all jene bieten, die Evidenz zu einer Forschungsfrage der Gesundheitsförderung wissenschaftlich und strukturiert aufbereiten wollen, die also methodisch fundierte Überblicksarbeiten zu Gesundheitsförderungsthemen durchführen oder beauftragen wollen. Das Handbuch bietet einerseits eine grundsätzliche Auseinandersetzung zum Thema Evidenz-Synthese im Bereich Gesundheitsförderung, und andererseits eine konkrete Arbeitshilfe, die Schritt für Schritt durch den Prozess führt. Es kann für ein breites Spektrum von Fragestellungen im Bereich Gesundheitsförderung angewendet werden.

Das Handbuch soll auch dazu dienen, eine der Gesundheitsförderung angepasste methodische Vorgehensweise für Überblicksarbeiten (=Reviews) zu fördern und zu einer gewissen Standardisierung beizutragen. Die Behandlung des Themas Wissenstransfer zielt darüber hinaus darauf ab, Praxisrelevanz und Nutzbarkeit der Ergebnisse entsprechender Arbeiten für Entscheidungsträger/innen und Praktiker/innen zu steigern.

An wen richtet sich das Handbuch?

Das Handbuch richtet sich vorrangig an Personen, die sich mit wissenschaftlicher Aufbereitung von Evidenz (z. B. Auftragsarbeiten, akademische Abschlussarbeiten, wissenschaftliche Arbeiten) im Bereich Gesundheitsförderung befassen.

Das Handbuch setzt wissenschaftliches Grundverständnis und –wissen voraus und richtet sich damit an Personen, die mit wissenschaftlichem Arbeiten vertraut sind und über Erfahrung mit empirischer Sozialforschung verfügen. Das Handbuch baut auf bestehenden wissenschaftlichen – insbesondere sozialwissenschaftlichen – Methoden auf, diese werden vorausgesetzt und daher im Handbuch nicht ausführlich dargestellt. Darüber hinaus kann das Handbuch auch Unterstützung für einschlägige Abschlussarbeiten im Rahmen von Universitätsstudien bzw. –lehrgängen (z. B. Dissertationen, Masterarbeiten von Public-Health-Lehrgängen) bieten.

Wozu dient das Handbuch nicht?

Das Handbuch leistet keine Unterstützung bei der Generierung von Evidenz im Sinne der Ergebnisevaluation von einzelnen Interventionen oder Projekten. Es ist keine Anleitung zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und bietet keinen Überblick über den bisherigen Wissensstand zu Evidenz in der Gesundheitsförderung, also zur Frage, welche Interventionen bereits als wirksam belegt sind. Es handelt sich ausschließlich um eine Anleitung zur Gesamtschau verfügbarer Evidenz zu einer bestimmten Fragestellung.

Ferner erhebt das Handbuch nicht den Anspruch, zur Weiterentwicklung einer spezifischen Methode der Evidenz-Aufbereitung beizutragen. Dies wäre vermessen, da sich Fachleute seit vielen Jahren vertiefend damit befassen und diese Auseinandersetzung und methodische Verfeinerung noch lange nicht abgeschlossen ist. Es besteht aber sehr wohl der Anspruch, auf diese Diskussion zu verweisen und auf dieser – wo immer möglich – aufzubauen.

Wie kann das Handbuch verwendet werden?

Der erste Handbuch-Teil befasst sich mit den Grundlagen, die für ein Verständnis der Evidenz-Synthese im Bereich Gesundheitsförderung notwendig sind, und sollte daher von allen – auch von den vorrangig an der praktischen Anwendung Interessierten – vor der Verwendung der Anleitung gelesen werden. Er ist aber auch für jene Personen von Relevanz, die sich für das Thema Evidenz-Aufbereitung in der Gesundheitsförderung interessieren, ohne selbst einen Review durchführen zu wollen.

Der zweite Teil ist eine Anleitung zum methodischen Vorgehen im engeren Sinn und richtet sich insbesondere an wissenschaftliche Fachkräfte, die selbst Evidenz aufbereiten wollen: Kapitel 3 stellt drei spezifische Ansätze zur Evidenz-Aufbereitung vor und erlaubt damit eine Orientierung, welcher Ansatz für eigene Arbeiten am besten geeignet ist. Kapitel 4 führt

im Sinne einer konkreten Arbeitshilfe Schritt für Schritt durch den Prozess der Evidenzaufbereitung. Die in Kapitel 3 dargestellten Ansätze werden dabei immer wieder aufgegriffen. Reflexionsfragen am Ende jedes Abschnitts dienen zur Selbstkontrolle, ob alle wesentlichen Aspekte berücksichtigt wurden. Kapitel 5 bietet einen Überblick, welche Methoden zur internen und externen Qualitätssicherung eingesetzt werden können.

Der dritte Teil (Kapitel 6) befasst sich mit Überlegungen und Vorschlägen zum Wissenstransfer – insbesondere in Richtung Praxis, Politik und Entscheidungsträger/innen - und bietet damit Unterstützung in Hinblick auf eine Zielgruppenorientierung und Veröffentlichung der Ergebnisse einer Evidenz-Aufbereitung.

Im Anhang (Seite 92ff) finden sich ergänzende Materialien (Glossar, Quellen zur Literaturrecherche, Checklisten, Templates) als Unterstützung im Umsetzungsprozess.

Wie ist das Handbuch entstanden?

Grundlage für das vorliegende Handbuch war ein Prozess, der in wesentlichen Punkten dem präsentierten methodischen Vorgehen (vgl. Kapitel 4) entspricht:

1. **Klären der Aufgabenstellung** auf Basis einer Hintergrundrecherche: Es wurden dazu einschlägige Informationen in Literaturdatenbanken und Internet recherchiert und relevante Stakeholder (insbesondere Fachbeirat und Fokusgruppen, siehe unten) konsultiert.
2. **Suche nach und Auswahl und Bewertung von relevanten Materialien und Informationen:** Auf Basis von Expertenhinweisen, „Pearl Growing“ und Schneeballsuche (vgl. Abschnitt 4.2) wurde eine selektive Internetsuche nach Anleitungen („Guides“) und Studien durchgeführt, die sich vertiefend mit dem Thema Evidenz-Synthese im Bereich Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Weiters wurden Fachleute, die bereits mit der Aufbereitung von Evidenz im Bereich Gesundheitsförderung oder Public Health (PH) befasst sind/waren (vgl. Kapitel 12), in persönlichen Gesprächen sowie via E-Mail hinsichtlich ihrer Erfahrungen konsultiert.
3. **Analyse der Materialien:** Einige relevante Guides wurden identifiziert (vgl. Kapitel 13 im Anhang), die in der Folge systematisch auf Basis der adaptierten Struktur des EU-Projekts „Getting Evidence into Practice“ aufbereitet und analysiert wurden. Darüber hinaus wurde vielfältige Hintergrundliteratur aufgearbeitet und es wurden gezielt einige Fachleute (vgl. Kapitel 12 im Anhang) ergänzend konsultiert.
4. **Synthese der Materialien und Ableiten von Schlussfolgerungen:** Darauf folgte eine Zusammenschau von Ergebnissen aus der Recherche und der Konsultation von Fachleuten und Fokusgruppen in Form einer narrativen (beschreibenden) Synthese. Es wurden Schlussfolgerungen gezogen, in welcher Form die sich in mancher Hinsicht relevant unterscheidenden Ansätze und Konzepte in die vorliegende Anleitung aufgenommen werden können, das heißt auch, wie sie sinnvoll zusammengefasst bzw. differenziert werden können (vgl. Kapitel 3).
5. **Berichtslegung:** Das so erstellte Handbuch wurde anhand eines Fallbeispiels erprobt und auf Basis der dabei gewonnenen Erfahrungen überarbeitet.

Es handelte sich also um einen „iterativen“ Arbeitsprozess. Beispielsweise wurde die Literatursuche nicht in Phase 2 abgeschlossen, sondern erstreckte sich über den gesamten Pro-

zess. Wenn sich durch die Analyse der Materialien neue Erkenntnisse oder Fragestellungen ergaben, wurde weitere Literatur herangezogen. Mit der Zeit konnte eine Sättigung erreicht werden – d. h. neue Literatur ergab keine neuen Erkenntnisse mehr und die angeführten Referenzen wiederholten sich mehr und mehr – der „test of saturation“ (Pawson 2006, 26) war damit erfüllt.

Eine wesentliche Überarbeitung erfuhr das Handbuch durch seine Erprobung. Um die Anwendbarkeit des Handbuchs zu testen, wurde ein Fallbeispiel („Evidenz zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Volksschule, die auf die Förderung von Lebenskompetenzen abzielen und insbesondere auch verhältnisorientierte Maßnahmen einschließen“) von Kolleginnen, die nicht an der Erstellung des Handbuchs beteiligt gewesen waren, exemplarisch durchgespielt. Die Erfahrungen wurden dokumentiert und im Zuge eines Reflexions-Workshops mit den Autorinnen des Handbuchs diskutiert. Die Rückmeldungen und Anregungen führten zur abschließenden Überarbeitung des Handbuchs.

Die externe Qualitätssicherung erfolgte durch einen Fachbeirat, dessen Vertreter/innen (aus Wissenschaft, Praxis und Verwaltung) sich vertiefend mit Gesundheitsförderung befassen (vgl. Kapitel 14 im Anhang). Der Beirat begleitete die Arbeiten insbesondere durch Beratung hinsichtlich Zielsetzungen und Fragestellungen des Projekts sowie durch Feedback zu mehreren Entwurfsfassungen des Handbuchs. Der Fachbeirat diente darüber hinaus auch der Einbindung relevanter Stakeholder.

Darüber hinaus wurden auch noch im Rahmen von Fokusgruppen Stakeholder eingebunden. Die beiden Fokusgruppen (vgl. Kapitel 15 im Anhang) mit Praktikern/Praktikerinnen einerseits und Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen im Bereich Gesundheitsförderung andererseits hatten vor allem das Ziel, den angestrebten Praxisbezug sicherzustellen. In der Anfangsphase wurden die Fokusgruppen zur Frage konsultiert: „In welchen Zusammenhängen braucht es Informationen über Evidenz und in welcher Form muss diese aufbereitet sein, um praxisrelevant zu werden?“ Nach Erprobung des Handbuchs lieferten sie nochmals Feedback zum Fallbeispiel.

2 Grundlagen

"It is a challenge to assemble „evidence“ in ways which are relevant to the complexities of contemporary health promotion, and to avoid the possibility that this may lead action down a narrow, reductionist route." (Nutbeam 1999b)

„... while the search for answers/evidence may take longer and be more frustrating than we would like, the process for doing so is well within the capacities of all practitioners and decision makers; ultimately, the time and energy spent asking and answering questions (i.e., gathering evidence) will be rewarding, and will result in more effective and satisfying practice." (Kahan/Goodstadt 2005a)

2.1 Grundlagen und Grundsätze der Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden." (WHO 1986)

Das Konzept der Gesundheitsförderung baut auf dem **umfassenden Gesundheitsbegriff** der WHO¹ auf, die Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert.

Das Konzept beruht ferner auf dem **salutogenetischen Ansatz** (Antonovsky 1996). Dieser beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit durch Ressourcen und Potenziale (wie z. B. Kohärenzsinn, Bewältigungsmechanismen) – im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz, der sich mit Risikofaktoren und der Entstehung von Krankheit(en) befasst.

¹ Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946

Gesundheitsförderung basiert damit auf einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und ist auf die Beeinflussung von Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet. Gesundheitsförderung unterscheidet sich damit maßgeblich von Prävention, deren Ziel die Vermeidung von bestimmten Krankheiten bzw. Krankheitsrisiken ist, auch wenn sich in der Praxis manche methodischen Zugänge von Gesundheitsförderung und Primärprävention gleichen.

Die wesentlichen Grundsätze des Konzepts wurden im Jahr 1986 in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (vgl. Zitat am Kapitelanfang) verankert und sind weiterhin gültig. Mit der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (WHO 1997) wurde diese Definition weiterentwickelt und das Beeinflussen der Gesundheitsdeterminanten als Kernaufgabe der Gesundheitsförderung definiert.

Die Ottawa Charta definiert drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsebenen der Gesundheitsförderung (vgl. auch Kaba-Schönstein 2011).

Gesundheitsförderung soll durch folgende Handlungsstrategien verwirklicht werden (WHO 1986):

- **„Advocate“** im Sinne von Interessen vertreten (Anwaltschaft, Parteinahme) bedeutet aktives, anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit im Sinne des positiven Beeinflussens der Gesundheitsdeterminanten (politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren).
- **„Enable“** im Sinne von befähigen und ermöglichen meint das Bemühen, bestehende soziale Unterschiede bzgl. des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (Kompetenzförderung, Empowerment).
- **„Mediate“** im Sinne von vermitteln und vernetzen meint die aktive, partnerschaftliche Kooperation mit allen Akteurinnen/Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens unter Beteiligung der Menschen in allen Lebensbereichen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften.

Vorrangige **Handlungsebenen**

- **Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln:**
Auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen sollen politische Entscheidungen und Programme gesundheitsgerecht gestaltet werden. Das betrifft politische Maßnahmen ebenso wie Gesetzesinitiativen, steuerliche oder organisatorisch-strukturelle Maßnahmen.
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**
Sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen werden angestrebt, die den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen einschließen. Die gesundheitlichen Folgen einer sich rasch wandelnden Umwelt und Maßnahmen zur Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung sind systematisch zu erfassen.
- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**
Nachbarschaften und Gemeinden sind im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teil-

nahme an und Mitbestimmung in Gesundheitsbelangen sind zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln.

→ **Persönliche Kompetenz entwickeln**

Persönlichkeit und soziale Fähigkeiten sind durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufzubauen, damit die Menschen mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt entwickeln können.

→ **Gesundheitsdienste neu orientieren**

Ein Versorgungssystem ist zu entwickeln, das über medizinisch-kurative Betreuungsleistungen hinaus Gesundheit stärkt und sich an den Bedürfnissen des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit orientiert.

Wesentlich in der Gesundheitsförderung ist der **Settingansatz**. „Settings“ sind Orte oder soziale Zusammenhänge (wie Familie, Arbeitsplatz/Betrieb, Schule/Kindergarten, Städte/Gemeinden als Wohnumfeld), in denen sich der Alltag von Menschen abspielt und die einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Gesundheitsförderung setzt häufig in den Settings an und „versucht, das Interesse an der Gesundheit in die Strukturen dieser Organisationen und Institutionen zu integrieren bzw. mit deren Alltagsaktivitäten zu verbinden“. (Naidoo/Wills 2003, 260)

Aus dem in der Ottawa Charta definierten Konzept der Gesundheitsförderung resultieren einige weitere Ansätze² (vgl. auch Rootman et al. 2001), an denen Gesundheitsförderungsaktivitäten gemessen werden, auch wenn die Ansätze in einzelnen Maßnahmen unterschiedlich stark betont sein können:

→ **Setting- und Determinantenorientierung**

Gesundheitsförderung findet immer in „Settings“ (Lebenswelten) statt. Das sind Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen der Alltag von Menschen stattfindet und die einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben. Gesundheitsförderung zielt auf die Veränderung der Einflussfaktoren auf Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten) im gesundheitsförderlichen Sinn. Dabei geht es um Beachtung individueller Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensprävention) in ihrer Wechselwirkung mit Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und um die natürliche Umwelt (Verhältnisprävention).

Verhältnisorientierte Maßnahmen haben zum Ziel, „Veränderungen in den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, die sich positiv auf die Förderung der Gesundheit auswirken“. (Naidoo/Wills 2003, 98)

Verhaltensorientierte Maßnahmen haben zum Ziel, „Individuen dabei zu unterstützen, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen, die als Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit gesehen werden“. (Naidoo/Wills 2003, 93)

2 Vgl. auch Website des Fonds Gesundes Österreich
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien>

- **Förderung der Chancengleichheit:** Gesundheitsförderung zielt auf gesundheitliche Chancengleichheit und damit auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen im Allgemeinen sowie insbesondere auf gesundheitliche Chancengleichheit im Sinne der „Herstellung gleicher Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben“ (Altgeld 2007). Die ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen in einer Gesellschaft, hat einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften.
- **Partizipation:** Gesundheitsförderung braucht die aktive Beteiligung der Bevölkerung und bezieht Menschen und Gemeinschaften in die Planung und Durchführung der Aktivitäten ein. Die Menschen müssen im Mittelpunkt gesundheitsfördernder Entscheidungsprozesse und Maßnahmen stehen, damit diese wirksam werden können (Fonds Gesundes Österreich 2005). Eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung findet sich bei Wright (Wright 2010).
- **Ressourcenorientierung und Empowerment:** Gesundheitsförderung orientiert sich an den bestehenden persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen im Sinne von Stärken, Potenzialen, Kompetenzen etc. (sowohl von Individuen als auch von sozialen Netzwerken oder Systemen); im Unterschied zu einer Defizitorientierung, die Mängel, Probleme etc. in den Mittelpunkt stellt. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Fähigkeiten von Menschen zu stärken und zu aktivieren, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen (Capacity Building), um die Kontrolle über jene Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen (Nickel/Trojan 2011).
- **Nachhaltigkeit:** Gesundheitsförderung zielt auf einen langfristigen Nutzen. „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementierung aufrecht erhalten können.“ (Nutbeam 1998)

Für weiterführende Informationen steht eine Reihe von Standardwerken zur Verfügung (für einen komprimierten Überblick vgl. Kaba-Schönstein 2011; für eine umfassende Behandlung vgl. Naidoo/Wills 2003).

Ausgehend von diesen Grundsätzen der Gesundheitsförderung ergeben sich drei zentrale Ausgangspunkte für die Synthese von Evidenz:

- Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind komplexe Interventionen (vgl. Abschnitt 2.2), insbesondere da Gesundheitsförderung immer eine Intervention mit Menschen und nicht an Menschen ist.
- Auf Grund der Komplexität und Langfristigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist es äußerst schwierig, Wirksamkeit in Form von Primärstudien nachzuweisen (vgl. Abschnitt 2.3).
- Dies bringt mit sich, dass auch die Aufbereitung von Evidenz zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Form von Überblicksarbeiten schwierig und komplex ist (vgl. Abschnitt 2.4).

2.2 Komplexe Interventionen

“... complexity resides (among other things) in the number of interacting components; the number and difficulty of behaviours required by those delivering or receiving the intervention; the number of groups or organizational levels targeted by the intervention; the number and variability of outcomes; and the degree of flexibility or tailoring of the intervention permitted.” (Craig et al. 2008, zit. nach Petticrew 2011, 397)

Die Komplexität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen äußert sich in einer Reihe von Charakteristika (Craig et al. 2008; Petticrew 2011; Rickles 2009), wie beispielsweise:

- multistategischer Zugang,
- multidisziplinärer Zugang,
- langfristige und vielfältige Wirkung,
- interaktive Elemente,
- nicht-lineare Wirkpfade,
- Vielzahl an beteiligten Gruppen,
- hoher Grad der Flexibilität bei der Umsetzung,
- komplexe Instrumente,
- Umsetzung in komplexen, sich verändernden Systemen mit komplexen, sich verändernden Kontexten.

Da die meisten Gesundheitsförderungsmaßnahmen mehrere dieser Charakteristika aufweisen, verstärkt sich ihre Komplexität. Kliche zeigt die Komplexität von GF-Interventionen anhand des Setting-Ansatzes: Verhaltens- und Verhältnisorientierung für mehrere Zielgruppen werden integriert; die Umsetzung erfolgt in der realen Lebenswelt; Partizipation der Zielpersonen wird angestrebt; viele GF-Interventionen setzen ein breites Repertoire an Einzelinterventionen („Werkzeugkasten“) und Methoden ein (Kliche et al. 2011).

Evidenz zu solch komplexen Interventionen zu generieren, ist eine methodische Herausforderung. Nutbeam hat dazu das **„inverse evidence law“** formuliert (Nutbeam 1999b). Es besagt, dass es umso weniger und schwächere Evidenz gibt, je komplexer eine Intervention ist (da der Nachweis schwieriger zu führen ist).

Dazu gibt es den letzten Jahren eine intensive – sowohl wissenschaftstheoretische als auch methodische – Auseinandersetzung. Im Zuge dieser wird versucht, den klassischen Ansatz des systematischen Reviews für die spezifischen Erfordernisse „komplexer Interventionen“ zu adaptieren (vgl. Abschnitt 2.4).

Die klassische Methode des systematischen Reviews ist für komplexe Interventionen aus folgenden Gründen nicht geeignet (Van der Knaap et al. 2008):

- Zu großer Fokus liegt auf interner Validität von Studien,
- die favorisierten Forschungsdesigns berücksichtigen die den Interventionen zugrundeliegenden sozialen und Verhaltensmechanismen zu wenig,
- die zentrale Frage „Warum funktioniert etwas?“ wird nicht beantwortet,
- die (oft impliziten) Theorien der Policy Makers und Praktiker/innen werden meist nicht berücksichtigt.

Drei sich gegenseitig nicht ausschließende, sondern eher sich komplementär ergänzende Möglichkeiten werden diskutiert, wie man sich der Evidenz von komplexen Interventionen annähern könnte:

1. Reduktion der Komplexität,
2. Berücksichtigung der Komplexität in den methodischen Ansätzen,
3. Theoriebezug als zentraler Angelpunkt der Evidenz-Aufbereitung.

Reduktion der Komplexität: Komplexe Intervention werden in Einzelkomponenten zerlegt, die dann einfacher untersucht werden können (Petticrew 2011). Alternativ werden einzelne Elemente zur Untersuchung ausgewählt, um Komplexität zu verringern. Dies erfordert eine sehr genaue Definition und Abgrenzung der Fragestellung (Rehfuess 2011) und vermutlich auch eine intensive vorausgehende Hintergrundrecherche.

Komplexe Interventionen brauchen **komplexe(re) Ansätze zur Identifizierung und Synthesisierung von Evidenz** (Rehfuess 2011; Shepperd et al. 2009). Als Ausgangspunkt dafür dient weiterhin die Methode des systematischen Reviews, allerdings mit deutlich verändertem Fokus. Für die Evidenz-Aufbereitung zu komplexen Interventionen (Gerhardus et al. 2010; Rehfuess 2011; Shepperd et al. 2009) gilt daher:

- **Berücksichtigung des Kontextes:** Die sozialen, politischen, regionalen etc. Rahmenbedingungen einer Intervention sowie allfällige Veränderungen des Kontextes im Laufe der Umsetzung der Intervention müssen berücksichtigt werden (Gerhardus et al. 2010, 257ff; Kahan/Goodstadt 2001; Pawson 2006). Die Übertragbarkeit, ein zentrales Kriterium der externen Validität, muss besonders kritisch geprüft werden („Some things work only in some situations“. (Kahan/Goodstadt 2001, 29)
- **Nicht nur „Was“, sondern auch „Warum“ etwas (nicht) funktioniert,** ist von Interesse: Ein vertieftes Verständnis über Wirkzusammenhänge soll angestrebt werden, daher weniger Fokus auf den Ergebniseffekt der Intervention denn auf die Mechanismen, die für den Effekt zentral sind (Kahan/Goodstadt 2001; Kliche et al. 2011; Pawson 2006).
- **Einbezug einer Vielfalt an Forschungsdesigns und –methoden** (Gerhardus et al. 2010, 3, 76, 79; Kahan/Goodstadt 2001; Nutbeam 1999b; Pawson 2006): Es braucht breite Suchtechniken und ein breites Spektrum von Studiendesigns (auch graue Literatur, Einbezug von theoretischen und qualitativen Arbeiten). Die im Bereich von EbM etablierte Evidenzhierarchie ist nicht sinnvoll, da die darin hoch bewerteten Studiendesigns (z. B. RCT) für Gesundheitsförderungsfragestellungen wenig geeignet sind (vgl. Abschnitt 2.4). Geeignet sind hingegen neuere Traditionen von (insbesondere auch qualitativen) Forschungsansätzen, die in Evidenzhierarchien gering bewertet sind.

- Sorgfältige **Beschreibung der Interventionen** (Rehfuess 2011; Shepperd et al. 2009): Dies inkludiert die sorgfältige Beschreibung, wie sich die Intervention im Zuge der Umsetzung entwickelt hat bzw. wie sie modifiziert wurde.
- Meta-Analyse nicht als zentraler Aspekt (Gerhardus et al. 2010; Shepperd et al. 2009): Eine **narrative** (d. h. beschreibende) Aufbereitung ist meist sinnvoller als eine quantitative Zusammenfassung, insbesondere wenn die einbezogenen Studien heterogen sind.
- Berücksichtigung der **zugrundeliegenden Theorien** (Gerhardus et al. 2010, 61; Pawson 2006): Der Theoriebezug (zugrundeliegendes Wirkmodell bzw. Verständnis von Mechanismen) soll bei der Definition der Fragestellung, der Analyse der Evidenz sowie der Abteilerung von Empfehlungen/Handlungsalternativen klar gelegt werden. Eine theoriefundierte Analyse sollte, wenn immer möglich, die Aufbereitung begleiten.

Theoriebezug ist ein eigenständiger und besonders vielversprechender Zugang, bessere Evidenz zu komplexen Interventionen zu gewinnen. Es geht dabei darum, die den Interventionen zugrundeliegenden Annahmen bezüglich der Wirkzusammenhänge und –mechanismen transparent und zum Gegenstand der Analyse zu machen. Shepperd et al. sehen im Fokus auf solche „mid-range“-Theorien (Mittelding zwischen kleinen Arbeitshypothesen der täglichen Forschungsarbeit und den allumfassenden systematischen Anstrengungen einheitliche Theorien zu entwickeln) das größte Potenzial, um die Ergebnisse von komplexen Interventionen zu erklären und voraussagen zu können (Shepperd et al. 2009).

Pawson (vgl. Abschnitt 3.2) hat dafür eine spezifische Methode (Realist Review oder Realist Synthesis (Pawson 2006) entwickelt, die zunehmend Interesse und Akzeptanz findet (Kliche et al. 2011; Shepperd et al. 2009; Van der Knaap et al. 2008). Er identifiziert eine Reihe von Spezifika von komplexen Interventionen („nature of interventions“); (Pawson et al. 2004; Pawson et al. 2005), die für die Durchführung von Reviews relevant sind:

- Komplexe Interventionen sind Theorien, da sie immer auf impliziten oder expliziten Hypothesen und Annahmen beruhen; Reviews sollten daher die zugrundeliegenden Programmtheorien identifizieren und evaluieren.
- Komplexe Interventionen sind aktiv, da sie ihre Effekte durch aktiven Input von Individuen erreichen; die Überlegungen (reasoning) und Präferenzen (choices) der verschiedenen Akteure sollen daher als qualitative Evidenz einbezogen werden.
- Die Interventionsketten sind lang und werden daher nicht nur durch einen, sondern durch viele implizite Ablaufmechanismen bestimmt; Reviews sollten daher auch die Vollständigkeit der Umsetzungskette prüfen.
- Die Interventionsketten sind nicht linear, da es im Zuge der Intervention - insbesondere auf Grund der Reaktionen der Beteiligten – zur (wiederholten) Umgestaltung der Intervention kommt; Reviews sollten daher untersuchen, wie der relative Einfluss der verschiedenen Personen die Umsetzung beeinflusst und lenkt.
- Komplexe Interventionen sind in mehrere soziale Systeme eingebettet, Veränderungen werden durch das Agieren von gesamten Systemen sozialer Beziehungen bewirkt; beim Review müssen daher Unterschiede zwischen Studien in Hinblick auf z. B. organisatorische Kultur und Leadership, Ressourcenwidmung, Personalkapazitäten oder konkurrierende lokale Prioritäten und Einflüsse kontextualisiert werden.
- Komplexe Interventionen sind anfällig für Einflüsse von außen, insbesondere für Ver-

änderungen auf Basis des professionellen und organisationsübergreifenden Austauschs („sharing of tricks-of-the-trade“), dieselben Interventionen werden daher in wandelnder Form umgesetzt; beim Review muss berücksichtigt werden, wie die Ergebnisse durch Verfeinerung, Neuerfindung und Adaptierung auf lokale Bedingungen dynamisch geformt werden.

- Komplexe Interventionen sind offene, selbst-rückkoppelnde / selbst-referentielle Systeme. Die Intervention führt zu einem Lerneffekt, der die Empfänglichkeit für die Intervention verändern und damit zu nicht intendierten Effekten der Intervention führen kann. Reviews sollten intendierte wie nicht intendierte Effekte von Interventionen antizipieren und erfassen.

Die in Abschnitt 3.2 beschriebene Methode des Realist Review baut auf diesen Überlegungen auf, sie ist aber auch generell hilfreich, um die Herausforderung der Evidenz-Aufbereitung zu komplexen Interventionen in der Gesundheitsförderung zu verstehen.

2.3 „Wirksamkeit“ in der Gesundheitsförderung

„Die Evaluation der Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen wird erschwert durch die große Latenz zwischen Maßnahme und Wirkung und die oft schwer nachzuweisende Kausalität zwischen Maßnahme und Wirkung. Häufig wirkt eine Maßnahme nicht nur direkt auf das Individuum (Verhaltensprävention), sondern auch über das Umfeld (Verhältnisprävention). Das gewünschte Ereignis ist zudem oft ein „Nichtereignis“ und dadurch schwer mess- und bewertbar.“ (Brügger et al. 2004, 4)

Die Frage nach der Messbarkeit von Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung wird sowohl in der Literatur (Gerhardus et al. 2010; Kahan/Goodstadt 2005b; Kliche et al. 2011; Popay et al. 2006) als auch von Expertenrunden (im Projekt: Fokusgruppen und Beiratssitzungen) intensiv diskutiert.

Rootman et al. weisen auf eine Reihe von Problemen bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsinterventionen hin: Komplexität der Interventionen (vgl. Abschnitt 2.2), Notwendigkeit, den sozialen und politischen Kontext zu berücksichtigen, die flexible und sich veränderte Form der Intervention, die Vielfalt der angestrebten Ergebnisse (Outcomes) und das Nichtvorhandensein von Kontrollgruppen für Vergleichszwecke sowie generell die schwierige Überprüfbarkeit der Wirkzusammenhänge. Darüber hinaus machen es verzögerte Effekte von Gesundheitsförderungsinterventionen schwierig, kurzfristige Antworten zu den endgültigen oder auch nur intermediären Ergebnissen zu bekommen (Rootman et al. 2001).

Auf der Suche nach Evidenz zur Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung stößt man in erster Linie auf Studien zu Einzelinterventionen, vor allem in Form von Begleitstudien und Evaluationen. Bei diesen ist zu prüfen, von welcher Qualität sie sind und an welchen Indikatoren sie sich orientieren. Generell sind viele Interventionen noch ungenügend evaluiert. Außerdem

besteht das Problem, dass Evaluierungen wenig wirkungsvoller Projekte seltener veröffentlicht werden als „erfolgreiche“. Das schmälert die verfügbare Evidenz, da aus Erfahrungen dazu, was – unter bestimmten Rahmenbedingungen - nicht funktioniert, viel Erkenntnis gewonnen werden könnte (Gerhardus et al. 2010).

In der Diskussion über „Wirksamkeit“ in der Gesundheitsförderung besteht Einigkeit darüber, dass Wirksamkeit nur anhand von **gesundheitsförderungsspezifischen Indikatoren** gemessen werden kann. Das heißt, die betrachteten Endpunkte sind nicht Mortalität und Morbidität, sondern salutogenetische Ziele wie Lebensqualität, verbesserte Gesundheit, Gesundheitsnutzen, Gesundheitsgewinn (vgl. Hurrelmann 2006; zitiert nach Kaba-Schönstein 2011) sowie Verbesserungen in Hinblick auf die relevanten Gesundheitsdeterminanten (IUH-PE 2000). Betont wird darüber hinaus, dass Wirksamkeit im engeren Sinn bezogen auf Ergebnisindikatoren nicht als alleiniges „Erfolgskriterium“ gelten kann (Kahan/Goodstadt 2005b; Popay 2006). Vielmehr ist auch die Frage nach der Qualität des Prozesses und damit die Berücksichtigung von Prozessindikatoren zentral (Gerhardus et al. 2010).

Indikatoren zur Beurteilung der Wirksamkeit

Ausgehend von den salutogenetischen Zielen kann die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung anhand verschiedenster Indikatoren gemessen werden. Eine Orientierung bieten „Ergebnismodelle“, die nach Ergebnis-Ebenen bzw. „Outcome-Hierarchien“ differenzieren, woraus sich auch kurzfristige, mittelfristige und langfristige Ergebnisse ableiten lassen (Nutbeam 1999b). Im Folgenden werden beispielhaft drei Modelle dargestellt, die auch bei der Evidenz-Aufbereitung Orientierung für die Auswahl von Wirkfaktoren (Indikatoren) geben können (vgl. 4.1).

Nutbeam unterscheidet in seinem „Outcome Model“ (Abbildung 2.1) zwischen drei Typen von Gesundheitsförderungsaktivitäten (health promotion actions) und jeweils darauf bezogenen kurz-, mittel- und langfristigen Ergebnissen. Die unmittelbaren (kurzfristigen) Interventionsergebnisse nennt er „health promotion outcomes“, die daraus resultierenden (mittelfristigen) Ergebnisse sind Veränderungen der Gesundheitsdeterminanten (intermediate health outcomes), die (langfristigen) Veränderungen können sowohl gesundheitliche als auch soziale Endpunkte (health and social outcomes) sein. Für jede Stufe werden beispielhaft Indikatoren angeführt.

Abbildung 2.1: An outcome model for health promotion

Health & Social Outcomes	Social outcomes measures include: quality of life, functional independence equity Health outcomes measures include: reduced morbidity, disability, avoidable mortality		
Intermediate Health Outcomes <i>(modifiable determinates of health)</i>	Healthy lifestyles measures include: tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use	Effective health services measures include: provision of preventive services, access to and appropriateness of health services	Health environments measures include: safe physical environment, supportive economic and social conditions, good food supply, restricted access to tobacco, alcohol
Health Promotion Outcomes <i>(interventions impact measures)</i>	Health literacy measures include: health-related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self-efficacy	Social action and influence measures include: community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Healthy public policy and organisational practice measures include: policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices
Health Promotions Actions	Education examples include: patient education, school education, broadcast media and print media communication	Social mobilisation examples include: community development, group facilitation, technical advice	Advocacy examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia

Quelle und Darstellung: IUHPE 2000

Das vorrangig als Qualitätsentwicklungsinstrument dienende Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz (Abbildung 2.2) ist eine Weiterentwicklung dieses Modells und stellt den Wirkungszusammenhang noch deutlicher dar: von den Maßnahmen der Gesundheitsförderung, über Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten zu den Gesundheitsdeterminanten und letztendlich der Gesundheit der Bevölkerung (Cloetta et al. 2004). Dabei werden die vier unterschiedliche Ergebnis-Ebenen Infrastruktur/Dienstleistungen, Legislative/Administration/Organisation/Netzwerke, Gruppen/Gemeinschaften/Bevölkerung und Individuen unterschieden.³

³ Eine ausführliche Darstellung des Modells findet sich unter <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1011>.

Abbildung 2.2: Das Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz



Quelle: Quelle und Darstellung: Cloetta et al. 2004

Ein drittes hilfreiches Modell, das darüber hinaus auch den Kontext berücksichtigt, ist der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung von Saan / De Haes in Abbildung 2.3 (Saan / De Haes 2005).

Abbildung 2.3: Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung



Quelle und Darstellung: Saan / De Haes 2005

All drei Modelle können für die Überlegung herangezogen werden, welche Indikatoren zur Messung der „Wirksamkeit“ geeignet sind (vgl. Abschnitt 4.1). Sie können auch als Unterstützung bei der Analyse der Ergebnisse bzw. bei der Gesamtschau zur Evidenz (vgl. Abschnitte 4.4 und 4.5) verwendet werden.

2.4 Evidenzbasierung und Gesundheitsförderung

„Die Modelle von Gesundheitsförderung und von Evidenzbasierung könnten kaum gegensätzlicher sein: Während die Gesundheitsförderung auf der Basis facettenreicher, komplexer Wirkmodelle einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, ist das Konzept der Evidenzbasierung durch eine reduktionistische Repräsentation von Kausalbeziehungen geprägt.“ (Gerhardus et al. 2010, 62)

„Evidenz (lat. evidentia = Augenschein) bedeutet umgangssprachlich „Offenkundigkeit, völlige Klarheit“. Im Kontext der evidenzbasierten Medizin hat der Begriff Evidenz eine andere Bedeutung. Hier leitet er sich vom englischen Wort „evidence“ (= Aussage, Beweis, Unterlage, Beleg) ab und bezieht sich auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.“⁴

Verallgemeinert sind „evidenzbasierte Ansätze ... solche, deren Effekte wissenschaftlich untersucht und für nutzbringend befunden wurden“ (Gerhardus et al. 2010, 17), eine Definition, die auch für Gesundheitsförderung anwendbar ist.

Im Zuge der Etablierung der evidenzbasierten Medizin (EbM) wurde auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems der Ruf nach „Evidenz“ laut. Im Jahr 1998 wird in der - ersten jemals verabschiedeten – WHO-Resolution zu Gesundheitsförderung (WHO 1998) die Entwicklung von evidenzbasierter Gesundheitsförderungspolitik und –praxis innerhalb der WHO gefordert. Der wissenschaftliche Diskurs der letzten zehn Jahre zu Evidenz und Public Health im Allgemeinen bzw. Gesundheitsförderung im Speziellen ist umfangreich (Davey Smith et al. 2001; Gerhardus et al. 2010; Nutbeam/Harris 2004; Nutbeam 1999b; Raphael 2000; Rychetnik/Wise 2004) und zeigt sowohl Chancen als auch Herausforderungen und Gefahren auf.

Evidenzbasierung wird als notwendiger Teil der Sicherung der Qualität im Bereich Gesundheitsförderung (Nutbeam 1999b; Rychetnik/Wise 2004) und als eine Chance für die Gesundheitsförderung gesehen (Fokusgruppen: z. B. Fehler nicht wiederholen zu müssen, von anderen zu lernen, Argumentationshilfe gegenüber Politik). Die Rolle von Evidenz, Ressourcen, Werten und Interessen in Entscheidungsprozessen soll sichtbar gemacht werden (Evidence based Public Health, vgl. Gerhardus et al. 2010). Bedarf an besser aufbereiteter Evidenz besteht als Grundlage für strategische Entscheidungen ebenso wie für die Konzeption von Maßnahmen.

4 <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/evidenz>; 24. Oktober 2011

In Zeiten knapper Budgets kann Evidenz auch einen Beitrag zur Rechtfertigung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und zu einem zielgerichteten, effizienten Mitteleinsatz leisten (vgl. Raphael 2000). Es gab und gibt im Public-Health-Bereich eine Reihe von – oft kostenintensiven – breit etablierten/beworbenen Interventionen, die erwiesenermaßen nicht effektiv sind (z. B. Enthaltensamkeit als HIV-Präventionsmaßnahmen; D.A.R.E. Suchtpräventionsprogramm (Gerhardus et al. 2010); massenmediale Kampagnen als Mittel zur Beeinflussung von Gesundheitsverhalten (vgl. Abroms/Maibach 2008 und Barth/Bengel 1998; zitiert nach Nöcker o.J.). Wissenschaftliche Evidenz dazu gibt den Fachleuten Argumente gegen solche Interventionen in die Hand.

Die Beziehung zwischen Evidenzbasierung und Gesundheitsförderung wird aber auch als potenziell problematisch gesehen. Beispielsweise kann das Überstülpen eines aus der Medizin kommenden, unzulänglichen Evidenzkonzepts auf die Gesundheitsförderung (vgl. auch Nutbeam 1999a; Raphael 2000; Speller et al. 2005) oder eine Behinderung der Anpassung von Interventionen auf lokale Gegebenheiten und Bedürfnisse durch die Fokussierung auf einige wenige evidenzbasierte „Best-Practice“-Modelle eine Gefahr darstellen (Kliche et al. 2011; Nutbeam 1999b; Raphael 2000). Als Herausforderung wird erachtet, dass gesicherte Erkenntnisse viel eher für einfache Interventionen vorliegen, als für komplexe Interventionen. Die Forderung nach Evidenzbasierung darf nicht dazu führen, dass die im Einklang mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung stehende Komplexität der Maßnahmen reduziert werden muss. Im Sinne der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungspraxis ist es auch notwendig, Neues auszuprobieren. Dies sollte nicht als Widerspruch zur Evidenzbasierung gesehen werden – vielmehr geht es darum, dass neue Maßnahmen auf plausiblen Hypothesen, die sich ihrerseits auf verfügbare Evidenz stützen, aufbauen.

Der „klassische“ Ansatz des systematischen Reviews

Ein systematischer Review (auch „systematische Übersichtsarbeit“ genannt) ist eine Form der „Sekundärforschung, bei der zu einer klar formulierten Frage alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt, kritisch bewertet, und die Ergebnisse deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ (Meta-Analyse) zusammengefasst werden“ (Das Deutsche Cochrane Zentrum 2012). Der Prozess folgt – unabhängig von der Fragestellung – einer vordefinierten Struktur: Operationalisierung der Fragestellung, Suche und Selektion nach Evidenz, Bewertung der Evidenz, Analyse der Evidenz, Aufbereitung der Evidenz, Ableiten von Schlussfolgerungen und Empfehlungen und Berichtslegung (vgl. Kapitel 4).

Eine vorab definierte Vorgehensweise und einheitliche Anwendung mit dem Ziel der Objektivität, Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit sind die zentralen Grundsätze dieser Methodik.

Der systematische Review wurde im Gesundheitsbereich ursprünglich als zentrale Methode der evidenzbasierten Medizin (EbM) entwickelt (z. B. Cochrane-Reviews) und dient dazu, durch einen strukturierten und systematischen Zugang eine möglichst transparente, zeitnahe und unverzerrte Berücksichtigung von Ergebnissen der klinischen Forschung sicherzustellen⁵.

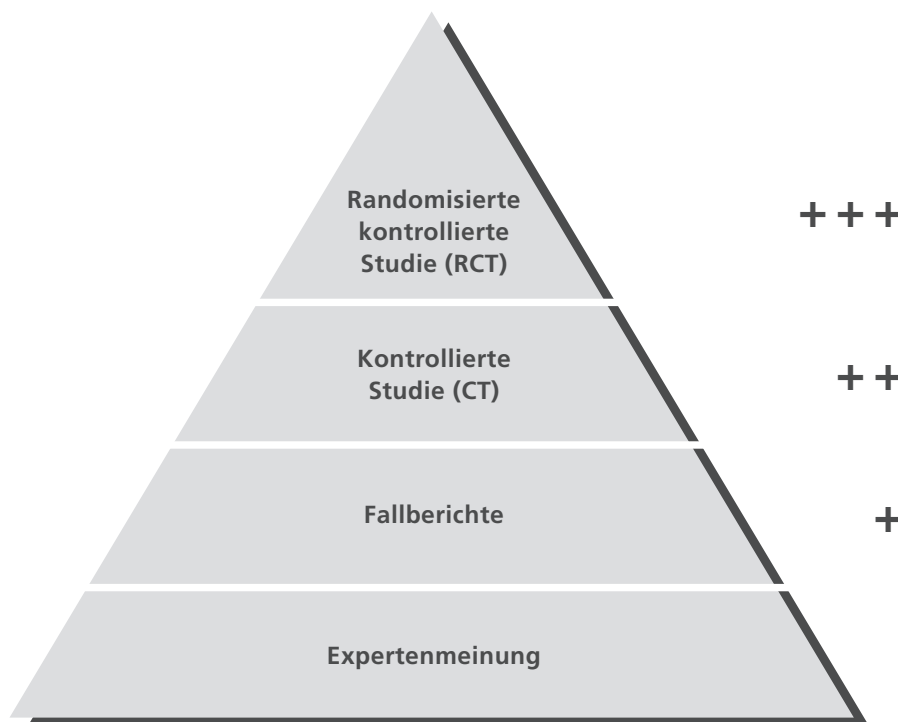
5 <http://www.cochrane.de/de/ebm>

Der systematische Review ist auch die bevorzugte Methode von Health Technology Assessment (HTA), zur „systematischen, interdisziplinären Evaluierung und Bewertung einer (neuen oder auch bereits eingeführten) medizinischen Technologie“ (Pertl et al. 2010, 1), wobei Technologie hier sehr breit verstanden wird. Im Zentrum eines HTA steht die medizinische/ gesundheitliche und ökonomische Bewertung, darüber hinaus spielen häufig auch soziale, ethische, juristische oder organisatorische Aspekte eine wichtige Rolle (Pertl et al. 2010).

Methodisch beruht der „traditionelle“ systematische Review auf einer systematischen Literatursuche in internationalen Datenbanken, wobei je nach Fragestellung bzw. Ausmaß der verfügbaren Literatur auch ergänzende Methoden zur Datensammlung herangezogen werden können. Eine Klassifikation der Studientypen in Hinblick auf ihre Aussagekraft in Form einer „Evidenzhierarchie“ (vgl. Abschnitt 2.4) bietet die Grundlage für die Selektion von Primärstudien.

Evidenzhierarchien stellen eine Rangordnung von Studien dar und beruhen auf der Annahme, dass unterschiedliche Studiendesigns unterschiedliche Limitationen und unterschiedliche Anfälligkeit für das Auftreten von Fehlern und Störfaktoren (Confounding factor) aufweisen (Fröschl et al. 2012). Es besteht kein internationaler Konsens über eine Evidenzhierarchie, am verbreitetsten ist die folgende Grobgliederung von Studientypen (vgl. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4: Vereinfachte Evidenzhierarchie unterschiedlicher Studientypen



Quelle und Darstellung: Sockoll et al. 2008

Seit einigen Jahren wird diskutiert, dass diese „klassische“ Methode des systematischen Reviews – die vorrangig für klinische Fragestellungen entwickelt wurde – für komplexe Interventionen, die im Alltag stattfinden, nur bedingt geeignet ist. Betont wird, dass manche Charakteristika komplexer Interventionen – z. B. eine große Zahl interagierender Komponenten, nicht-lineare Kausalfade, Flexibilität und Veränderbarkeit in der Umsetzung, starke Abhängigkeit von menschlichem Verhalten und von Rahmenbedingungen (Petticrew 2011; Rehfuess 2011; Shepperd et al. 2009) - auch für medizinische Interventionen gegeben sein können und die Diskussion damit auch für EbM relevant sei. Die Einwände gelten aber insbesondere für Public-Health- und Gesundheitsförderungsinterventionen (Bodstein 2007; Gerhardus et al. 2010; Petticrew 2011), da diese selten unter „kontrollierten Bedingungen“ stattfinden.

Diese methodische Diskussion dürfte noch längere Zeit nicht abgeschlossen sein und ist jedenfalls für Gesundheitsförderung von großer Relevanz.

Generell besteht die Sorge, dass ein unreflektiertes Evidenzparadigma dazu führen könnte, dass die Gesundheitsförderung einem aus der Medizin kommenden und für Gesundheitsförderung nicht geeigneten Evidenzkonzept unterworfen wird (IUHPE 2000):

- Irreleitende Forderung nach Wirksamkeitsbelegen aus hochwertigen, kostenintensiven – und zugleich unzugänglichen – Studien (vgl. Abbildung 2.4): In der evidenzbasierten Medizin gelten randomisierte Kontrollstudien (RCT) als „Goldstandard“. In der Gesundheitsförderung hingegen sind häufig Interventionsstudien, Evaluationen, partizipative und qualitative Forschungsansätze angemessen.
- Die Bevorzugung von quantifizierbaren Informationen (wie in EbM bzw. in HTA) bzw. Vernachlässigung anderer Aspekte können zum Verlust der Aussagekraft führen.
- Die Betonung des Effizienzgedankens (in der evidenzbasierten Medizin ist neben der medizinischen die ökonomische Bewertung von zentralem Stellenwert) benachteiligt Gesundheitsförderungsinterventionen, die erst nach sehr langer Zeit auch ökonomisch wirksam werden (Gerhardus et al. 2010).

Darüber hinaus stellen sich auch methodische Probleme (vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3): Zu vielen Fragestellungen gibt es nicht ausreichend hochwertige Primärstudien und die publizierte Literatur schließt häufig nicht genügend Hintergrundinformationen (Kontext, Grundsätze, Details der Umsetzung der Intervention etc.) ein, um etwa die Übertragbarkeit (externe Validität) zu prüfen, den notwendigen Theoriebezug sicherzustellen oder die Konsistenz mit Gesundheitsförderungsgrundsätzen zu prüfen.

Insgesamt hat sich trotz aller Bedenken ein Konsensus entwickelt, dass Gesundheitsförderung Evidenz benötigt (IUHPE 2000; Kahan/Goodstadt 2005b). Broesskamp-Stone definiert drei Best-Practice-Dimensionen in der Gesundheitsförderung: Werte, Wissen und Kontext. Wissen bezieht sich sowohl auf wissenschaftliches Wissen als auch auf Expertise/Erfahrungswissen, wobei die Evidenzbasis als integraler Bestandteil der Wissensbasis gesehen wird (Broesskamp-Stone 2009).

Es besteht aber auch wachsende Einigkeit, dass die Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderungsinterventionen das Modell der evidenzbasierten Medizin nicht unreflek-

tiert übernehmen darf (Broesskamp-Stone 2009; Gerhardus et al. 2010; IUHPE 2000; Kahan/Goodstadt 2005b). Neben der Notwendigkeit, Komplexität zu berücksichtigen (vgl. 2.2) und gesundheitsförderungsspezifische Indikatoren zur Bewertung der „Wirksamkeit“ zu verwenden (vgl. 2.3), bedeutet dies auch Grundlagen und Prinzipien der Gesundheitsförderung zu beachten (vgl. 2.1) mit den daraus folgenden Anforderungen:

- **Die Grundsätze der Gesundheitsförderung müssen reflektiert werden** (Gerhardus et al. 2010, 24ff und 107f; Kahan/Goodstadt 2001). Dies bedeutet, dass sowohl die untersuchten Fragestellungen als auch die einbezogene „Evidenz“ auf den Grundsätzen der Gesundheitsförderung (z. B. salutogentischer Ansatz) basieren und diese auch in der Analyse mitberücksichtigt werden.
- **Vielfältige Informationsquellen und insbesondere Praxiswissen müssen einbezogen werden** (Gerhardus et al. 2010; Kahan/Goodstadt 2005b; Pawson et al. 2005): Die Informationssuche kann sich nicht auf publizierte Studien (Literaturdatenbanken) beschränken, sondern muss sich auch auf graue Literatur und Praxiserfahrungen etc. erstrecken.
- **Die unterschiedlichen Aspekte müssen gleichberechtigt bewertet werden** (Gerhardus et al. 2010, 257): Effizienz ist kein übergeordnetes Bewertungskriterium, andere - gesundheitliche, sozio-kulturelle, ethische, gesundheitsförderungsspezifische (wie z. B. Chancengerechtigkeit etc.) – Aspekte müssen zumindest gleichwertig gelten. Generell muss eine integrierte, wertebasierte Herangehensweise gewählt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Evidenz-Aufbereitung zu Gesundheitsförderung wohl schwierig und anspruchsvoll, aber auch machbar und lohnend ist. Dies gilt für unterschiedlichste Interventionen, ist aber umso schwieriger, je komplexer sie sind. Es gibt auch in der Gesundheitsförderung Interventionen bzw. Fragestellungen mit unterschiedlichem Grad an Komplexität. So sind z. B. Interventionen, die vorrangig auf die Handlungsebene „persönliche Kompetenzen entwickeln“ zielen, tendenziell weniger komplex als z. B. Interventionen der Handlungsebenen „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ oder „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik“. Dies spiegelt sich auch in der Verfügbarkeit von Primärstudien wider.

Die Evidenz-Aufbereitung kann aber auch für sehr komplexe Interventionen gelingen, allerdings nur mit einer sehr präzisen Formulierung und Abgrenzung der Fragestellung sowie mit der Auswahl des passenden Zugangs. Im folgenden Kapitel werden daher drei verschiedene Ansätze zur Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderung präsentiert.

3 Verschiedene Ansätze der Evidenz-Aufbereitung für Gesundheitsförderung

Auf Basis einer selektiven Informationssuche wurde eine Reihe von Arbeiten (Guides, Methodenentwicklung etc.) identifiziert, die sich – umfassend oder zu spezifischen Aspekten – mit der (systematischen) Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderung befassen bzw. dafür relevant sind. Die Arbeiten haben eine Reihe von Gemeinsamkeiten, dazu zählen insbesondere die wesentlichen Eckpunkte des Vorgehens (vgl. Tabelle 3.1) sowie zentrale methodische Ansprüche (z. B. systematisches und nachvollziehbares Vorgehen).

Der Großteil der Arbeiten baut im Kern auf der „klassischen“ Methode des systematischen Reviews auf und adaptiert diese für den Bereich Gesundheitsförderung bzw. Public Health (vgl. 3.1). Diese Arbeiten haben wir zu einem Ansatz subsummiert, den wir als evidenzbasierte Gesundheitsförderung zusammenfassen. Darüber hinaus identifizierten wir zwei Ansätze, die sich durch einige relevante Spezifika unterscheiden: Der Realist Review, dessen zentrales Ziel die Verfeinerung der Interventionstheorien und nicht die Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen ist (vgl. 3.2), und das Interactive Domain Model, bei dem die Werte, Ziele, Grundsätze und Theorien der Gesundheitsförderung elementare Bezugspunkte im gesamten Prozess der Evidenz-Aufbereitung sind (vgl. Abschnitt 3.3).

Es erscheint uns hilfreich, alle drei methodischen Ansätze im Handbuch zu berücksichtigen. Zum besseren Verständnis werden die drei ausgewählten Ansätze zunächst in einem vergleichenden Überblick dargestellt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit auch in Hinblick auf die Anwendung einzelner Ansätze wird danach jeder methodische Zugang für sich erläutert. In Kapitel 4 wird außerdem bei jedem Arbeitsschritt auf die Spezifika der Ansätze Bezug genommen.

Tabelle 3.1: Vergleich der Grundstruktur von evidenzbasierter Gesundheitsförderung, Realist Review und Interactive Domain Model (IDM)

Evidenzbasierte GF	Realist Review	IDM
1. Auswahl/Festlegung der Fragestellung	1. Klären des Anwendungs-/Aufgabebereichs (scope) des Review → Identifizieren der Fragestellung → Verfeinerung des Zwecks des Review → Artikulieren der Schlüsseltheorien	1. Voraussetzungen schaffen → Klären der GF-Grundsätze und -Kriterien → Klären der Fragestellung → Forschungsplan erarbeiten
2. Suche nach Primärstudien bzw. ergänzenden Informationen auf Basis von vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien	2. Suche nach relevanten Informationen, Verfeinerung der Einschlusskriterien angesichts der aufgefundenen Informationen	2. Suche nach relevanten Informationen über eine große Vielfalt an Informationsquellen
3. Bewerten der Studienqualität auf Basis vordefinierter Kriterien (oft unter Verwendung einer Checkliste zur Qualitätsbewertung); berücksichtigt werden insbesondere die Relevanz in Hinblick auf die Fragestellung und die methodische Strenge (rigour)	3. Bewerten der Studienqualität / der Informationen auf Basis des Urteilsvermögens in Ergänzung zu formalen Checklisten; berücksichtigt werden Relevanz in Hinblick auf die Fragestellung und methodische Strenge (rigour) aus einer Perspektive der Zweckeignung („fitness for purpose“)	3. Selektieren der Informationen auf Basis von Qualitäts- und Einschlusskriterien; berücksichtigt werden neben der methodischen Qualität vor allem die Relevanz in Hinblick auf die Fragestellung, GF(-Grundsätze) sowie die spezifische Situation (GF-Praxis)
4. Extrahieren von standardisierten Items aus allen Primärquellen – meist unter Nutzung eines Templates oder einer Matrix	4. Exzerpieren der Informationen aus verschiedenen Studien/Quellen unter Anwendung eines eklektischen und iterativen Ansatzes	4. Extrahieren/Analysieren der Informationen unter Nutzung von Worksheets
5. Aufbereiten der Daten/Informationen, um Effektgrößen und Konfidenzintervalle bei quantitativen Studien und/oder übertragbare Themen bei qualitativen Studien zu gewinnen	5. Aufbereiten der Informationen mit dem Ziel einer Verfeinerung der Interventionstheorien – d. h. zu bestimmen, was für wen, wie und unter welchen Bedingungen funktioniert	5. Aufbereiten oder Zusammenfassen der Informationen mit dem Ziel zuverlässige, relevante Antworten und aussagekräftiges Verständnis und Wissen bereitzustellen
6. Ableiten von Empfehlungen mit besonderem Bezug darauf, ob die Ergebnisse endgültig sind oder noch weitere Forschung notwendig ist	6. Ableiten von Empfehlungen mit besonderem Bezug zu kontextabhängigen Aspekten für bestimmte Policymakers zu bestimmten Zeiten	6. Berichten der Ergebnisse mit besonderer Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Erfordernisse

Quelle: Pawson et al. 2004

Gleich ist allen drei Ansätzen die prinzipielle Struktur des Prozesses (vgl. Tabelle 3.1 und Kap. 4) sowie die zentrale Zielsetzung: Zusammentragen, Bewerten und übersichtliches Darstellen des aktuellen Wissensstands zu einer definierten Fragestellung im Zuge eines systematischen und nachvollziehbaren Prozesses, um Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Die spezifischen Zielsetzungen und Fragestellungen sowie manche Aspekte der methodischen Gestaltung des Prozesses differieren hingegen sowohl im grundsätzlichen Zugang als auch in spezifischen Details, ausgehend von unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Annahmen (vgl. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Vergleich der grundsätzlichen Ausrichtung der Ansätze „evidenzbasierte Gesundheitsförderung“, „Realist Review“ und „Interactive Domain Model (IDM)“

	Evidenzbasierte GF	Realist Review	IDM
Grundsätzlicher Zugang	Standardisierte Methode	Methodische Orientierung, Forschungslogik	Evidenzgewinnung im Einklang mit Werten, Zielen, Ethik, Theorien etc. der GF
Kernfrage	WAS funktioniert? bzw. WAS ist wirksam?	WAS macht es aus, dass diese Art von Intervention funktioniert, für WEN, unter welchen UMSTÄNDEN, in welcher HINSICHT und WARUM?	WIE können wir in unserer Arbeit am effektivsten sein?
Ziel	Beurteilung, Wertung	Erklärung, vertieftes Verständnis	Lernen für die Praxis
Gewünschtes Ergebnis	Aussage bezüglich Wirksamkeit von Maßnahmen	Verfeinerte Theorien zur Wirkweise von Maßnahmen	Praxisrelevanter Wissensgewinn („learnings“)
Vorrangiger Anwendungsbereich	Abgegrenzte Interventionen	Komplexe Interventionen	GF- und Public-Health-Interventionen
Zentrale Prinzipien des Prozesses	Standardisierung und Nachvollziehbarkeit	Wertung, Urteilsfähigkeit, Erfahrung und Intuition, Nachvollziehbarkeit	Bezug zu Werten, Zielen, Ethik, Theorien etc. der GF
Basis der Validität	Objektivität, Wiederholbarkeit	Genaue Überprüfung und Kritik	GF-Bezug, Korrektheit, Eignung
Grundsatz der Evidenzsuche	Vollständigkeit	Zweckgerichtetes Sampling	Zweckgerichtetes Sampling
Wege der Informationssuche	Prioritär Datenbanken, ergänzend andere Wege	Vielfalt an Wegen, inkl. persönliche Kontakte, „Snowballing“ über Referenzlisten etc.	Vielfalt an Wegen, inkl. persönliche Kontakte, „Snowballing“ über Referenzlisten etc.
Informationsquellen	Prioritär systematische Reviews und publizierte Studien	Vielfalt an gleichwertigen Quellen, inkl. grauer Literatur, Personen, Erhebungen	Vielfalt an gleichwertigen Quellen, inkl. grauer Literatur, Personen, Erhebungen
Grundsatz der Selektion	Qualitätskriterien; teilweise Evidenzhierarchie	Zweckmäßigkeit („fit for purpose“); keine Evidenzhierarchie	Qualitäts- und Selektionskriterien; keine Evidenzhierarchie; GF-Grundsätze
Gegenstand der Analyse	Studien	Programmtheorien	Studien/Informationen
Vorgehensweise	Linear, verschiedene Stufen aufeinander abfolgend	Nicht linear, verschiedene Stufen überlappend („iterativer Prozess“)	Linear, verschiedene Stufen aufeinander folgend
Stakeholdereinbezug	Notwendig bei Klärung der Fragestellung, für ganzen Prozess empfohlen	Methodisches Erfordernis, in verschiedenen Stadien des Prozesses	Zentrales Erfordernis, Rollen und Aufgaben werden in Planungsphase festgelegt

Darstellung: GÖG 2011

Alle drei Ansätze sind prinzipiell zur Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderung geeignet – allerdings mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen:

- Das Konzept der evidenzbasierten Gesundheitsförderung ist am besten für stark abgegrenzte, eher standardisierte sowie eher personenbezogene Interventionen geeignet.
- Der Realist-Review-Ansatz eignet sich besonders für sehr komplexe Interventionen, insbesondere auch für Maßnahmen im politischen Bereich und generell für Fragestellungen, die weniger auf Wirksamkeit denn auf vertieftes Theorie-Verständnis abzielen.
- Das Interactive Domain Model bietet besondere Stärken in Hinblick auf die Evidenz-Aufbereitung zu unmittelbar praxisbezogenen Fragestellungen.

Darüber hinaus sind bei der Entscheidung für einen der Ansätze auch Überlegungen in Hinblick auf die verfügbaren personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen anzustellen. Der Realist Review (vgl. 3.2) erfordert breites Fachwissen zu verschiedenen Disziplinen und Methoden und sollte daher von erfahrenen Forschenden angewendet werden. Das Interactive Domain Model ist hingegen so konzipiert, dass es auch wissenschaftlich geschulte Praktiker/innen verwenden können. Fachleute, die bereits vertiefend mit systematischen Reviews bzw. HTA vertraut sind, können mit dem Ansatz der evidenzbasierten Gesundheitsförderung am leichtesten an ihre Erfahrungen anschließen.

Realist Review und Interactive Domain Model können ressourcenintensiver sein, da sie in den meisten Fällen vermutlich ohne intensivere Zusatzrecherche zu den zugrundeliegenden Theorien, Grundsätzen, Werten etc. nicht auskommen können.

Die drei Ansätze sind allerdings nicht als einander ausschließend zu verstehen, sondern können bei Bedarf kombiniert werden. Zum Beispiel kann eine Fragestellung nahelegen, dass zuerst mit einer systematischen Suche (evidenzbasierte Gesundheitsförderung) Wirksamkeitsstudien zu einer Intervention(sform) identifiziert werden, und danach die diesen Wirksamkeitsstudien zugrundeliegenden Mechanismen und Kontexte mit Hilfe einer selektiven Suche unter Anwendung des Realist-Review-Konzepts erforscht werden (Van der Knaap et al. 2008).

Die Kombination ist auch deshalb oft relativ einfach möglich, weil sich die Grundstruktur des Prozesses in allen drei Ansätzen gleicht (vgl. Tabelle 3.2). Es ist daher auch möglich, im nachfolgenden Kapitel eine grundsätzliche Anleitung bezüglich der Vorgehensweise bei der Aufbereitung von Evidenz im Bereich Gesundheitsförderung zu geben, die die Gemeinsamkeiten in den Mittelpunkt stellt und lediglich auf die spezifischen Besonderheiten verweist. Jedenfalls soll am Anfang des Prozesses im Zuge der Operationalisierung der Fragestellung (Van der Knaap et al. 2008) festgelegt werden, mit welchem Ansatz bzw. welcher Kombination von Ansätzen gearbeitet werden wird (vgl. Abschnitt 4.1).

3.1 Evidenzbasierte Gesundheitsförderung

“Ideally, all health promotion/public health policy and practice should be evidence-based. One of the tools for gathering evidence used by health promotion practitioners (practitioners, decision makers as well as researchers) are reviews of the existing evidence. A (systematic) review is a method of identifying, appraising and synthesizing research evidence. In the context of evidence-based practice, the production of these reviews is a technical process that requires a good understanding of information retrieval and research methods and that is guided by review protocols and standard criteria. ... Evidence cannot be restricted to the results of ‘hard scientific research’, but should be seen as the broader answer to the question: what works in health promotion/public health.” (Räty 2005, 9)

Die unter „evidenzbasierte Gesundheitsförderung“ subsummierten Ansätze zur Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderung basieren im Kern auf der „klassischen“ Methode des systematischen Reviews (vgl. 2.4), der aber für die spezifischen Erfordernisse von Public-Health- und/oder Gesundheitsförderungsmaßnahmen adaptiert wird.

Die entsprechende Weiterentwicklung des systematischen Reviews resultiert unter anderem daraus, dass im Laufe der Zeit neben klassischen EbM-Fragestellungen (wie Arzneimittel, Behandlungsformen) auch vermehrt Public-Health-Fragestellungen (z. B. Prävention von Adipositas, Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen) im Rahmen von HTA behandelt wurden. Es zeigten sich dabei aber methodische Grenzen wie die beschränkte Verfügbarkeit von relevanter Evidenz in den Literaturlatenbanken, die vermehrte Berücksichtigung von qualitativen Studien, oder die eingeschränkte Anwendbarkeit einer Evidenzhierarchie. Verschiedene Ansätze zur Adaptierung (Gerhardus et al. 2010) bzw. zielgerichteten (Haby/Bowen 2010; Räty/Aro 2005) oder ergänzenden methodischen Ausgestaltung des systematischen Reviews im Hinblick auf Public-Health- und Gesundheitsförderungserfordernisse versuchen dem Rechnung zu tragen. Wir subsummieren diese unter dem Begriff „evidenzbasierte Gesundheitsförderung“.

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung basiert in ihren wesentlichen Grundsätzen auf dem „traditionellen“ systematischen Review (vgl. z. B. Gerhardus et al. 2010):

- Objektivität, Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Wiederholbarkeit sind zentrale Anforderungen, die unter anderem durch ein, vordefiniertes Vorgehen erfüllt werden. Das transparente, strukturierte und begründete Vorgehen über den gesamten Prozess der Evidenzfindung und –synthese hinweg ist der Kern von evidenzbasierter Gesundheitsförderung.
- Im Zentrum des Reviews steht die Frage nach der Wirksamkeit von Maßnahmen.
- Literaturlatenbanken und damit publizierte Studien dienen als vorrangige Informationsquelle, Studien mit „hohem“ Evidenzniveau werden tendenziell bevorzugt.
- Auswahl (Selektion) und Qualitätsbewertung (Prüfung der Verlässlichkeit und Validität von Ergebnissen) der Primärstudien bzw. Informationen erfolgen nach standardisierten, objektivierbaren und nachvollziehbaren Kriterien.
- Aufbereitung und Gesamtbewertung der Evidenz sollen ebenfalls strukturiert, transparent und nachvollziehbar sein.

Innerhalb dieses grundsätzlichen Rahmens gibt es aber spezifische methodische Adaptierungen, um den Besonderheiten von Gesundheitsförderung bzw. Public Health gerecht zu werden:

- Ein breites Spektrum von Informationsquellen ist zulässig, da die notwendige Evidenz oft in Datenbanken nicht ausreichend zu finden ist. Deshalb werden (ergänzend) auch graue Literatur, eigene Erhebungen, Praxisberichte oder partizipative Verfahren als Informationsquelle herangezogen.
- Eine Evidenzhierarchie wird nur selten herangezogen, da hoch bewertete Studien (wie RCT) für Gesundheitsförderungsinterventionen selten geeignet sind. Neben der Validität von Studien kommt der Relevanz der Ergebnisse sowie der Übertragbarkeit auf eine konkrete Situation bei der Selektion und Bewertung großer Stellenwert zu (Gerhardus et al. 2010).
- Qualitative Studien haben einen hohen Stellenwert, da sie für die Untersuchung von GF-/PH-Fragestellungen oft besser geeignet sind und eher als quantitative Studien kontext-bezogene Informationen bereitstellen. Dies schlägt sich auch in ausführlicheren methodischen Anleitungen zur Qualitätsbewertung und Aufbereitung von qualitativen Studien nieder (Barnett-Page/Thomas 2009; Bellamy 2006).
- Die Frage nach der Wirksamkeit wird „breiter“ verstanden bzw. in Bezug zu anderen Aspekten (wie Eignung, Akzeptanz, Übertragbarkeit) gesetzt (Popay 2006).
- Der Kontextbezug wird – insbesondere in Hinblick auf die Übertragbarkeit von Ergebnissen auf die GF/PH-Praxis - besonders betont (Gerhardus et al. 2010).
- Ethische, soziokulturelle und rechtliche Aspekte haben gleichwertige Relevanz wie medizinische und ökonomische Aspekte (Gerhardus et al. 2010).
- Der Theoriebezug wird insbesondere in Hinblick auf die Auswahl der Fragestellungen betont. Die oft nur impliziten Theorien sollen offengelegt und hinterfragt werden (Gerhardus et al. 2010).
- Einbezug von bzw. Austausch mit relevanten Stakeholdern haben höheren Stellenwert und sind in allen Phasen des Reviews sinnvoll (Gerhardus et al. 2010; Gough 2006; Rätty/Aro 2005). Insbesondere bei der Festlegung der Fragestellung sowie im Rahmen der Ableitung von (gesundheitspolitischen) Schlussfolgerungen ist der Einbezug von Stakeholdern zu empfehlen (Gerhardus et al. 2010, 24).
- Ressourcen, Werte und Interessen müssen als Gegenstand der Bewertung, aber auch als Einflussfaktoren auf den Prozess der Evidenzfindung berücksichtigt und daher transparent gemacht werden (Gerhardus et al. 2010, 24ff).

Diese Adaptierungen bzw. Ergänzungen sind zum Teil auch in die kontinuierlichen Arbeiten zur Weiterentwicklung der methodischen Basis von systematischen Reviews (Popay et al. 2006) eingebettet. Sie sind - nicht nur in Bezug auf Gesundheitsförderung - notwendig, damit systematische Reviews auch in Bezug auf ein breiteres Spektrum von Fragestellungen sinnvolle, zweckmäßige und brauchbare Ergebnisse liefern.

3.2 Realist Review

“What the realist approach contributes is a process of thinking through the tortuous pathways along which a successful intervention has to travel. What is reproduced in a realist synthesis is a whole series of decision points through which an initiative has proceeded, and the findings can be put to use in alerting the policy community to the caveats and considerations that should inform those decisions.” (Pawson 2006, 170)

Realist Review⁶ (oder auch: Realist Synthesis) ist ein relativ neuer Ansatz zur Aufbereitung von Evidenz zu komplexen Interventionen (Pawson et al. 2004; Pawson et al. 2005), der erkenntnistheoretisch auf dem wissenschaftlichen Realismus beruht. Der wissenschaftliche Realismus befasst sich mit der Untersuchung von zugrundeliegender Logik und Annahmen, er versucht auf Basis von objektiven Fakten und gelebten Erfahrungen ein theoretisches Verständnis der verbindenden Mechanismen herzustellen (Edwards/Di Ruggiero 2011, 44).

Realist Review versteht sich mehr als methodische Orientierung oder Forschungslogik denn als standardisierte Methode und zielt eher auf Erklärung und vertieftes Verständnis für Zusammenhänge als auf Bewertung ab. Ausgangspunkt ist das Verständnis, dass komplexe Interventionen (vgl. Abschnitt 2.2) dynamische, komplexe Systeme inmitten komplexer Systeme sind und damit nichts Fixiertes, Isoliertes oder Unabhängiges, sondern „subject to negotiation, resistance, adaptation, leak and borrow, bloom and fade and so on“. (Pawson et al. 2005, 23)

Der Realist Review stellt eine neue Methode eines systematischen Reviews dar, die wohl die grundsätzliche Prozessabfolge (vgl. Tabelle 3.1) mit den traditionellen systematischen Reviews teilt, sich aber methodisch stärker an narrativen Reviews⁷ orientiert, diesen allerdings mehr Struktur und Strenge (rigour) gibt. Die Kernfrage eines Realist Reviews ist nicht: Was funktioniert bzw. was ist wirksam? Sondern: WAS macht es aus, dass diese Art von Intervention funktioniert, für WEN, unter welchen UMSTÄNDEN, in welcher HINSICHT und WARUM?

Pawson et al. 2005 betonen, dass sich aus der hohen Komplexität theoretische Einschränkungen ergeben:

- Ein Realist Review kann nicht alle relevanten Aspekte von Interventionen untersuchen, es muss eine Fokussierung bzw. Priorisierung auf bestimmte Prozesse und Theorien in bestimmten Settings stattfinden: „Limit on how much territory he or she can cover“. (Pawson et al. 2005, 23)
- Der Review muss eine Vielfalt an – auch informellen - Informationsquellen heranziehen: „Limit on the nature and quality of the information that he or she can retrieve“. (Pawson et al. 2005, 23)
- Der Review liefert eher auf den Kontext bezogene Einsichten (illuminations) als generalisierbare Erkenntnisse oder Standardisierung: „Limit on what he or she can expect to deliver in the way of recommendations“. (Pawson et al. 2005, 24)

6 Realist Review Website: <http://www.leeds.ac.uk/realistsynthesis/enter.htm>; 12. August 2011

7 Im Gegensatz zum systematischen Review liegt es bei narrativen (erzählenden) Reviews im Ermessen der Autoren/Autorinnen, welche Studien berücksichtigt werden.

Realist Reviews zielen auf die Identifikation, Testung und Verfeinerung jener Theorien, die den Interventionen zugrunde liegen. Ein Realist Review soll Wissen darüber bereitstellen, welche Optionen bestehen und welche Möglichkeiten und Limitationen diese Optionen aufweisen (Pawson et al. 2004).

Im Zentrum der Analyse steht das CMO-Modell (Context-Mechanismen-Outcomes-Modell): Es versucht, die Wirksamkeit eines Programms vor dem Hintergrund des Zusammenwirkens von Mechanismen (=grundlegende Theorie, wie Programmressourcen das Handeln der Interventionsgruppe beeinflussen), Kontext (=Context = Spezifika/Charakteristika der Interventionsgruppe sowie des Programmumfelds) und Ergebnisse (=Outcomes = intendierte und nicht intendierte Folgen der Intervention) zu verstehen und zu erklären (Pawson/Bellamy 2006).

Dies bedeutet konkret folgende Aufgaben für einen Realist Review (Kliche et al. 2011):

- Wirkmechanismen (program mechanism) aus Programmtheorie und -Umsetzung herausarbeiten,
- Kontext und Interaktion mit den Wirkmechanismen analysieren,
- Muster von Outcomes (nicht einzelne Parameter) beschreiben und auf Wirkmechanismen und Kontext beziehen.“

Der Prozess eines Realist Reviews folgt einer ähnlichen Struktur wie klassische systematische Reviews (vgl. Tabelle 3.1). Methodisch bestehen hingegen relevante Unterschiede (die in Kapitel 4 prozessschrittspezifisch aufgegriffen werden):

- Die Grundstruktur des Ablaufs ist zirkulär bzw. „iterativ“ (und nicht linear). Im Zuge des Reviews ist es immer wieder notwendig, die Fragestellung zu überdenken, zu verfeinern oder einzelne Evidenzquellen wiederholt heranzuziehen, um Informationen zu extrahieren. Zwar ist es im klassischen Review ebenfalls möglich, während des Prozesses Änderungen vorzunehmen, die dann in Ergänzung zum Protokoll genau dokumentiert werden müssen, beim Realist Review hingegen ist dies ein methodisches Erfordernis.
- Der Phase der Identifizierung der Fragestellung und der genauen Abgrenzung des Realist Reviews kommt besonders großer Stellenwert zu, da in diesem Schritt nicht nur die genaue Frage und der Zweck des Reviews, sondern auch die zu untersuchenden Theorien festgelegt werden. In Hinblick auf den Zweck des Reviews lassen sich vorrangig vier Aufgaben unterscheiden:
 - Überprüfung der Integrität der Interventionstheorie,
 - Entscheidung zwischen zwei konkurrierenden Interventionstheorien,
 - Überprüfung derselben Theorie in unterschiedlichen Settings,
 - Überprüfung der offiziellen Erwartungen gegenüber der tatsächlichen Praxis.
- Obwohl in der Startphase („Clarify Scope“) die grundsätzlichen Ansatzpunkte (operationalisierte Fragestellung, untersuchte Programmtheorien etc.) geklärt und dokumentiert werden müssen, gibt es kein publiziertes Vorab-Protokoll oder –Konzept, das die weiteren Schritte des Realist Reviews (z. B. Suchtstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien) im Detail festlegt, da sich erst im Prozess die zweckmäßigen Strategien und methodischen Wege ableiten lassen.
- Ein methodisches Erfordernis des Realist Review ist, eine Vielfalt an Informationsquellen heranzuziehen, die einen Beitrag zur Evidenzgewinnung liefern können. Graue Litera-

tur, eigene Erhebungen, Erfahrungsberichte, „Snowballing“ über Referenzlisten, Gesetzestexte, Materialien aus Verwaltung, Politik oder Praxis etc. sind im Unterschied zum klassischen Review nicht nur ergänzende Informationsquellen, sondern haben gleichen Stellenwert wie die Suche in Literaturdatenbanken. Empfohlen wird auch die Suche nach Evidenz aus anderen Interventionsfeldern (wie Bildung, Kriminologie, Soziologie etc.).

- Die Evidenzsuche ist zweckgerichtet auf Materialien, die zum Verständnis und zur Evaluierung der zu untersuchenden Theorien beitragen können („purposive sampling“) und zielt nicht auf Vollständigkeit. Die Suche kann im Zuge des zunehmenden theoretischen Verständnisses auch mehrmals wieder aufgenommen werden. Die Informationssuche ist dann beendet, wenn genügend Evidenz vorliegt, um die Review-Frage beantworten zu können bzw. wenn neue Informationsquellen keinen neuen Erkenntnisgewinn bringen („test of saturation“) (Pawson et al. 2005, 28).
- Die Zweckeignung („fitness for purpose“) ist das zentrale Kriterium bei der Auswahl und Qualitätsbewertung der Evidenz (Pawson et al. 2005, 30). Weder die Orientierung an einer Evidenzhierarchie – wie oft bei traditionellen Reviews – noch die Verwendung von standardisierten Checklisten zur Bewertung der Qualität sind beim Realist Review hilfreich. Die Qualitätsüberprüfung bezieht sich vorrangig auf die Relevanz (in Hinblick auf die untersuchte Theorie) sowie auf die Strenge (ausreichendes Gewicht der in der Quelle dargelegten Rückschlüsse in Hinblick auf einen methodisch zuverlässigen Beitrag zur Überprüfung der Theorie). Die Analyseeinheiten sind nicht einzelne Studien, sondern die untersuchten Theorien; die vorliegenden Informationen können daher auch in Teilbereichen etwas zum Verständnis beitragen, weshalb die Qualität oft nicht in Hinblick auf eine ganze Studie etc., sondern in Hinblick auf die relevanten Teile bewertet wird.
- Das „Entnehmen“ der Informationen erfolgt eher durch Exzerpieren (Notieren, Kommentieren) als durch Extrahieren in Standardtabellen. Sie kann durch Auswahl von maßgeschneiderten Formularen unterstützt werden, in einem ersten Schritt ist oft die Markierung relevanter Textstellen ausreichend. Im Zuge dieses Prozesses wird ein Modell der möglichen Pfade einer Interventionstheorie entwickelt und die als relevant selektierten Informationen zugeordnet. Das Exzerpieren erfolgt nicht linear, einzelne Materialien können wiederholt herangezogen werden. Ebenso wie beim traditionellen Review ist es wichtig, dass der Ein- bzw. Ausschluss des Materials dokumentiert wird.
- Kernaufgabe der Aufbereitung ist die Verfeinerung der untersuchten Theorie(n). Die Aufbereitung soll zu einem besseren Verständnis darüber beitragen, wie die Intervention funktioniert. Es geht dabei insbesondere darum, die Wirkmechanismen (Mechanism) und ihre Interaktion mit dem Kontext (Context) herauszuarbeiten und in Bezug zum Muster der Ergebnisse (Pattern of outcomes) zu analysieren. Die Aufbereitung muss den Zweck des Reviews, d. h. die zentrale Aufgabe, im Blick haben. Es gibt daher keine einheitliche Form der Aufbereitung, diese muss jeweils den Spezifika der Fragestellung und des Materials angepasst werden.
- Zentrales Ergebnis des Reviews sind Empfehlungen, die die Abfolge von Entscheidungen beschreiben, die eine Intervention durchläuft. Die empirischen Ergebnisse dienen dazu, die Entscheidungsträger/innen und Umsetzende auf Warnungen, Vorbehalte (Caveats) und Überlegungen hinzuweisen, die bei diesen Interventionen bedacht werden sollen. Die Empfehlungen beinhalten keine Wertungen von spezifischen Interventionen, keine „Rankings“ oder Best-Practice-Modelle.

- Verbindung („linkage“) mit den Auftraggebenden und weiteren zentralen Stakeholdern ist ein methodisches Erfordernis und nicht nur eine Empfehlung wie beim klassischen Review. Die Einbindung ist insbesondere in der Startphase zur Klärung von Fragestellung und Zweck des Reviews essentiell, sie ist aber auch im weiteren Prozess bis hin zur Ableitung der Empfehlungen von Bedeutung. Es muss auch im Laufe des Reviews immer wieder Phasen geben, in denen die Reviewer/innen ohne Stakeholder und nur auf Basis ihrer akademischen Expertise arbeiten (vgl. Kapitel 5).

Generell gilt für Realist Reviews, dass sie nicht standardisierbar oder wiederholbar sind. Dies liegt zum einen daran, dass auf Grund der Komplexität und der Vielfalt sowie des Umfangs an Primärmaterial nicht jede einzelne Entscheidung im Zuge eines Reviews transparent gemacht werden kann. Zum anderen erfordert der Realist Review in jedem Schritt auch auf Erfahrung und Expertise beruhende Wertung, Urteilsfähigkeit und Intuition. Validität ist daher eher durch genaue Überprüfung und Kritik als durch Wiederholung bzw. Reproduzierbarkeit gegeben. Realist Review ist damit auch eine Methode, die nur für erfahrene Reviewer/innen bzw. Forscher/innen geeignet ist. Sie erfordert breites Fachwissen in verschiedenen Disziplinen und Methoden sowie eher die Kompetenzen von intellektuellen Generalistinnen/Generalisten als von hochspezialisierten Fachleuten (Pawson et al. 2004).

Der Realist Review ist ein methodischer Zugang, der für Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehr geeignet erscheint, aber auch methodisch/wissenschaftlich sehr anspruchsvoll ist. Es wird daher empfohlen, dass jene, die mit Realist Review arbeiten wollen, die Originalarbeiten (Pawson et al. 2004; Pawson et al. 2005) sowie Anwendungsbeispiele dazu lesen (Davies/Sherriff 2011; Jagosh et al. 2011).

3.3 Interactive Domain Model (IDM)

Best practices in health promotion are those sets of processes and actions that are consistent with health promotion values, theories, evidence, and understanding of the environment, and that are most likely to achieve health promotion goals in a given situation. (Kahan/Goodstadt 2001, 47)

„Interactive Domain Model⁸ (IDM) Best Practices Approach to Better Health“ (ursprünglich „IDM of Best Practices in Health Promotion“ (Kahan/Goodstadt 2001) wurde für den Gesundheitsförderungsbereich entwickelt und später auf Public Health ausgedehnt und ist damit ein Versuch, der Komplexität und den Spezifika der Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

8 IDM Website: <http://www.idmbestpractices.ca>: 8. August 2011

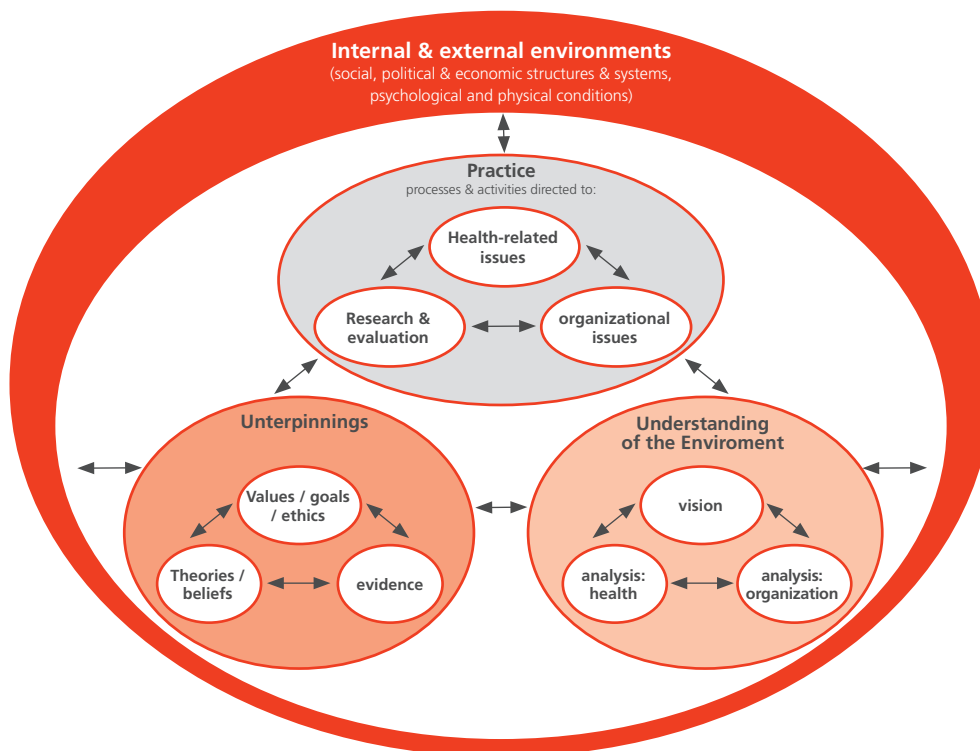
Das „Evidence Framework“ (Kahan/Goodstadt 2005b), das sich mit der Aufbereitung von Evidenz befasst, ist ein Element in einem umfassenden Set von Guidelines zu unterschiedlichen Schwerpunkten (Basics, Suggested Guidelines, Using the IDM Framework, Evidence Framework, Research & Evaluation, Reports on Using the IDM), das als Unterstützung bei der Entwicklung von Best Practices im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health dienen soll. Es versteht sich als generisches Modell, das für unterschiedlichste Fragestellungen in Gesundheitsförderung und generell Public Health angewendet werden kann.

Wie das grafische Modell (Abbildung 3.1) veranschaulicht, unterscheidet das IDM drei Bereiche:

- Grundlagen („underpinnings“),
- Verständnis des Umfelds („understanding of the environment“) und
- Praxis.

Diese Bereiche bestehen im Kontext eines weiteren Umfelds und sind interaktiv, das heißt sie beeinflussen sich wechselseitig. Das IDM betont die Notwendigkeit der Konsistenz zwischen der Praxis und den Grundlagen der Gesundheitsförderung sowie dem Verständnis des Umfelds. Dies ist auch in der Definition von Best Practices reflektiert (siehe oben).

Abbildung 3.1: Grafische Darstellung des Interactive Domain Models



Quelle und Darstellung: IDM-Website (IDM 2011)

Die Grundlagen oder Untermauerungen (underpinnings) mit den Bereichen (sub-domains) „Werte, Ziele und ethische Grundsätze“, „Theorien und zugrundeliegende Überzeugungen“ und „Evidenz“ werden oft nicht explizit gemacht und damit auch nicht sichtbar. Das IDM geht davon aus, dass ein bewusstes Identifizieren, Definieren und Priorisieren dieser Grundlagen sowie darauf aufbauende Konsistenz in der praktischen Arbeit zu besserer Praxis beitragen.

Das Verständnis des sozialen, politischen, ökonomischen, physischen etc. Umfelds, das sich aus Vision, Analyse des gesundheitsbezogenen Umfelds und Analyse des organisatorischen Umfelds zusammensetzt, trägt zu einem besseren Verständnis bei, wie uns das Umfeld beeinflusst und wie wir es beeinflussen.

Die Praxis besteht in der Anwendung des Umfeld-Verständnisses und der Reflexion der Grundlagen und beinhaltet Aktivitäten, Prozesse und Strategien. Diese sollten in Bezug gesetzt werden zu gesundheitsbezogenen Aspekten, organisatorischen Aspekten und Forschung und Evaluation.

Das IDM baut auf dem Verständnis auf, dass Qualität und Nutzen der Praxis vom Grad an Bewusstsein, Diskussion, Klarheit und Reflexion abhängt, die mit jeder dieser Bereiche verbunden sind. Das IDM stellt mit seinem Set von Guidelines sowie weiteren Ressourcen (z. B. Computer Programm, Road Map für Coaches etc. (IDM Interactive Domain Model o.J.) Arbeitshilfen zur Verfügung, die Gesundheitsförderungspraktiker/innen bei dieser Aufgabe unterstützen (IDM 2011).

Das „IDM Evidence Framework“ (Kahan/Goodstadt 2005b) ist jenes Instrument, das bei der Gewinnung und Analyse von Evidenz unterstützen will und damit für das vorliegende Handbuch besonders relevant ist. Das IDM EF geht davon aus, dass Evidenz eine essentielle Basis für Qualitätsverbesserungen (Best Practices) in der Gesundheitsförderung darstellt und richtet sich – wie das IDM insgesamt – in erster Linie an Praktiker/innen der Gesundheitsförderung und erst in zweiter Linie an Forscher/innen.

Das IDM EF baut auf dem Grundmodell von IDM (vgl. Abbildung 3.1) auf. Evidenz wird als interagierend mit den Werten, Zielen, ethischen Grundsätzen, Theorien und Überzeugungen sowie dem Verständnis des Umfelds gesehen, diese sind daher ein zentraler Bezugspunkt im ganzen Prozess der Evidenzgewinnung und -aufbereitung. Bei der praktischen Anwendung kann es allerdings schwierig sein, alle Ansprüche des IDM zu erfüllen (siehe auch unten). In Abhängigkeit von den für den Review verfügbaren Ressourcen kann es daher notwendig sein, pragmatisch zu entscheiden, welche Elemente besonders berücksichtigt werden sollen. Die im IDM angeführten Dimensionen sollten aber jedenfalls Denkanstoß sein – sie können als Einstimmung auf relevante Aspekte, die sonst vielleicht nicht beachtet werden, sehr wertvoll sein.

Die Grundstruktur des IDM-Prozesses (vgl. Kap. 3) gleicht den anderen Zugängen, wobei dem „zweckgerichteten Sampling“ (vgl. 3.2 und 4.2) ebenso wie beim Realist Review großer Stellenwert zukommt. Methodisch sind bei der Anwendung des IDM Evidence Framework (Kahan/Goodstadt 2005b) folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Evidenzquellen
 - Eine Vielfalt von Quellen soll berücksichtigt, relevante Stakeholder und andere Schlüsselpersonen sowie eine Vielfalt an Methoden sollen inkludiert werden.
 - Evidenz soll von internen (in der eigenen Organisation bzw. zum spezifischen Programm generierten) wie externen Quellen stammen.
 - Ergebnisse von vergangenen (bereits abgeschlossene Programme/Projekte) und laufenden (z. B. Zwischenergebnisse aktuell in Umsetzung befindlicher Interventionen) Maßnahmen sollen berücksichtigt werden.
- Beschaffenheit der Evidenz
 - Werte, Ziele, ethische Grundsätze, Theorien und Überzeugungen sowie Verständnis des Umfelds und Praxis sollen reflektiert werden.
 - Auch Informationen, die neue oder innovative Ideen unterstützen oder breit akzeptierten Ideen widersprechen, sollen inkludiert werden.
 - Informationen sollen von hoher Qualität sein, d. h. auf zuverlässigen Daten basieren, mit geeigneten Methoden produziert sein etc.
 - Sowohl qualitative als auch quantitative, subjektive und objektive Informationen sollen herangezogen werden.
 - Die Informationen sollen der Fragestellung / dem Setting etc. angemessen sein.
 - Zusammenhänge zwischen Prozessen, Aktivitäten und Ergebnissen/Wirkungen sollen berücksichtigt werden.
- Verwendung der Evidenz
 - Evidenz soll in jede Phase der Praxis (Planung, Umsetzung, Evaluierung, Überarbeitung) integriert sein.
 - Ergebnisse sollen zu kontinuierlichem Lernen und Wissensentwicklung beitragen. (Was geschieht? Wieso geschieht es? Wie kann es besser geschehen?)
 - Ergebnisse sollen regelmäßig überprüft und aktualisiert werden.
 - Bewusstsein, Diskussion, Klarheit und Reflexion aller entscheidungsrelevanten Faktoren sollen die Praxis leiten.

Die Einbindung relevanter Stakeholder ist beim IDM Evidence Framework (EF) ein methodisches Erfordernis. Die Stakeholder werden in der Planungsphase identifiziert und ihre jeweiligen Rollen und Aufgaben vereinbart (vgl. auch Kapitel 5).

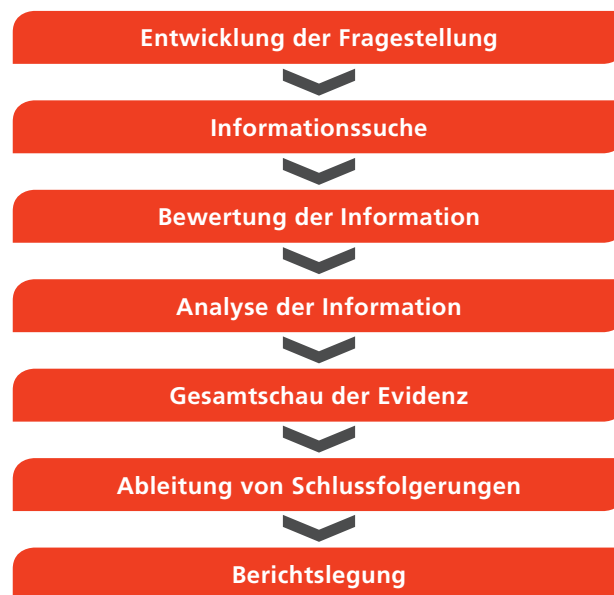
Das IDM EF ist ein sehr praxisnaher Zugang zur Evidenzgewinnung, der darauf abzielt, Planende und Umsetzende von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dabei zu unterstützen, selbst die benötigte Evidenz zu generieren. Das IDM-Manual gibt eine konkrete, praxisnahe Anleitung zur Durchführung eines Reviews nach IDM (angereichert mit Tipps, Erläuterungen und Worksheets). Einzelne Teile von IDM können auch in andere Modelle integriert oder mit diesen kombiniert werden.

Eine Herausforderung des IDM EF ist die Tatsache, dass in der gängigen Literatur meist die den untersuchten Interventionen zugrundeliegenden Werte, Theorien etc. nicht angeführt sind. Dieses Kernerfordernis von IDM muss daher häufig eigens recherchiert werden, was einen IDM- Review aufwendig und langwierig machen kann (Kahan 2011).

4 Anleitung zum methodischen Vorgehen

Die im vorangehenden Kapitel dargestellten Ansätze zur Evidenz-Aufbereitung im Bereich Gesundheitsförderung folgen im Kern einem einheitlichen Prozessablauf (vgl. Abbildung 4.1). Es ist daher möglich, die Vorgehensweise bei der Evidenz-Aufbereitung für die drei unterschiedenen Zugänge in einer Anleitung zu beschreiben. Die – über die jeweiligen Ansätze hinweg - standardmäßig zu setzenden Arbeitsschritte werden im Folgenden zunächst in Kurzform beschrieben. Aufbauend auf die Einführung zu den verschiedenen Ansätzen der Evidenz-Aufbereitung (vgl. Kapitel 3) wird am Ende jeden Abschnitts auf die im Kapitel 3 erläuterten Spezifika Bezug genommen.

Abbildung 4.1: Prozessablauf bei der Evidenzgenerierung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Generell gilt zu berücksichtigen, dass die oben dargestellten Prozessschritte in der Praxis oftmals nicht linear, sondern iterativ verlaufen. Iteratives Vorgehen bedeutet, dass Schleifen ausgeführt werden, also frühere Prozessschritte vertiefend wiederholt werden. Beispielsweise könnte die zu Beginn formulierte Fragestellung als Ergebnis der Literatursichtung adaptiert und neuerlich Literatur gesucht werden. Oder man erkennt, dass die gewählte Methode nicht

geeignet ist, und greift auf andere zurück. Wichtig dabei ist, sich in jedem Prozessschritt zu vergewissern, ob die Fragestellung beantwortet werden kann.

Bei der Evidenz-Aufbereitung soll immer eine transparente und nachvollziehbare Vorgehensweise sichergestellt sein. Es muss daher zu Projektbeginn ein Forschungskonzept (oft auch „Studienprotokoll“ genannt) erarbeitet werden, das das beabsichtigte Vorgehen festschreibt. Das Forschungskonzept (vgl. 4.1) muss zumindest intern verfügbar sein, meist wird es auch extern zugänglich gemacht. Nicht nur die planmäßig durchgeführten Prozessschritte, sondern auch Adaptierungen bzw. Abweichungen von der ursprünglichen Planung werden (mit Begründung) dokumentiert.

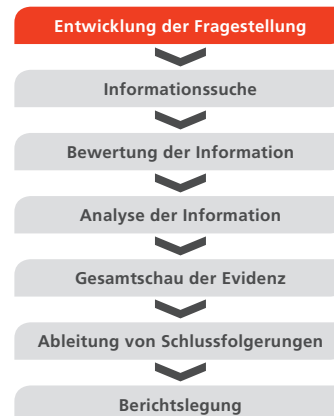
Gutes Projektmanagement ist für jede Art der Evidenz-Aufbereitung ein entscheidender Erfolgsfaktor. Häufig unterschätzt wird der Ressourcenaufwand für Vorarbeiten. Planen Sie genug Zeit für die Auftragsklärung und Festlegung der Fragestellung. Die Ergebnisse der Evidenz-Aufbereitung sollen der Öffentlichkeit jedenfalls zugänglich gemacht werden, damit sie in den wissenschaftlichen Diskurs und in politische Entscheidungsprozesse einfließen können und in der Praxis Anwendung finden.

In den folgenden Abschnitten 4.1 bis einschließlich 4.7 sind die **Aufgaben** der einzelnen Prozessschritte beschrieben. Die zentralen Punkte sind am Kapitelanfang aufgelistet. Am Ende jedes Abschnittes sind in Bezug auf den Prozessschritt die Besonderheiten der verschiedenen Ansätze tabellarisch dargestellt. Die abschließenden **Reflexionsfragen** sind als Orientierungshilfe für die Ausführung der einzelnen Prozessschritte zu verstehen. Sie sollen der Selbstkontrolle dienen, ob alle relevanten Punkte zumindest in die Überlegungen eingeflossen sind. Die Reflexionsfragen sollen alle Kernpunkte des jeweiligen Arbeitsschritts in Erinnerung rufen, wobei nicht notwendigerweise alle Reflexionsfragen positiv zu beantworten sind.

Im Anhang des Handbuchs finden sich ergänzende **Materialien** (Quellen zur Literaturrecherche, Checklisten, Vorlagen), die als Unterstützung bei der praktischen Anwendung herangezogen werden können. Die Checklisten sind beispielhaft zu verstehen, in der Praxis müssen diese meist an die jeweilige Fragestellung angepasst werden.

4.1 Entwicklung der Fragestellung

- Vorabrecherche von Hintergrundinformationen
- Präzisierung der Fragestellung anhand zentraler Aspekte
- Erstellung eines Forschungskonzeptes



Die Entwicklung der Fragestellung ist der erste und essentielle Schritt der Evidenzermittlung. Die Fragestellung muss so präzise gefasst werden, dass sie tatsächlich bearbeitet werden kann (= Operationalisierung). Dies kann zeitintensiv sein, der Aufwand lohnt sich aber in Hinblick auf die Prozess- und Ergebnisqualität.

Vorabrecherche von Hintergrundinformationen

In Vorbereitung auf die Operationalisierung sind zunächst Hintergrundinformationen zur Fragestellung zu ermitteln. Themenspezifische Literatur wird sondiert, um ein Grundverständnis des Untersuchungsfelds und einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zu erlangen, z. B. (Meta-)Evaluationsberichte, systematische Übersichtsarbeiten, politische Strategien und Konzepte, Leitfäden etc. Es sollte dabei jedenfalls auch Literatur berücksichtigt werden, die Rahmenbedingungen (rechtliche und strukturelle Ausgangslage zur Fragestellung, geplante / in Umsetzung befindliche Interventionen auf nationaler/regionaler Ebene) für Österreich beschreibt, um bereits bei der Entwicklung der Fragestellung einen unmittelbaren Bezug zu Österreich herzustellen.

Auf Basis der Hintergrundrecherchen erfolgt eine erste Einschätzung über die verfügbare Evidenz. Im Fall von Auftragsarbeiten wird empfohlen, die Auftraggeber darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung, welche Art der Evidenz in den Review einbezogen wird, grundsätzlich von zwei Faktoren abhängt: von der Fragestellung und der „besten verfügbaren“ Evidenz zum aktuellen Zeitpunkt.

Insbesondere die Ziele des Reviews, aber auch Erwartungshaltungen sowie der erwartete Nutzen der Evidenz-Aufbereitung sind bei einer Auftragsarbeit mit den Auftraggebern vorab zu klären und bei der Entwicklung der Fragestellung zu berücksichtigen.

Präzisierung/Operationalisierung der Fragestellung anhand zentraler Aspekte

In der Regel ist die vorläufige Fragestellung meist zu ungenau formuliert, um sie wissenschaftlich prüfen zu können. Daher wird die Fragestellung in grundlegende Aspekte zerlegt und auf Basis der Hintergrundrecherchen präzisiert.

Bei diesem Prozess der Operationalisierung kann es zunächst hilfreich sein, die vorläufige Fragestellung in Subfragen aufzugliedern und diese schrittweise anhand grundlegender Aspekte (siehe unten) zu präzisieren. Beispiele für mögliche Subfragen sind:

1. Welche Interventionen gibt es, die die definierten Kriterien erfüllen?
2. Welche der identifizierten Interventionen sind wirksam?
3. Was sind die zugrundeliegenden Erfolgsfaktoren dieser wirksamen Interventionen?

Zur Operationalisierung der Fragestellung werden meist einige der folgenden Aspekte festgelegt (in Anlehnung an: Centre for Reviews and Dissemination 2009), wobei nicht bei jeder Fragestellung alle diese Aspekte notwendigerweise von Relevanz sein müssen:

- Zielgruppe
- Setting
- Intervention
- Bezugspunkt für Vergleich
- Indikatoren für Nutzen
- Kontext, in dem Intervention stattfindet
- (Zugrundliegende Theorie)
- (Grundsatz der Gesundheitsförderung)

Häufig ist die **Zielgruppe** ein Aspekt der Fragestellung, der klar eingegrenzt werden kann: An wen richtet sich die zu untersuchende Intervention? Zielgruppen von Gesundheitsförderungsinterventionen lassen sich anhand unterschiedlicher Merkmale charakterisieren, z. B. Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status. Es kann unterschieden werden, ob sich die Intervention direkt an jene Personengruppe (z. B. Schüler/innen) richtet, bei der primär ein Gesundheitsnutzen erreicht werden soll (direkte Zielgruppe), oder an eine vermittelnde, d. h. indirekte Zielgruppe (z. B. Eltern, Lehrkräfte). Zu berücksichtigen ist, dass die primäre Zielgruppe nicht immer Personen(gruppen) sind, sondern auch Institutionen oder die politische Ebene sein können (z. B. bei politischen Strategien zur Förderung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik).

Oft bezieht sich die Fragestellung auf ein ganz bestimmtes **Setting** (z. B. Schule, Arbeitsplatz, Krankenhaus, Gemeinde etc.).

Ein weiterer zentraler Aspekt einer Fragestellung ist die zu untersuchende **Intervention** bzw. das Spektrum der zu untersuchenden Interventionen. Dabei ist zu beachten, dass Gesundheitsförderungsinterventionen per se komplexe Maßnahmen sind, die häufig aus unterschiedlichen Einzelmaßnahmen mit unterschiedlicher Dauer, Intensität, Reichweite und Häufigkeit bestehen (vgl. Abschnitt 2.2). Wie Interventionen definiert bzw. implementiert werden, ist für Rückschlüsse bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen von zentraler Relevanz. Eine exakte Beschreibung der zu untersuchenden Intervention(en) und der Art der Implementierung im ausgewählten Setting sind daher notwendig (Egan et al. 2009; Roen et al. 2005; Waters et al. 2011; zitiert nach Rehfuess 2011). Es ist festzulegen, ob die gesamte Intervention oder einzelne Teile davon untersucht werden sollen.

Es kann auch notwendig sein, den **Bezugspunkt für den Wirksamkeitsvergleich** der zu prüfenden Intervention(en) zu spezifizieren. Geht es um einen Vorher-Nachher-Vergleich (die Zielgruppe wird vor bzw. nach Implementierung einer Intervention beobachtet, um Unterschiede

bezüglich untersuchter Indikatoren zu erheben) oder soll eine Kontrollgruppe den Bezugspunkt bilden. (Hierbei wird die Zielgruppe einer anderen Personengruppe gegenübergestellt, die keine oder eine andere Form der Intervention bekommen hat (kontrollierte Interventionsstudie).

Zentraler Aspekt der Fragestellung sind meist die erzielten Ergebnisse der zu untersuchenden Interventionen. Ergebnisse können Nutzen oder Schaden sein. Nutzen und Schaden von Gesundheitsförderungsinterventionen können anhand einer Vielzahl von möglichen **Indikatoren** gemessen werden, die kurzfristige, mittelfristige und/oder langfristige Ergebnisse (Outcomes) darstellen (vgl. Abschnitt 2.3). Wichtig dabei ist, solche Indikatoren festzulegen, die Nutzen und Schaden in Bezug auf Gesundheitsförderung abbilden und zugleich messbar sind. Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, vorab festzulegen, welche Indikatoren als Interventionsnutzen interpretiert werden. Indikatoren werden – vor allem bei personenbezogenen Interventionen – idealerweise differenziert nach Gruppen betrachtet, um sicherzustellen, dass die Interventionen Ungleichheiten zwischen Personengruppen nicht verstärken (Centre for Reviews and Dissemination 2009). Welche Indikatoren zur Messung von Nutzen und Schaden festgelegt werden, ist einer der zentralsten, aber auch einer der schwierigsten Aspekte, die im Zuge der Entwicklung der Fragestellung überlegt werden müssen. Es ist anzuraten, dafür einen Fachbeirat zu konsultieren und ausreichend Zeit vorzusehen.

Kontextfaktoren können die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsinterventionen maßgeblich beeinflussen. Aus diesem Grund sind sie in Analysen zu Wirksamkeitsnachweisen in Betracht zu ziehen und werden daher häufig schon bei der Formulierung der Fragestellung festgelegt. Zur Beschreibung des Kontextes der Interventionen können folgende Kriterien hilfreich sein:

- Umsetzungsebene (national, regional, lokal),
- Ansatz (bottom-up oder top-down),
- Umsetzungscharakter (Pilot- vs. Implementierungsprojekte),
- Projektumwelt (Kooperationspartner, Einbindung in Gesundheitsförderungsnetzwerke).

Gesundheitsförderungsinterventionen basieren auf einem – häufig impliziten – Set von **Annahmen und Theorien**. Ziel des Explizitmachens von Annahmen und Theorien ist, die kausalen Wirkungspfade zum angestrebten Gesundheitsnutzen aufzuzeigen (Kahan/Goodstadt 2005b; Pawson et al. 2004).

Schließlich kann auch noch von Interesse sein, ob und wie die **zentralen Werte und Grundsätze der Gesundheitsförderung** (vgl. Abschnitt 2.1) in der Fragestellung berücksichtigt werden sollen.

Beispiele für operationalisierte Fragestellungen

Förderung der körperlichen Bewegung: „*Welche Interventionen sind wirksam in der Förderung eines Wechsels vom Auto zu Fortbewegungsarten, die mit körperlichen Aktivitäten einhergehen, bei städtischen Bevölkerungsgruppen in Industrieländern?*“

Zielgruppe der Fragestellung sind städtische Bevölkerungsgruppen in Industrieländern, das zu messende Ergebnis (Outcome) ist der Wechsel vom Auto zu Fortbewegungsarten, die mit körperlichen Aktivitäten einhergehen. Bei der Untersuchung dieser Fragestellung wurde die Inter-

vention präzisiert, indem folgende Typen von Interventionen in die Untersuchung einbezogen wurden: eher auf Individuen bezogene Gesundheitsförderungsaktivitäten (z. B. Verhaltensänderungsprogramme), Infrastrukturmaßnahmen (Radwege, Verkehrsberuhigungen), finanzielle Anreize/Hindernisse (Parkgebühren, Straßengebühren) oder komplexe Verkehrsstrategien/-politiken (Oglivie et al. 2004, zitiert nach Rehfuess 2011).

Erprobungsbeispiel Lebenskompetenz:

Ursprüngliche Fragestellung: „Gibt es Evidenz zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Volksschule, die auf die Förderung von Lebenskompetenzen abzielen und insbesondere auch verhältnisorientierte Maßnahmen einschließen?“

Präzisierung der Fragestellung nach zentralen Aspekten

Zielgruppe	Kinder im Volksschulalter, d. h. 6 bis max. 11 Jahre
Setting	Volksschule
Intervention	Lebenskompetenzförderung mit Verhältnisorientierung
Bezugspunkt für Vergleich	Kontrollgruppen, Vorher-Nachher-Vergleich (qualitativ und quantitativ)
Indikatoren für Nutzen (=Outcomes)	→ Primäre Endpunkte: Stärkung der Lebenskompetenz (kurz- mittel- oder langfristig, z. B. verbessertes Konfliktmanagement) → Sekundäre Endpunkte: Kurzfristige Effekte (z. B. erhöhtes Wissen und Fähigkeiten zu gewähltem Thema), mittel- und langfristige Effekte (z. B. Safer Sex, Reduktion der HIV-Raten, verbesserte Unterrichtsbedingungen, Infrastrukturänderungen ...)
Kontext der Interventionen	Keine Einschränkungen
Zugrundeliegende Theorien	Bezug zu Lebenskompetenzförderung
Grundsätze der Gesundheitsförderung	Verhältnisorientierung und Lebenskompetenzförderung als anerkannte Ansätze der GF; Grundsätze der GF in Selektionskriterien berücksichtigt

Basierend auf der Präzisierung der Fragestellung ergeben sich folgende operationalisierte Subfragen:

- Wie kann Lebenskompetenzförderung mit Verhältnisorientierung in Volksschulen effektiv sein?
- Welche Erfolgs- und Misserfolgskriterien gibt es bei verhältnisorientierter Lebenskompetenzförderung in der Volksschule bei primären und sekundären Endpunkten?
- Wie wird in den Interventionen der Bezug zu Gesundheitsförderungsprinzipien hergestellt?

Rolle von Fachexperten und Stakeholdern

Externe Fachexperten/Fachexpertinnen und Stakeholder sollten immer in die Operationalisierung der Fragestellung eingebunden werden, um fachliches Know-how zu Prozessbeginn einfließen zu lassen und die Akzeptanz des Ergebnisberichts zu erhöhen (Fröschl et al. 2012, 9; Gerhardus et al. 2010; Kahan/Goodstadt 2005b, 13).

Die Wahl des methodischen Ansatzes für die Evidenz-Aufbereitung (vgl. Kapitel 3) sollte den Fachexperten/Fachexpertinnen und Stakeholdern gegenüber begründet werden. Zentrale Auswahlkriterien für die Evidenzsuche, wie z. B. Beobachtungszeitraum oder Sprache der recherchierten Evidenz, sollten abgestimmt werden.

Die Einbindung von Fachexperten/-expertinnen und Stakeholdern kann in unterschiedlicher Form erfolgen, z. B. schriftliche/mündliche Konsultation, Workshops etc. Die Form und das konkrete Ausmaß der Beteiligung sind vorab mit allfälligen Auftraggebern abzustimmen. Um das Ziel einer präzisen und wissenschaftlich bearbeitbaren Fragestellung zu erreichen, ist es meist notwendig, die zu Beginn formulierte Rahmenfragestellung auf Basis einer ersten Sondierung zu verfeinern und zu konkretisieren.

Häufig zeigt sich nach einer ersten Informationssuche, dass auf Basis der verfügbaren Evidenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht alle der zu Projektbeginn formulierten Aspekte der Fragestellung beantwortet werden können. In einem solchen Fall ist die Fragestellung vor der Weiterarbeit zu adaptieren bzw. einzugrenzen. Im Fall von Auftragsarbeiten ist mit den Auftraggebern zu klären, ob nur Teilaspekte der Fragestellung beantwortet werden sollen oder ob auf Basis der Erstrecherche die Fragestellung entsprechend verfeinert bzw. abgeändert werden soll. Adaptionen der Fragestellung sind immer im Forschungskonzept und Endbericht transparent und nachvollziehbar zu machen; bei Auftragsarbeiten sind sie in Rücksprache mit den Auftraggebern vorzunehmen. Dabei zu berücksichtigen ist, dass ein Nichtbeantworten einer Fragestellung aufgrund von fehlender Evidenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein wichtiges Ergebnis ist, das auf weiteren Forschungsbedarf hinweist. Eine Adaption der Fragestellung im Prozessverlauf ist bei Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung keine Seltenheit und - sofern transparent gemacht – methodisch unproblematisch.

Ein solch iteratives Vorgehen bei der Entwicklung der Fragestellung kann jedoch sehr ressourcenaufwendig sein und sollte in der Projektplanung dementsprechend berücksichtigt werden.

Erstellung eines Forschungskonzeptes

Als ständige Richtschnur für das Projektteam sowie allenfalls zur Orientierung für die Auftraggeber sollten die festgelegte Fragestellung sowie weitere Überlegungen hinsichtlich des Projektmanagements in einem Forschungskonzept dokumentiert werden. Darin festgehaltene Inhalte können beispielsweise sein:

- Ergebnisse aus den Hintergrundrecherchen,
- operationalisierte Fragestellung (sowie allfällige Adaptionen der Fragestellung im Prozessverlauf),
- grundsätzlicher methodischer Zugang,
- Art der einzubeziehenden Evidenz,

- Beobachtungszeitraum,
- Sprache der recherchierten Evidenz,
- Auftraggeber/in,
- Einbindung von Stakeholdern,
- Ressourcen,
- Zeitplan.

Das Forschungskonzept soll veröffentlicht werden, z. B. auf der Website von Auftraggebern und/oder Auftragnehmern. Das hat den Vorteil, dass andere Stakeholder und interessierte Personen über laufende Forschungsarbeiten informiert sind. Eine Vorlage zur Erstellung eines Forschungskonzeptes befindet sich im Anhang (vgl. 11.1). Bei Auftragsarbeiten sollte bereits in der Konzeptphase mit den Auftraggebern geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form Forschungskonzept und Endbericht veröffentlicht werden (vgl. Abschnitt 4.7, Kapitel 6).

Tabelle 4.1: Operationalisierung der Fragestellung in verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Operationalisierung der Fragestellung vor Beginn der systematischen Literatursuche, Modifizierung der Fragestellung nur in begründeten Ausnahmefällen (Fröschl et al. 2012, 9)	Iteratives Vorgehen als zentraler Erfolgsfaktor der Methode	Adaptierung der Fragestellung im weiteren Prozessverlauf üblich (iteratives Vorgehen)
Transparentmachen von gesundheitlichen Theorien und Modellen (Fröschl et al. 2011)	Verfeinern des eigentlichen Zwecks des Realist Reviews (z. B. Überprüfen einer Theorie, Überprüfen von mehreren, rivalisierenden Theorien, Überprüfen einer Theorie in verschiedenen Settings, Überprüfen von theoretischen Annahmen und Erfahrungen aus der Praxis.	Erläuterung des Evidenzbegriffes und Aufbereitung vorliegender Praxiserfahrungen im Rahmen von Hintergrundrecherchen
	Artikulieren von zugrundeliegende Theorien	Bezug der Fragestellung zu Gesundheitsförderungsgrundsätzen („underpinnings“) herstellen Bezug zur Fragestellung zum Umfeld („environment“) herstellen
	(Gerhardus et al. 2010)	Einbindung von Praktikern/Praktikerinnen

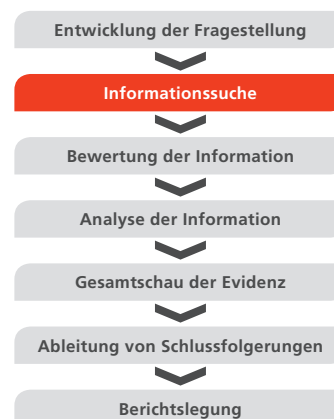
Darstellung: GÖG 2011

Reflexionsfragen für die Entwicklung der Fragestellungen:

- ☐ Sind die Ziele und die Erwartungen in Bezug auf den Review mit der/dem Auftraggeber/in geklärt?
- ☐ Ist die Zielgruppe der Intervention klar definiert?
- ☐ Sind die zu untersuchende Intervention bzw. das Spektrum der Intervention klar definiert?
- ☐ Ist das Setting der Intervention klar definiert?
- ☐ Wurde ein Bezugspunkt für den Vergleich der Intervention definiert?
- ☐ Sind die Indikatoren für den Nutzen klar definiert?
- ☐ Ist der Kontext definiert, in dem die Intervention stattfindet?
- ☐ Sind die zugrundeliegenden Gesundheitsförderungstheorien und -grundsätze identifiziert?
- ☐ Wurden Fachexperten/-expertinnen und Stakeholder in die Operationalisierung mit einbezogen?
- ☐ Wurde die operationalisierte Fragestellung dokumentiert?

4.2 Informationssuche

- Festlegung der Vorgehensweise bei der Informationssuche (methodischer Ansatz der Suche sowie Art von Evidenz, Art von Quellen und Inhalte, nach bzw. in denen gesucht werden soll)
- Definition von Ein- und Ausschlusskriterien
- Verwaltung der Suchergebnisse



Nach der Entwicklung der Fragestellung (vgl. Abschnitt 4.1) wird relevantes Material zur Bearbeitung der Frage aufgespürt und zusammengetragen. Die Informationssuche ist ein essentieller Schritt bei der Evidenz-Ermittlung.

Dabei muss zur Nachvollziehbarkeit des Suchprozesses dokumentiert werden,

- auf welchen Webseiten oder in welchen Datenbanken,
- an welchen Tagen,
- mit welcher Suchstrategie gesucht wurde und
- welche Ergebnisse diese Suchvorgänge jeweils zeigen.

Bezüglich der Vorgehensweise bei der Informationssuche muss geklärt werden, welche Art von Evidenz (z. B. kontrollierte Studien, Evaluierungen, Erfahrungsberichte etc.), welche Art von Quellen (Zeitschriften, Datenbanken, Webseiten, Organisationen, Fachleute etc.) und

welche konkreten Inhalte (Suchwörter, Synonyme etc.) bei der Suche berücksichtigt werden sollen. Darüber hinaus muss vor allem der methodische Ansatz der Suche (systematische und/oder selektive Suche) festgelegt werden.

Die Erfahrungen zeigen, dass eine ausschließlich datenbankbasierte Suchstrategie für Fragen der Gesundheitsförderung meist wenig zielführend ist. Es gibt daher einige grundsätzliche Empfehlungen für die Informationssuche:

1. Ergänzend zu Literaturdatenbanken sollte auch in einschlägigen Projektdatenbanken (siehe Anhang 9.1) und Zeitschriften (möglichst peer-reviewed) gesucht werden.
2. Es kann hilfreich sein, zunächst relevante – den Grundsätzen der Gesundheitsförderung entsprechende - Interventionen oder Programme zu identifizieren, und dann von diesen ausgehend weitere Informationen (z. B. Studien zur Wirksamkeit oder Evaluationsberichte) zu suchen.
3. Wird im Zuge der Literatursuche eine aktuelle Übersichtsarbeit zur definierten Fragestellung identifiziert, sollte überlegt werden, ob diese Information ausreicht bzw. ob die weitere Arbeit auf den restlichen Zeitraum beschränkt und der Fokus auf ergänzende qualitative Informationen gelegt werden soll.

Was soll gesucht werden?

Evidenz kann aus verschiedenen Informationen gewonnen werden:

- aus publizierter (also kommerziell erhältlicher) Literatur:
Bücher und Publikationen in Zeitschriften über quantitative und qualitative Studien (auffindbar über bibliografische Datenbanken, Zeitschriften-Indizes oder Bibliografien von Schlüsselpublikationen)
- aus unpublizierter (nicht offizieller) Literatur (graue Literatur, vgl. Glossar):
Dokumente auf Webseiten von Institutionen, unpublizierte Evaluationsberichte, Studienprotokolle, Konzepte, Skripten ...
- aus zusätzlichen Informationen: z. B. selbst erfasste Daten, (eigene) Projektevaluationen und –dokumentationen, Praxiserfahrung von Fachexpertinnen und -experten, Stakeholdern und anderen Personen mit relevanter Expertise zur Beantwortung der Fragestellung.

Idealerweise wird bei Fragen der Gesundheitsförderung eine Vielzahl von unterschiedlichen Informationsquellen herangezogen, um sicherzustellen, dass entsprechend der Komplexität der Intervention umfassend Informationen gesammelt und möglichst umfassende Einblicke in die zu untersuchende Thematik gegeben werden.

Wo soll gesucht werden?

Auswahl und Umfang der Quellen für die Informationsrecherche müssen sich vorrangig an zwei Parametern orientieren: am Thema und an den verfügbaren Ressourcen.

Quellen-Auswahl nach Thema

Wie für biomedizinische Themen gibt es für Sozialwissenschaften, Erziehungswissenschaften, Public Health etc. spezifische Datenbanken (vgl. Kapitel 9 im Anhang). Darüber hinaus bieten sich Studienregister oder wichtige Zeitschriften als Quellen an. Die Suche nach Evidenz für die theoretische Basis einer Fragestellung kann sich auch auf andere Domänen als Gesundheits-

förderung erstrecken, was oftmals auch sozial-, rechts-, wirtschafts- oder erziehungswissenschaftliche Datenbanken relevant macht. Andererseits ist Literatur zu Gesundheitsförderung häufig nicht kommerziell publiziert, sondern auf Webseiten oder Dokumentenservern von Organisationen / Behörden / Service-Einrichtungen etc. zu finden (graue Literatur). Dabei ist immer darauf zu achten, ob die Quelle vertrauenswürdig ist!

Recherche-Umfang nach verfügbaren Ressourcen

Literaturrecherche ist zeitaufwendig. Zumeist fließt etwa ein Drittel der verfügbaren Zeitressourcen in den Literaturrecherche-Prozess. Je nach Ressourcenverfügbarkeit können alle in Frage kommenden oder nur wenige Datenbanken und andere Quellen durchsucht werden, dafür können mehrere Schritte der Suchverfeinerung nötig sein.

Jedenfalls ist von großer Wichtigkeit, dass in mehreren Quellen gesucht wird, da jede Quelle spezifische Schwerpunkte hat und immer nur einen kleinen Ausschnitt des gesamten verfügbaren Wissensspektrums enthält. Auch bei knappen Ressourcen sollen also unbedingt Datenbanksuche und Handsuche kombiniert werden und sollte eine Datenbanksuche immer in mehreren Datenbanken erfolgen (Kahan/Goodstadt 2005b; Pawson et al. 2004).

Besonders aufwendig wird die Auswertung von Literatur, wenn man dafür Übersetzerdienste in Anspruch nehmen muss. Daher beschränkt sich eine Literaturrecherche meistens auf jene Sprachen, die vom Projektteam selbst abgedeckt werden können.

Wie soll gesucht werden?

Je nach Art der Forschungsfrage folgt die Informationssuche unterschiedlichen methodischen Ansätzen (vgl. Tabelle 4.1):

- Die Frage, ob eine Intervention wirkt oder nicht wirkt, wird am besten mit einem klassischen systematischen Review (Armstrong et al. 2007; Hammerstrøm et al. 2010) untersucht. Die Intervention, so komplex sie auch sei, wird dabei als Black Box betrachtet (Armstrong et al. 2007). Dafür ist die Informationssuche der Wahl eine systematische Literaturrecherche.
- Die Frage, wie, warum und unter welchen Rahmenbedingungen eine Intervention wirkt, wird meist mit einer anderen Art des Reviews untersucht (z. B. nach Realist Review (Petticrew 2011; Van der Knaap et al. 2008) oder Interactive Domain Model (Pawson et al. 2005)). Die Informationssuche für eine solche Forschungsfrage erfolgt iterativ und selektiv über den gesamten Prozessverlauf und wird stetig aufgrund neu gefundenen Wissens verfeinert (Kahan/Goodstadt 2005b).

Bei Bedarf können durchaus beide Vorgangsweisen kombiniert werden. Für die Informationssuche kann das bedeuten, dass zuerst mittels einer systematischen Suche Wirksamkeitsstudien zu einer Intervention identifiziert werden, und danach die diesen Wirksamkeitsstudien zugrundeliegenden Mechanismen und Kontexte mit Hilfe einer selektiven Suche erforscht werden (Van der Knaap et al. 2008). Die selektive Suche nach „Theorie-erkundender“ Information kann sich auch auf andere Handlungsfelder erstrecken, aus denen analoge Schlüsse gezogen werden können. Wie Beispiele (z. B. Van der Knaap et al. 2008) zeigen, ist bei dieser Vorgangsweise die selektive Suche die besondere Herausforderung, da nur wenige Studien ihre zugrundeliegenden Theorien explizit machen.

In jedem Fall aber sind systematisches – also planmäßiges und nachvollziehbares – Vorgehen und die Dokumentation dieses Vorgehens erforderlich. Insbesondere wenn das anfänglich entworfene Suchkonzept durch neue Erkenntnisse verändert wird, müssen die Änderung und die Gründe dafür dokumentiert werden. Ein erstes Suchergebnis kann z. B. nahelegen, die Suchstrategie zu verfeinern oder breiter anzulegen, oder kann auf weitere Quellen hinweisen. Solche Änderungen/Verbesserungen/Verfeinerungen des Recherche-Konzepts sind häufig notwendig (Van der Knaap et al. 2008) bzw. sind sogar Teil der Methodik (Drabenstott 2004).

Ein zirkuläres Vorgehen bei der Literatursuche kann auch dadurch nötig werden, dass zuerst die zugrundeliegenden theoretischen Konzepte (Untermauerung) Thema der Suche sind, bevor Evidenz zu Praxisbeispielen aus den verschiedensten Domänen recherchiert wird (Pawson et al. 2005), oder sich umgekehrt aus Praxisbeispielen neue Hinweise auf Suchquellen ergeben.

Systematische Literatursuche und -selektion

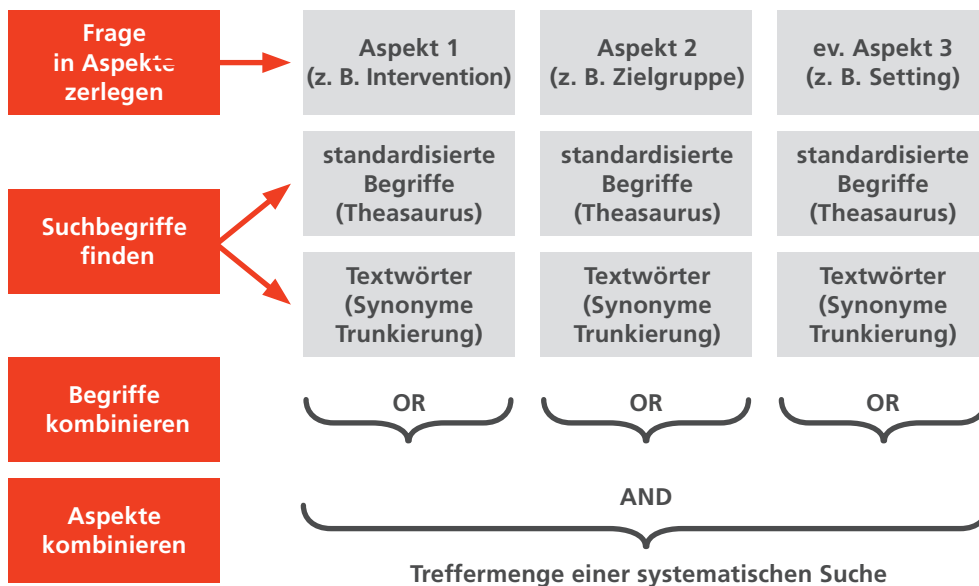
Eine systematische Literatursuche geht von einer endlichen Menge an relevanter Literatur pro Themenstellung aus, von der mit einer gut formulierten Suchstrategie so viel wie möglich in entsprechenden Datenbanken gefunden werden kann.

Publizierte Literatur wird am besten über Literaturdatenbanken gefunden. Diese Datenbanken decken häufig einen thematischen Schwerpunkt ab und enthalten meist nur Referenzen (keine Volltexte) von Artikeln in entsprechenden wissenschaftlichen Zeitschriften. Bei der Aufnahme in die Literaturdatenbank werden die Referenzen zur besseren Auffindbarkeit beschlagwortet.

Literaturdatenbanken für Public-Health-Themen (vgl. Anhang 9.2) sind häufig frei zugänglich, dafür aber weitaus weniger umfangreich und umfassend als biomedizinische Datenbanken, und bieten meist auch weniger elaborierte Suchmechanismen.

Für einen systematischen Review wird in ausgewählten Datenbanken eine sogenannte systematische Literaturrecherche durchgeführt, das heißt, für mehrere Datenbanken wird eine wohldurchdachte, wiederverwendbare Suchregel erstellt. Die Syntax der Suchregel ist den jeweiligen Datenbankanfordernissen anzupassen. Für eine Suchregel werden die Suchbegriffe der einzelnen Aspekte der Forschungsfrage folgendermaßen kombiniert:

Abbildung 4.2: Schematische Darstellung einer systematischen Literaturrecherche



Darstellung: GÖG 2011, angelehnt an die Kursmaterialien des Workshops „Systematische Literaturrecherche“, Deutsches Cochrane-Zentrum, Freiburg 2011

Die verschiedenen Aspekte einer Fragestellung (z. B. Intervention, Wirktheorie, Zielgruppe oder Setting) werden identifiziert. Für jeden Aspekt werden möglichst viele aller möglichen Bezeichnungen und – wenn eine Datenbank normiert beschlagwortet ist – die entsprechenden Thesaurus-Begriffe⁹ gesucht und mit einer ODER-Verknüpfung kombiniert. Die Ergebnisse der einzelnen Aspekte werden mit UND verknüpft.

Beispiel für eine Suchstrategie –

Erprobungsprojekt „Lebenskompetenzförderung“

Database: Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present with Daily Update

- 1 child behavior/
- 2 mental competency/
- 3 personality/
- 4 skill*.ti,ab.
- 5 life skill*.ti,ab.
- 6 emotional skill*.ti,ab.
- 7 problem solving.ti,ab.
- 8 (self efficacy or self efficiency).ti,ab.
- 9 (self competence* or life competence*).ti,ab.
- 10 (promotion or prevention).mp
- 11 mental skill*.ti,ab.

9 Ein Thesaurus ist eine standardisierte Hierarchie von Schlagworten. Thesauri sind in den Sozialwissenschaften weit weniger entwickelt und verbreitet als in der Medizin.

- 12 communication skill*.ti,ab.
- 13 life ability.ti,ab.
- 14 (conflict adj5 ability).ti,ab.
- 15 (elementary school* or primary school* or school-age* or class room or school-based).mp.
- 16 Health Promotion/
- 17 10 or 16
- 18 3 and 15 and 16
- 19 2 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 11 or 12 or 13 or 14
- 20 15 and 17 and 19
- 21 limit 20 to (yr="2000 -Current" and („all child (0 to 18 years)" or „preschool child (2 to 5 years)" or „child (6 to 12 years)"))

Database: ERIC <1965 to March 2012>

- 1 ((social OR life OR mental OR emotional) adj2 skill*).ti,ab.
- 2 (self efficacy OR self efficiency).ti,ab.
- 3 (self competenc* OR life competenc* OR mental competenc*).ti,ab.
- 4 ((conflict OR life) adj3 ability).ti,ab.
- 5 Sense of Coherence.ti,ab.
- 6 1 or 2 or 3 or 4 or 5
- 7 (elementary school* OR primary school* OR class room OR school-based OR public school* OR primary education).mp.
- 8 (promotion OR prevention OR (school adj4 program*)).mp.
- 9 6 and 7 and 8
- 10 limit 9 to (elementary education OR grade 1 OR grade 2 OR grade 3 OR grade 4 OR grade 5 OR primary education)
- 11 limit 10 to ((english OR german) and yr="2002 -Current")

Das Ergebnis einer systematischen Literaturrecherche sind alle Referenzen, die der Suchregel entsprechen. Die Mehrzahl der Referenzen ist in der Regel nicht relevant. Daher müssen aus der Gesamtreffermenge jene selektiert werden, die zur Beantwortung der Frage beitragen.

Diese Selektion erfolgt zumeist in zwei Schritten: In einem ersten Schritt werden auf Basis von Titel und Abstract alle Referenzen ausgeschieden, die eindeutig nicht relevant sind, für die restlichen Referenzen wird der Volltext besorgt. In einem zweiten Schritt werden die Volltexte auf die eingangs festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. nachfolgendes Beispiel) überprüft. Es empfiehlt sich, diese Überprüfung anhand einer Checkliste der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien vorzunehmen.

Schon vor der Selektion wird festgelegt, welche Einschlusskriterien für Informationen gelten sollen, d. h. welche Informationsarten und -qualitäten als geeignet zur Beantwortung der Fragestellung eingeschätzt werden. Die entwickelte Fragestellung muss in den Ein- und Ausschlusskrite-

rien genau abgebildet sein. (Falls die Festlegung sich als änderungsbedürftig herausstellt, ist die Änderung zu dokumentieren und zu begründen.) Es ist empfehlenswert, die Einschlusskriterien mit Experten abzustimmen. Einschlusskriterien können beispielsweise sein:

- Die Grundsätze der Gesundheitsförderung sind berücksichtigt.
- Der Auswahl der Ergebnisse liegen salutogenetische Faktoren zugrunde.
- Der Beobachtungszeitraum ist ausreichend lang für das zu untersuchende Ergebnis.
- Der untersuchten Intervention liegt eine bestimmte Wirktheorie zugrunde.

Die Selektion wird dokumentiert, d. h. es wird festgehalten, warum eine Publikation ein- oder ausgeschlossen wird.

Beispiel für Selektionskriterien – Erprobungsprojekt „Lebenskompetenzförderung“

Ausschlusskriterien

- A1 Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
- A2 Duplikate
- A3 Studien ohne Bezug auf Österreich oder ein vergleichbares Land (Europa, USA, Kanada, Neuseeland, Australien)
- A4 Studien vor 2000
- A5 andere Fragestellung
- A6 andere Intervention als Lebenskompetenz
- A6a fokussiert nicht explizit auf Life Skills oder Lebenskompetenzförderung, aber Mental Health
- A8 kein Bezug zu Prinzipien der Gesundheitsförderung
- A8b nicht alle drei Dimension der Lebenskompetenzförderung abgebildet
- A9 andere Zielgruppe
- A10 fehlende Beschreibung des Studiendesigns
- A11 Kongresspräsentationen, Poster, Comments, Letters
- A12 Fallstudien
- A13 einmalige Interventionen

Einschlusskriterien

- E1 quantitative Primärstudien (Interventionen mit Prozess- oder Ergebnisevaluationen)
- E2 qualitative Primärstudien (Interventionen mit Prozess- oder Ergebnisevaluationen)
- E3 Metastudien
- E4 Guidelines, Frameworks etc.
- E5 Hintergrundinformationen

Zwei Reviewerinnen selektierten die 380 Referenzen und prüften im Detail 41 Volltexte.

Systematische Literaturrecherchen können als Fremdleistung (z. B. bei Universitätsbibliotheken) beauftragt werden. Eine Auftragsdelegation empfiehlt sich nur bei einem klassischen systematischen Review, nicht aber für iterative Formen der Literatursuche.

Selektive Informationssuche

Eine selektive Informationssuche (auch „unsystematische Suche“ oder „opportunistic search“) kann zwei verschiedene Ziele erfüllen:

- Ergänzung einer systematischen Literaturrecherche
- Basis für einen Review nach einer anderen Methodik, um das Wie und Warum einer Theorie zu untersuchen (z. B. Realist Review). In diesem Fall sind das Ziel der Suche nicht nur Primärstudien, sondern Informationen, mit deren Hilfe man die sich aus den Primärstudien ergebenden Zusammenhänge zwischen Kontext, Mechanismen und Effekten (Outcome) erklären kann. Es geht also um Material zum Testen der fraglichen Theorien. Dafür kommt eine große Bandbreite an Quellen in Betracht, die weit über Primärstudien hinausgeht (nach Guba 2007).

Die selektive Informationssuche geht von einer unendlichen Menge an potenzieller Information zu einer Fragestellung aus. Bei einer selektiven Suche ist keine explizite Selektion erforderlich, da die Auswahl ein impliziter Bestandteil der Suche ist.

Eine selektive Suche ist nicht zu einem vorher festgelegten Zeitpunkt zu Ende, sondern dann, wenn die „theoretische Sättigung“ erreicht ist. Das ist jener Zeitpunkt, an dem sich herausstellt, dass die letzte Iteration der Literatursuche keine Veränderung oder Verfeinerung der Erkenntnisse mehr erbrachte, und dasselbe daher auch von weiteren Schritten anzunehmen ist (Pawson et al. 2004).

Pawson et al. beschreiben vier Phasen einer selektiven Literatursuche im Rahmen eines Realist Review (Pawson et al. 2005):

- Eine Hintergrundrecherche ganz am Anfang, um ein Gefühl dafür zu entwickeln, wie viel Literatur vorhanden ist, welcher Art sie ist und wo sie vorgehalten wird.
- Eine Suche nach den zugrundeliegenden Theorien, häufig durch Klärung der (impliziten) Grundannahmen über die Wirkweise von Interventionen mit Auftraggeberinnen/-gebern, Praktikerinnen/Praktikern oder Entscheidungsträgerinnen/-trägern.
- Eine Suche nach der empirischen Evidenz, um die in Frage stehenden Theorien zu prüfen, also mehr oder weniger die „klassische Literatursuche“, die bei Bedarf in zahlreichen Schleifen durchgeführt wird.
- Eine finale Suche zur Verfeinerung der Ergebnisse, wenn die Aufbereitung nahezu fertig ist.

Eine selektive Suche ist meist hocheffizient, kann aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die selektive Suche bleibt immer Aufgabe des/der wissenschaftlichen Autors/Autorin, denn sie setzt intensive Vertrautheit mit dem Forschungsfeld voraus.

Für eine selektive Informationssuche können verschiedene Strategien miteinander kombiniert werden (Pawson et al. 2004):

Expertenhinweise

Die Einbindung von Expertenwissen sowohl bei der Verfeinerung der Fragestellung als auch bei der Informationssuche ist unbedingt zu empfehlen. Fachleute können einen unerlässlichen Beitrag zur Identifikation möglicher theoretischer Konzepte (vgl. 4.1) wie auch wertvolle Hinweise liefern, wo potenziell wertvolle Information zu finden ist. Wenn man im Laufe der Informationssuche Hinweise findet, dass bestimmte Experten/Expertinnen oder Einrichtungen über spezifische Daten zum Thema verfügen, empfiehlt sich die Kontaktaufnahme.

Selektive Suche in Referenz-Datenbanken

Mittels einer sehr engen Suchstrategie (z. B. beschränkt auf einen bestimmten Begriff, oft auf die Intervention) werden einige Schlüsselpublikationen identifiziert, die als Ausgangsbasis für Schneeballsuche, Pearl Growing, Expertenkontakte etc. dienen. Auch die Verwendung der „related-articles search“-Funktion von Pubmed kann dafür hilfreich sein (Drabenstott 2004).

Berry Picking

Gefundene Literatur verändert jeweils den Standpunkt und kann auf vielfältige Weise Ideen und Hinweise für neue Fundstellen geben (Kastner et al. 2011). In gefundenen Dokumenten können neue Begriffe auftauchen, die Wert sind, in die Suche integriert zu werden. Möglicherweise stößt man wiederholt auf einen Autor / eine Autorin, sodass eine gezielte Autorensuche naheliegt. Oder in gefundener Literatur taucht ein neuer Aspekt auf, der sich zur vertieften Untersuchung anbietet (vgl. Konzept des Realist Review).

Pearl Growing

Ausgehend von den Charakteristika einzelner Schlüsselpublikationen („Perlen“) findet man häufig zusätzliche oder noch präzisere Synonyme für die Suchstrategie, Beschreibungen oder Anregungen für weitere, vorher nicht bedachte Quellen oder Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Suchstrategie (Kleibel/Mayer 2011).

Schneeballsuche

Ausgehend von einzelnen Publikationen, die für die Fragestellung hoch relevant sind, findet man einerseits über das Literaturverzeichnis die darin zitierten Quellen (References Tracking).

Andererseits findet man mit Hilfe spezieller Datenbanken (sogenannten Citation Indices, z. B. Scopus oder Web of Science) weitere Publikationen, die ihrerseits diese Schlüsselpublikation zitieren (Citation Tracking) (Schlosser et al. 2006).

Eigene Datenerhebung

Wenn zu einem Thema Informationen fehlen, ist häufig das Erfassen von Primärdaten das Mittel der Wahl. Hierbei reicht das methodische Spektrum vom Einberufen einer Fokusgruppe – z. B. um ergänzende Informationen in Bezug auf Wirktheorien zu sammeln – bis zu zeit- und kostenaufwendigen sozialwissenschaftlichen Studien.

Internetsuche auf Webseiten von Organisationen

Literatur zu Gesundheitsförderung ist ebenso wie Information über Maßnahmen aus Bereichen wie Pädagogik, Sozialpolitik, Kriminologie etc. häufig nicht kommerziell publiziert, sondern auf Webseiten oder in Repositorien von Organisationen/Behörden/Einrichtungen zu finden (graue Literatur).

Handsuche in Zeitschriften

Eine oft lohnende Suchstrategie ist, die Inhaltsverzeichnisse von Zeitschriften, aus welchen Schlüsselpublikationen stammen, auf weitere relevante Artikel zu durchforsten. Mittels Stichwortsuche über die Web-Portale von Zeitschriften zu suchen ist dabei rationeller als Papierexemplare durchzusehen. Um zu ermitteln, welche Zeitschriften für ein Thema vielversprechend sind, geht man am besten von den Referenzen eines passenden Artikels oder vom Ergebnis einer einfachen Stichwortsuche in PubMed¹⁰ aus.

Wie sollen die Suchergebnisse verwaltet werden?

Um Komfort, Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Evidenz-Recherchen zu gewährleisten, empfiehlt sich die Verwendung eines Literaturverwaltungsprogramms¹¹. In einem Literaturverwaltungsprogramm können die Quellen übersichtlich strukturiert, kommentiert und archiviert werden, außerdem gewährleistet ihre Verwendung eine einfache und einheitliche Zitation und ein umfassendes Quellenverzeichnis.

Beispiel Informationssuche „Sind Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung wirksam gegen Präsentismus?“

Für einen systematischen Review (Kastner et al. 2011) wurden MEDLINE, EMBASE, CINAHL Plus, AMED, NLM Gateway, Evidence in Health and Social Care, Cochrane Library, und TRIP Database für den Zeitraum 1990 bis 2010 nach den Aspekten presenteeism, workplace und health promotion systematisch durchsucht. Nach Durchsicht der 2.032 Treffer wurden 47 Volltexte analysiert, von denen schließlich 14 in die Zusammenfassung eingeschlossen werden konnten. Bei den übrigen war das Bias-Risiko zu hoch. Ferner wurden aus den Referenzlisten der durchgesehenen Publikationen die drei relevantesten Zeitschriften identifiziert und für den Zeitraum 2005 bis 2010 händisch durchsucht. Zusätzlich wurde mittels einer Google-Suche grauer Literatur recherchiert, und Regierungs- und andere relevante Webseiten wurden besucht. Etwa 80 Experten und Organisationen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden kontaktiert. Die Suche wurde nicht auf eine Sprache eingeschränkt, wohl aber auf bestimmte Studiendesigns.

10 Die National Library of Medicine (NLM) bietet auch eine Stichwort-Suche nach Zeitschriften für alle in Medline referenzierten Journals: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

11 Professionelle Literaturverwaltungsprogramme sind z. B. EndNote, RefWorks oder ReferenceManager. Kostenlose 30-Tage-Probelizenzen dieser Softwareprogramme können von den Webseiten der Anbieter heruntergeladen werden. Von manchen Literaturverwaltungsprogrammen gibt es auch dauerhaft kostenfreie Versionen, z. B. von Citavi oder Zotero (<http://www.citavi.com/de/>, www.zotero.org/download/).

Beispiel Informationssuche „Lebenskompetenzförderung“

Systematische Suche: Zuerst wurde in PubMed über übersetzte deutsche Titel ermittelt, welche englischen Begriffe für „Lebenskompetenz“, Volksschule etc. in wissenschaftlichen Publikationen häufig verwendet werden. Aus der MeSH-Datenbank wurde ermittelt, ob es standardisierte Begriffe oder subsets für „Primärprävention“ und diverse mentale Kompetenzen gibt.

Nach Zusammenstellung der Synonymgruppen wurde eine systematische Literaturrecherche in CINAHL, MEDLINE, ERIC und PSYCINFO durchgeführt. Dafür wurden die Aspekte Population (elementary school, primary school, school-aged, class room, school-based ...), Intervention (Health Promotion/, prevention, ...) und Outcome (self competence, life competence, emotional skills, conflict NEAR5 ability, ...) UND-verknüpft. Die Suche wurde auf deutsche und englische Publikationen seit 2002 und auf die Population „Kinder“ eingeschränkt. Der Suchprozess wurde dokumentiert und ergab folgende Ergebnismengen:

- CINAHL (96 Treffer)
- MEDLINE (154 Treffer)
- ERIC (94 Treffer)
- PSYCINFO (218 Treffer)

Die Ergebnis-Referenzen wurden in einer Endnote-Datenbank gespeichert, alle erkennbaren Duplikate wurden entfernt. Auf diese Weise ergaben sich 380 Referenzen.

Selektive Suche: Zusätzlich zur systematischen Suchen wurden zwölf Volltexte, die nicht in der Treffermenge der systematischen Suche enthalten sind, sondern über Handsuche im Snowballing-Verfahren gefunden und als vielversprechend eingestuft wurden, ebenfalls in der Literaturdatenbank gespeichert. Im Rahmen des Pearl Growing konnten zwei Reviews zum Thema Lebenskompetenzförderung identifiziert werden. Ein Review diente zur Identifikation weiterer relevanter Quellen und Programme. Über diesen Weg konnten fünf relevante Programme identifiziert werden, von denen eines bereits über die systematische Literatursuche identifiziert wurde. Eine Suche auf der Seite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de konnte ebenfalls drei Programme mit Bezug zu Lebenskompetenzförderung in der Volksschule identifizieren.

Tabelle 4.2: Literaturrecherche nach verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Hauptaugenmerk auf systematischer Literaturrecherche in ausgewählten Literaturdatenbanken mit vorab entwickelter Suchstrategie; dennoch sind Handsuche und die Suche nach „grauer“ Literatur obligater Bestandteil der Evidenzsuche (Cancelliere et al. 2011). Anspruch auf Vollständigkeit: die Suche ist darauf angelegt, möglichst alle verfügbare Evidenz zum Thema zu finden (hohe Sensitivität, geringe Präzision). Die Suchergebnisse sind daher oft sehr umfangreich und enthalten auch viel Nicht-Relevantes. Relevantes muss von Nicht-Relevantem selektiert werden (Armstrong et al. 2007). Evidenzsuche und Evidenzbewertung erfolgen stringent hintereinander. Dennoch ist auch hier oftmals ein Schritt zurück notwendig.	Evidenzsuche und Evidenzbewertung sind iterativ miteinander verschränkt und darauf angelegt, die relevanten Aspekte zu erkennen und zu vertiefen. Daher ist auch unumgänglich, Experten für das Fokussieren der Suchstrategie heranzuziehen. Zweckgerichtete Literatursuche („Purpose Sampling“) und Prüfung der Referenzen von relevanter Literatur, sog. „Snowballing“. Diese Art der Informationssuche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit (Hammerstrøm et al. 2010), Die Suchstrategie wird während des gesamten Prozessverlaufes weiterentwickelt, die Evidenzsuche erstreckt sich über verschiedene Prozessschritte (Kastner et al. 2011). Literaturselektion ist nur in den seltensten Fällen notwendig (Pawson et al. 2005).	Heranziehen einer Vielzahl von unterschiedlichen Informationsquellen Literaturselektion in Hinblick auf die Frage: Welche Informationsquellen, Studientypen bzw. Methoden zur Datensammlung, -auswertung und -aufbereitung sind für die zu untersuchende Fragestellung am angemessensten? (Pawson et al. 2005). Eingeschlossene Evidenz soll hinsichtlich des spezifischen Kontexts („our specific situation“) und Gesundheitsförderung / Public Health im Allgemeinen von Relevanz sein (Kahan 2005).

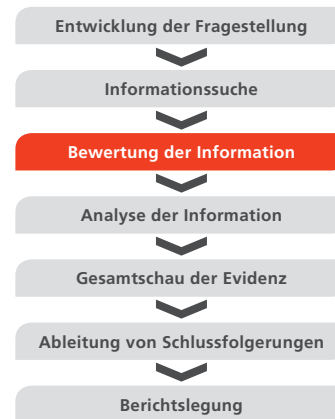
Darstellung: GÖG 2011

Reflexionsfragen für die Informationssuche:

- ☐ Sind die relevanten Quellenarten und Quellen (mit Hilfe von Experten) identifiziert?
- ☐ Ist die Suchstrategie ausformuliert?
- ☐ Wurde die Suchstrategie nach Prüfung der ersten Ergebnisse adaptiert?
- ☐ Sind Ein- und Ausschlusskriterien formuliert?
- ☐ Sind noch andere/zusätzliche Quellen notwendig?
- ☐ Sind alle Ergebnisse in ein Literaturverwaltungsprogramm importiert?
- ☐ Ist der Suchprozess (inklusive aller Änderungen) dokumentiert?
- ☐ Muss die Fragestellung auf Basis der Suchergebnisse adaptiert werden?
- ☐ Erscheint die Fragestellung auf Basis der Suchergebnisse beantwortbar?

4.3 Bewertung der Information

- Beurteilung des Bias-Risikos (interne Validität)
- Beurteilung der Übertragbarkeit und Anwendbarkeit auf andere Personengruppen, Settings, Systeme oder Kontexte (externe Validität)



Die identifizierte Literatur muss vorerst nach qualitativen Aspekten bewertet werden. Das Ziel ist eine kritische Betrachtung¹² der vorliegenden Informationen, um sicherzustellen, dass die beste verfügbare Evidenz in Bezug auf die Fragestellung und den Kontext identifiziert wird (Kahan/Goodstadt 2005b, 24).

Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, die identifizierte Literatur in einem zweistufigen Vorgehen zu bewerten: Zunächst wird im Zuge einer Gesamtschau geprüft, ob die beschriebenen Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 2.1) erfüllen. Für jene Interventionen, die das erfüllen, erfolgt in einem zweiten Schritt die Prüfung der internen und externen Validität. Interventionen, die die Prinzipien der Gesundheitsförderung nicht erfüllen, werden aus der Evidenz-Aufbereitung ausgeschlossen. Die Ausfüllhilfe im Abschnitt 10.9 kann dabei behilflich sein, Bewertung und Analyse der Information in einem zweistufigen Vorgehen durchzuführen. Ein Beispiel für die Verwendung der Ausfüllhilfe (zum Thema Lebenskompetenz) befindet sich am Ende von Abschnitt 4.3. Zu berücksichtigen ist, dass die in Abschnitt 4.3 und 4.4 beschriebenen Aufgaben meist integriert erfolgen. Grundsätzlich sollte bei jedem Review zunächst überlegt werden, ob es praktikabel ist, Bewertung und Analyse der Information parallel durchzuführen.

Interne Validität

In einem ersten Schritt werden das methodische Design und die Qualität der Ausführung der Studien beurteilt, um das Risiko für systematische Fehler, die zu Ergebnisverzerrungen führen, abschätzen zu können (=Beurteilung internen Validität) (Fröschl et al. 2011, 42). Hierbei wird geprüft, ob die beobachteten Ergebnisse tatsächlich auf die untersuchte Gesundheitsförderungsintervention zurückzuführen und nicht durch andere Faktoren bedingt sind. Dabei darf es keine Rolle spielen, ob die beobachteten Ergebnisse positiv oder negativ sind.

¹² Eine kritische Betrachtung soll auch möglichen Interessenkonflikten der Autoren/ Autorinnen oder der verantwortlichen Organisation gelten.

Für die Qualitätsbewertung von epidemiologischen Studien stehen Checklisten zur Verfügung, die ein systematisches Bewerten der Evidenz erleichtern (vgl. Anhang 10.2 bis 10.4). Im Gegensatz zu randomisierten, kontrollierten Studien gibt es bei Beobachtungsstudien derzeit keinen einheitlichen Maßstab für die Qualitätsbewertung. Dennoch lassen sich zentrale Parameter für Studienqualität definieren (Gerhardus et al. 2010):

- Auswahl der Studienteilnehmer,
- Studiendesign-spezifische Verzerrungsursachen,
- statistische Analysen,
- Kontrolle von systematischen Ergebnisverzerrungen (confounding factor).

Zu beachten ist, dass die Qualitätsbewertung nicht auf Studien unter künstlich geschaffenen Bedingungen beschränkt ist, sondern auch unter Alltagsbedingungen durchgeführte Studien herangezogen werden sollten, die sogenannte „weiche Kriterien“ berücksichtigen, wie z. B. Akzeptanz der Maßnahme in der Zielgruppe und bei den Entscheidungsträgern/-trägerinnen (Gerhardus et al. 2010). Die klassische Evidenz-Hierarchie (vgl. Kapitel 2.4, Abbildung 2.4), die zur Bewertung von medizinischen Studien üblicherweise herangezogen wird, eignet sich für Fragestellungen der Gesundheitsförderung meistens nicht (Gerhardus et al. 2010).

Angesichts der verschiedenen Arten von qualitativen Forschungsarbeiten sind Checklisten zur Qualitätsprüfung oftmals unzureichend. Vielmehr sind Grundlagenwissen über qualitative Forschung und eine reflektierende inhaltliche Auseinandersetzung mit den qualitativen Forschungsarbeiten vonnöten (Fröschl et al. 2012). Allgemein gültig und somit zur Qualitätsbewertung von allen qualitativen Forschungsarbeiten hilfreich können folgende Kriterien oder Leitfragen (vgl. Anhang 10.5) sein.

- Klar definierte Forschungsfrage (die in einen theoretischen Rahmen eingebettet ist)
- Auswahl einer für die Beantwortung der Fragestellung geeigneten Forschungsmethode
- Klare Beschreibung des Kontextes
- Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Feldforschungsmethoden
- Ergebnisanalyse in Bezug zur Literatur
- Einbeziehen von zusätzlichen Daten zur Untermauerung der Interpretation

Prinzipiell sollte man auf die interne Stimmigkeit (Glaubwürdigkeit) einer Informationsquelle und auf die Angabe von Referenzen achten. Für eine Qualitätsbeurteilung von quantitativen und qualitativen Informationen kann weiters die Checkliste von IDM hilfreich sein (vgl. Anhang 10.1).

Ein weiteres für alle Informationsquellen relevantes Qualitätskriterium ist die Darlegung, auf welchen Theorien und Grundsätzen der Gesundheitsförderung die Untersuchung aufbaut. Wenn diese Information in der publizierten Studie/Informationsquelle nicht ersichtlich ist, sollte sie spätestens im Rahmen der Datenextraktion durch gezielte Zusatzrecherchen oder Kontaktaufnahme ermittelt werden (vgl. Abschnitt 4.4).

Wird die interne Validität einer Studie/Informationsquelle als nicht ausreichend beurteilt, wird diese aus dem weiteren Prozedere der Evidenz-Aufbereitung ausgeschlossen, um Ergebnisverzerrung zu verhindern. Eine nachvollziehbare Dokumentation, welche Informationen aus wel-

chen Gründen ein- bzw. ausgeschlossen wurden, ist im Prozess der Evidenzgenerierung immer vorgesehen (Armstrong et al. 2007; Kahan/Goodstadt 2005b, 29).

Externe Validität

In einem nächsten Schritt wird überlegt, ob der beobachtete Effekt aus der Studie/Informationsquelle auch für die konkreten Bedingungen der zu untersuchenden Intervention(en) angenommen werden kann. Die Prüfung der Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Evidenz auf andere Personengruppen, Settings, Systeme oder Kontexte wird in der Literatur häufig als Beurteilung der externen Validität (eng. Applicability or Generalisability) bezeichnet. Ob externe Validität gegeben ist, kann nur beurteilt werden in Kenntnis des konkreten Kontextes, in dem die Intervention erfolgen soll (Fröschl et al. 2011; Pawson et al. 2004).

Bei der Beurteilung der externen Validität können folgende Merkmale hilfreich sein (Gerhardus et al. 2010):

- Vergleichbarkeit zwischen Studienpopulation und Zielgruppe
(z. B. Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Gesundheitszustand),
- Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen, unter denen die Studie(n) durchgeführt wurden und unter denen die Intervention stattfinden soll,
- Vergleichbarkeit des Gesellschafts-, Gesundheitssystems und des Kontextes, in dem Studienpopulation bzw. Zielgruppe leben.

Zur Beurteilung der externen Validität haben IDM und die Cochrane Collaboration for Health Promotion and Public Health ein eigenes Worksheet bzw. einen Fragenkatalog entwickelt, die Hilfestellung leisten können (vgl. Anhang 10.6 und 10.7). Die Beurteilung der externen Validität bildet eine Voraussetzung für die Ergebnis-Aufbereitung (vgl. Abschnitt 4.5). Da dafür die aufbereiteten Daten aus der Evidenz-Analyse nützlich sein können, ist es empfehlenswert, die Beurteilung der externen Validität parallel zur oder anschließend an die Datenextraktion durchzuführen.

Ist die externe Validität einer bewerteten Informationsquelle nicht gegeben, z. B. indem der Informationsquelle eine andere Wirktheorie als die zu untersuchende zugrundeliegt, wird die Informationsquelle ausgeschlossen (eine nachvollziehbare Dokumentation ist auch hier erforderlich). Wird die externe Validität einer Informationsquelle als gering eingestuft (z. B. vereinzelt Unterschiede hinsichtlich politischer, rechtlicher und kultureller Rahmenbedingungen), erfolgt eine dementsprechende niedrigere Gewichtung der Ergebnisse bei der Evidenz-Aufbereitung (vgl. Abschnitt 4.5).

Tabelle 4.3: Informationsbewertung in verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Empfehlung, Studienbewertung dual auszuführen (von zwei Personen unabhängig voneinander) Wissenschaftliche Qualität und Aussagekraft einer Untersuchung wesentlich durch Studientyp bestimmt (Fröschl et al. 2011, 25)	Gänzliche Ablehnung der Hierarchie der Studien zur Qualitätsbewertung der Evidenz Qualitätsbewertung in Hinblick auf die zu untersuchende Theorie („relevance“) und das Erbringen von methodischen Beiträgen zur Theorietestung („rigour“) Der primäre Fokus auf die Beantwortung der Fragestellung („fitness for Purpose“) Kontextanalysen (auch Theorien aus anderen Settings) werden miteinbezogen In den einzelnen Prozessschritten erfolgt eine Qualitätsbewertung (Gerhardus et al. 2010)	Es besteht Einklang mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung. Breitere Kontextanalysen – auch außerhalb des Gesundheitssystems vorgesehen. Qualitätsbewertung in den einzelnen Prozessschritten (Kahan/Goodstadt 2005b)

Darstellung: GÖG 2011

Reflexionsfragen für die Bewertung der Information:

- ☐ Wurde geprüft, ob die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung erfüllen?
- ☐ Wurden Interventionen ausgeschlossen, die den Prinzipien der Gesundheitsförderung nicht entsprechen?
- ☐ Wurde die interne Validität der Informationen geprüft?
- ☐ Wurden die zugrundeliegenden Theorien und Grundsätze der Gesundheitsförderung geprüft?
- ☐ Wurde die externe Validität der Information geprüft / wird sie parallel zur Evidenzanalyse geprüft?
- ☐ Wurden Information mit mangelnder interner bzw. externer Validität ausgeschlossen?
- ☐ Wurden die ein- bzw. ausgeschlossene Information mit Ein-/Ausschlussgründen dokumentiert?
- ☐ Muss die Fragestellung auf Basis der bewerteten Informationen adaptiert werden?
- ☐ Erscheint die Fragestellung auf Basis der bewerteten Informationen beantwortbar?

Bewertung der Information und Datenextraktion am Beispiel Lebenskompetenzförderung:

Zur Beantwortung der Fragestellung (vgl. Beispiel Lebenskompetenz in Abschnitt 4.1) wurden zwei Programme und eine Übersichtsarbeit herangezogen. Diese wurden anhand von Checklisten zur Qualitätsbeurteilung (vgl. Kapitel 10 im Anhang) bewertet und in Übersichtstabellen extrahiert.

Die Datenextraktion erfolgte zuerst zur Bewertung der Informationsquellen (in diesem Fall Evaluationsstudien). Wurde die Informationsquelle positiv beurteilt (Teil B der Extraktionstabelle), wurden im Anschluss weitere Informationen zu den Programmen recherchiert und die Informationen in der Tabelle Teil A dargestellt. Teil C stellt die Gesamtbeurteilung des Programms unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse und den Prinzipien der Gesundheitsförderung dar.

Die Datenextraktion zu einem der identifizierten Programme und zur identifizierten Übersichtsarbeit werden im Folgenden beispielhaft angeführt (siehe Tabelle 4.4 und Tabelle 4.5).

Tabelle 4.4: Beispiel für Datenextraktion eines Programms am Beispiel Klasse2000 (Bühler/Heppekausen 2005; Maruska 2011; Storck 2010)

Teil A Zusammenfassende Beschreibung des Programms	
Titel des Programms, der Interventionen, des Projekts	Klasse2000
BESCHREIBUNG DES PROGRAMMS / DER INITIATIVE (Wie wird der Bezug zu GF-Prinzipien und bereits durchgeführten Programmen hergestellt?)	
Autoren/Autorinnen	Programmentwickler: Verein Programm Klasse2000 e.V.; GF Thomas Duprée, www.klasse2000.de C. Storck: Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse. Verein Programm Klasse2000, 2011 A. Bühler und K. Heppekausen: Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. BZgA Gesundheitsförderung konkret Band 6, 2005 K. Maruska, B. Isensee und R. Hanewinkel: Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. In: Sucht, 57(4), 2011, 301-312
Land, Jahr	Nürnberg, 2010
Zielgruppen	Schüler/innen 1. bis 4. Jahrgangsstufe
Settings	Volksschule

Theoretischer Hintergrund	Es liegt ein Grundlagenpapier zum Programm vor (vgl. Storck 2011), das den theoretischen Hintergrund des Programms für die Anwender/innen darstellt. Darin sind auch die Grundlagen der Gesundheitsförderung enthalten. Es wird angemerkt, dass das Programm grundsätzlich dem verhaltenspräventiven Ansatz zuzuordnen ist, dass aber durch die Vernetzung im Schulsetting auch für dieses Impulse zu erwarten sind. Förderung der Lebenskompetenzen (im Grundlagenmodell nach der WHO-Definition von 1994) wird hier als Ansatz zur Suchtprävention angewandt, dem das Risiko- und Schutzfaktorenmodell zugrunde liegt. Gut ausgebildete persönliche und soziale Kompetenzen verringern demnach die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum und Gewalt. Folgende theoretische Konzepte liegen dem Programm Klasse2000 zugrunde und werden in der Darstellung auch Maßnahmen des Programms zugewiesen: Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und die „Theorie des Problemverhaltens“, Risiko- und Schutzfaktorenmodell, sozial-kognitive Lerntheorie und Theorie des geplanten Verhaltens und der Selbstmanagement-Ansatz.
Inhalte des Programms	Suchtpräventionsprogramm mit den Themen Nikotin- und Alkoholkonsum. In den ersten drei Jahren wird allgemein auf den Körper und Körperprozesse eingegangen u. a. auch auf Ernährung, erst im vierten Jahr werden tabak- und alkoholspezifische Inhalte behandelt. Es werden Informationen vermittelt, die Schüler/innen arbeiten aber auch proaktiv, wie beispielsweise die Erarbeitung und Reflexion einer Werbestrategie für diese Produkte, Interviews mit Erwachsenen, um deren Meinung zum Thema zu erfahren, Erarbeitung von Pro- und Kontraargumenten für bzw. gegen den Substanzkonsum und Treffen einer persönlichen Entscheidung bzgl. des späteren Konsums, wobei auch eine vertragliche Verpflichtung eingegangen wird, bis zum 16. Lebensjahr auf Konsum zu verzichten. In Rollenspielen wird das Ablehnen von Einladungen zum Konsum geübt.
Ziele in Bezug auf Verhalten und Verhältnisse	Ziele von der www.klasse2000.de website (10.7.2012) → Kinder kennen ihren Körper und entwickeln eine positive Einstellung zur Gesundheit → Kinder kennen die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung und haben Freude an einem aktiven Leben → Kinder entwickeln persönliche und soziale Kompetenzen → Kinder lernen den kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und den Versprechen der Werbung → Das Umfeld der Kinder – Eltern, Schule, Klasse2000-Paten – unterstützt sie beim gesunden Aufwachsen. Keine Verhältnisorientierung!
Methoden/Art der Interventionen	Die didaktischen Möglichkeiten umfassen Gruppenarbeiten, Kreisgespräche, Experimente, Hausaufgaben, Wahrnehmungs- und Bewegungsspiele, Atem- und Entspannungsübungen und Basteln, Singen, Malen, d. h. die Unterrichtsinhalte werden großteils erlebnis- und handlungsorientiert umgesetzt (Modell der sozialen Beeinflussung).
Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	Dauer über die ersten vier Schuljahre, Umsetzung im Klassenverband, etwa 12-15 (unterschiedliche Aussagen in unterschiedlichen Texten, zurückzuführen wahrscheinlich auf Programmweiterentwicklungen) ausgearbeitete Unterrichtseinheiten pro Schuljahr. Lehrer/innen und externe Fachkräfte setzen die Interventionen um.

Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	Im Schuljahr 2009/10 nahmen 359.453 Schüler/innen aus 15.528 Klassen teil. Eine erste Evaluationsstudie wurde 1991-1995 durchgeführt. Es ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Gesundheitsförderung in der Primarstufe (lt. Autoren/Autorinnen). Programmstart 1991/92. Das Programm wurde mehrfach ausgezeichnet.
Wesentliche (un)geplante Änderungen der Interventionen	Eine Lehrer/innenbefragung zeigte, dass durchschnittlich 75 % der Inhalte umgesetzt werden. Etwa 80 % der Schüler/innen sind aktiv eingebunden. 80 % der Lehrkräfte halten sich voll oder größtenteils an das Programm.
Benötigte Ressourcen	Materialien: Den Lehrern/Lehrerinnen stehen für jedes Schuljahr Materialien zu Verfügung (Unterrichtshefte, Hintergrundinformationen und Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung). Die Schüler/innen bekommen eine Arbeitsmappe. Die Figur „KLARO“ begleitet durch die vier Jahre. Die Eltern wurden über Informationsbriefe, ein Magazin „KLARoTEXT“ und Eltern- und Informationsabende einbezogen. Externe Fachleute aus den Bereichen Gesundheit und Pädagogik können sich zu Klasse2000 Gesundheitsförderern ausbilden lassen, die mit den Lehrern/Lehrerinnen das Programm durchführen. Kosten: Etwa 200 Euro/Klasse/Schuljahr – Übernahme durch Patenschaften
Weitere Anmerkungen	
Bedeutung des Programms für die GF	Das Programm basiert auf Theorien der GF. Das Programm fokussiert aber auf Verhaltensänderung und sehr wenig auf Verhältnisänderung, d. h. die Grundprinzipien der GF sind nur teilweise erfüllt. Partizipation und Zielgruppenorientierung: ja im Programm selber, nein in der Entwicklung, fertiges Programm wird angewandt Settingorientierung: ja, indem alle Akteure im Setting angesprochen sind, nein bzgl. Verhältnisorientierung, keine strukturellen oder organisatorischen Veränderungen angestrebt Ressourcenorientierung: unklar Chancengleichheit: ja Determinantenorientierung: wenig Nachhaltigkeit: durch 4-jährige Dauer können Systemeffekte erzeugt werden (Sensibilisierung der Lehrer/innen, Schulleitung und Eltern), manche Programmenteile werden (vereinzelt) in den Regelunterricht eingebaut.
Teil B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle	
Titel, Autor/Autorin, Jahr	Karin Maruska, Barbara Isensee und Reiner Hanewinkel: Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. In: Sucht, 57(4), 2011, 301-312
Studiendesign	2. Wirksamkeitsstudie zum Programm (erste Wirksamkeitsstudie 1991-1995); 4-jährige Programmevaluation; Fragestellungen: 1. Auswirkungen des Programms auf den Einstieg in den Zigarettenkonsum unter Kontrolle wichtiger potenzieller Einflussgrößen. 2. Effekte auf den Einstieg in den heimlichen (d. h. ohne Wissen der Eltern) Alkoholkonsum. Kontrollgruppenstudie mit Messwiederholungen über die Grundschulzeit (2004/05-2007/08) in Hessen. Vorher-nachher-Vergleich. In den ersten beiden Jahren wurden nur die Lehrpersonen befragt, in den folgenden beiden auch die Schüler/innen selber (Methoden: Schüler/innen- und Lehrer/innenbefragung mittels Fragebogen). Kovariate wie soziodemografische und weitere Charakteristika, Faktoren des sozialen Einflusses (Verhalten der Freunde) sowie weitere bzw. alternative Präventionsmaßnahmen in der Klasse wurden erhoben. Zustimmung der Eltern musste vorliegen, Befragung wurde anonymisiert durchgeführt. Erfasst wurden u. a. Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, Klassenklima, Wissen über und Einstellungen zur Gesundheit, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie Bewegung oder der Konsum von Alkohol und Zigaretten.

Charakteristika der Studienpopulation	Interventionsgruppe: Klassen, in denen das Programm im Verlauf der vier Schuljahre kontinuierlich durchgeführt wurde. Kontrollgruppe: Klassen, die über den gleichen Zeitraum den regulären Unterricht absolvierten. Die Ausgangsbedingungen waren in der Interventionsgruppe etwas schlechter (mehr Kinder mit nicht Deutsch als Muttersprache, mehr Kinder, deren Freunde rauchen).
Auswahl der Teilnehmer/Bezugsgruppe für Vergleich	Regionale Reichweite der Evaluationsstudie: alle teilnehmenden Schulamtsbezirke in Hessen. Alle teilnehmenden Schulen wurden in einer Infoveranstaltung über die Studie informiert. Zuteilung zu Interventions- oder Kontrollgruppe auf Schulebene. Motivation zur Teilnahme an der Studie: Reduktion der Programmkosten um 50 %. Ausgangspunkt waren 58 Schulen mit 119 Klassen (Frühjahr 2005): Interventionsgruppe waren 29 Schulen mit 65 Klassen und 1.123 Schülern/Schülerinnen; Kontrollgruppe 29 Schulen mit 936 Schülern/Schülerinnen. Am Ende der vierten Klasse lagen bereinigte Daten von 1.004 Schülern/Schülerinnen zum Einstieg in den Zigarettenkonsum und von 1.050 Schülern/Schülerinnen zum Einstieg in den heimlichen Alkoholkonsum vor. Für die kombinierte Betrachtung (Alkohol- und Zigarettenkonsum) lagen die Daten von 969 Schülern/Schülerinnen vor. Die Unterschiede der beiden Kohorten liegen in „schlechteren“ Ausgangsbedingungen der Interventionsgruppe (mehr Kinder mit nicht Deutsch als Muttersprache, mehr rauchende Freunde) und wurde reflektiert.
Indikatoren für Nutzen/Erfolg	Einstiegsrate in den Zigarettenkonsum, den heimlichen Alkoholkonsum und den generellen Substanzkonsum bei den Viertklässlern.
Ergebnisse: Wirksamkeit der personenbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen	
Kurzfristig (innerhalb der Projektlaufzeit)	Problematische Verhaltensweisen nehmen tendenziell über die vier Interventionsjahre in den Interventionsklassen stärker ab als in den Kontrollklassen (wobei die Ausgangslagen in den 4. Klassen etwas schlechter war), insbesondere in den Verhaltensbereichen „Mangelndes Selbstvertrauen“ und „Stress und körperliche Beschwerden“. Auch verfügen die 4. Klassen über größeres Wissen im Bereich Gesundheit. Im dritten Schuljahr ist ihre Selbstwirksamkeit etwas höher und sie beginnen im vierten Schuljahr seltener mit Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum (Aussage aus Storck 2011). Das Risiko, mit dem Rauchen zu beginnen, fiel in der Interventionsgruppe um 3,7 Prozentpunkte niedriger aus als in der Kontrollgruppe. Das Risiko, im Verlauf des vierten Schuljahres mit dem Rauchen oder Alkoholtrinken begonnen zu haben, war in der Interventionsgruppe im Vergleich zu Kontrollgruppe absolut um 5,4 Prozentpunkte niedriger. Die Auswirkungen des Programms auf den heimlichen Alkoholkonsum haben sich nicht als statistisch bedeutsam erwiesen, sind jedoch Hypothesen-konform. Effekt in anderen Worten: Mindestens 19 Kinder müssen am Programm teilnehmen, damit bei einem Kind dem Einstieg in den Zigaretten – und/oder heimlichen Alkoholkonsum (1 von 48 Kindern) für mindestens ein Jahr erfolgreich vorgebeugt werden kann. Dieses Ergebnis ist lt. Autoren/Autorinnen besser als das anderer Präventionsprogramme in Deutschland und in anderen Ländern (z. B. ALF 22, Fit und Stark 29). Auch das Klassenklima entwickelt sich besser.
Mittelfristig	Durch Sensibilisierung und Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen ist eine nachhaltige Wirkung bei den Lehrkräften anzunehmen. Für die Schulen ist die Teilnahme am Programm häufig Anstoß für weitere Initiativen zur Gesundheitsförderung. Mittelfristige Effekte können mit der vorliegenden Evaluationsstudie von Maruska et al. nicht dargestellt werden.

Langfristig	Langfristige Effekte können mit der vorliegenden Evaluationsstudie von Maruska et al. nicht dargestellt werden.
Interventionen	
Welche Interventionen haben positive Veränderungen erzielt?	→ Erlebnis- und handlungsorientierte Vermittlung erleichtert Transfer in Alltag (Theorie) → Umfassender Ansatz, d. h. Inklusion von Gesundheits- und Lebenskompetenzen, Sucht- und Gewaltprävention, Bewegung, Ernährung; keine Differenzierung, welche der einzelnen Interventionen zu Effekten führen. → Spezielle Elterninformationsabende (überarbeitetes Design für Elterninformationsabende) haben zu großem Interesse seitens der Eltern geführt
Welche Interventionen haben keine oder negative Veränderungen erzielt?	Keine Informationen aus der Evaluation
Prozesse und Strukturen	
Welche Prozesse und Strukturen haben die Intervention unterstützt?	→ Durchführung im Team: Lehrkraft und externe Fachkraft → Wissenschaftliche Fundierung, laufende Evaluation und Überarbeitung → Kontinuierliche intensive Durchführung in der breiten Praxis → Geringer Zeitaufwand für die Lehrkräfte → Detaillierte Manuale und Bereitstellung von Materialien → Anpassung des Programmkonzeptes an das Setting Schule → Früher Beginn der Intervention trägt zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit bei (ab dem 1. Jahrgang) (Theorie) → Intensität von mehr als 10 Stunden und Dauer des Programms über 4 Jahre (Theorie)
Welche Prozesse und Strukturen haben die Intervention behindert?	Keine Informationen aus der Evaluation
Akzeptanz und Durchführbarkeit des Programms laut Evidenz	Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz seitens der Lehrkräfte. Insbesondere ist der Anteil an Klassen aus einem sozialen Brennpunkt in den Jahren der Evaluation kontinuierlich gestiegen. Auch bewerten diese Schulen das Konzept und die Arbeitsmaterialien besser und sie profitieren mehr von der Zusammenarbeit mit den externen Fachpersonen. Insgesamt profitieren 80 % der Lehrkräfte von dieser Zusammenarbeit. Etwa 80 % der Eltern nehmen die Einladung zu den speziellen Informationsabenden an. 97 % der Teilnehmenden finden es sinnvoll, dass ihr Kind am Programm Klasse2000 teilnimmt und 99 % würden das Programm weiterempfehlen. Wenn sich das Programmkonzept in das Setting stimmig einfügt, wird es in der Schule nicht als zusätzlicher Aufwand wahrgenommen. Die Inhalte des Programms entsprechen daher großteils den bestehenden Lehr- und Bildungsplänen. Manche Programmkomponenten wurden Bestandteil des Schulalltags. Das Programm wurde mehrfach ausgezeichnet.
Qualität der Evaluationsmethoden und -ergebnisse (sehr gut, mittel-mäßig, nicht ausreichend, unklar)¹³	Sehr gut, niedriges Bias-Risiko Ziel der Evaluation ist die Messung von Effekten auf die Schüler/innen, auf die Klasse und die Schulen. Methodische Schwächen sind reflektiert (z. B. fehlende Randomisierung, ausschließlich Selbstangaben der Schüler/innen, hohe Ausfallquote)
Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Evidenz (externe Validität: hoch, mittel, niedrig)	Mittlere Übertragbarkeit: Selbstselektion der Schulen (bei der Auswahl der teilnehmenden Klassen); eventuell Unterschätzung der Effekte (schlechtere Ausgangslage in der Interventionsschule)

Weitere Anmerkungen	
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF (Warum weiter berücksichtigt? Warum für Weiteres ausgeschlossen)	Die Evaluation fokussiert auf Alkohol-, Zigaretten und allgemeinen Substanzkonsum und ist daher relevant für die GF. Andere Programmaspekte (andere Lebenskompetenzen) werden nicht evaluiert.
Teil C Abschließende Bewertung	
Herausforderungen (z. B. ungeplante Programmveränderungen) und Lösungen	Keine bekannt, Überarbeitungen seit Beginn des Programms müssen nachrecherchiert werden. Keine Darstellung der Prozesse und Hindernisse.
Übertragbarkeit auf gewählte Fragestellung/Setting	Keine Abweichung
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Programms und der Evidenz	Jahrelang etabliertes und mehrfach evaluiertes Suchtpräventionsprogramm für Volksschulkinder. Gute Effekte bei Reduktion von Suchtmittelkonsum (mittlere Übertragbarkeit), wobei nur Aussagen über kurzfristige Effekte getroffen werden können. Die Prinzipien der Gesundheitsförderung sind nur teilweise berücksichtigt. Programm kann als gutes Beispiel zur Förderung von Lebenskompetenzen mit Fokus auf Suchtprävention gesehen werden.

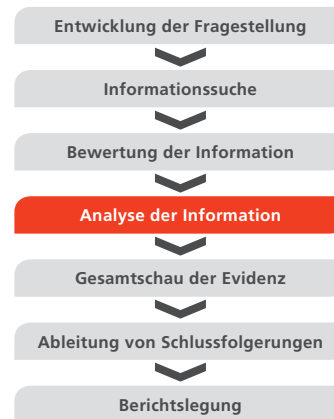
Tabelle 4.5: Beispiel Datenextraktion von Übersichtsarbeiten zu GF durch Lebenskompetenz-Programme in Deutschland (Bühler/Heppekausen 2005)

Teil A Ergebnisse der relevanten Programme	
Titel der identifizierten Programme, Interventionen, Projekte	11 der 25 identifizierten Programme finden im Setting Volksschule statt, davon entsprechen 6 nicht den Einschlusskriterien der vorliegenden Evidenz-Aufbereitung (keine Evaluationsergebnisse, entsprechen nicht voll den Kriterien der Gesundheitsförderung ...). Eingeschlossene Programme: → Klasse2000 → Fit und stark fürs Leben → Eigenständig werden → Faustlos → Verhaltenstraining für Schulanfänger
Inhalte	Klasse2000: 4-jähriges Suchtpräventionsprogramm für Schülerinnen und Schüler von Grundschulen: Körperwahrnehmung, soziale Kompetenz, Schaffung eines gesundheitsförderlichen Umfelds, kritischer Umgang mit Suchtmitteln Fit und stark fürs Leben: 6-jähriges Sucht- und Gewaltpräventionsprogramm für Grundschüler: Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht für 1. und 2. Klasse; Prävention von Aggression, Stress und Sucht für die 3. und 4. Klasse Eigenständig werden: 4-jähriges Sucht- und Gewaltpräventionsprogramm für Grundschüler: Lebenskompetenzen (Umweltschutz, Umgang mit Gefahren und Unfällen), problemspezifische Inhalte zur Sucht- und Gewaltprävention ab der 3. Stufe Faustlos: Gewaltpräventionsprogramm für Kindergärten, Grundschule (4 Jahre) und Sekundarstufe: Empathie, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger und Wut Verhaltenstraining für Schulanfänger: 1-jähriges Gewaltpräventionsprogramm zur Prävention von aggressiven und hyperkinetischen Verhaltensproblemen. 3 Programme (Klasse2000, Fit und stark fürs Leben, Eigenständig werden) unterstützen die Förderung von Lebenskompetenzen vielseitig und die Themen Sucht/Substanzkonsum und Aggression werden erst bei den älteren Kindern verstärkt eingebaut. 2 Programme (Faustlos, Verhaltenstraining für Schulanfänger) fokussieren stärker auf Konfliktreduktion bzw. Gewaltprävention; umfassende Lebenskompetenzförderung steht hier im Hintergrund.

Methoden und Kontext der Interventionen	Alle Programme sehen die Durchführung der Intervention in der Unterrichtszeit durch das reguläre Lehrpersonal vor, teilweise zusammen mit externen Fachpersonen (Klasse2000). Lediglich in 2 Programmen (Eigenständig werden, Faustlos) ist eine Fortbildung des Lehrpersonals verpflichtend. Dauer: 4 der 5 Programme laufen über mehrere Jahre, lediglich „Verhaltenstraining für Schulanfänger“ läuft nur ein Jahr. Die Intensität der Programme reicht von 26 zweistündigen Unterrichtseinheiten (Verhaltenstraining), 20 Unterrichtseinheiten/Jahr (Fit und stark fürs Leben), durchschnittlich 17/Jahr (Faustlos), 15 (Klasse2000: 12 durch Lehrer/innen, 3 durch Externe) bis zu 10 Unterrichtseinheiten/Jahr (Eigenständig werden). Alle Programme sehen die Durchführung von Diskussionen/Kreisgesprächen, Arbeiten in Kleingruppen, Experimenten, Rollenspielen, Wahrnehmungsspielen und Entspannungsspielen vor. Bei Eigenständig wird in allen Einheiten auf die Elemente „Ich“, „Ich und die anderen“ und „Ich und meine Umwelt“ geachtet. Bei Klasse2000 wird mit den Schülern ein „Abstinenzvertrag“ abgeschlossen.
Ergebnisse	Alle Evaluationen erfassen selbstberichtetes Verhalten, auch Eltern oder Lehrer wurden befragt, keine Evaluation misst längerfristige Effekte. Bei 2 Programmen (Klasse2000, Fit und stark) zeigen sich positive Auswirkungen im Zielverhalten: Substanzen und Sucht. 3 Programme (Fit und Stark, Eigenständig werden, Faustlos) zeigen Verbesserung im Konfliktlösungsbereich (z. B. weniger aggressives Verhalten) in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im Rahmen von „Verhaltenstraining für Schüler“ geben die Autoren eine Verbesserung der sozialkognitiven und sozialemotionalen Fertigkeiten an. Alle Interventionen zeigen hohe Akzeptanz beim Lehrpersonal.
Weitere Anmerkungen	Die Einbindung der Eltern in die Programme wird unzureichend dargestellt.
Teil B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle	
Titel, Autor, Jahr	A. Bühler, K. Heppekausen: Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. BZgA Gesundheitsförderung konkret Band 6, 2005
Fragestellung	Überblick über Programme und Kurse zur Lebenskompetenzförderung in Deutschland und Beurteilungsgrundlage als Orientierungshilfe
Studiendesign	Systematische Literatursuche, selektive Suche und Schneeballsystem
Quellensuche (Literatur, Programme)	Buchhandel-Datenbank, google, Internetseiten bekannter Anbieter (z. B. Berufsverband deutscher Psychologinnen). Landeszentralen für Gesundheitsförderung in allen Bundesländer sowie ausgewählte Krankenkassen kontaktiert
Selektionskriterien	→ Förderung vieler (nicht vereinzelter) personaler und/oder sozialer Kompetenzen → Angebot im deutschsprachigen Raum → Ausgearbeitetes/publiziertes bzw. leicht zugängliches Material → Durchführbarkeit und Wirksamkeit des Programms mindestens in einer wissenschaftlichen Begleitstudie überprüft
Identifizierte Programme/Studien	25 Curricula wurden identifiziert (27 ausgeschlossen). Eingesetzte Bereiche der Lebenskompetenzförderung: allgemeine Förderung von Lebensfertigkeiten und gesundheitsförderlichen Lebensweisen wie Ernährung und Bewegung, Prävention von Substanzmissbrauch, Aggression und Gewalt, Angststörungen und Depression. Schwerpunkt der identifizierten Programme liegt im Kinder- und Jugendalter.
Qualität des Reviews (sehr gut, mittelmäßig, nicht ausreichend)	Mittel (klare Darlegung der Selektion und des Prozesses, aber Bewertung der Studienqualität unsystematisch)
Weitere Anmerkungen	

4.4 Analyse der Information

- Datenextraktion
- Diskutieren der Stärken und Limitationen der analysierten Information



Die qualitätsgeprüfte Information (vgl. Abschnitt 4.3) wird systematisch aufbereitet und analysiert. Ziel ist es, die Ergebnisse aus unterschiedlichen Informationsquellen für die Beantwortung der Fragestellung aufzubereiten.

Abhängig von der Fragestellung kann es sinnvoll sein, die Analyse parallel zur Bewertung der Information durchzuführen. Dabei werden die identifizierten Evidenzquellen nacheinander der Qualitätsbewertung und Analyse unterzogen (vgl. Erläuterungen am Beginn von Abschnitt 4.3).

Datenextraktion

Zur bündigen Zusammenfassung der Ergebnisse sowie zur Vorbereitung für die Evidenz-Aufbereitung werden zunächst relevante Daten aus den vorliegenden Informationsquellen mit Hilfe von Tabellen extrahiert (sog. Extraktionstabellen, Worksheets oder Ausfüllhilfen).

Die Struktur von Datenextraktionstabellen kann sich auf Basis der Fragestellung von Projekt zu Projekt ändern, aber die wesentlichen Informationen zur Beschreibung der grundlegenden Aspekte der operationalisierten Fragestellungen müssen jedenfalls darin enthalten sein, z. B. Zielgruppe, Setting, Interventionen, Bezugspunkt für Vergleich, Indikatoren für Nutzen/Erfolg, Kontext der Intervention, zugrundeliegende Theorien und Grundsätze der Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 4.1). Die folgende Punkte sind - ergänzend zu den Erläuterungen im Abschnitt 4.1 - jedenfalls bei der Datenextraktion zu berücksichtigen:

- Welche Interventionen wie durchgeführt wurden, ist möglichst detailliert zu beschreiben, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit zu einem späteren Zeitpunkt im Prozess zu ermöglichen. Zur Interventionsbeschreibung können z. B. folgende Kriterien dienen (Centre for Reviews and Dissemination 2009):
 - theoretische Untermauerung,
 - zugrundeliegender Wirkmechanismus,
 - Dauer,
 - Wahl des Durchführungszeitpunktes,
 - Pilotcharakter vs. Ausrollung eines Good-Practice-Modells,
 - Entwicklung aus einer Bedarfserhebung.

- In welchem Ausmaß die Interventionen planmäßig durchgeführt wurden (sog. Integrität der Interventionen, eng. „integrity“ oder „fidelity“) ist auch wichtig zu erfassen, da sonst nicht nachvollziehbar ist, ob die Ergebnisse auf schlecht konzipierte Interventionen und/oder auf eine fehlerhafte Umsetzung zurückzuführen sind (Armstrong et al. 2007). Anhand folgender Kriterien kann die Integrität der Interventionen beschrieben werden:
 - (Un)geplante Programmveränderungen (Ausmaß, in dem die einzelnen Programmkomponenten einer Intervention so durchgeführt wurden, wie sie ursprünglich geplant waren)
 - Durchführung der Interventionen in geplanter Intensität (betreffend Anzahl, Dauer und Häufigkeit der Interventionen)
 - Qualität der Umsetzung (Messung von qualitativen Aspekten in der Umsetzung, die sich nicht auf die inhaltliche Konzeption der Interventionen beziehen, z. B. Enthusiasmus der Durchführenden, Haltung zentraler Stakeholder gegenüber dem Programm)
 - Akzeptanz des Programmes in der Zielgruppe (z. B. gemessen an der Teilnehmerate)
- Die Beschreibung des Kontextes der untersuchten Interventionen ist bei der Datenextraktion ebenso von großer Bedeutung, da dieser die Ergebnisinterpretation und -generalisierung beeinflussen kann. Der Kontext von Interventionen kann anhand der unten aufgelisteten Kriterien näher analysiert werden. Beim Transferieren von Erkenntnissen aus einem Kontext in einen anderen ist generell Vorsicht geboten (Centre for Reviews and Dissemination 2009).
 - Welche Organisationen sind in die Interventionen eingebunden (z. B. Mitarbeiterzahl, Expertise der Mitarbeiter, Ressourcen, ...),
 - Gesundheitssystem (Finanzierungsstrukturen, Gesundheitsdienstleistungen),
 - Zielgruppenmerkmale (kulturelle und sozio-ökonomische Aspekte, Ausmaß der Gesundheits-/Lebenskompetenz).

Informationen bezüglich der Umsetzung und Integrität von Interventionen werden häufig im Rahmen von Prozessevaluationen erhoben und sind in den Publikationen selten enthalten. Ebenso werden die zugrundeliegenden Theorien und Grundsätze der Gesundheitsförderung häufig nicht dargelegt. Durch zusätzliche Recherchen und Kontaktaufnahmen mit den Autoren können diese Informationen beschafft werden (Armstrong et al. 2007).

Die Beispiele in den Abschnitten 10.8 und 10.9 im Anhang stellen eine gute Basis für die Erstellung von Datenextraktionstabellen dar. Allerdings ist zu beachten, dass die Vorlagen immer den Bedürfnissen des jeweiligen Reviews angepasst werden müssen.

Ergänzend zur tabellarischen Datenextraktion kann eine kurze textliche Ergebniserläuterung zu den einzelnen Informationsquellen erfolgen, die eventuell auch in den Endbericht (Abschnitt 4.7) einfließt. Der Detaillierungsgrad ist in der Beschreibung meist geringer als in der tabellarischen Darstellung mit dem Ziel, zentrale Informationen aus der Fülle der erhobenen Daten klar hervorzuheben.

Bei der Evidenzanalyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist grundsätzlich ein hohes

Maß an Heterogenität zu berücksichtigen. Beispielsweise kann die Variabilität der untersuchten Personen aufgrund unterschiedlicher Einschlusskriterien - die aus praktischen Gründen der Studiendurchführung resultieren – sehr hoch sein. Ebenso groß kann die Bandbreite der durchgeführten Interventionen sein, weil diese meistens an die lokalen Bedürfnisse angepasst sind. Ein großes Spektrum der beobachteten Indikatoren sowie die Methodenvielfalt bei der Wirksamkeitsmessung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen tragen weiters zur Heterogenität der Evidenz zur Gesundheitsförderung bei. Subgruppenanalysen (z. B. nach der Variablen sozio-ökonomischer Status) sind mit Vorsicht zu interpretieren, da man kaum kausale Zusammenhänge belegen kann.

Tabelle 4.6: Analyse der Informationen in verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Datenextraktion für jede eingeschlossene Publikation nach standardmäßigen Bewertungskriterien für Studien (Pertl et al. 2010, 16)	Zweckgerichtete Exzerption der Informationen im Rahmen eines iterativen Prozesses	Zweckgerichtete tabellarische Daten- und Informationsextraktion
Ergebniszusammenfassung in quantitativer oder qualitativer Form	Analyse der Evidenz nach den Interventionen zugrundeliegenden (Programm)Theorien (Centre for Reviews and Dissemination 2009)	Darstellung der zugrundeliegenden Theorien und Annahmen, Berücksichtigung der Gesundheitsförderungs- / Public-Health-Theorien und des Kontextes mit Bezug zur Praxis
		Aufbereitung der gesammelten Informationen unter Miteinbeziehen der Grundsätze von Gesundheitsförderung / Public Health
		Aufzeigen von Prozessen, die bei den Maßnahmen und Strategien unterstützend und erfolgreich waren und jener, die es nicht waren.
		Beschreibung der Herausforderungen der Umsetzung in der jeweiligen Situation sowie mögliche Herausforderungen in der aktuellen Situation
		Veranschaulichen der benötigten Ressourcen für Prozess und Maßnahmen (Kahan/Goodstadt 2005b)

Darstellung: GÖG 2011

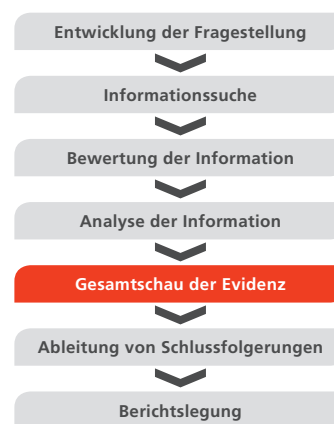
Reflexionsfragen für die Analyse der Information:

- ☐ Wurde die Tabelle / das Worksheet / die Ausfüllhilfe für die Datenextraktion an die Fragestellung des Reviews angepasst?
- ☐ Wurde geprüft, ob die Zielgruppe der Intervention(en) und das Setting der Intervention(en) klar beschrieben sind?
- ☐ Wurde geprüft, ob die Intervention(en) und ihre Anwendung klar beschrieben sind?
- ☐ Wurde geprüft, ob die Bezugspunkte für den Vergleich der Intervention(en) klar beschrieben sind?
- ☐ Wurde geprüft, ob der Nutzen anhand der Indikatoren (Ergebnisse) klar beschrieben ist?
- ☐ Wurde geprüft, ob der Kontext klar beschrieben ist, in dem die Intervention(en) stattfinden?

- Wurde geprüft, ob die zugrundeliegenden Gesundheitsförderungstheorien klar beschrieben sind?
- Wurden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen diskutiert?
- Wurde die Übertragbarkeit auf andere Settings/Kontexte geprüft?
- Muss die Fragestellung auf Basis der Analyse adaptiert werden?
- Erscheint die Fragestellung auf Basis der Analyse beantwortbar?

4.5 Gesamtschau der Evidenz

- Zusammenfassen der Ergebnisse
- Diskussion der Ergebnisse
- Prüfen der Übertragbarkeit auf andere Settings/Kontexte
- Beantworten der Fragestellung des Reviews



Vorerst müssen die Ergebnisse der qualitätsbewerteten und analysierten Informationen textlich oder tabellarisch (vgl. Abschnitt 10.10 im Anhang) zusammengefasst werden. In der Ergebniszusammenfassung werden die zentralen Ergebnisse aus der zugrundeliegenden Evidenz aufbereitet. Die zu Beginn festgelegten zentralen Aspekte der Fragestellung, insbesondere die definierten Indikatoren für den Nutzen (Ergebnisse), sollten die Struktur dafür vorgeben. Die durchgeführte Qualitätsbewertung bildet die Basis der Ergebniszusammenfassung.

Allfällige Limitationen der analysierten Evidenz und ihre möglichen Auswirkungen auf die Ergebnisse sind im Bericht zu diskutieren (vgl. Abschnitt 4.7). Für die Einschätzung der Aussagekraft von Ergebnissen unterschiedlicher Studientypen/Informationsquellen ist es unerlässlich, über die jeweiligen Stärken und Limitationen der einzelnen Studientypen/Informationsquellen informiert zu sein (Pawson et al. 2004).

Die Ergebniszusammenfassung beschreibt also die zentralen „findings“ oder „learnings“. Abschließend folgt die **Aufbereitung der Evidenz**, die – im Sinne einer „Verdichtung“ – die einzelnen Ergebnisse aus der qualitätsbewerteten und extrahierten Information (vgl. Abschnitt 4.3 und 4.4) zusammenführt und versucht, sie ein Stück weit zu generalisieren. (Welche Effekte bringt die untersuchte Intervention? Wie gut ist die zugrunde liegende Evidenz dafür? Unter welchen Bedingungen, für welche Zielgruppe, in welchem Kontext und warum ist die Intervention wirksam?). Primäres Ziel der Evidenz-Aufbereitung ist immer eine klare Beantwortung der Forschungsfrage.

Man muss sich bewusst sein, dass die Durchführung einer Evidenz-Aufbereitung bei der Bearbeitung von komplexen Fragestellungen grundsätzlich komplexer Zugänge und Methoden bedarf (in Anlehnung an Gerhardus et al. 2010). Häufig gibt es nur schwache Evidenz¹⁵ (=Informationsquellen mit schwacher Aussagekraft (Rehfuess 2011)). Es kann daher vorkommen, dass eine Ergebnisaufbereitung nicht machbar ist und dass auf Basis der Ergebniszusammenfassung der nächste Schritt die Ableitung von Schlussfolgerungen (vgl. Abschnitt 4.6) ist.

Folgende drei unterschiedliche Varianten der Evidenz-Aufbereitung sind möglich (Nutbeam 2003 zitiert nach Rehfuess 2011):

- Quantitative Aufbereitung von quantitativen, hochwertigen Interventionsstudien mithilfe von statistischen Methoden (Meta-Analyse)
- Narrative (qualitativ beschreibende) Aufbereitung der vorhandenen Evidenz
- „Mixed-Methods“ (Kombination der beiden obenstehenden Methoden)

Welche Methode zur Aufbereitung gewählt wird, ist von der Fragestellung und den vorliegenden Daten (quantitativ versus qualitativ) abhängig (Centre for Reviews and Dissemination 2009, 169). Eine quantitative Ergebnisaufbereitung wird im Bereich der Gesundheitsförderung eher selten möglich sein. Meist werden die Ergebnisse narrativ (qualitativ beschreibend) aufbereitet, diese Methode wird daher im Folgenden näher erläutert.

Ein genereller Rahmen zur narrativen (qualitativ beschreibenden) Aufbereitung wurde im Jahr 2006 in Großbritannien entwickelt (Popay et al. 2006). Dieser kann grundsätzlich bei Vorliegen von quantitativen und qualitativen Daten angewandt werden und besteht aus folgenden vier Elementen:

- **Identifizierung eines theoretischen Modells**, das erklärt, unter welchen Bedingungen, für wen, und warum eine Intervention wirksam ist. Reviews, die auf einem theoretischen Modell aufbauen, können auch zur Theorieweiterentwicklung beitragen.
- **„Vorläufige Aufbereitung“ durch Zusammenfassen zentraler Ergebnisse** aus der zugrundeliegenden Evidenz (meist in Form von textlicher Beschreibung und/oder Aufbereitung in Tabellen, häufig zentrales Element von Reviews)
- **Identifizieren von möglichen Erklärungsfaktoren** (inwiefern verzerren die Studiendesigns die Ergebnisse? Welche der identifizierten Faktoren verstärken bzw. schwächen die untersuchten Effekte ab bzw. kristallisieren sich als Barrieren/Unterstützung für eine erfolgreiche Implementierung heraus?)
- **Prüfung der Robustheit der Aufbereitung anhand der Gesamtbewertung** der Stärke der zugrundeliegenden Evidenz (insbesondere hinsichtlich der Quantität und der methodischen Qualität der Evidenz, der angewandten Methoden im Rahmen der Aufbereitung und des Vorliegens ausreichender Information zu den einzelnen Evidenzquellen) (Popay et al. 2006, 11ff)¹⁶

15 Der Begriff schwache Evidenz bedeutet, dass die Studienlage keine starke Aussagekraft hat. Das heißt, man weiß noch nicht, ob die fragliche Intervention wirkt. Zukünftige Forschung kann stärkere Beweise für oder gegen die Wirksamkeit der Intervention bringen und in beiden Fällen wird die Evidenz stärker.

16 Im Leitfaden von Popay et al. (2006) – der von der Website der Institution auf Anfrage zur Verfügung gestellt wird – sind Methoden und Tools beschrieben, die für die Synthese nützlich sein können.

Popay weist darauf hin, dass die Aufbereitung als iterativer Prozess zu verstehen ist - so auch die Bearbeitung der oben beschriebenen vier Elemente, deren Inhalte sich zum Teil schon in vorhergehenden Prozessschritten (vgl. 4.3 und 4.4) ergeben (Popay et al. 2006).

Um eine Gesamtbewertung der Stärke der vorliegenden Evidenz durchführen zu können, wird überlegt, welche Kriterien für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind. Die Relevanz ist ausschlaggebend für die Gewichtung der Kriterien. Wenn beispielsweise die zugrundeliegende Theorie als ein relevantes Kriterium zur Beantwortung der Fragestellung erachtet wird, werden Evidenzquellen, die auf dieser Theorie aufbauen, in der Gesamtbewertung besonders stark berücksichtigt¹⁷.

Als Hilfsmittel für die Bewertung stehen unterschiedliche Werkzeuge zur Verfügung, z. B. GRADE (siehe Absatz unten) oder SMS-Scale (Van der Knaap et al. 2008). Beide geben vier Kategorien zur Klassifizierung der Evidenzstärke vor. SMS-Scale z. B. bietet die Kategorien „wirksam“, „potenziell wirksam“, „potenziell unwirksam“ und „nicht wirksam“.

Das GRADE-System¹⁸ wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe mit Personen aus renommierten Institutionen (z. B. WHO, Cochrane Collaboration) in einem langjährigen Prozess entwickelt. Die Qualität der Evidenz und die Stärke der daraus abgeleiteten Empfehlungen werden anhand ausgewählter Kriterien als hoch, moderat, niedrig oder sehr niedrig eingestuft (Gerhardus et al. 2010, 78). Erste Erfahrungen zeigen, dass sich das GRADE-System auch für die Bewertung von komplexen Interventionen bewährt. Vorschläge für die Weiterentwicklung der Qualitätskriterien hinsichtlich der Merkmale Intervention, Indikatoren und Evidenz liegen vor (Rehfuess 2011).

Im Anschluss an die Ergebniszusammenfassung muss auch diskutiert werden, wie weit die Ergebnisse auf andere Kontexte/Settings übertragbar sind. Dazu werden Informationen über Implementierung und Kontext der Intervention herangezogen. Ergebnisse aus verschiedenen Studien, die in unterschiedlichen Settings und Zielgruppen durchgeführt werden, können in zweierlei Hinsicht Rückschlüsse auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse geben: Wenn die untersuchte Intervention unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen wirksam ist, bekräftigt dies den Hinweis, dass die Intervention grundsätzlich auf andere Kontexte übertragbar ist. Hingegen, wenn sich die Ergebnisse je nach Setting-/Zielgruppen- oder Interventionscharakteristika unterscheiden, kann das Anhaltspunkt dafür sein, unter welchen Bedingungen die Intervention möglicherweise wirkt bzw. nicht wirkt (Centre for Reviews and Dissemination 2009, 169f).

17 Zur Vertiefung der Thematik wird die Publikation von Gough empfohlen, in der ein Rahmen zur Gewichtung und Bewertung von Evidenz beschrieben wird (Gough 2007).

18 <http://www.gradeworkinggroup.org/>

Tabelle 4.7: Aufbereitung der Evidenz in verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Bewertung der Größe (Relevanz) und Genauigkeit (Präzision) des festgestellten Effektes (Gerhardus et al. 2010, 77) Verwendung von Checklisten oder Skalen zur Qualitätsbewertung Klare Beantwortung der abgegrenzten Fragestellung Erfolgt in quantitativer (Berechnung von Effektgrößen oder Durchführung einer Metanalyse) oder qualitativer Form (beschreibend) Versuch, Ergebnisse zu generalisieren	Erkenntnisse zur Theorieentwicklung gewinnen (d. h. aufzubereiten, welche Intervention für welche Zielgruppe, unter welchen Bedingungen, in welcher Hinsicht funktioniert und warum) (Armstrong et al. 2007)	Aufbereiten oder Zusammenfassen der Informationen mit Ziel, zuverlässige, relevante Antworten und aussagekräftiges Verständnis und Wissen bereitzustellen Berücksichtigt wird bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse, wie die einzelnen analysierten Komponenten gewichtet werden und ob dies angemessen ist (Kahan/Goodstadt 2005b, 38)

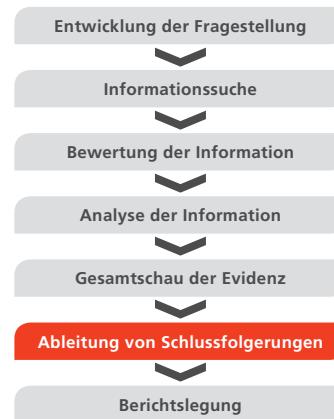
Darstellung: GÖG 2011

Reflexionsfragen für die Aufbereitung der Evidenz:

- ☐ Wurden die zentralen Ergebnisse und „learnings“ für Gesundheitsförderung zusammengefasst?
- ☐ Wurde geprüft, ob eine Evidenz-Aufbereitung auf Basis der Ergebniszusammenfassung zielführend und machbar ist?
- ☐ Wurden die Methoden für die Evidenz-Aufbereitung auf Basis der Fragestellung und der vorliegenden Daten ausgewählt?
- ☐ Wurde die Aufbereitung in Bezug auf ein theoretisches Modell entwickelt, das erklärt, unter welchen Bedingungen, für wen und warum eine Intervention wirksam ist?
- ☐ Wurde eine Zusammenfassung zentraler Ergebnisse der zugrundeliegenden Evidenz durchgeführt?
- ☐ Wurden mögliche Erklärungsfaktoren identifiziert?
- ☐ Wurde die Robustheit der Aufbereitung geprüft (Qualität verfügbare Informationen, Methoden der Aufbereitung)?
- ☐ Wurden relevante Kriterien für die Gewichtung der Evidenz identifiziert?
- ☐ Wurde die Stärke der vorliegenden Evidenz gesamthaft bewertet?

4.6 Ableitung von Schlussfolgerungen

- Evidenzanalyse bzw. -aufbereitung als Ausgangspunkt für die Schlussfolgerungen
- Diskussionspunkte einfließen lassen
- Forschungsbedarf aufzeigen
- Bezug zu Österreich herstellen
- Schlussfolgerungen im Projektteam erarbeiten



Die Formulierung von wissenschaftlichen **Schlussfolgerungen** bezieht sich immer auf die festgelegte Fragestellung des Reviews (vgl. 4.1). Insbesondere zu berücksichtigen sind dabei die definierten Gesundheitsförderungstheorien und -grundsätze sowie der Kontext. Sollte die Evidenz im Widerspruch zu den festgelegten Theorien und Grundsätzen stehen, ist der Widerspruch zu thematisieren (Kahan/Goodstadt 2005b, 42).

Bei den Schlussfolgerungen handelt es sich um die Formulierung der zentralen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Rückschlüsse auf Basis der Ergebnisse des Berichts (= Assessment). Für diesen Schritt ist wissenschaftliche Unabhängigkeit von Relevanz, weshalb er ohne Einbeziehung von Stakeholdern erfolgen sollte.

Die im bisherigen Prozessverlauf entstandenen Diskussionspunkte fließen in die Formulierung der Schlussfolgerungen ein. Sofern weiterer Forschungsbedarf zu den untersuchten Aspekten der Fragestellung identifiziert wurde, ist dies in die Schlussfolgerungen aufzunehmen. Schlussfolgerungen sollten auch immer einen Bezug zur Situation in Österreich (z. B. politische und rechtliche Gegebenheiten der Interventionen) herstellen.

Ein separater Schritt ist die Ableitung von **Empfehlungen** (= Appraisal), wie sich die Erkenntnisse auf politischer Ebene bzw. in der Gesundheitsförderungspraxis niederschlagen sollen. Dafür ist immer der Austausch mit den Auftraggeberinnen/-gebern und Entscheidungsträgerinnen/-trägern (auch der Praxis) erforderlich. (vgl. Kap. 6). Es wird empfohlen, diesen Schritt vom eigentlichen Review zu trennen. Idealerweise sollte der Bericht nur die wissenschaftlichen Schlussfolgerungen beinhalten, während das Appraisal im Rahmen eines Workshops mit relevanten Entscheidungsträgern/-trägerinnen erfolgen kann.

Die ausführliche wissenschaftliche Abhandlung des Reviews werden vorrangig wissenschaftlich Interessierte sowie einschlägig am Thema interessierte Fachleute lesen. Die Schlussfolgerungen erreichen hingegen meist ein breiteres Publikum in Politik, Verwaltung und Praxis sowie generell am spezifischen Thema Interessierte. Bei der Texterstellung sollte daher besonders Bedacht darauf genommen werden, dass die Formulierung für ein breiteres Publikum nachvollziehbar und klar ist.

Für den Fall, dass der Bericht nicht nur Schlussfolgerungen, sondern auch Empfehlungen beinhaltet, müssen letztere getrennt ausgewiesen und transparent gemacht werden, wer diese getroffen hat.

Tabelle 4.8: Ableitung von Schlussfolgerungen in verschiedenen methodischen Ansätzen

Evidenzbasierte GF	Realist Review	Interactive Domain Model
Das Ziel ist, allgemeine „endgültige“ Aussagen zu treffen und aus der Evidenz Schlussfolgerungen abzuleiten, die als Handlungsgrundlage dienen können.	Das Ableiten von Empfehlungen/Schlussfolgerungen bezieht sich immer auf den Kontext der konkreten Fragestellung und die betroffenen Policy-Makers Es ist nicht Ziel, allgemeine, „endgültige“ Aussagen zu treffen, sondern die konkrete Fragestellung im jeweiligen Kontext für die jeweiligen Policy-Makers zum aktuellen Zeitpunkt zu beantworten. Entscheidungsträger/innen werden in die Erarbeitung von Schlussfolgerungen und Empfehlung einbezogen. Die gemeinsam erarbeiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden anschließend vom Projektteam erneut geprüft (Pawson et al. 2004)	Berücksichtigung der Ergebnisse mit besonderer Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Erfordernisse Rückschlüsse auf die Praxis

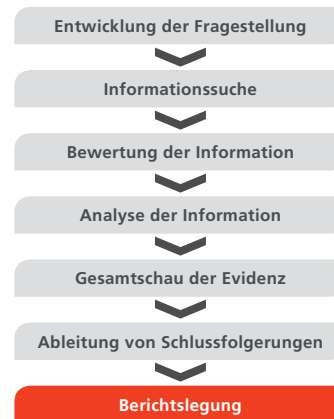
Darstellung: GÖG 2011

Reflexionsfragen für Ableitung von Schlussfolgerungen:

- ☐ Beziehen sich die formulierten Schlussfolgerungen auf die Fragestellung?
- ☐ Wurden die zugrundeliegenden Theorien und Grundsätze der Gesundheitsförderung bei der Formulierung von Schlussfolgerungen berücksichtigt?
- ☐ Sofern weiterer Forschungsbedarf identifiziert wurde - wurde dieser in die Schlussfolgerungen aufgenommen?
- ☐ Wurden die Schlussfolgerungen im Sinne der wissenschaftlichen Unabhängigkeit vom Projektteam allein erarbeitet?
- ☐ Ist geplant, einen „Appraisal-Workshop“ mit relevanten Stakeholdern zur Ableitung von Empfehlungen durchzuführen?

4.7 Berichtslegung

- Aufbereitung relevanter Inhalte
- Komprimierte und zielgruppenorientierte Darstellung
- Berücksichtigung der Standards wissenschaftlicher Arbeiten



Ziel der Berichtslegung ist die Vermittlung relevanter Inhalte aus dem Gesamtprozess (vgl. Abschnitte 4.1 bis 4.6). Dabei sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Einleitend sollten Beauftragung, Ziele und erwarteter Nutzen des Projekts beschrieben und ein Bezug zur Situation in Österreich (inklusive Darstellung von österreichischen Interventionen) hergestellt werden. Eine Definition von Evidenz in der Gesundheitsförderung am Berichtsanfang kann für die Leserin und den Leser eine große Hilfe sein (vgl. Glossar Kapitel 8 im Anhang).
- Die wissenschaftlichen Erklärungsmodelle, die im Rahmen des Reviews überprüft wurden und eventuelle alternative Erklärungsmodelle sollen erläutert werden, um die Ausgangsbasis zu veranschaulichen. Daran anschließend soll die untersuchte Fragestellung dargestellt und das für den Review verwendete methodische Vorgehen begründet werden. Dies trägt zur Transparenz und damit zur Akzeptanz des Reviews bei.
- Zentraler Berichtsteil sind die Ergebnisse (potenziell wirksame Evidenz zur Fragestellung). Dabei ist auf die jeweiligen Rahmenbedingungen einzugehen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte/Settings muss diskutiert werden. Dies sollte zu einer wissenschaftlichen Bewertung und – falls möglich – zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen Prävention und Vermeidung von Folgekosten führen (Pawson et al. 2004). Zu empfehlen ist eine Analyse der wirksamen Bestandteile von Interventionen im jeweiligen Kontext.
- Aus den Ergebnissen sollen klare Schlüsse abgeleitet werden.
- Ansätze und Beurteilung alternativer Erklärungsmodelle sollen die Ergebnisse ergänzen. Zusätzlich sollte auf allfällige Forschungslücken eingegangen werden (Haby/Bowen 2010). Dies trägt wesentlich zur Transparenz und Akzeptanz des Reviews bei, erleichtert aber auch zukünftige Entscheidungen.
- Konkrete Beispiele bzw. Modellprojekte, auf die sich die Evidenz bezieht, können die Ergebnisse sehr gut veranschaulichen (BZgA (Hg.) 2011; Reisig 2011). Es empfiehlt sich daher, diese Beispiele oder Modellprojekte zu beschreiben und auf weitere Informationen zu verweisen.

Die Inhalte eines Berichts sollten klar und fokussiert, nachvollziehbar und überzeugend formuliert werden (BZgA (Hg.) 2011; Kahan/Goodstadt 2005c), z. B. für die Frage: Kann eine Inter-

vention bei dieser Zielgruppe unter diesen Voraussetzungen und in diesem Setting umgesetzt werden oder nicht, und wenn ja, muss sie adaptiert werden? Empfohlen werden eine leicht verständliche Sprache und anschauliche Erläuterungen von statistischen Aussagen. Es sollten zudem all jene Argumente enthalten sein, die für eine Umsetzung der neuen Ergebnisse sprechen und von Entscheidungsträgern/-trägerinnen leicht in Diskussionen eingebracht werden können (BZgA (Hg.) 2011).

Als Format sollten eher knappe und klar strukturierte Berichte mit Zusammenfassungen oder Kurzinformationen gewählt werden. Auch wenn es Entscheidungsträger/innen gibt, die sich gerne über Fachliteratur informieren, erlaubt der Alltag häufig nur die Lektüre von Kurzfassungen (BZgA (Hg.) 2011). Hilfreich ist es auch, wenn die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen gleich zu Beginn bzw. nach einem Abstract und vor einer Zusammenfassung (Popay 2006) angeführt werden, damit sie leicht zu identifizieren sind. Popay empfiehlt auch die Formel 1:3:25 für Berichte, d. h. eine Seite Auflistung der Schlüsselergebnisse für Entscheidungsträger/innen, drei Seiten Zusammenfassung und 25 Seiten Gesamtbericht (Canadian Health Services Research Foundation).

Berichte mit aufbereiteter Evidenz zur Gesundheitsförderung haben den allgemein anerkannten Standards wissenschaftlichen Publizierens zu entsprechen.¹⁹ Fertiggestellte Berichte sollten der Öffentlichkeit immer zugänglich gemacht werden (vgl. Abschnitt 4.1, Kap. 6).

Reflexionsfragen für die Berichtslegung:

- ☐ Ist dem Bericht eine Kurzfassung vorangestellt?
- ☐ Sind alle relevanten Aspekte (Einleitung, Situation in Österreich, Theorie, Fragestellung, Methodik des Reviews, Ergebnisse, Empfehlungen) im Bericht enthalten?
- ☐ Ist der Bericht klar und überzeugend formuliert?
- ☐ Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?
- ☐ Wurden Beispiele bzw. Modellprojekte identifiziert und im Bericht beschrieben?
- ☐ Wurden die Standards wissenschaftlichen Publizierens eingehalten?

¹⁹ Anleitungen zum wissenschaftlichen Arbeiten und Zitieren von Quellen sind in Handbüchern von Universitäten oder Forschungseinrichtungen zu finden. Meist sind sie frei verfügbar und können vor allem wenig erfahrenen Autorinnen/Autoren Hilfestellung beim Berichteschreiben leisten. Wichtig dabei ist, sich pro Bericht auf ausschließlich ein Handbuch bzw. auf eine Zitier-Richtlinie zu beziehen.

5 Qualitätssicherung

Hohe wissenschaftliche Qualität in der Evidenz-Aufbereitung erreicht man durch interne und externe Qualitätssicherungsverfahren (Pertl et al. 2010).

5.1 Internes Qualitätssicherungsverfahren

Zur internen Qualitätssicherung werden jene Verfahren gezählt, die Reviewer/innen zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität anwenden. Dazu gehören allen voran die Einhaltung und Transparentmachung eines standardisierten Vorgehens (vgl. Kapitel 4).

Im Sinne der Qualitätssicherung sollen systematische Reviews im Bereich Gesundheitsförderung nie von Einzelpersonen, sondern immer von Teams (zumindest zwei Personen) durchgeführt werden, damit – insbesondere in entscheidenden Projektphasen - Austausch im Team und Vier-Augen-Prinzip möglich sind. Das Review-Team sollte sowohl über Gesundheitsförderungs-expertise als auch Expertise zu systematischen Literaturarbeiten verfügen.

Darüber hinaus bezieht sich die interne Qualitätssicherung auch auf die Berichtslegung: Der vorläufige Bericht sollte in einem ersten Schritt in methodischer Hinsicht – beispielsweise durch eine(n) nicht im Projektteam Mitarbeitende(n) – überprüft werden. Ergänzend ist auch ein „Lektorat“ in Hinblick auf Sprache, Verständlichkeit, Struktur und Layout zu empfehlen (Haby/Bowen 2010).

5.2 Externes Qualitätssicherungsverfahren

Unter externer Qualitätssicherung werden jene Verfahren subsummiert, die Projektaußenstehende in einer standardisierten Form in den Prozess der Evidenzgenerierung einbinden. Vorge schlagen werden drei verschiedene Formen der externen Qualitätssicherung – Begleitung des Prozesses durch einen Beirat (Advisory Group; vgl. 5.2.1), die Durchführung eines Stellungnahme-Verfahrens (vgl. 5.2.2) und das Einholen eines Gutachtens (vgl. 5.2.3). Diese Maßnahmen können entweder alternativ oder ergänzend – z. B. Advisory Group und Gutachten – eingesetzt werden. Es ist jedenfalls mit der Auftraggeberin / dem Auftraggeber vorab zu klären, ob und welche Formen der externen Qualitätssicherung gewünscht sind.

Der Einbezug relevanter Stakeholder – über einen Beirat hinaus – stellt im Bereich Gesundheitsförderung fast schon ein methodisches Erfordernis dar. Das Interactice Domain Model (vgl. Abschnitt 3.3) sieht beispielsweise die Einbindung der relevanten Stakeholder während des ganzen Prozesses vor. Dies impliziert die Identifikation der relevanten Personen und Institutionen sowie die Festlegung der verschiedenen Rollen und Aufgaben zu Prozessbeginn (Pertl et al. 2010). Beim Realist Review wird der Einbezug insbesondere am Beginn des Prozesses, bei relevanten Weichenstellungen sowie bei der Diskussion von Schlussfolgerungen als zentral gesehen – wobei aber betont wird, dass die Reviewer phasenweise unabhängig von Stakeholdern

arbeiten und ausschließlich ihre akademische Expertise anwenden müssen (Kahan/Goodstadt 2005b). Die (methodische) Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit, relevante Stakeholder in den Prozess (wiederholt) einzubeziehen, wird schon im Kapitel 4 (vgl. z. B. Abschnitte 4.1, 4.6) eingehend diskutiert.

5.2.1 Fachbeirat

Eine Möglichkeit der externen Qualitätssicherung kann die fachliche Begleitung eines Reviews durch einen Beirat („Advisory Group“) sein. Der Fachbeirat soll wichtige Fachleute – sowohl aus der Wissenschaft als auch aus Praxis und Politik – einbeziehen, die ihr spezifisches Fach- und Erfahrungswissen beratend in den Prozess einbringen. Bei der Auswahl der Fachleute ist darauf zu achten, dass wichtige Gruppen (z. B. die relevanten Gesundheitsförderungs-Netzwerke) repräsentiert sind und der Beirat Legitimation hat. Es kann daher sinnvoll sein, die Besetzung auf Basis eines Nominierungsverfahrens vorzunehmen. Bei einer ersten Sitzung des Fachbeirats sollten Rolle (fachliche Beratung in Abgrenzung von politisch-strategischer Entscheidung) und Aufgaben des Beirats geklärt werden.

Zentrale Eckpunkte, zu denen der Einbezug des Beirats angeraten ist, sind auf jeden Fall die Operationalisierung der Fragestellung und die Festlegung der Terms of Reference zu Beginn des Prozesses sowie die Diskussion von Schlussfolgerungen und Empfehlungen gegen Ende des Prozesses. Empfehlenswert ist darüber hinaus die Konsultation zu zentralen Weichenstellungen (z. B. Definition von Ein- und Ausschlusskriterien sowie von spezifischen Bewertungskriterien) sowie zu allen relevanten Änderungen des ursprünglichen Forschungsplans (z. B. Änderung der Fragestellung, Adaptierung der Suchstrategie). Der Fachbeirat sollte zu Beginn des Prozesses auch in Hinblick auf Informationen zu relevanten Programmen, Fachleuten und Literatur zur Fragestellung konsultiert und aktiv um Input ersucht werden.

Das Einsetzen eines Beirats hat über die Qualitätssicherung hinaus auch noch weitere positive Effekte - er kann auch den Praxisbezug sicherstellen und den Wissenstransfer unterstützen.

5.2.2 Stellungnahmen

Insbesondere bei Themen von öffentlichen Auftraggebern oder solchen, die für die breite Öffentlichkeit von Interesse sind, wird häufig ein Stellungnahme-Verfahren angewendet. Stellungnahme-Verfahren holen die fachliche Expertise von unterschiedlichen Stakeholdern ein und vermögen dadurch breite Akzeptanz für die Inhalte zu schaffen.

Stellungnehmende überprüfen den Bericht hinsichtlich seiner fachlichen Korrektheit und fehlender Literatur. Es ist empfehlenswert, für das Stellungnahme-Verfahren präzise Fragen zu überlegen, um die Verwertbarkeit der Rückmeldungen sicherzustellen. Stellungnahme-Verfahren können sich auch als wenig zielgerichtetes und zugleich sehr aufwendiges Verfahren erweisen.

Der Kreis von Stellungnahme-Berechtigten ist prinzipiell nicht beschränkt. Alle Experten und

Expertinnen, Institutionen sowie interessierte Personen sollten die Möglichkeit der Stellungnahme haben. Relevante Stakeholder können auch per E-Mail-Aussendung zur Stellungnahme eingeladen (Pawson et al. 2005).

Nach Ende der (zeitlich ausreichend lang bemessen) Stellungnahmefrist werden die eingelangten Stellungnahmen geprüft, eingearbeitet und idealerweise mit dem Endbericht veröffentlicht (Fröschl et al. 2011). Die Frist für Stellungnahmen beträgt meist zwischen drei und sechs Wochen (Arbter 2008); (Fröschl et al. 2011). Die Aufarbeitung der eingelangten Stellungnahmen nimmt einige Zeit in Anspruch, daher sind entsprechende Ressourcen einzuplanen.

5.2.3 Gutachten

Im Gegensatz zum Stellungnahme-Verfahren, das einer Vielzahl von Personen Feedbackmöglichkeit einräumt, prüfen beim Gutachten nur ein oder zwei ausgewählte Personen. Gutachten werden zur externen Qualitätssicherung wissenschaftlicher Arbeiten häufig eingesetzt.

Die Gutachterin / der Gutachter wird zumeist schon zu Beginn der Evidenzgenerierung in den Prozess eingebunden, z. B. beim Operationalisieren der Fragestellung (vgl. Abschnitt 4.1). Kernaufgabe des Gutachters / der Gutachterin ist die Prüfung des Berichts hinsichtlich seiner fachlichen Korrektheit und Vollständigkeit im Sinne der Fragestellung.

Externen Gutachtern / Gutachterinnen sollen nach fachlicher und methodischer Expertise ausgewählt werden, wobei die Auswahl zu begründen und transparent zu machen ist (Pertl et al. 2010).

Auch für die Verwertbarkeit von Gutachten ist es hilfreich, den/die Gutachter/in mit einer Checkliste zu unterstützen (Pertl et al. 2010)). Der Aufbau dieser Checkliste kann sich an der Struktur des Berichtes orientieren.

Tabelle 5.1: Vor- / Nachteile und Eignungskriterien der einzelnen Verfahren externer Qualitätssicherung

	Fachbeirat	Stellungnahmen	Gutachten
Vorteile	→ Sichert Einbezug von breiterem Fach- und Erfahrungswissen → Stellt Praxisbezug sicher → Unterstützt den Wissens- und Praxistransfer	→ Unterstützt breite Bekanntmachung des Reviews → Unterstützt den Wissens- und Praxistransfer → Unterstützt Akzeptanz der Ergebnisse durch breite Konsultation	→ Möglichkeit spezifische Expertise einzubeziehen → Häufig Ergänzung der wissenschaftlichen Evidenz → Überschaubare Anzahl an Rückmeldungen
Nachteile	→ Kann den Prozess verlängern (mehrmalige Konsultation des Beirats braucht Zeit) → Vergleichsweise hoher Aufwand (Personal- und Zeitressourcen, ev. Reisekosten, Verpflegung)	→ Vergleichsweise hoher Aufwand an Personal- und Zeitressourcen → Braucht sehr gute Vor- und Nachbereitung (Definition von präzisen Fragen, Aufbereitung der Rückmeldungen, Erstellung eines Berichts zum Stellungnahme-Verfahren etc.) → Erfahrungsgemäß häufig subjektive Kommentare; selten Ergänzung der wissenschaftlichen Evidenz	→ Unterstützt Wissens- und Praxistransfer kaum → Kosten für Honorar der Gutachter/innen → Abhängigkeit von Einzelpersonen
Insbesondere geeignet für	→ Reviews mit starkem Praxisbezug → Reviews mit Fokus auf Implementierung → Reviews zu Fragestellungen mit wenig verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz	→ Reviews als Input für Entscheidungsprozesse → Reviews zu breit diskutierten bzw. kontroversiellen Interventionen	→ Reviews mit vorrangig wissenschaftlichem Interesse → Reviews zu Fragestellungen mit viel verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz

Darstellung: GÖG 2011

6 Wissenstransfer

Die Ergebnisse von Reviews, unabhängig von der für die Durchführung verwendeten Methode, sollen

- in den weiteren wissenschaftlichen Diskussionsprozess einfließen,
- im politischen Diskussionsprozess bzw. bei der Weiterentwicklung von Strategien berücksichtigt sowie
- in der Praxis umgesetzt werden und hier zur Entwicklung neuer oder Adaptierung bestehender Maßnahmen beitragen.

Dies kann nur gelingen, wenn

- der Wissenstransfer von vornherein bedacht wird,
- die beauftragten Reviews solche Themen behandeln, die für die verschiedenen Zielgruppen (Entscheidungsträger/innen, Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen) und deren Arbeit relevant sind, und
- die Ergebnisse in einer für die jeweilige Zielgruppe geeigneten Form zur Verfügung gestellt werden.

Politik/Verwaltung, Praxis und Wissenschaft verfolgen jeweils eigene Interessen und haben eine eigene Sprache. Gezielter Wissenstransfer kann einen wesentlichen Beitrag zu einem besseren Verständnis zwischen diesen Gruppen leisten. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Akzeptanz von wissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Berücksichtigung aus. Es empfiehlt sich daher, Entscheidungsträger/innen (jene Personen, die Strategien vorgeben bzw. über Projektanträge entscheiden) und Praktiker/innen (jene Personen, die Programme oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung planen und umsetzen oder begleiten) von Anfang an in den Review einzubinden und gemeinsam zu klären, welche Information für welche Zielgruppe relevant ist und wie diese am besten vermittelt werden kann. (Welches Format, welche Sprache, welche Gestaltung, welche Medien, welche Vermittler werden eingesetzt?) (Haby 2009; Kahan/Goodstadt 2005b; Pawson et al. 2005; Wilson et al. 2011)). Als günstig erweist es sich auch Zwischenergebnisse zu präsentieren, um Bedenken und Fragen zu identifizieren und sinnvolle Lösungen zu finden (BZgA 2011). Durch diese Maßnahmen können auch die Vorbehalte der verschiedenen Gruppen (Praktiker/innen z. B. befürchten, dass Innovation und Bottom-up-Ansätze auf der Strecke bleiben) ausgeräumt werden.

Ein wesentliches Instrument für den Wissenstransfer sind sogenannte **Transfer-Workshops** (separat oder gemeinsam) für Entscheidungsträger/innen und Praktiker/innen. Zum Inhalt eines Workshops gemacht werden können die Ergebnisse eines Reviews oder mehrerer Reviews. Es sollte jedoch auf ein Thema, ein Setting oder eine Zielgruppe fokussiert werden.

Ein **Transfer-Workshop für Entscheidungsträger/innen** sollte den Schwerpunkt darauf legen, vor dem Hintergrund bestehender politischer Strategien realistische Möglichkeiten für die Umsetzung der Ergebnisse zu diskutieren. Dazu sollten die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Reviews präsentiert und anhand von konkreten Beispielen (wenn möglich „Good- Practice-Modelle“ vorstellen) veranschaulicht werden. Transfer-Workshops

für Entscheidungsträger/innen sollten breiter angelegt werden als jene für Praktiker/innen. Da Entscheidungsträger/innen weniger bereit sind, an solchen Veranstaltungen teilzunehmen, sollten diese eher selten stattfinden.

Bei einem **Transfer-Workshop für Praktiker/innen** sollten ebenfalls die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Reviews präsentiert, der Fokus jedoch auf die praktischen Aspekte und die Unterschiede zur gängigen Praxis gelegt werden. Es empfiehlt sich sehr, Personen aus jenen Modellprojekten einzuladen, die im Rahmen des Reviews identifiziert wurden und von ihren Erfahrungen mit der Umsetzung berichten können. Abgesehen davon ist darauf zu achten, dass ausreichend Möglichkeiten für einen Erfahrungsaustausch der Teilnehmer/innen gegeben sind. Bezüglich der Auswahl der Teilnehmer/innen gibt es zwei Möglichkeiten: es können entweder Personen aus gleichen Settings/Berufsgruppen eingeladen werden oder Personen aus derselben Region. Ersteres bietet den Vorteil bestimmte Personengruppen gezielt zu informieren und im Sinne von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu „schulen“. Letzteres ermöglicht das Lernen von einander und stellt bereits eine Intervention im Sinne der Gesundheitsförderung dar, durch die das Thema regional besser verankert werden kann. Dies hat zur Folge, dass anschließend von verschiedenen Seiten dieselben Inhalte/Haltungen vermittelt werden. In beiden Fällen kann ein inhaltlicher Austausch gefördert werden, was für die Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis förderlich ist.

Hinsichtlich der Zielgruppe Wissenschaftler/innen sind eigene Transfer-Workshops nicht notwendig, die Ergebnisse des Reviews sollten jedoch bei relevanten Tagungen präsentiert werden.

Abgesehen von der sorgfältigen Erstellung eines Endberichts (vgl. Kap. 4.7) und den bereits genannten Transfer-Workshops, braucht es eigene **Formate für den Wissenstransfer**, die auf die jeweiligen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sind und einander ergänzen sollen. Sie sollen daher einen zunehmend tieferen Einblick in das Thema und die Ergebnisse bieten und aufeinander verweisen. Auf die spezifischen Aspekte bei der Verbreitung der Ergebnisse wird in den späteren Abschnitten näher eingegangen. Sowohl für Entscheidungsträger/innen als auch Praktiker/innen ist jedenfalls die explizite Hervorhebung sogenannter „Do's and Don't's“ (Was ist empfehlenswert? Was sollte vermieden werden?) bzw. „No Go's“ (Was sollte unbedingt unterlassen werden?) oder auch „Lessons learned“ (Was sind die neuen Erkenntnisse?), die sich aus den Schlussfolgerungen und Empfehlungen ergeben, wichtig.

Ein Instrumentarium zur Projektbewertung (in Form von Checklisten mit Kriterien für verschiedene Ansätze, Settings, Zielgruppen etc.) wird immer wieder als hilfreich genannt, dies kann jedoch nicht auf Basis eines einzelnen Reviews entwickelt werden.

Grundsätzlich empfiehlt es sich, die Ergebnisse der Reviews auf zentralen Websites leicht zugänglich und gezielt durch Newsletter und Presseausendungen darauf aufmerksam zu machen. Dafür kommen beispielsweise die Websites von BMG, GÖG/FGÖ und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Frage, aber auch die Websites jener Ministerien oder Institutionen, die sich mit dem in einem Review betrachteten Bereich beschäftigen (z. B. BMUKK für Gesundheitsförderung im Setting Schule). Hilfreich ist in diesem Zusammenhang, einen Plan zur Verbreitung der Ergebnisse zu erstellen. Dieser sollte z.

B. darauf eingehen, welche Schlüsselpersonen mit welcher Strategie erreicht werden sollen und wie viele Exemplare von welchen Formaten benötigt werden.

Die Ergebnisse sollten aber auch über traditionelle Wege und Zielgruppen hinaus verbreitet werden, um neue Erkenntnisse im Laufe der Zeit möglichst breit zu streuen (Socher 2010). Neben den Zielgruppen aus Politik, Praxis und Wissenschaft sollte daher auch die breite Öffentlichkeit berücksichtigt werden. Zahlreiche Zeitschriften zu Gesundheitsthemen können genutzt werden, indem ihnen die Information über neue Ergebnisse von Reviews zur Verfügung gestellt wird.

Entscheidungsträger/innen (aus Politik und Verwaltung) benötigen jene Informationen, die sie bei der Entscheidung über zukünftige Strategien (bzw. dem Anstoß von zukünftigen Entwicklungen) und allfälligen dadurch bedingten Anpassungen der rechtlichen und/oder organisatorischen Rahmenbedingungen unterstützen sowie bei Entscheidungen über Förderansuchen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen (und der Wahl geeigneter Interventionen) und zu weiterführenden Forschungen helfen. Dazu gehört das Wissen über die Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit von Handlungsstrategien, Systemveränderungen bzw. konkreten Maßnahmen.

Laut Perrier et al. (2011) scheinen maßgeschneiderte und gezielte Informationen (durch Aussendungen) in Kombination mit einem Online-Zugang zu Reviews eine effiziente Strategie zu sein, um Evidenz-basierte Entscheidungen im Gesundheitswesen zu fördern. Die genauen Umstände, die zu einer Nutzung von Reviews als Basis für politische Entscheidungen führen, sind jedoch noch zu wenig bekannt. In jenen Strukturen, in denen die Verwendung von Forschungsergebnissen eher unüblich ist, scheint sich der zusätzliche Einsatz von sogenannten „knowledge brokers“ (die persönliche Unterstützung bei der Interpretation und Verwendung von Forschungsergebnissen leisten) zu bewähren (NICE 2009).

Grundsätzlich sollte für diese Zielgruppe ein möglichst kurzes Format vorliegen (nicht länger als zwei Seiten), in dem jedoch die Schlüsselergebnisse möglichst konkret und gut strukturiert erläutert werden (Popay 2006). Allgemeinplätze sollen vermieden werden. Folgende Themen sollten enthalten sein:

- Ein kurzer Abriss zum Thema, den Zielen und Zielgruppen sollte einleitend vorangestellt werden. Wichtig ist es, die Relevanz und Anschlussfähigkeit des Themas hervorzuheben, in dem auf bestehende politische Strategien und die Situation in Österreich verwiesen wird.
- Dann sollten relevante Konzepte und/oder Methoden, die die gängige Gesundheitsförderungspraxis darstellen, kurz erläutert werden. Dabei sollte auch auf die jeweiligen Vor- und Nachteile eingegangen werden.
- Besonderes Augenmerk sollte jedoch auf die Darstellung der „Do's and Dont's“ gelegt werden, d. h. der Faktoren, die für einen Erfolg oder ein Scheitern der Interventionen maßgeblich sind. Auch „No Go's“ sollten erwähnt werden.
- Zuletzt sollten, wenn möglich, Modellprojekte (mit Links zu weiterführenden Informationen) erwähnt werden.

Für jene Entscheidungsträger/innen, die sich für ausführlichere Informationen interessieren, sollte auf die anderen Formate verwiesen werden. Hinsichtlich der Verbreitung der Ergebnisse sollte daran gedacht werden, Ministerien und Entscheidungsträgern/trägerinnen, sowie

deren beratende Gremien (Beiräte) direkt anzusprechen (BZgA). Auch die Einbindung von Fachgesellschaften ist sinnvoll, da sie von Entscheidungsträgerinnen/-trägern durchaus als Informationsquelle herangezogen werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass politische Notwendigkeiten und Überzeugungen Grenzen sein können, die auch durch das Vorliegen von ausreichender Evidenz und mit einem hervorragenden Wissenstransfer nicht zu überwinden sind. Zusätzlich führt der politische Handlungsdruck häufig dazu, dass Entscheidungen nicht immer mit der Erarbeitung von wissenschaftlichen Expertisen abgestimmt werden können (BZgA). Politische Entscheidungen könnten aber aufgrund von guter wissenschaftlicher Expertise im Nachhinein korrigiert werden. Um die Chancen für eine Berücksichtigung der Ergebnisse von Reviews zu erhöhen, sollte daher ein Transfer-Workshop durchgeführt werden (siehe oben).

Reflexionsfragen für den Wissenstransfer an Entscheidungsträger/innen:

- ☐ Wurde ein Plan zur Verbreitung der Ergebnisse erstellt?
- ☐ Liegt ein eigenes Format zum Wissenstransfer für die Zielgruppe der Entscheidungsträger/innen aus Politik und Verwaltung vor?
- ☐ Wurde geprüft, welche Ministerien, Schlüsselpersonen und Fachgesellschaften über die Ergebnisse informiert werden sollten und welche Wege sich dafür am besten eignen?
- ☐ Gibt es relevante Websites, auf denen die Ergebnisse öffentlich zur Verfügung gestellt werden können?
- ☐ Gibt es relevante Newsletter, die zur Verbreitung der Ergebnisse genutzt werden können?
- ☐ Wurde eine Pressemitteilung zu den Ergebnissen formuliert und ausgeschickt?

Praktiker/innen benötigen jene Informationen, die sie bei der Planung neuer gesundheitsförderlicher Interventionen oder Adaptierung bereits bestehender an die neuesten Erkenntnisse zur Wirksamkeit unterstützen. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt somit auf praktischen Aspekten; die Vermittlung von Wissen über die Wirksamkeit von Handlungsstrategien, Systemveränderungen bzw. konkreten Maßnahmen ist aber ebenfalls wesentlich.

Für diese Zielgruppe sollte ein längeres Format vorliegen, das jedoch deutlich kürzer als der Endbericht sein sollte (15-20 Seiten). Sehr wichtig ist die Verwendung einer allgemeinverständlichen Sprache und die Vermeidung von Fachausdrücken aus dem Fachgebiet der Evidenz. Folgende Themen sollten enthalten sein:

- Eine kurze Beschreibung des theoretischen Hintergrunds (Begriffe, Theorien, Methoden, Indikatoren für die Evaluation entsprechender Interventionen).
- Eine kurze Erläuterung der Situation in Österreich bzw. der in Österreich gängigen Gesundheitsförderungspraxis.
- Die Erfolgsfaktoren sollten ausführlich dargestellt werden, d. h. die für eine gesundheitsförderliche Wirkung der Maßnahmen notwendigen Rahmenbedingungen und Eckpunkte, sowie weitere konkrete Hinweise, die für die Planung neuer oder Adaptierung bestehender Maßnahmen sowie deren Umsetzung notwendig sind (Pawson et al. 2005; Wildner 2011). Dazu gehören z. B. Informationen zur Arbeit mit Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (Schulung, Haltung/Einstellung zum Thema, Bezahlung ...), aber auch jene Faktoren, die für eine erfolgreiche Umsetzung eher hinderlich sind, sowie absolute „No Go’s“.

- Eine Veranschaulichung der Empfehlungen durch konkrete Beispiele (idealerweise jener, die im Review genannt wurden) oder Modellprojekte.
- Schlussfolgerungen mit Rückschlüssen auf die zum Zeitpunkt des Reviews gängige Praxis (wird z. B. festgestellt, dass eine bestimmte Maßnahme nicht wirksam ist, so kann daraus geschlossen werden, dass sie in dieser Form nicht weiter umgesetzt werden sollte) sowie einer Beurteilung der vorliegenden Evidenz (inklusive Rückschlüsse auf Evaluationsnotwendigkeiten).

Besonders hilfreich – vor allem für jene Praktiker/innen, die direkt im Setting verankert sind und kaum zusätzliche Ressourcen zur Verfügung haben, – ist es, explizit auf Minimalinterventionen hinzuweisen, die dennoch erfolgreich sein können (d. h. welche Aktivitäten müssen mindestens gesetzt werden). Aber auch jene Interventionen, die den größten Erfolg erzielen können, sollten hervorgehoben werden. Da häufig komplexe Programme gefordert werden, die in der Praxis kaum längerfristig umsetzbar sind, sollte – sofern die vorliegende Evidenz es erlaubt – auch darauf eingegangen werden, welche Einzelelemente von Interventionen gut miteinander kombinierbar sind.

Werden in der Einführung (österreichische) Projekte erwähnt, so sollte auf diese auch im Ergebnisteil wieder eingegangen werden. D. h. liegen Evaluationen zu diesen Projekten vor, so sollten die darin dargestellten Erfolgsfaktoren den im Review identifizierten gegenübergestellt werden.

Die genannten Modellprojekte haben häufig eigene Websites, auf denen sich ausführliche Informationen über Ziele und Aktivitäten finden. Es ist daher ausreichend, eine Kurzbeschreibung mit einem Link zur Website zu versehen. Sollte es keine Website geben, auf die verlinkt werden kann, ist es sinnvoll, Ziele, Zielgruppen und die wichtigsten Aktivitäten zu beschreiben und dies mit Hilfe einer Box vom restlichen Text abzusetzen.

Hinsichtlich der Verbreitung der Ergebnisse sollten Netzwerke (z. B. AKS Austria, Gesunde Gemeinden, Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen), Fachtagungen, Arbeitsgruppen etc. sowie die jeweiligen Berufsgruppenvertretungen und die entsprechenden Aus- und Fortbildungseinrichtungen (Socher 2010) als wesentliche Multiplikatorinnen/Multiplikatoren informiert und eingebunden werden.

Reflexionsfragen für den Wissenstransfer an Praktiker/innen:

- ☐ Wurde ein Plan zur Verbreitung der Ergebnisse erstellt?
- ☐ Liegt ein eigenes Format zum Wissenstransfer für die Zielgruppe der Praktiker/innen vor?
- ☐ Wurden die Erfolgsfaktoren beschrieben und Hinweise für die Umsetzung gegeben?
- ☐ Sind Rückschlüsse auf die gängige Praxis enthalten?
- ☐ Wurden Beispiele bzw. Modellprojekte identifiziert und beschrieben?
- ☐ Wurde geprüft, welche Berufsgruppenvertretungen und Aus- bzw. Fortbildungseinrichtungen über die Ergebnisse informiert werden sollten und welche Wege sich dafür am besten eignen?
- ☐ Wurde geprüft, welche Netzwerke, Fachveranstaltungen und Arbeitsgruppen etc. für die Verbreitung genutzt werden können?
- ☐ Gibt es relevante Websites, auf denen die Ergebnisse öffentlich zur Verfügung gestellt werden können?
- ☐ Gibt es relevante Newsletter, die zur Verbreitung der Ergebnisse genutzt werden können?

Wissenschaftler/innen benötigen jene Informationen, die sie bei der Überprüfung und Weiterentwicklung bestehender Theorien und der Formulierung und Umsetzung weitergehender Forschungsfragen unterstützen.

Im Unterschied zu den Ergebnis-Formaten für die vorher genannten Zielgruppen ist der Endbericht durchaus für die Verbreitung der Ergebnisse in der Wissenschaft geeignet. Das Format des Endberichts sollte sich daher an grundsätzlichen Regeln zum wissenschaftlichen Arbeiten (vgl. Abschnitt 4.7) orientieren. Gleichzeitig läuft der wissenschaftliche Diskurs vor allem über wissenschaftliche Medien ab, daher sollten auch Artikel in Fachzeitschriften publiziert werden. Idealerweise ist bereits im Vorfeld klar, welche Zeitschriften für das Thema relevant sind und können deren Vorgaben bezüglich Publikationen von Anfang an berücksichtigt werden. Dies würde die Erstellung einer Publikation auf Basis des Endberichts wesentlich beschleunigen. Der Fokus der Publikation sollte auf der Darstellung der Fragestellung, der Methodik des Reviews, der Ergebnisse des Berichts und den daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, wenn möglich auch hinsichtlich der zugrundeliegenden Theorien und Konzepte, liegen.

Für die Verbreitung der Ergebnisse sollten die in der Forschung üblichen Wege gewählt werden: Das sind neben den bereits erwähnten Publikationen in Fachzeitschriften im Wesentlichen Präsentationen im Rahmen von Konferenzen und Fachtagungen (dies kann auch oder ergänzend in Form von Postern und Abstracts in Tagungsbänden erfolgen). Aber auch hier sollte die Verbreitung zusätzlich durch Veröffentlichung auf relevanten und geeigneten Websites gefördert werden.

Reflexionsfragen für den Wissenstransfer an Wissenschaftler/innen:

- ☐ Sind alle relevanten Aspekte (Fragestellung, Methodik des Reviews, Ergebnisse, Schlussfolgerungen) im Bericht enthalten?
- ☐ Wurde geprüft, welche Fachzeitschriften sich für eine Veröffentlichung der Ergebnisse eignen?
- ☐ Wurde ein eigenes Format erstellt, das die formalen Bedingungen dieser Fachzeitschriften erfüllt?
- ☐ Wurde geprüft, auf welchen Konferenzen und Tagungen die Ergebnisse präsentiert werden können?
- ☐ Gibt es relevante Websites, auf denen die Ergebnisse öffentlich zur Verfügung gestellt werden können?

Anhang

7 Quellenverzeichnis

Altgeld, Thomas (2007): Gesundheitliche Chancengleichheit [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=8a7a0ba44ac8d30f5ac5592076fec6ea&id=angebote&idx=189> [Zugriff am 9. November 2011]

Antonovsky, Aaron (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: Health Promotion International 11/1, 11-18

Arbter, Kerstin (2008): Praxisleitfaden zu den Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Praxisleitfaden. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (Lebensministerium)

Armstrong, R; Waters, E; Jackson, N; Oliver, S; Popay, J; Shepherd, J; Petticrew, M; Anderson, L; Bailie, R; Brunton, G; Hawe, P; Kristjansson, E; Naccarel, la L; Norris, S; Pienaar, E; Roberts, H; Rogers, W; Sowden, A; Thomas, H (2007): Systematic Reviews in Health Promotion and Public Health Interventions. Guidelines, Hg. v. T. C. Collaboration. 2. Aufl., Melbourne University, Australia

Barnett-Page, E.; Thomas, J. (2009): Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. In: BMC Medical Research Methodology 9/59

Bellamy, Jennifer; Britten, Nicky; Campbell, Rona; Davies, Philip; Dillon, Lucy; Donovan, Jenny; Cottingham, Matt; Egan, Phoebe H.; Morse, Janice M. et al. (2006): Moving beyond effectiveness in evidence synthesis. Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence. Hg. v. J. Popay, National Institute for Health and Clinical Excellence, London

Bodstein, Regina (2007): The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. In: Promotion & Education Supplement/16-20

Broesskamp-Stone, Ursel (2009): Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention. In: Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. P. Kolip/V. E. Müller. Bern: Hans Huber, 115-136

Brügger, Urs; Federspiel, Barbara; Horisberger, Bruno; Kreuzer, Eliane (2004): Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Winterthur

Bühler, Anneke; Heppekausen, Kathrin (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

BZgA (o.J.): Begriffe und Theorien [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 18.11.2012]

BZgA (Hg.) (2011): Ergebnisse der Präventionsforschung nutzen. Hg. v. Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung KNP. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Cancelliere, C.; Cassidy, J. D.; Ammendolia, C.; Cote, P. (2011): Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. In: BMC public health 11/395

Centre for Reviews and Dissemination (2009): Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. CRD, University of York, York

Cloetta, B.; Spencer, B.; Spörri, A.; Ruckstuhl, B.; Broesskamp-Stone, U.; Ackermann, G. (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. Prävention. In: Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung 27/67-72

Craig, Peter ; Dieppe, Paul ; Macintyre, Sally ; Michie, Susan ; Nazareth, Irwin ; Petticrew, Mark (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. In: British Medical Journal 337/25 OCTOBER 2008, 979-983

Das Deutsche Cochrane Zentrum (2012): Cochrane -Glossar [Online]. Die Cochrane Collaboration [Zugriff am 12. August 2012]

Davey Smith, G.; Ebrahim, S.; Frankel, S. (2001): How policy informs the evidence. In: BMJ 322/7280, 184-185

Davies, John Kenneth; Sherriff, Nigel (2011): The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks. In: Health policy (Amsterdam, Netherlands) 101/1, 1-10

Drabenstott, Karen M. (2004): Why I Still Teach Online Searching. In: Journal of Education for Library and Information Science 45/1, 75-80

Du Prel, Jean-Baptist; Röhrig, Bernd; Blettner, Maria (2009): Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel. In: Deutsches Ärzteblatt Int 106/(7), 100-105

Edwards, Nancy; Di Ruggiero, Erica (2011): Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. In: Scandinavian journal of public health 39/6, 43-49

Fonds Gesundes Österreich (2005): FGÖ-Glossar [Online]. Fonds Gesundes Österreich. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar> [Zugriff am 21. Oktober 2011]

Fröschl, Barbara; Bornschein, Bernhard; Brunner-Ziegler, Sophie; Conrads-Frank, Annette; Eisenmann, Alexander; Pertl, Daniela; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminski, Angela; Mühlberger, Nikolai; Schnell-Inderst, Petra; Sroczynski, Gaby; Siebert, Uwe; Thaler, Kylie; Wild, Claudia; Wurm, Johannes; Zechmeister, Ingrid; Zsifkovits, Johannes (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. 1.2012. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / BIQG, Wien

Fröschl, Barbara; Brunner-Ziegler, Sophie; Eisenmann, Alexander; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminski, Angela; Pertl, Daniela; Thaler, Kylie; Wild, Claudia (2011): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. Version 1.2010. BIQG Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

Gerhardus, Ansgar; Breckenkamp, Jürgen; Razum, Oliver; Schmacke, Norbert; Wenzel, Helmut (2010): Evidence-based Public Health., 1. Aufl., Hans Huber, Bern

Gough, David (2007): Weight of evidence: a framework for the appraisal of the quality and relevance of evidence. In: Research Papers in Education 22/2, 213-228

Gough, David (2006): User led research synthesis: a participative approach to driving research agendas. Hg. v. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, London

Guba, B. (2007): Systematische Literatursuche. In: Wiener medizinische Wochenschrift 158/1-2, 62-69

Haby, M.; Bowen, S. (2010): Making decisions about interventions. A guide for evidence-informed policy and practice. Hg. v. Prevention and Population Health Branch, Department of Health, State of Victoria, Department of Health, Melbourne, Victoria

Haby, M. (2009): Evaluation framework for health promotion & disease prevention programs. Hg. v. Evidence, Evaluation and Policy team. Public Health Branch Department of Health, Melbourne

Hammerstrøm, Karianne; Wade, Anne; Jørgensen, Anne-Marie Klint (2010): Searching for studies: A guide to information retrieval for Campbell Systematic Reviews Campbell Systematic Reviews, Hg. v. The Campbell Collaboration. 1. Aufl., The Campbell Collaboration, Oslo

IDM (2011): Welcome to IDM Best Practices for health promotion, public health and population health [Online]. B. Kahan. <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php> [Zugriff am 5.8.2011]

IDM Interactive Domain Model (o.J.): IDM Best Practices for health promotion, public health and population health [Online]. Kahan, Barbara. <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources> [Zugriff am 21. August 2011]

IUHPE (2000): The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part two Evidence Book, Hg. v. International Union for Health Promotion and Education. 2. Aufl., Paris

Jagosh, J.; Pluye, P.; Macaulay, A. C.; Salsberg, J.; Henderson, J.; Sirett, E.; Bush, P. L.; Seller, R.; Wong, G.; Greenhalgh, T.; Cargo, M.; Herbert, C. P.; Seifer, S. D.; Green, L. W. (2011):

Assessing the outcomes of participatory research: protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. In: *Implement Sci* 6/24

Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 10.11.2011]

Kahan, Barbara; Goodstadt, Michael (2001): The interactive domain model of best practices in health promotion: Developing and implementing a best practices approach to health promotion. In: *Health Promotion Practice* 2/1, 43

Kahan, Barbara / selbständige Beraterin (2011): persönliche Mitteilung. Telefon, S. Haas am 5.8.2011

Kahan, Barbara; Goodstadt, Michael (2005a): Evidence Framework. The IDM Manual A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health, 3. Aufl., Centre for Health Promotion, University of Toronto, Toronto

Kahan, Barbara; Goodstadt, Michael (2005b): Evidence Framework. The IDM Manual - a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. 3. Aufl., Centre for Health Promotion, University of Toronto, Toronto

Kahan, Barbara; Goodstadt, Michael (2005c): Research & Evaluation The IDM Manual - a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health, 3. Aufl., Centre for Health Promotion, University of Toronto, Toronto

Kahan, Barbara; Goodstadt, Michael (2005): Research & Evaluation The IDM Manual A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health, 3. Aufl., Centre for Health Promotion, University of Toronto, Toronto

Kastner, M.; Estey, E.; Perrier, L.; Graham, I. D.; Grimshaw, J.; Straus, S. E.; Zwarenstein, M.; Bhattacharyya, O. (2011): Understanding the relationship between the perceived characteristics of clinical practice guidelines and their uptake: protocol for a realist review. In: *Implement Sci* 6/69

Kleibel, Veronika; Mayer, Hanna (2011): *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. 2. Aufl., Facultas, Wien

Kliche, T.; Riemann, K.; Bockermann, C.; Niederbuhl, K.; Wanek, V.; Koch, U. (2011): Health promotion effectiveness: developing and testing a system for routine evaluation in health education, workplace health promotion and setting approach supplied by the German statutory health insurance agencies. In: *Gesundheitswesen* 73/4, 247-257

Maruska, K., Isensee B., Hanewinkel R. (2011): Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. In: *Sucht* 57/4, 301-312

Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Verlag für Gesundheitsförderung

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2009): Guide to the multiple technology appraisal process. Hg. v. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, London

Nickel, Stefan; Trojan, Alf (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 10.11.2011]

Nöcker, Guido (o.J.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/> [Zugriff am 10.11.2011]

Nutbeam, D.; Harris, E. (2004): Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. McGraw-Hill, Online

Nutbeam, Don (1998): Health Promotion Glossary. In: Health Promotion International 13/4, 349-364

Nutbeam, Don (1999a): The challenge to provide 'evidence' in health promotion. In: Health Promotion International 14/2, 99-191

Nutbeam, Don (1999b): Evaluating health promotion. In: BMJ 318/7180, 404A

Pawson, Ray (2006): Evidence-based policy: a realist perspective. SAGE, Online

Pawson, Ray; Bellamy, J.L. (2006): Realist synthesis: an explanatory focus for systematic review. In: Moving beyond effectiveness in evidence synthesis. Hg. v. J. Popay. London: National Institute for Clinical Excellence in Health Care NICE, 83-94

Pawson, Ray; Greenhalgh, Trisha; Harvey, Gill; Walshe, Kieran (2004): Realist synthesis: an introduction. Hg. v. University of Manchester. Manchester

Pawson, Ray; Greenhalgh, Trisha; Harvey, Gill; Walshe, Kieran (2005): Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. In: Journal of health services research & policy 10/Suppl 1, 21-34

Perrier, L.; Mrklas, K.; Lavis, J. N.; Straus, S. E. (2011): Interventions encouraging the use of systematic reviews by health policymakers and managers: A systematic review. In: Implement Sci 6/1, 43

Pertl, Daniela; Fröschl, Barbara; Rosian-Schikuta, Ingrid; Stürzlinger, Heidi (2010): Prozesshandbuch für Health Technology Assessment. Version 1.2010. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

- Petticrew, M. (2011): When are complex interventions ‚complex‘? When are simple interventions ‚simple‘? In: European journal of public health 21/4, 397-398
- Popay, Jennie (2006): Moving Beyond Effectiveness in Evidence Synthesis. Hg. v. J. Popay, National Institute for Health and Clinical Excellence, London
- Popay, Jennie; Roberts, Helen; Sowden, Amanda; Petticrew, Mark; Arai, Lisa; Rodgers, Mark; Britten, Nicky (2006): Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. ESRC Methods Programme, 1. Aufl., ESRC, Great Britain
- Raphael, D. (2000): The question of evidence in health promotion. In: Health Promotion International 15/4, 355-367
- Räty, Sanna; Aro, Arja R (2005): European Review Protocol for Health Promotion. A Protocol produced by the GETTING EVIDENCE INTO PRACTICE. Strand I. Hg. v. National Public Health Institute (KTL), Finland
- Räty, Sanna; Aro, Arja R (2005): EUROPEAN REVIEW PROTOCOL FOR HEALTH PROMOTION. Getting Evidence into Practice (GEP), Strand I, National Public Health Institute (KTL), Finland
- Rehfuess, Eva (2011): Systematische Reviews komplexer Interventionen – besondere Herausforderungen. Evaluation komplexer Interventionen, Wittenberg 9. September 2011
- Reisig, Veronika (2011): Erfolgreicher Praxistransfer - Erfahrungswerte aus der Praxis. Hg. v. Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)
- Rickles, D. (2009): Causality in complex interventions. In: Med Health Care Philos 12/1, 77-90
- Rootman, I.; Goodstadt, M.; Potvin, L.; Springett, J. (2001): A framework for health promotion evaluation. In: WHO Regional Publications European Series 92, 7-38
- Rychetnik, L.; Wise, M. (2004): Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. In: Health Promotion International 19/2, 247-257
- Saan, Hans; De Haes, Willy (2005): Der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung. Art des Instruments. Rotterdam
- Schlosser, Ralf W.; Wendt, Oliver; Bhavnani, Suresh; Nail-Chiwetalu, Barbara (2006): Use of information-seeking strategies for developing systematic reviews and engaging in evidence-based practice: the application of traditional and comprehensive Pearl Growing. A review. In: International Journal of Language & Communication Disorders 41/5, 567-582
- Shepherd, Sasha; Lewin, Simon; Straus, Sharon; Clarke, Mike; Eccles, Martin P.; Fitzpatrick, Ray; Wong, Geoff; Sheikh, Aziz (2009): Can We Systematically Review Studies That Evaluate Complex Interventions? In: The PLoS Medicine Debate 6/8, e1000086

Smith, B. J.; Tang, K. C.; Nutbeam, D. (2006): WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promot Int 21/4, 340-345

Socher, Martin (2010): Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) – AG Praxistransfer: Exemplarische Literaturdurchsicht zu Aspekten erfolgreichen Praxistransfers. Hg. v. KNP

Sockoll, Ina ; Kramer, Ina ; Bödeker, Wolfgang (Hg.) (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006, BKK Bundesverband / BGAG Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung / Verband der Ersatzkassen e. V.

Speller, V.; Wimbush, E.; Morgan, A. (2005): Evidence-based health promotion practice: how to make it work. In: Promotion et Education Suppl 1/15-20, 46, 56-17 passim

Storck, Christina (2010): Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse. Verein „Klasse2000“, Nürnberg

Van der Knaap, Leontien M.; Leeuw, Frans L.; Bogaerts, Stefan; Nijssen, Laura T. J. (2008): Combining Campbell Standards and the Realist Evaluation Approach: The Best of Two Worlds? In: American Journal of Evaluation 29/1, 48-57

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1, Ottawa

WHO (1997): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. WHO und Ministry of Health, Republic of Indonesia, Genf

WHO (1998): Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Eine Einführung. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Bd. 5. Hg. v. World Health Organization. WHO, Kopenhagen/Dänemark

Wildner, Manfred (2011): Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP). Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Praxistransfer. KNP

Wilson, Katherine M.; Brady, Teresa J.; Lesesne, Catherine (2011): An Organizing Framework for Translation in Public Health: The Knowledge to Action Framework. In: Preventing Chronic Disease 8/2, 1-7

Wright, Michael T. (Hg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl., Verlag Hans Huber. Bern

8 Glossar

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
Bias	Unterschiedliche Einflussgrößen können zu einer Fehleinschätzung der untersuchten Assoziation zwischen Exposition und Ereignis führen. Diese systematischen Fehler werden in folgende Kategorien eingeteilt: Auswahlverzerrung der Studienpopulation, Fehler bei der Messung von Exposition, Ereignis oder Störfaktoren, Verzerrung durch einen in der Analyse nicht berücksichtigten dritten Faktor und fälschlich umgekehrte Schlussfolgerung hinsichtlich der Kausalität von Exposition und Ereignis.
Capacity Building	Gesundheitsförderung zielt auf „Kapazitätsentwicklung“ im Sinne des Aufbaus von „Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten, um effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen“. (Stefan Nickel/Alf Trojan, BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung)
Chancengleichheit / gesundheitliche Chancengleichheit	Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben (vgl. BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).
Confounding factor	Störfaktor, der sowohl mit der Intervention/Exposition als auch mit dem Studienoutcome in Zusammenhang steht und damit den Studienaushang beeinflusst bzw. verfälscht.
Determinantenorientierung	Gesundheitsdeterminanten sind Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Unter Determinantenorientierung wird hier die Berücksichtigung dieser Einflussfaktoren verstanden (vgl. FGÖ-Glossar).
Empowerment	Förderung der „Bemächtigung“ der Betroffenen, um es ihnen zu ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Gesundheitsförderung „zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen (Sven Brandes/Wolfgang Stark, BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).

Evaluation	Systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. Solche Evaluationsgegenstände können z. B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen (vgl. DeGEval-Standards).
Evidenz	Vom englischen „evidence“ = Nachweis, Beweis; wissenschaftlich aufbereitete Informationen aus Studien, Evaluationsberichten, Erfahrungen aus der Praxis, die einen bestimmten Sachverhalt erhärten oder widerlegen (in Anlehnung an FGÖ-Glossar).
Evidenzbasierung	„Evidenzbasierte Ansätze sind solche, deren Effekte wissenschaftlich untersucht und für nutzbringend befunden wurden“. (EbPH, 17)
Evidenzbasierte Gesundheitsförderung	Evidence based Health Promotion is the use of information derived from formal research and systematic investigation to identify causes and contributing factors to health needs and the most effective health promotion actions to address these in given contexts and populations“. (Smith et al. 2006)
Evidenzbasierte Medizin (EbM)	Unter Evidenz-basierter Medizin (EbM) versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, die darauf abzielt, individuelle Patienten/Patientinnen auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen (vgl. FGÖ-Glossar).
Externe Validität	Die externe Validität bezeichnet die Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Evidenz auf Personen(gruppen) außerhalb der Studienpopulation bzw. generell die Frage, ob die Evidenz auf die konkrete Fragestellung übertragen werden kann.
Gesundheitliche Ungleichheiten	Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen, die aus sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren resultieren.
Gesundheitsdeterminanten	Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen.
Gesundheitsförderung	Zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

**Gesundheitskompetenz
(engl. health literacy)**

Die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Def. nach Abel & Bruhin, vgl. Sommerhalder, Abel, 2007, 4).

Graue Literatur

Ist Literatur, die nicht publiziert, also nicht im Handel erhältlich ist. Das können akademische Qualifikationsarbeiten sein, aber auch Ergebnisberichte, Planungsdokumente oder Forschungsarbeiten. Auch Skripten, Konferenzunterlagen, Festschriften, Leitbilder, Standards, Manuale oder Konzepte werden zur grauen Literatur gezählt. Häufig sind solche Dokumente auf der Website ihrer Organisation zu finden, aber auch in Universitätsbibliotheken und teilweise auch in speziellen Datenbanken (vgl. <http://www.greynet.org/>).

Auch Studienprotokolle (zu finden in Studienregistern) und unveröffentlichte Studien werden der grauen Literatur zugerechnet.

Health in All Policies (HiAP)

„Gesundheit in allen Politikfeldern“; Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik (engl.: „healthy public policies“)

Interne Validität

Die interne Validität bezeichnet das Ausmaß, mit dem die Ergebnisse einer Studie die „wahren“ Effekte einer Intervention wiedergeben, d. h. frei von systematischen Fehlern sind, die zu Ergebnisverzerrungen führen (Bias). Die interne Validität beruht auf dem methodischen Design und der Qualität der Ausführung in einer Studie.

Iterativer Prozess

Prozess, der eine stete Wiederholung von Vorgängen ausdrückt und immer wieder zu Rückkoppelungen führt. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass - im Unterschied zu einem linearen Prozess – im Zuge der Evidenz-Aufbereitung immer wieder auf Basis neuer Erkenntnisse zu vorhergehenden Prozessschritten zurückgekehrt werden muss und diese z. B. unter Berücksichtigung neuer Gesichtspunkte wiederholt oder verfeinert/vertieft werden müssen.

Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist ein dynamisches Verständnis der eigenen Person, dass man mit den Anforderungen zurechtkommen kann, dass man in der Lage ist, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen verstehen, steuern und gestalten zu können (vgl. BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).

Lebenskompetenzen	Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu gestalten und zu meistern. Lebenskompetenzen oder „life skills“ geben Menschen die Kraft, mit Veränderungen zu leben oder Veränderungen in ihrer Umgebung herbeizuführen. Die Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung von Lebenskompetenzen, die für ihre Gesundheit relevant sind (vgl. FGÖ-Glossar).
Lebenswelten	siehe Settings
Nachhaltigkeit	Zielt auf einen langfristigen Nutzen. „Nachhaltige Gesundheitsförderungsaktionen sind solche, die ihren Nutzen für Gemeinwesen oder Bevölkerungen auch jenseits der ersten Stadien ihrer Implementation aufrecht erhalten können.“ (WHO-Glossar)
Narrativer Review	Im Gegensatz zum systematischen Review liegt es beim narrativen (erzählenden) Review im Ermessen des Autors/der Autorin, welche Studien er/sie berücksichtigt. Ein narrativer Review wird auch als „selektive Literaturübersicht“ bezeichnet (Perrier et al. 2011).
Ottawa-Charta	Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz über Gesundheitsförderung 1986, das bis heute als Leitfaden und Inspiration der Gesundheitsförderung dient. Die Charta ruft Staaten dazu auf, Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung umzusetzen (vgl. FGÖ-Glossar).
Partizipation	Beteiligung; bedeutet die Möglichkeit aller betroffenen bzw. interessierten Personen, ihre Interessen oder Anliegen bei der Entwicklung von Plänen, Programmen, Politiken oder Rechtsakten zu vertreten bzw. vorzubringen (Standards für Öffentlichkeitsbeteiligung). Es werden unterschiedliche Stufen der Partizipation unterschieden (z.B. Wright 2010, für den Bereich der Gesundheitsförderung).
Pathogenetischer Ansatz	Pathogenetische Ansätze befassen sich primär mit der Entstehung von Erkrankungen, dem Verständnis pathogener Prozesse. Pathogenese fokussiert somit darauf, warum und woran Menschen krank werden. Pathogenese betrachtet Gesundheit als den Normalfall und Krankheit als davon abweichenden alternativen Zustand, eine Person ist daher im Gegensatz zum salutogenetischen Ansatz (siehe unten) entweder gesund oder krank (vgl. BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).

Prävention	Bedeutet hier Krankheitsvorbeugung bzw. -vermeidung. Dabei gilt es, den Eintritt von Ereignissen oder Umständen, die zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen, zu deren Verschlimmerung oder zum Auftreten von mit diesen Krankheiten im Zusammenhang stehenden Folgeerscheinungen und Behinderungen sowie deren Fortschreiten führen, zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (vgl. Glossar aus ÖGD Handbuch).
Public Health	Public Health ist laut WHO ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf die Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen oder bestimmten Gruppen abzielt; WHO 1998
Randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trials, RCT)	Die Patientinnen und Patienten (mit einem bestimmten Krankheitsbild) werden durch verschiedene Randomisierungsmethoden per Zufall (at random) in zwei Gruppen geteilt (Interventions- oder Kontrollgruppe), von denen eine die Therapie bekommt, die andere nicht (vgl. Glossar aus HTA-Handbuch Version 2).
Ressourcen	Soziale und persönliche Mittel und Möglichkeiten, die bei der Bewältigung von Lebenssituationen und Problemen helfen. Wer über mehr Ressourcen verfügt, ist üblicherweise auch in der Lage, solche Herausforderungen besser zu bewältigen. Die Gesundheitsförderung kennt persönliche – oder interne (wie positives Selbstwertgefühl, ein stabiles Immunsystem oder Kompetenzen) – sowie umweltbezogene und soziale – oder externe (Vorhandensein sozialer Netzwerke, sichere Arbeits- und Lebensbedingungen oder Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung) – Ressourcen (vgl. FGÖ-Glossar).
Ressourcenorientierung	Orientierung an Stärken und Potenzialen (= Ressourcen); zentraler Grundsatz von Gesundheitsförderung, vgl. auch salutogenetischer Ansatz
Salutogenetischer Ansatz	Der Begriff „Salutogenese“ wurde von A. Antonovsky als Gegenbegriff zu dem der „Pathogenese“ (siehe oben) geprägt: Salutogenese wendet sich der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern. Ihre Grundfrage lautet, was Menschen gesund hält. Die salutogenetische Perspektive zielt auf eine Stärkung der Bewältigungspotenziale und darauf, sozialökologische Rahmenbedingungen zu fördern, die Menschen helfen, ihre Gesundheit zu bewahren (vgl. BZgA – Leitbegriffe der Gesundheitsförderung).

Setting	Bezeichnet im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) einen Lebensbereich, in dem die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen (z. B. Schule, Arbeitsplatz, soziales Wohnumfeld etc.) (vgl. Glossar aus ÖGD Handbuch).
Settingansatz	Die Arbeit in Settings (= Settingansatz) stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und bedeutet, dass sowohl strukturelle Maßnahmen der Organisationsentwicklung, der physischen und sozialen Umweltgestaltung als auch klassische Prävention und Gesundheitserziehung systematisch und miteinander verbunden dort zum Einsatz kommen, wo Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt leben (vgl. Glossar aus ÖGD Handbuch).
Stakeholder	Interessengruppen, Anspruchsgruppen; Personen oder Organisationen, die aus unterschiedlichsten Motiven ein Interesse am Verlauf oder an den Ergebnissen eines Prozesses / eines Projekts / eines Unternehmens haben (vgl. http://www.sonah.at/glossar).
Systematischer Review	Ein systematischer Review (auch systematische Übersichtsarbeit) ist eine Form der „Sekundärforschung, bei der zu einer klar formulierten Frage alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt, kritisch bewertet, die Ergebnisse extrahiert und deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ zusammengefasst werden. (vgl. Cochrane Glossar)
Verhaltensorientierung	Maßnahmen, deren Ziel es ist, „Individuen dabei zu unterstützen gesündere Verhaltensweisen anzunehmen, die als Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit gesehen werden“. (Naidoo/Wills 2003, 93)
Verhältnisorientierung	Maßnahmen, deren Ziel es ist, „Veränderungen in den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, die sich positiv auf die Förderung der Gesundheit auswirken“. (Naidoo/Wills 2003, 98)

9 Quellen zur (Literatur-)Recherche

9.1 Projektdatenbanken (exemplarisch)

Organisation/Land	Web-Link zur Projektdatenbank	Anmerkung
Fonds Gesundes Österreich FGÖ / Österreich	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte	Projektdatenbank mit Stichwort- oder Kategoriesuche
Gesundheitliche Chancengleichheit / Deutschland	http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/	Praxisdatenbank mit vielfältigen Suchmöglichkeiten
health PRO elderly des BMG / Österreich	http://www.healthproelderly.com/database/index.php?id=2	internationale Datenbank mit Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen, wahlweise deutsche und englische Oberfläche
quint essenz / Schweiz	http://www.quint-essenz.ch/de/project_profiles	Suchen nach Ländern/ Themen/ Settings
health-inequalities - Good Practice Database	http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUITY/EN/good_practice_database/	englische Suchoberfläche, länderorientiert
PROMENPOL European Network for Mental Health Promotion	http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.projects	
Servicestelle für Gesundheitsbildung GIVE (Gesundheitsbildung Information Vernetzung Entwicklung) / Österreich	http://give.or.at/index.php?id=46	Datenbank österreichischer Schulprojekte
Kooperation für Nachhaltige Präventionsforschung knp-forschung.de	http://www.knp-forschung.de/?uid=1a4ca6865b73842b6ed03ee32060a630&id=recherche	Datenbank mit Projekten der deutschen Präventionsforschung, umfangreiche Suchmöglichkeiten

9.2 Literatur zu nichtmedizinischen Schwerpunkten

9.2.1 Frei zugängliche²⁰ Referenz-Datenbanken und Portale

International Union for Health Promotion and Education IUHPE http://www.iuhpe.org/	Unabhängige Vereinigung von Professionisten und Organisationen zur Gesundheitsförderung durch Bildung, Kommunikation und Entwicklung einer gesundheitsfördernden Public Policy
ePPI Centre http://eppi.ioe.ac.uk/cms/	Das Centre for Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating (EPPI-Centre) ist Teil der Social Science Research Unit am Institut für Bildung, University of London. Seit 1993 ist das Zentrum ein Vorreiter in der Erstellung von systematischen Reviews und der Entwicklung von Review-Methoden für Sozialwissenschaften und Public Health. Auf der Seite findet man Werkzeuge zur Review-Erstellung, die Publikationen von ePPI und eine Literaturlatenbank für Effectiveness Reviews in der Gesundheitsförderung (vgl. DoPHER in 9.3.1).
Campbell Collaboration http://www.campbellcollaboration.org/library.php	Die Campbell Collaboration erstellt qualitativ hochwertige systematische Reviews zu den Themenbereichen Erziehung, Rechtswesen und Sozialwesen. Die Bibliothek der Campbell Collaboration bietet eine komfortable Web-Oberfläche mit Such- und Download-Funktionen. Protokolle und Volltexte sind verfügbar.
Education Resources Information Center (ERIC) http://www.eric.ed.gov/	Die bibliografische Datenbank enthält mehr als 1,2 Mio. Datensätze aus Zeitschriften und anderen Quellen des Fachgebiets Erziehung und Pädagogik. Gesponsert vom U.S.-Erziehungsministerium, enthält Verweise auf englischsprachige Literatur inkl. Abstracts und bietet teilweise Zugriff auf Volltexte; ab dem Jahr 1966.
PEDro http://www.pedro.org.au/german/	PEDro ist eine Physiotherapie-Evidenz-Datenbank, frei zugänglich mit über 19.000 randomisierten, kontrollierten Studien, systematischen Reviews und klinischen Praxisleitlinien in der Physiotherapie. Viele Referenzen sind zum Volltext verlinkt. PEDro wird getragen vom "Centre for Evidence-Based Physiotherapy" des "The George Institute for Global Health".
GREENPILOT http://www.greenpilot.de/beta2/app	Die virtuelle Fachbibliothek für Ernährungs-, Umwelt- und Agrarwissenschaften ist kostenlos über ein zentrales virtuelles Portal verfügbar und bietet auch eine indexbasierte Suchmaschine. Es durchsucht Bibliothekskataloge, bibliografische Fachdatenbanken, Volltexte in Zeitschriften und mehr als 1000 qualitätskontrollierte Weblinks. GREENPILOT ist ein Service der ZB MED und wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert.
National Transportation Library NTL (TRIS, ITRD) http://ntlsearch.bts.gov/repository/index.do	Die US-National Transportation Library bietet seit 1998 statistische Daten und Studien zum Thema Verkehr und Transport. Sie inkludiert z. B. die Datenbank TRID (http://trid.trb.org/), die wiederum die internationale Datenbank TRIS (Transportation Research Information Services) und ITRD (Joint Transport Research Centre's International Transport Research Documentation der OECD) enthält. NTL stellt einen eigenen Thesaurus zur Verfügung, den Transportation Research Thesaurus (TRT), der sowohl in TRIS Online als auch den NTL-Katalogen zur Indexierung verwendet wird: http://ntlsearch.bts.gov/repository/trt.do
Australian Education Index www.acer.edu.au/library/aei/index.html	AEI ist eine australische Datenbank mit mehr als 130.000 Einträgen zu Erziehungswissenschaft, -politik und -praxis. Download von Volltexten gegen Gebühr. Ab 1979

20

„Frei zugänglich“ bedeutet, dass das Suchen nach Titeln und Abstracts von Studien und Projekten uneingeschränkt und kostenfrei ist. Nicht immer ist jedoch der volle Text einer Publikation kostenfrei erhältlich. Dieser muss oft von der entsprechenden Zeitschrift oder über die Autoren besorgt werden.

British Education Index www.leeds.ac.uk/bei/index.html	Die Referenzdatenbank British Education Index BEI enthält Artikel von in Großbritannien publizierten erziehungswissenschaftlichen Zeitschriften und nützt zur Beschlagwortung den British Education Thesaurus.
ADOLEC, Literature on Adolescence Health www.adolec.org	Bibliografische Datenbank für Artikel rund um das Thema Adoleszenz, produziert von der Pan American Health Organization in spanischer/portugiesischer Sprache.
AEGIS (AIDS Education Global Information System) http://www.aegis.com/	Portal zu Informationen zu Prävention, Behandlung und Management von AIDS und HIV. Es integriert Links zu Tagesnachrichten, Fact Sheets und persönlichen Berichten und wird stündlich aktualisiert.
AGRICOLA http://agricola.nal.usda.gov/	Nationaler US-amerikanischer Katalog der landwirtschaftlichen Bibliothek mit Referenzen zu landwirtschaftlichen Büchern und Zeitschriftenartikeln.
Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH) http://etoh.niaaa.nih.gov/	Ein Portal des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) mit einer Link-Sammlung zu Datenbanken, Zeitschriften und Webseiten zum Thema Alkoholkonsum und -missbrauch.
Alcohol Studies Database http://www2.scc.rutgers.edu/alcohol_studies/alcohol/	Die von Scholarly Communication Center, Center of Alcohol Studies und Rutgers University Libraries (New Jersey, USA) entwickelte Datenbank enthält über 70.000 Referenzen auf Zeitschriftenartikel, Bücher, Dissertationen, Konferenzunterlagen und audiovisuelles Material zum Thema Alkoholkonsum und -missbrauch.
EdITLib (Education and Information Technology Digital Library) http://www.editlib.org/	Die digitale Bibliothek EdITLib enthält peer-reviewte internationale Zeitschriftenartikel und Konferenzpapiere zu verschiedensten Fragen des Lernens und Lern-Technologien. Bietet die Möglichkeit zum Suchen und Browsen. Zugriff auf Volltexte besteht nur für registrierte Benutzer.
SPORTIF http://www.sport-if.de/	Bietet freien Zugang zu 3 Datenbanken des deutschen Bundesinstituts für Sportwissenschaft, vor allem: SPOLIT (bibliografische Datenbank mit Kurzreferaten zu sportwissenschaftlicher Literatur, überwiegend aus dem deutschsprachigen und angelsächsischen Raum), und SPOFOR (Datenbank zu sportwissenschaftlichen Forschungsprojekten aus dem deutschsprachigen Raum).
http://www.public-health-edu.ch/abstracts	Abstracts von Gesundheitssystem-bezogenen Masterarbeiten an der Universität Zürich, Lehrgang Public Health. Stichwortsuche möglich

9.2.2 Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale

SocINDEX http://www.ebscohost.com/public/socindex	Umfassende Referenzdatenbank für sozialwissenschaftliche Literatur, betrieben von EBSCO
SPORTDiscus™ http://www.ebscohost.com/academic/sportdiscus-with-full-text	Die von EBSCO betriebene Datenbank SPORTDiscus with Full Text ist eine umfassende Quelle für Volltexte aus über 530 Sport- und Sportmedizin-Zeitschriften.
AgeLine (EBSCO) https://libproxy.usc.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=gnh	Die Datenbank AGE LINE wird von der American Association of Retired Persons (AARP) produziert und von EBSCO betrieben. Sie enthält bibliografische Informationen zur gerontologischen Wissenschaft.

9.3 Literatur zu Medizin und Gesundheitswesen

9.3.1 Frei zugängliche²¹ Referenz-Datenbanken und Portale

PubMed http://pubmed.gov	Kostenfreier Zugang zur wichtigsten bibliografischen Datenbank der National Library of Medicine: Medline und anderen Ressourcen (PreMedline, MeSH etc). Schwerpunkt: Biomedizin und Gesundheit (inklusive Life Sciences, Pflege, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, vorklinische Fächer, Chemie, Biotechnologie, Public Health, Ausbildung). Seit dem Jahr 2000 verstärkte Abdeckung von Life Sciences
MedPilot www.medpilot.de	Service der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin. In dem viele Datenquellen aus Medizin bis Agrarwissenschaft umfassenden Suchportal kann auch deutsch gesucht werden.
Center for Reviews and Dissemination CRD http://www.crd.york.ac.uk/crdweb	Zugang zu den Datenbanken des CRD York: DARE enthält 15.000 Abstracts von systematischen Reviews NHS EED enthält 24.000 Abstracts von gesundheitsökonomischen Studien. HTA enthält Abstracts zu 8.000 fertiggestellten und laufenden Health Technology Assessments.
Cochrane Library http://www.thecochranelibrary.com/	Kostenfreie Suche nach Studien und Zusammenfassungen der evidenzbasierten Medizin in den Registern von CRD (DARE s. oben, INAHTA, EED) und der Cochrane Collaboration (CSR, CENTRAL, CMR). Ein Teil der Cochrane Library ist das Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), eine umfassende Quelle für kontrollierte klinische Studien, das vierteljährlich aktualisiert wird.
BioMed Central http://www.biomedcentral.com/browse/journals/	BMC ist ein Open Access Publisher zahlreicher Open Access Zeitschriften, bietet eine Suchplattform zu Zeitschriften aus Medizin, Biologie und Gesundheit und integriert auch so manchen Dokumentenserver.

²¹ „Frei zugänglich“ bedeutet, dass das Suchen nach Titeln und Abstracts von Studien und Projekten uneingeschränkt und kostenfrei ist. Nicht immer ist jedoch der volle Text einer Publikation kostenfrei erhältlich. Dieser muss oft von der entsprechenden Zeitschrift oder über die Autoren / die Autorin besorgt werden.

EthnoMed (Cross-Cultural Health) http://ethnomed.org/cross-cultural-health	Diese Webseite zu Interkulturellen Gesundheitsthemen bietet eine hilfreiche Linksammlung ausgewählter Informationen, Webseiten und Referenzlisten.
NLM Gateway des U.S. National Institutes of Health http://gateway.nlm.nih.gov/gw/Cmd	Suchportal des U.S. National Institutes of Health, bietet Zugang zu zahlreichen medizinischen, epidemiologischen und Public-Health-Registern und –Datenbanken.
Trip Database http://www.tripdatabase.com/index.html	Suchmaschine zum schnellen Zugriff auf medizinische Information mit ausgewiesenem Evidenz-Niveau. Die Inhalte stammen aus Medline, Cochrane, etc.
DRKS https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/	Das deutsche Register Klinischer Studien bietet Informationen zu laufenden und abgeschlossenen klinischen Studien in Deutschland. Das seit Oktober 2008 als WHO-Primär-Register anerkannte DRKS ist kostenfrei und öffentlich zugänglich, wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und von einer Non-Profit-Institution verwaltet. Zu jeder Studie findet man Studientitel, Kurzbeschreibungen, Ein-/Ausschlusskriterien, Studienstatus und Endpunkte.
Evidence-Based Practice for Public Health http://library.umassmed.edu/ebp/h/freephdb.cfm	Diese Seite ist ein Ergebnis des „Evidence-Based-Practice for Public Health“-Projekts der Lamar Soutter Library, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA. Das Originalprojekt wurde durch eine Stiftung des Centers for Disease Control and Prevention und der Association of Teachers of Preventive Medicine finanziert.
DoPHER http://epi.ioe.ac.uk/webdatabases/Intro.aspx?ID=2	Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER) ist die Datenbank des ePPI Centres (UK), spezialisiert auf Reviews zu Health Promotion und Public Health. Enthält etwa 2.700 systematische und nicht-systematische Reviews, die teils vom EPPI-Centre selbst erstellt wurden, teils in anderen DB gesucht werden. Alle DB-Einträge sind generisch beschlagwortet.
Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE http://www.gbe-bund.de/	Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (DtId) bietet kostenfrei über eine Milliarde Zahlen und Kennziffern in Form von übersichtlichen Tabellen. Die Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes führt Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus verschiedenen Quellen zusammen, darunter Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Neben Daten aus Deutschland sind auch internationale Tabellen der OECD und der WHO enthalten.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/	Das ISPMZ hat seit 1991 vom Schweizer Regierungsrat einen Leistungsauftrag in den Bereichen Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsüberwachung, Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu diverse Links und Downloads
LILACS http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=i&form=F	Medizinische Literaturdatenbank für den spanisch-portugiesischen Sprachraum. Thesaurus: DeCS - (http://decs.bvs.br/homepagei.htm) (Descriptores en Ciencias de la Salud)
CDC Wonder http://wonder.cdc.gov/	Portal des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mit Links zu verschiedensten Berichten und statistischen Daten zu Public Health und epidemiologischer Forschung. Ermöglicht auch Abfragen auf diverse Datenbestände.
CDC Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/search.do http://www.cdc.gov/nchs/products/browse-pubs.htm	Die Webseite des Centers for Disease Control and Prevention (USA) bietet neben vielen anderen Services (National Center for Health Statistics) auch eine Suchfunktion für einschlägige Literatur (betreut vom National Center for Public Health Informatics), häufig auch mit Zugriff auf Volltexte.
National Cancer Institute http://www.cancer.gov/	Diese Website bietet schwerpunktmäßig Information zum Thema Krebs und bietet Zugang zur Krebsstudien-Datenbank des National Institute of Health (http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/).

BiblioMap: Health Promotion References http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases/SearchIntro.aspx	BiblioMap ist die Datenbank des EPPI-Centres (Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre) für Gesundheitsförderungsforschung und enthält über 14.100 Einträge von und zu systematischen Reviews.
CIRRIE Database of International Rehabilitation Research cirrie.buffalo.edu/search/index.php	Die Datenbank des Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE) enthält etwa 90.000 Referenzen zum Thema Rehabilitationsforschung inner- und außerhalb der USA. In vielen Fällen ist auch der Volltext direkt zugänglich.
AHRQ - http://www.ahrq.gov/	Die Website der Agency for Healthcare Research and Policy enthält zahlreiche Informationen und Services rund um das Thema Gesundheitswesen und Gesundheitsversorgung. Von AHRQ aufbereitete Daten sind aufgelistet unter http://www.ahrq.gov/data/dataresources.htm .
EPHPP http://ephpp.ca/systematicreviews.html	Das Effective Public Health Practice Project EPHPP ist ein kleines kanadisches Forschungsteam, das Evidenz-Aufbereitung zu Public-Health-Themen für Praktiker und Entscheidungsträger erstellt.
http://www.healthsystemsevidence.org/open-search.aspx	Frei zugängliche Evidenzberichte der McMaster-Universität, Kanada

9.3.2 Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale

PsycINFO http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx	Die Datenbank für Psychologie, Verhaltenswissenschaften und psychische Gesundheit enthält über 3 Millionen indizierte Referenzen von peer-reviewed Zeitschriftenartikeln, Büchern und Konferenzpapieren. Sie wird von der American Psychological Association herausgegeben.
CINAHL (EBSCO) http://www.ebscohost.com/cinahl/	Der Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature CINAHL ist eine Referenzdatenbank für Pflegewissenschaft und verwandte Literatur, von EBSCO betrieben und mit einer eigenen Suchoberfläche angeboten, kann aber auch in andere Portale (OVID, ProQuest) integriert werden.
AMED (Allied and Complementary Medicine) http://www.ebscohost.com/academic/amed	Die Datenbank AMED enthält über 150.000 Referenzen von Zeitschriftenartikeln über Alternativ- oder Komplementärmedizin und verwandte Themen. Viele der indizierten Zeitschriften sind nicht in biomedizinischen Datenbanken enthalten. AMED wird vom Health Care Information Service der British Library produziert und von EBSCO vermarktet.
British Nursing Index (BNI) www.bnplus.co.uk/	Der British Nursing Index ist eine auf Pflege fokussierte bibliografische Datenbank, die mehr als 250 britische Zeitschriften der Pflegewissenschaft und Geburtshilfe und aus verwandten Gebieten enthält.
Evidence in Health and Social Care https://www.evidence.nhs.uk/	Vom NHS zur Verfügung gestellter Zugang und Suchoberfläche zu den Datenbanken searching AMED, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, HMC, MEDLINE, PsycINFO and Health Business Elite. Nur für NHS-Mitarbeiter und -Förderer ist der Zugang kostenfrei.

9.4 Themenübergreifende Quellen

9.4.1 Frei zugängliche²² Referenz-Datenbanken und Portale

OpenDOAR http://www.openoar.org/	OpenDOAR ist ein Verzeichnis von qualitätsgeprüften Open Access Repositories (frei zugänglichen Dokumentenservern) von verschiedenen Organisationen zu unterschiedlichen Fachgebieten. Man kann über die OpenDOAR-Plattform sowohl nach Inhalten suchen als auch browsen.
OpenGrey Repository http://www.greynet.org/opengreyrepository.html	OpenGrey Repository wurde 2011 als Nachfolge der OpenSIGLE-Datenbank für graue Literatur gelauncht. Es enthält insb. Konferenzpapiere ab dem Jahr 2008 und bietet offenen Zugang zu Referenzen und Abstracts.
The Evidence Network http://www.kcl.ac.uk/schools/sspp/interdisciplinary/evidence	Dieses Portal wird vom Centre for Evidence & Policy des King's College London betrieben. Es bietet Zugang zu vielen Informationsquellen für Soziologie und Gesellschaft und fungiert auch als Plattform für frei zugängliche und kostenpflichtige sozialwissenschaftliche Literaturdatenbanken.
DissOnline www.dissonline.de/	DissOnline indiziert über 50.000 deutsche und Schweizer Dissertationen und bieten Informationen rund um das Thema elektronische Hochschulschriften. Hier können Online-Dissertationen und -Habilitationen direkt recherchiert werden.
INTUTE http://www.intute.ac.uk/	Fachgebietsübergreifendes Informationsportal von britischen Universitäten, über das man nach einschlägigen Webseiten und Datenbanken zu verschiedensten Themenfeldern suchen und browsen kann. Intute Social Sciences Gateway (http://www.intute.ac.uk/socialsciences/) ermöglicht freien Zugang zu qualitativ hochgradigen Internet- Ressourcen zum Thema Sozialwissenschaften.
LSHTM's Library & Archives Service http://www.lshtm.ac.uk/library/databases/web_resources.html	Umfassende internationale Linksammlung der London School of Economics betreffend Public Health und andere Fachgebiete. Ausgewählte Links zu freien Ressourcen und Volltexten, das Meiste nur für registrierte Benutzer.
The Campbell Collaboration http://www.campbellcollaboration.org/resources/links.php	Die Website der Campbell Collaboration bietet eine hilfreiche Linksammlung zu den Inhalten Kriminologie und Recht, Erziehung und soziale Wohlfahrt sowie zu systematischen Reviews und Methoden. (http://www.campbellcollaboration.org/resources/links/links_user.php http://www.campbellcollaboration.org/resources/research/Methods_Links.php)
Elektronische Zeitschriften-Bibliothek EZB http://rzblx1.uni-regensburg.de/ezeit/	Service der Universitätsbibliothek Regensburg. Vereint 555 Bibliotheken bzw. Forschungseinrichtungen.
Google™ Scholar (Beta) http://scholar.google.com/	Suchmaschine für diverse wissenschaftliche Literatur, die Volltextzugriff bietet, sofern die integrierten Bibliotheken oder Organisationen diesen Service bieten. Enthält auch graue Literatur.
Scirus http://www.scirus.com/	Wissenschaftssuchmaschine des Elsevier-Verlags.

22

„Frei zugänglich“ bedeutet, dass das Suchen nach Titeln und Abstracts von Studien und Projekten uneingeschränkt und kostenfrei ist. Nicht immer ist jedoch der volle Text einer Publikation kostenfrei erhältlich. Dieser muss oft von der entsprechenden Zeitschrift oder über die Autoren besorgt werden.

9.4.2 Kostenpflichtige Referenz-Datenbanken und Portale

ISI Web of Science http://science.thomsonreuters.com/	Web of Science bietet sowohl klassische Suchfunktionen als auch Cited Reference Searching. Es inkludiert die Referenzdatenbanken Arts & Humanities Citation Index, Science Citation Index Expanded (SCI), Social Sciences Citation Index (SSCI), Conference Proceedings Citation Index, current Chemical Reactions, Index Chemicus.
Social SciSearch	Social SciSearch oder Social Science Citation Index (SCI) enthält Nachweise der internationalen Literatur zu Sozial- und Geisteswissenschaften, einschließlich Psychologie, Psychiatrie, Sozialmedizin und Wirtschaftswissenschaft. Die Quellen sind rund 1.700 internationale Zeitschriften aus dem Bereich der Sozial- und Verhaltenswissenschaften sowie relevante Beiträge aus etwa 3.300 internationalen naturwissenschaftlichen und technischen Zeitschriften.
GreyNet http://www.greynet.org/	Das Grey Literature Network Service ist ein fachgebietsübergreifendes Portal für Quellen internationaler grauer Literatur.

10 Checklisten

10.1 Allgemeine Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von Informationsquellen

Worksheet 8: Applying criteria in selecting sources of evidence

Source of evidence: _____

Criteria regarding:	To what extent does the source of evidence meet the criteria re.:				Implications re. selecting this source of evidence
	Relevance to health promotion/ public health question	Reflecting best practices in health promotion/ public health	Other quality criteria	Relevance to specific situation	
Initiatives' processes, activities & strategies (that are the subject of the report)					
Nature & source of the evidence					
Procedures & methodologies used to: 1. identify & select 2. analyze & summarize or synthesize 3. report the information					
How adequately the information source provides information to assess: 1. relevance of evidence to health promotion/ public health? 2. extent to which it reflects best practices in health promotion/public health? 3. quality of the evidence? 4. relevance to the specific situation?					

Quelle: Kahan/Goodstadt 2005b

10.2 Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen

Ref ID: _____			
Autor und Jahr der Publikation: _____			
Initialen der Reviewerin / des Reviewers: _____			
Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert der Review auf einer klar definierten (PICO) Forschungsfrage?			
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?			
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?			
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?			
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?			
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?			
META-ANALYSEN			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?			
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?			
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?			
Beurteilung des Bias Risikos	Gering	Unklar	Hoch
Kommentare			

Quelle: Methodenhandbuch, Version 1.2013

10.3 Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Tabelle 2			
Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen			
	Ja	unklar	Nein
Design			
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	☐	☐	☐
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	☐	☐	☐
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt? Falls Ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	☐	☐	☐
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	☐	☐	☐
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq 50\%$)?	☐	☐	☐
War die Messmethode (z.B. Labor, Fragebögen, Diagnosetest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	☐	☐	☐
Wurden Angaben zum Datenverlust (Responseraten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	☐	☐	☐
Start und Durchführung der Studie			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Rauchergewohnheiten usw.) überein?	☐	☐	☐
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?	☐	☐	☐
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?	☐	☐	☐
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	☐	☐	☐
Analyse und Auswertung			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	☐	☐	☐
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	☐	☐	☐
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	☐	☐	☐
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	☐	☐	☐
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	☐	☐	☐
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	☐	☐	☐
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	☐	☐	☐
Anhand einer Checkliste ist es möglich, die statistische und methodische Qualität einer Studie einzuschätzen und bei Berücksichtigung der angesprochenen Punkte zu verbessern. Nicht alle aufgeführten Punkte eignen sich zur Beurteilung jedes Studientyps. Beispielsweise stellt sich die Frage nach einer Randomisierung vor allem bei klinischen Studien.			

Quelle: Du Prel et al. 2009

10.4 Checkliste zur Beurteilung von Kohortenstudien

Ref ID: _____			
Autor und Jahr der Publikation: _____			
Initialen der Reviewerin / des Reviewers: _____			
Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
SELEKTION			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?			
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?			
VERGLEICHBARKEIT			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			
ENDPUNKTE			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art und verblindet beurteilt?			
Wurden potenzielle Störfaktoren (confounding factor) in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?			
Gab es eine hohe Drop-out-Rate? (> 20 %)			
Gab es eine hohe differenzielle Drop-out-Rate? (>15 %)			
Beurteilung des Bias-Risikos	Gering	Unklar	Hoch
Kommentare			

Quelle: Methodenhandbuch, Version 1.2013

10.5 Leitfragen zur Beurteilung von qualitativen Studien

Die folgenden Leitfragen (vgl. (Fröschl et al. 2012)) können zur Qualitätsbeurteilung von qualitativen Forschungsarbeiten herangezogen werden, d. h. sie sind nicht zwingenderweise im Sinne einer Checkliste zu beantworten, sondern können Hilfestellung bei der Qualitätsbeurteilung von qualitativen Forschungsarbeiten leisten. Zu berücksichtigen ist, dass es im Gegensatz zu einem Abhaken formaler Kriterien hierbei immer einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Forschungsarbeit bedarf.

- Gibt es eine klare Forschungsfrage bzw. ist diese in einen theoretischen Rahmen eingebettet?
- Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?
- Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting am geeignetsten ist?
- Ist die Art der Datenanalyse explizit und in Bezug zur Literatur dargestellt?
- Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?
- Reflektiert die Studie vorhandene ethische Aspekte?

10.6 Checkliste zur Beurteilung der externen Validität

Worksheet 9: Assessing applicability of evidence from other situations to our specific situation

In what way is our specific situation similar to and different from the situations from which the evidence/research findings were obtained?

fill in only those which are relevant	Analysis of our & other situations (i.e. that of the evidence/study)		Similarities & differences between situations			Implications & conclusions
	our situation with respect to...	the situation addressed by the evidence/study with respect to...	similarities between our situation & that addressed by the evidence/study	differences between the situations that don't matter	differences between the situations that do matter	
population demographics						
population profile						
physical environment						
social, economic & political environment						
psychological environment						
challenges						
resources						

notes

- ♦ *population demographics*: sex, age, income levels, education levels, health status, etc.
- ♦ *population profile*: culture, awareness and understanding of environmental issues (including physical, psychological, social, economic and political environments), underlying beliefs, readiness for action or change, nature of dynamics, etc.
- ♦ *physical environment*: geography, climate, pollution levels, housing density, etc.

Quelle: Kahan/Goodstadt 2005b

10.7 Kriterien zur Beurteilung der externen Validität

Mithilfe der nachstehenden Kriterien kann beurteilt werden, ob die beobachteten Effekte aus der aufbereiteten Evidenz auch für die konkreten Bedingungen der zu untersuchenden Intervention(en) angenommen werden können und somit übertragbar sind (Prüfung der sogenannten externen Validität). Mithilfe dieser Kriterien können sowohl die externe Validität einzelner Informationsquellen, aber auch die externe Validität der gesamten aufbereiteten Evidenz geprüft werden. Die Kriterien sind vor ihrer Anwendung immer an die konkrete Fragestellung der Evidenzaufbereitung anzupassen.

Tabelle 10.1: Checkliste zur Beurteilung der externen Validität

Applicability	What is the spectrum of circumstances – population, intervention, and setting – to which the evidence is pertinent, and what important variations in effect exist across different circumstances?
Relevance	Are the outcomes noted in the review relevant to the user of the study results? In some cases the outcomes may be too proximal (e.g., intermediate outcomes such as changes in self-reported dietary intake) and the linkages to distal health and quality of life outcomes (e.g., morbidity and mortality) unclear. If the study involves a comparison group, how does the nature of the comparison condition apply to the current circumstance?
Appropriateness	This encompasses value judgements. An intervention might be potentially applicable, relevant, and feasible, but the values of the community may not support the intervention.
Feasibility	Can the intervention can be replicated in a given setting. This includes cost as well as such non-monetary resources as expertise, training required for intervention staff, interest, and cultural considerations
Adverse effects	Attention must be given to the balance of positive and negative (adverse) effects, and consider opportunity costs in choosing one course of action rather than another.
Equitability	Does the intervention distribute resources fairly and does it reduce health inequalities?
Sustainability	Is infrastructure in place, along with ongoing resources and incentives, to maintain an intervention? This highlights the importance of considering the short-term versus long-term benefits of an intervention.

Quelle: Armstrong et al. 2007, 38

10.8 Vorlage für Datenextraktion

Tabelle 10.2: Datenextraktion

	Summary/description of findings	assessment of findings		
		relevance to health promotion / public health best practices	quality of methods and findings	applicability to specific situation
OUTCOMES				
short-term				
intermediate				
long-term				
ACTIVITIES & STRATEGIES				
which achieved outcomes				
which failed to achieve outcomes				
PROCESS				
which adequately supported activities & strategies				
which didn't adequately support activities & strategies				
CHALLENGES & SOLUTIONS				
challenges similar to our circumstances				
solutions to challenges				
RESSOURCES				
resources required to support processes				
resources required to support activities/ strategies				

(Quelle: (Kahan/Goodstadt 2005a)

10.9 Ausfüllhilfe zur Datenextraktion

Datenextraktionstabellen müssen für die jeweilige Fragestellung entwickelt werden, die nachfolgende Darstellung ist nur beispielhaft. Die Teile A und B sind verschränkt zu bearbeiten. Üblicherweise wird mit Teil B begonnen, da zunächst meist Informationen über die Evaluation vorliegen. Falls diese zu einer positiven Bewertung kommt, werden nähere Informationen zu den Programmen recherchiert. Werden zuerst Programminformationen identifiziert (z. B. über selektive Suche), wird mit Teil A begonnen. In jedem Fall wird das Programm nur dann für die weitere Darstellung berücksichtigt, wenn beide grauen Felder („Bedeutung des Programms für die GF“ und „Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF“) mit positiven Inhalten befüllt werden konnten.

Tabelle 10.3: Datenextraktion für Programme

Teil A Zusammenfassende Beschreibung des Programms	
Titel des Programms, Interventionen, Projekt	
BESCHREIBUNG DES PROGRAMMS / DER INITIATIVE (Wie wird der Bezug zu GF-Prinzipien und bereits durchgeführten Programmen hergestellt?)	
Autorinnen/Autoren	
Land, Jahr	
Zielgruppen	Auflisten aller Zielgruppen, die vom Programm erreicht werden sollen (Alter, Geschlecht, Berufsgruppe ...).
Settings	Auflisten aller Settings, in denen die Interventionen stattfinden.
Theoretischer Hintergrund	Kurze Darstellung aller wichtigen Theorieansätze, auf die sich das Programm stützt.
Inhalte des Programms	Was ist der inhaltliche Fokus des Programms?
Ziele in Bezug auf Verhalten und Verhältnisse	Auflisten der Ziele, die sich das Programm explizit setzt. Ist die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ein explizites Ziel?
Methoden/Art der Interventionen	Darstellung aller Methoden, die das Programm in den Interventionen verwendet.
Dauer, Intensität und Häufigkeit der Interventionen	Programmlaufzeit und Verteilung der Interventionen in dieser Zeit.
Kontextfaktoren (z. B. Pilotprogramm, Reichweite, Kooperationen)	
Wesentliche (un)geplante Änderungen der Interventionen	
Benötigte Ressourcen	Kosten, Personal, Infrastruktur, ...
Weitere Anmerkungen	

Bedeutung des Programms für die GF	Reflexion, ob das Programm den Prinzipien der Gesundheitsförderung entspricht und ob es auf bereits bestehenden Good- oder Best-Practice-Beispielen aufbaut. Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff: Projekt ist am Konzept der Salutogenese orientiert, Gesundheit wird als umfassendes körperliches, geistig-seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden. Gesundheitliche Chancengleichheit: Das Programm strebt explizit und systematisch die Verringerung gesundheitlicher Benachteiligung zwischen Bevölkerungsgruppen an. Ressourcenorientierung und Empowerment: Das Programm zielt darauf ab, Personen oder Gruppen zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu übernehmen. Setting- und Determinantenorientierung: Das Programm berücksichtigt die Einflussfaktoren auf Gesundheit und zielt auf deren Beeinflussung ab. Es berücksichtigt in den Interventionen mehrere Handlungsebenen (Individuum, Gruppe, Organisation, Lebenswelt und Politik/Gesellschaft). Partizipation: Das Programm ermöglicht in der Planung und Durchführung die Beteiligung der Zielgruppen. Vernetzung: Das Programm sieht eine Kooperation mit allen relevanten Akteurinnen/Akteuren vor. Nachhaltigkeit: Das Projekt ist auf nachhaltige Veränderungen ausgerichtet. Wenn das Programm nicht den Prinzipien der GF oder der gewählten Fragestellung entspricht, dann Abbruch.
Teil B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle	
Titel, Autorinnen/Autoren, Jahr	
Studiendesign	Das Studiendesign soll beschrieben werden: Kohortenstudie? Qualitative Studie? Messinstrumente? Größe der Studienpopulation? Messzeitpunkte?
Charakteristika der Studienpopulation	Insbesondere auch auf mögliche Verzerrungen hinweisen
Auswahl von Teilnehmern/Bezugsgruppe für Vergleich	
Indikatoren für Nutzen/Erfolg	Auflistung dargestellter Indikatoren
Ergebnisse: Wirksamkeit der personenbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen	
Kurzfristig (innerhalb der Projektlaufzeit)	Ergebnisse, die innerhalb der Projektlaufzeit gemessen wurden oder kurz nach Abschluss des Programmes.
Mittelfristig	Ergebnisse, die bis drei Jahre nach Projektende gemessen wurden.
Langfristig	Ergebnisse, die mehr als drei Jahre nach Projektende gemessen wurden.
Interventionen	
Welche Interventionen haben positive Veränderungen erzielt?	
Welche Interventionen haben keine oder negative Veränderungen erzielt?	Welche Interventionen haben keine oder negative Veränderungen erzielt?
Prozesse und Strukturen	
Welche Prozesse und Strukturen haben die Intervention unterstützt?	
Welche Prozesse und Strukturen haben die Intervention behindert?	Unbedingt darstellen, da daraus learnings abgeleitet werden können! Gegebenenfalls Nachrecherchen oder persönliche Kontaktaufnahme sinnvoll
Akzeptanz und Durchführbarkeit des Programms laut Evidenz	Akzeptanz in den primären und sekundären Zielgruppen sowie im Umfeld darstellen.

Qualität der Evaluationsmethoden und –ergebnisse (sehr gut, mittelmäßig, nicht ausreichend, unklar)	Bewertung erfolgt anhand der Checkliste 10.2 oder 10.3 laut Methodenhandbuch.
Übertragbarkeit und Anwendbarkeit der Evidenz (externe Validität: hoch, mittel, niedrig)	Hilfestellung durch Checklisten 10.5 und 10.6 im Methodenhandbuch
Weitere Anmerkungen	
Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die GF (Warum weiter berücksichtigt? Warum für weiteres ausgeschlossen)	Ist die Qualität der Studie ausreichend? Sind die Ergebnisse aussagekräftig? Sind die Ergebnisse relevant für meine Fragestellung? Wenn nein, Abbruch
Teil C Abschließende Bewertung	
Herausforderungen (z. B. Ungeplante Programmveränderungen) und Lösungen	
Übertragbarkeit auf gewählte Fragestellung/Setting²³	Nur auszufüllen, falls die gefundenen Studien nicht ganz der Fragestellung entsprechen (z. B. Fragestellung ist LPK in der Volksschule, gefunden werden aber nur Studien betreffend Oberstufe).
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung des Programms und der Evidenz	

Tabelle 10.4: Datenextraktion für Übersichtsarbeiten

Teil A Ergebnisse der relevanten Programme	
Titel des identifizierten Programmes, der Interventionen, des Projekts	Faustlos
Inhalte	2 x Sucht (Name 1, Name 2), 1 x Gewalt (Name 3)
Methoden und Kontext der Interventionen	Curricula durch Lehrer, einmalig von Externen..., Setting
Ergebnisse	Schüler und Kindergartenkinder
Weitere Anmerkungen	
Schlussfolgerungen	Bezug zu GF herstellen. Review bezieht sich auf GF und Primärprävention in der Fragestellung, Die Programme werden nicht in Bezug zu den Prinzipien der GF dargestellt. DER GF- Bezug der eingeschlossenen Studien kann daher nicht beantwortet werden.

²³ In einzelnen Fällen kann in der Auswahl der Informationsquellen das Setting oder die Zielgruppe der ursprünglichen Fragestellung (zwecks mangelnder Informationsquellen) erweitert werden und hier sollen Limitationen bei der Übertragbarkeit auf die Fragestellung diskutiert werden.

Teil B Beschreibung und Bewertung der Evidenzquelle	
Titel, Autorinnen/Autoren, Jahr	
Fragestellung	
Studiendesign	Systematisch, selektiv ...
Quellensuche (Literatur, Programme)	Datenbanken, FGÖ-Datenbank, Expertenbefragung...
Selektionskriterien	
Identifizierte Programme/Studien	
Qualität des Reviews (sehr gut, mittelmäßig, nicht ausreichend) ²⁴	
Weitere Anmerkungen	
Teil C Ergebnisse	
Schlussfolgerungen und Gesamtbewertung der Ergebnisse	Qualität des Reviews in Bezug zu seinen Ergebnissen Review mit sehr hoher Qualität, der jedoch auch Studien niedriger Qualität einschließt. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse (nämlich dass Gewaltprävention immer funktioniert) ist daher nur bedingt gewährleistet.

²⁴ Klar definierte Forschungsfrage und Selektionskriterien? 4-Augen-Prinzip bei Selektion und Bewertung? Berücksichtigung der Studienqualität bei Evidenzsynthese?

10.10 Beispiel für tabellarische Ergebniszusammenfassung

Table 2: Characteristics of included studies

Reference	Intervention	Participants	Setting/context	Outcomes	Results	Methods/quality	Other notes
Barone (1988) USA	<i>Content:</i> I: Usual safety education, plus slides and handouts on burn prevention, motor vehicle safety education and video; bath water thermometer; hot water gauge. (n=41) C: Usual safety education (n=38) <i>Duration:</i> 4 x 2h weekly meetings. <i>Delivered by:</i> Unclear	Couples or individuals attending "Parenting the toddler" classes	Classes conducted at suburban hospital, family homes	Home inspection 6 months after class 1) Final smoke alarm ownership I = 32/34 C = 26/29 2) Final functioning smoke alarms I = 39/41 C = 34/38 I = 32/34 C = 26/29	1) Final smoke alarm ownership I = 32/34 C = 26/29 2) Final functioning smoke alarms: I = 39/41 C = 34/38 I = 32/34 C = 26/29 No significant difference between groups	Allocation by coin toss within paired classes Outcome assessment not blinded Withdrawals: 27% of parents attending randomised classes did not enrol in trial	
Clamp (1998) UK	<i>Content:</i> I: Safety advice, leaflets, discount safety devices for low income families (n=83 families) C: Routine child health surveillance and routine consultations without intervention (n=82 families) <i>Duration:</i> Unclear <i>Delivered by:</i> Health visitors/practice nurses	Families of children <5 yrs on GP list	Delivered during child health surveillance consultations, opportunistically during other consultations, or the family was asked to make an appointment specifically for the intervention	Telephone/mail survey 6 weeks after visit: 1) Smoke alarms acquired 2) Functioning smoke alarms acquired 3) Final smoke alarm ownership 4) Final functioning smoke alarms	1) Smoke alarms acquired: I = 8/83 C = 0/82 2) Functioning smoke alarms acquired I = 7/83 C = 4/82 3) Final smoke alarm ownership: I: 82/83 C: 71/82 4) Final functioning smoke alarms: I: 80/83, C: 71/82	Allocation by random numbers table numbered 1-165, the first 83 numbers on the list were allocated to the intervention group. Allocation was done by a researcher blinded to the number given to each family at the time of allocation Outcome assessment not blinded Withdrawals: None	

Reference	Intervention	Participants	Setting/context	Outcomes	Results	Methods/quality	Other notes
Davis (1987) USA	<i>Content:</i> I: Fire safety lessons with workbook, demonstrations, teacher training, materials, take home materials for parents (n=439) C: Usual lessons (n=418) <i>Duration:</i> 6 x 1-hour lessons <i>Delivered by:</i> Teacher	Children in grade 4-6 classes	School	In school survey, immediately after class: 1) Final smoke alarm ownership	Final smoke alarm ownership: I = 221/314 C = 195/299 I = 309/439 C = 272/418	Method of random allocation unclear Outcome assessment not blinded Withdrawals: I = 1% C = 0%	The study uses repeated hypothesis testing
Jenkins (1996) Canada	<i>Content:</i> I: Discharge teaching book about burn care and prevention; routine discharge teaching (n=62 families) C: Routine discharge teaching (n=61 families) <i>Duration:</i> One session <i>Delivered by:</i> Physical therapist, occupational therapist or nurse	Families of children <17 years in burn unit	Delivered at discharge from burn unit	Interview in clinic at first follow-up visit (time since intervention unclear): Final smoke alarm ownership	Final smoke alarm ownership: I = 45/62 C = 46/61	Allocation by random numbers table read by independent person Outcome assessment blinded Withdrawals: 13% overall (unclear for each group)	48% of children in the study were of Native American Indian origin. Families were less likely to have safety devices, and less likely to speak English as a first language

Reference	Intervention	Participants	Setting/context	Outcomes	Results	Methods/quality	Other notes
Kelly (1987) USA	<i>Content:</i> I: Developmentally oriented child safety education, hazard assessment and handout at 6, 9 and 12-month well child visits. (n=55 families) C: Usual 6, 9 and 12-month well child visits (n=54 families) <i>Duration:</i> Each visit approx 15 mins <i>Delivered by:</i> I = Principal investigator C = primary caretaker (paediatric resident, fellow, faculty member, or nurse practitioner)	Families of children aged 6 months seen for well child care	Family home	1) Final smoke alarm ownership (from home inspection, 1 month after 12-month visit) 2) Accidents and/or hospitalisations (from hospital record review)	1) Final smoke alarm ownership: I = 8/55 C = 6/54 No significant difference between groups 2) ER/primary care visits for accidents: I = 15/55 C = 11/54 Accidents requiring treatment: I = 3/55 C = 4/54 Hospitalisations for accidents: I = 1/55 C = 1/54	Method of random allocation unclear Outcome assessment blinded. Withdrawals: I = 35% C = 37%	
Kendrick (1999) UK	<i>Content:</i> I: Age specific advice, cheap safety equipment for low income families, home safety checks, first aid training. Checklists, information sheets and literature provided throughout (18 centres randomised, n=1124) C: Usual care (no further description) (18 centres randomised, n=1028) <i>Duration:</i> Unclear. <i>Delivered by:</i> Health visitors and practice nurses	Children aged 3-12 months	Community	a) Record review of injuries b) Postal survey of safety practices at 25 month follow-up: 1) Smoke alarms acquired 2) Functioning smoke alarms 3) Final smoke alarm ownership 4) Final functioning smoke alarms	1) Smoke alarms acquired: I = 15/274 C = 11/277 2) Functioning smoke alarms acquired: I = 20/274 C = 14/277 3) Final smoke alarm ownership: I = 254/274 C = 248/277 4) Final functioning smoke alarms: I = 243/274 C = 241/277	Allocation by random numbers table by investigator blind to the identity of the practices Outcomes assessment blinded Withdrawals: I = 67% C = 64%	Not all participants received all aspects of the intervention

Quelle: Popay et al. 2006

11 Vorlagen

11.1 Forschungskonzept

Forschungskonzept für das Projekt (Arbeitstitel des Projektes) Stand vom (aktuelles Datum)	
Projekthintergrund	Beschreibung der Ausgangslage, der Projektziele und des erwarteten Nutzens
Operationalisierte Fragestellung	Präzisierung der Fragestellung anhand grundlegender Aspekte: → Zielgruppe → Setting → Intervention → Bezugspunkt für Vergleich → Indikatoren für Nutzen → Kontext, in dem Intervention stattfindet → Zugrundeliegende Theorien → Grundsätze der Gesundheitsförderung Anmerkungen: Adaptionen der Fragestellungen im Prozessverlauf sind zu begründen und zu dokumentieren.
Methodische Vorgehensweise	→ Skizzierung des methodischer Zugangs und des beabsichtigen Vorgehens → Dokumentation von Abweichung von und Adaptierung der Planung (jeweils mit Begründung) und Abspeichern des Forschungskonzeptes mit aktuellem Datum
Informationsquellen	Festlegen der Art der einzubeziehenden Evidenz (z. B. epidemiologische Studien, qualitative Forschungsarbeiten, publizierte vs. graue Literatur etc.)
Sprache	Festlegung der Sprache (z. B. Deutsch, Englisch)
Beobachtungszeitraum	Einschränkung des Beobachtungszeitraums (z. B. von 2002 bis einschließlich Mai 2012)
Auftraggeber/in	Nennen von Auftraggeber/in
Einbindung von Stakeholdern	Nennen von einzubeziehenden Stakeholdern inkl. Angabe von potenziellen Interessenkonflikten
Projektleitung	Name und Referenzen der Projektleiterin bzw. des Projektleiters
Projektmitarbeit	Name und Referenzen der Projektmitarbeiter/innen sowie Festlegen der jeweiligen Aufgabenbereiche im Projekt
Ressourcen	Schätzen der benötigten Projektressourcen
Zeitplan	Grobes Skizzieren des Zeitplans für die einzelnen Projektphasen inklusive Festlegen von Meilensteinen

11.2 Endbericht

Nachfolgende Struktur wird für Endberichte zur Aufbereitung von Evidenz in der Gesundheitsförderung vorgeschlagen:

- Kurzfassung
- Evt. Abstract in engl. Sprache
- Inhaltsverzeichnis
- Tabellenverzeichnis
- Abbildungsverzeichnis
- Abkürzungsverzeichnis
- Glossar
- Einleitung (Beauftragung, Ziele und erwarteter Nutzen des Projektes, Definition von Evidenz zur Gesundheitsförderung)
- Ausgangslage in Österreich (inkl. relevanter Interventionen)
- Theoretische Grundlage
- Entwickelte Fragestellung
(sowie allfällige Adaptionen der Fragestellungen im Prozessverlauf)
- Methodik
- Ergebnisse
- Zusammenfassung und/oder Aufbereitung der Evidenz (inkl. Diskussion)
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen
- Literaturverzeichnis
- Anhang (ggf. inklusive anschaulicher Beispiele und Modellprojekte)

11.3 Vorlagen für Formate des Wissenstransfers

Struktur und Inhalte der Vorlagen sind Vorschläge und sollen helfen, Projektergebnisse zielgruppenorientiert aufzubereiten und damit den Wissenstransfer zu unterstützen. Es wird jedoch empfohlen, die Erläuterungen in Kap. 6 zu lesen, um unterschiedliche Interpretationen von Begriffen zu vermeiden. Die daran anschließende Tabelle präsentiert bestehende Formate des Wissenstransfers.

Vorlage für Entscheidungsträger/innen

(1-2 Seiten, gut strukturiert, Allgemeinplätze vermeiden)

1. Kurzer Abriss zu Thema, Zielen, Zielgruppen
2. Relevante Konzepte/Methoden der Gesundheitsförderungspraxis (inklusive Vor- und Nachteile)
3. Zentrale Schlussfolgerungen und Empfehlungen (dargestellt als „Do’s and Dont’s“ unter Hervorhebung von „No Go’s“)
4. Erwähnung von Modellprojekten (mit Links zu weiterführenden Informationen)
5. Verweise auf ergänzende Informationen zum Review (Gesamtbericht bzw. Formate für Praktiker/innen)

Vorlage für Praktiker/innen

(15-20 Seiten, allgemeinverständliche Sprache verwenden)

1. Theoretischer Hintergrund (Begriffe, Theorien, Methoden, Indikatoren für Evaluationen)
2. Gesundheitsförderungspraxis in Österreich
3. Ergebnisse: Erfolgsfaktoren und andere konkrete, für die Umsetzung relevante Hinweise, dargestellt als „Do’s and Dont’s“ sowie „No Go’s“)
4. Modellbeispiele (als Box plus Links zu weiterführenden Informationen)
5. Schlussfolgerungen (hinsichtlich Evidenz und Adaptierungsbedarf der in Österreich gängigen Praxis)
6. Verweise auf ergänzende Informationen zum Review (Gesamtbericht bzw. Formate für Praktiker/innen)

Vorlage für Wissenschaftler/innen

1. Abstract
2. Hintergrund
3. Methodik
4. Ergebnisse
5. Diskussion
6. Schlussfolgerungen
7. Bibliografie

Beispiele für Wissenstransfer	Zielgruppe	
	Politik	Praxis
Policy Briefings (EBDD, WHO bzw. European Centre for Social Welfare Policy and Research) - haben keinen Fokus auf Gesundheitsförderung oder Evidenz.	✓	
Policy Summaries werden von der WHO in Ergänzung zu den Policy Briefings (siehe oben) erstellt	✓	
Evidence Briefings (NICE) – haben keinen Fokus auf Gesundheitsförderung aber auf Evidenz, werden zu jedem Evidence Review erstellt und als eigenes Dokument verbreitet	✓	✓
Evidence Summaries (Department of Health, Victoria) – haben keinen Fokus auf Gesundheitsförderung aber auf Public Health und Evidenz	✓	✓
NICE Guidelines - haben keinen Fokus auf Gesundheitsförderung, werden für die verschiedensten Themen (inklusive Public Health) auf Basis der verfügbaren Evidenz und in Zusammenarbeit mit Praktikerinnen/Praktikern, (Patientinnen/Patienten) und der Öffentlichkeit erarbeitet und auf einer eigenen Website veröffentlicht.		✓
Quick Reference Guide (NICE) – ist wesentlich kürzer und prägnanter, enthält nur die Empfehlungen sowie relevante Definitionen und eine Auflistung der Implementierungstools.		✓
Understanding NICE Guidance (NICE) – Broschüre, die vor allem einen Überblick über die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bietet und relevante Fragen als Grundlage für Beratungsgespräche (zwischen Patient/innen und Praktiker/innen) aufzeigt.		✓
Leitfäden - z. B. der KNP, wurde aufgrund der Ergebnisse eines Projektes praxisnah und anwendungsbezogen als Arbeitshilfe aufbereitet, enthält alle relevanten Handlungsfelder mit den entsprechenden Qualitätselementen, Gute-Praxis-Kriterien sowie Gute-Praxis-Beispiele		✓
Modellprojekte des FGÖ ²⁵ - Fokus auf Gesundheitsförderung	✓	✓
Projektsteckbriefe der KNP ²⁶ - Fokus auf Gesundheitsförderung		✓
EDDRA Datenbank der EBDD ²⁷ - Fokus auf Sucht (Prävention, Behandlung, Schadensminimierung)		✓
Online-Datenbank der BZgA ²⁸ - Fokus auf Suchtprävention		✓
QIPP Kollektion von Fallstudien des NHS ²⁹ - Fokus auf Public Health		✓

25 <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/modellprojekte>

26 <http://www.knp-forschung.de/?uid=55f529191a783bc4eeeb5119d1288936&id=recherche>

27 <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

28 <http://www.dotsys-online.de>

29 <http://www.evidence.nhs.uk/qipp>

12 Konsultierte Expertinnen und Experten

Barbara Kahan, Health Promotion Consultant (Entwicklerin des Interactive Domain Model am Centre of Health Promotion, University of Toronto)

Christina Kien, Department für EBM an der DonauUni Krems (Projekt zu Evidenz zu Gesunden Gemeinden)

Doris Kuhness, Styria Vitalis (Public-Health-Master-Arbeit zur Evidenz bezüglich schulischer Gesundheitsförderung)

Silvia Marchl, Styria Vitalis (Public-Health-Master-Arbeit zur Evidenz von Ernährungsinterventionen in Kinderkrippe, Kindergarten, Schule)

Ingrid Spicker, Wiener Gesundheitsförderung (Arbeit an einem Argumentarium „Kommunale Gesundheitsförderung“ im Rahmen der früheren Tätigkeit am Forschungsinstitut des Roten Kreuzes)

Roman Winkler, LBI für HTA (Arbeiten zur Evidenz im Bereich Public Health, aktuell z. B. Evidenz zu aufsuchenden Angeboten im Rahmen von Eltern-Kind-Vorsorge Neu)

13 Analysierte Guides

Referenz	Organisation/Land	Form
Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver S, Popay J, Shepherd J, Petticrew M, Anderson L, Brunton G, Bailie R, Hawe P, Kristjansson E, Naccarel la L, Norris S, Pienaar E, Roberts H et al. (2007). Guidelines for Systematic reviews of health promotion and public health interventions. Melbourne University: Australia, Cochrane Health Promotion and Public Health Field	Cochrane HPR Group /Australien	Guide
Dissemination, C. f. R. a. (2009). Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York, CRD, University of York. Seiten 157-176: Public Health interventions	CRD/UK	Kapitel eines Guides
Gerhardus et al. (2010). Evidence-based Public Health	Deutschland	Methodenbuch
Thomas, J. and Harden, A. (2008). „ Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. “ BMC medical research methodology 8: 45 Gough, D. A. (2004). Systematic research synthesis to inform the development of policy and practice in education. Evidence-based Practice. G. Thomas, Pring R Buckingham, Open University Press: 44-62. Bellamy J, Britten N, Campbell R, Davies Ph, Dillon L, Donovan J, Cottingham M, Egan Ph H, Morse J et al. (2006). Moving beyond effectiveness in evidence synthesis. Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence. J. Popay. London, National Institute for Health and Clinical Excellence	EPPI-Centre / UK	Liste von Einzeldokumenten

Haby, M. (2009). Evaluation framework for health promotion & disease prevention programs. E. a. P. t. Evidence, Health Development Unit. Melbourne, Public Health Branch Department of Health. Haby, M. (2009). Guideline for evidence summaries for health promotion and disease prevention interventions. Melbourne,, Health Development Unit, Victorian Government Department of Health. Haby, M.; Bowen, S. (2010). Making decisions about interventions. A guide for evidence-informed policy and practice. Melbourne, Victoria, Prevention and Population Health Branch, Victorian Government Department of Health. Health, V. G. D. o. (2009). An Evidence Summary. V. G. D. o. H. Health Development Unit. Melbourne. Holt, L. (2009). How to use qualitative research evidence when making decisions about interventions. Melbourne, Prevention and Population Health, Victorian Government Department of Health.	Victoria/Australien	Framework aus Einzeldokumenten
Hedin, A.; Källestal, C. (2004). Knowledge-based public health work. Handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health, national institute of public health – Sweden.	Institut für PH / Schweden	
Kahan, B.; Goodstadt, M. (2005). Research & Evaluation. The IDM Manual. A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto. Kahan, B.; Goodstadt, M. (2005). Using the IDM Framework. The IDM Manual. A guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto.	IDM Centre for Health Promotion, Toronto / Canada	Framework aus Einzeldokumenten
Kelly, M.P.; Speller, V.; Meyrick, J. (2004). Getting evidence into practice in public health. Health Development Agency, NHS.	HDA / UK	Rahmendokument
Pawson, R. (2006). Evidence-based Policy. A Realist Perspective. Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. In: J Health Serv Res Policy Vol 10 Suppl 1 July 2005 http://www.leeds.ac.uk/sociology/realistsynthesis/	University of Leeds / UK	Methodenansatz in Buch, Artikeln und Website

Räty, S.; Aro, A.R. (2005). EUROPEAN REVIEW PROTOCOL FOR HEALTH PROMOTION. Getting Evidence into Practice (GEP), Strand I, National Public Health Institute (KTL), Finland. Räty, S.; Aro, A.R. (2005). Inventory report of the quality criteria in the existing review protocols of health promotion. Getting Evidence into Practice (GEP), Strand I, National Public Health Institute (KTL), Finland. Räty, S.; Parry-Langdon, N.; Drahonovska, H.; Laubli Loud, M.; Bos, V.; Aro, A.R. (2005). Report on developing the European review protocol and completed feasibility test reports by the partners. Inventory report of the quality criteria in the existing review protocols of health promotion. Getting Evidence into Practice project, National Public Health Institute (KTL), Finland. Räty, S.; Rogacheva, A.; Aro, A.R. (2005). Inventory report of the existing review protocols. Getting Evidence into Practice (GEP), Strand I, National Public Health Institute (KTL), Finland.	Getting Evidence into Practice / Europa	Projektdokumentation in Teilschritten
Zaza, S.; Wright-De Agüero, L.K. et al. (2000). Data collection instrument and procedure for systematic reviews in the Guide to Community Preventive Services. Task Force on Community Preventive Services. American journal of preventive medicine 18 (1 Suppl): 44-74.	Community Preventive Services / USA	Methoden-Publikation

14 Mitglieder des Fachbeirats

Christina Dietscher	LBI Health Promotion Research
Ludwig Grillich	Donauuniversität Krems
Karin Reis-Klingspiogl	Styria vitalis
Ingrid Spicker	Wiener Gesundheitsförderung (WiG)
Judith delle Grazie	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Thomas Amegah	Amt der Steiermärkischen Landesregierung; Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Andreas Mischak	Vorarlberger Landesgesundheitsfonds
Stefan Spitzbart	Hauptverband der Sozialversicherungsträger

15 Teilnehmer/innen der Fokusgruppen

Fokusgruppe „GF-Praktiker/innen“ (Personen, die an zumindest einem der beiden Termine teilgenommen haben)

Bereich	Name	Institution
aks Austria	Thomas Diller	AVOS (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin)
aks Austria	Eva Kostial / Jochen Lindenthal	Gesundes Niederösterreich
Suchtprävention	Barbara Drobesh	Kärntner Landesregierung, Abt. Suchtprävention
Migration	Liesl Frankl	Beratungsgruppe.at
Private Anbieter	Birgit Kriener	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Bund	Alexandra Wolf	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)
Gemeinde	Gernot Scheucher	Trainingsvorsprung.at

Fokusgruppe „GF-Entscheidungsträger/innen“ (Personen, die an zumindest einem der beiden Termine teilgenommen haben)

Bereich	Name	Institution
Bund - Jugend	Robert Lender	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ)
Bund - Gesundheit	Judith delle Grazie	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Land	Elisabeth Oberleitner	Landessanitätsdirektion Kärnten
Land	Brigitte Bauer-Sebek	MA 13 Wien (Magistratsabteilung für Bildung und außerschulische Jugendbetreuung)
SV-Träger	Verena Krammer	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
GF-Gesundheitssystem	Ulrike Sommeregger	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister (ONGKG)
Gemeinde-/Städtebund	Christiana Dolezal	Vizebürgermeisterin Linz
GF-Fördervergabe	Dennis Beck	Wiener Gesundheitsförderung (WiG)

