

# EVIDENZBASIERTE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)

BZgA-Memorandum / November 2020

Freia De Bock, Martin Dietrich, Eva Rehfues

## Zitierweise

De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2020). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0>

Dieses Dokument wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Er ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

## Autorinnen und Autoren

**Freia De Bock**, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

**Martin Dietrich**, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

**Eva Rehfuess**, Pettenkofer School of Public Health (PSPH), Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, LMU München.

**Redaktion:** aHa-Texte (Köln)

**Satz:** BZgA

**Version:** 1.0

**doi:** [10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Abteilung 2 Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Aufklärung  
Maarweg 149-161 50825 Köln  
Tel.: 0221 8992 307  
Fax: 0221 8992 300  
E-Mail: [forschung@bzga.de](mailto:forschung@bzga.de)  
<http://www.bzga.de/forschung/>

# INHALT

<b>1 DANK</b>	<b>5</b>
<b>2 VORWORT</b>	<b>5</b>
<b>3 RELEVANZ UND ZIELSETZUNG DES MEMORANDUMS</b>	<b>6</b>
3.1 Evidenzbasierung als Anforderung an die Prävention und Gesundheitsförderung	6
3.2 Das Potenzial von Evidenzbasierung für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung	8
3.3 Memorandum als Vorschlag der Operationalisierung von Evidenzbasierung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung	9
3.4 Definitionen einer evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung	10
<b>4 EVIDENZBASIERTE ENTSCHEIDUNGEN</b>	<b>13</b>
4.1 Allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierten Entscheidungen	13
4.2 Public-Health-spezifische Umsetzung von Evidenzbasierten Entscheidungen	15
<b>5 EVIDENZBASIERTE INTERVENTIONEN</b>	<b>18</b>
5.1 Internationale Kriterien für die Evidenzbasierung von Interventionen	18
5.2 Das Spektrum wissenschaftlicher Absicherung und Konsequenzen für die Evaluation	22
5.3 Die Übertragbarkeit von Interventionen und Konsequenzen für die Implementierung und Evaluation	25
<b>6 UMSETZUNG EVIDENZBASIRTER ENTSCHEIDUNGEN UND EMPFEHLUNGEN AUF NATIONALER EBENE</b>	<b>27</b>
<b>7 EVIDENZBASIERTE UMSETZUNG VON INTERVENTIONEN AUF LOKALER EEBENE</b>	<b>31</b>
<b>8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK</b>	<b>39</b>
<b>9 LITERATUR</b>	<b>41</b>

## TABELLEN

TABELLE 1: AUSGEWÄHLTE DEFINITIONEN VON EVIDENZBASIERTER PUBLIC HEALTH .....	12
TABELLE 2: STIIP – ALLGEMEINE PRINZIPIEN VON EVIDENZBASIERUNG.....	14
TABELLE 3:TIKKA-ZUSÄTZLICHE UMSETZUNGSFAKTOREN VON EVIDENZBASIERUNG IM BEREICH PUBLIC HEALTH .....	17
TABELLE 4: DEFINITIONEN DES BEGRIFFS „EVIDENZBASIERTE INTERVENTION“ .....	19
TABELLE 5: VERKÜRZTE UND ANGEPASSTE ZUSAMMENFASSUNG DES KONSENSUS-STATEMENTS FÜR EVIDENZBASIERTE INTERVENTIONEN .....	20
TABELLE 6: BEISPIELE DEUTSCHER, EUROPÄISCHER UND INTERNATIONALER PROJEKTDATENBANKEN MIT INFORMATIONEN ZU VIELVERSPRECHENDEN UND EVIDENZBASIERTEN MAßNAHMEN .....	35
TABELLE 7: CHECKLISTE ZUR TRANSFERABILITÄTSBEURTEILUNG (BASIEREND AUF DEM CICI-FRAMEWORK ZU KONTEXT UND IMPLEMENTIERUNG VON KOMPLEXEN MAßNAHMEN (PFADENHAUER ET AL., 2017), DEUTSCHE ÜBERSETZUNG UNVERÖFFENTLICHT) .....	38

## ABBILDUNGEN

TABELLE 1: AUSGEWÄHLTE DEFINITIONEN VON EVIDENZBASIERTER PUBLIC HEALTH .....	12
TABELLE 2: STIIP – ALLGEMEINE PRINZIPIEN VON EVIDENZBASIERUNG.....	14
TABELLE 3:TIKKA-ZUSÄTZLICHE UMSETZUNGSFAKTOREN VON EVIDENZBASIERUNG IM BEREICH PUBLIC HEALTH .....	17
TABELLE 4: DEFINITIONEN DES BEGRIFFS „EVIDENZBASIERTE INTERVENTION“ .....	19
TABELLE 5: VERKÜRZTE UND ANGEPASSTE ZUSAMMENFASSUNG DES KONSENSUS-STATEMENTS FÜR EVIDENZBASIERTE INTERVENTIONEN .....	20
ABBILDUNG 1: SPEKTRUM AN WISSENSCHAFTLICHER ABSICHERUNG VON MAßNAHMEN DER PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	24
ABBILDUNG 2: POSITIVE BEURTEILUNG DER TRANSFERABILITÄT UND DARAUS RESULTIERENDE ABLEITUNG VON KONSEQUENZEN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG UND EVALUATION, IN ABHÄNGIGKEIT VON DER EINORDNUNG DER MAßNAHMEN IN DAS SPEKTRUM WISSENSCHAFTLICHER ABSICHERUNG .....	26
TABELLE 6: BEISPIELE DEUTSCHER, EUROPÄISCHER UND INTERNATIONALER PROJEKTDATENBANKEN MIT INFORMATIONEN ZU VIELVERSPRECHENDEN UND EVIDENZBASIERTEN MAßNAHMEN .....	35

## 1 DANK

Dieses Memorandum wurde durch ein umfassendes Peer-Review-Verfahren auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand erstellt. Wir möchten uns sehr herzlich bei den folgenden Peer-Reviewerinnen und -Reviewern aus dem deutschsprachigen Raum für ihre gutachterliche Unterstützung bedanken (in alphabetischer Reihenfolge): Prof. Dr. Gerald Gartlehner (Donau-Universität Krems, Österreich), Prof. Dr. David Klemperer (Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg), Peter von Philipsborn (Ludwig-Maximilians-Universität München), Prof. Dr. Alf Trojan (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Prof. Dr. Manfred Wildner (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie Ludwig-Maximilians-Universität München), Prof. Dr. Hajo Zeeb (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, Bremen).

## 2 VORWORT

Prävention und Gesundheitsförderung sind gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als zwei von zehn Kernfunktionen von Public Health definiert.<sup>1</sup> Dieses Memorandum erarbeitet Kriterien und Operationalisierungen von evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung und möchte einen Standard für das Verständnis und die Umsetzung von Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland setzen. Da die internationale Forschung zur Evidenzbasierung sich derzeit stark weiterentwickelt, kann eine Anpassung des Memorandums – auch unter Berücksichtigung von Rückmeldungen aus der Praxis – im Laufe der nächsten Jahre notwendig werden.

Die vorgeschlagenen Kriterien und Operationalisierungen sollen das Handeln im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland insgesamt befruchten. Sie sollen über verschiedene Kanäle so verbreitet werden, dass sie die Diskussion über die Umsetzung der Vorschläge in Form von Strukturen, Standards, Instrumenten und Prozessen in Deutschland antreiben. Wir hoffen, dass diese Diskussionen in absehbarer Zeit zu einem Konsens im Hinblick auf ein adäquates Vorgehen führen. Die Vorschläge sind daher ein Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabe der Qualitätsentwicklung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. Nicht zuletzt dienen unsere Vorschläge auch dazu, innerhalb der BZgA die

<sup>1</sup> <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>

Diskussion über die Grundlagen und Voraussetzungen der von ihr selbst entwickelten Maßnahmen voranzubringen.

Bei der Anwendung (Operationalisierung) von Evidenzbasierung ist zu unterscheiden zwischen einzelnen Maßnahmen (evidenzbasierte Interventionen) und dem Handeln der Akteurinnen und Akteure (evidenzbasierte Entscheidungen). Das Memorandum behandelt daher nach einer allgemeinen Einleitung zunächst die Definitionen von Evidenzbasierung für die Anwendungsbereiche der Prävention und Gesundheitsförderung und geht dann auf die Konsequenzen dieser Definitionen für die Umsetzung ein.

Parallel zu diesem Memorandum werden zwei BZgA-Leitbegriffe<sup>2</sup> zum Thema Evidenzbasierung erstellt, die das Thema für Akteurinnen und Akteure aus der Praxis verdichten und beispielhaft beleuchten.

## 3 RELEVANZ UND ZIELSETZUNG DES MEMORANDUMS

### 3.1 Evidenzbasierung als Anforderung an die Prävention und Gesundheitsförderung

Unsere Gesellschaft steht vor vielfältigen gesundheitlichen Herausforderungen, die mit dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel sowie der Verschiebung der Krankheitslast hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen verbunden sind. Im Umgang mit diesen Herausforderungen kommt der Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Rolle zu. Eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen in Deutschland haben angesichts dieser Herausforderungen in den letzten Jahren unterschiedliche Aktivitäten entwickelt. In der Folge hat sich innerhalb der zivilgesellschaftlichen, staatlich-föderalen, privaten und sozialversicherungsrechtlichen Strukturen ein sehr komplexes System der Prävention und Gesundheitsförderung herausgebildet.

Auch das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz (PrävG) hat von Seiten des Bundes neue Impulse für die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland gesetzt. Unter anderem wurden mit der Nationalen Präventionskonferenz, der dort zu entwickelnden nationalen Präventionsstrategie und dem zugehörigen Präventionsbericht Strukturen und Koordinierungsprozesse bzw. informatorische Voraussetzungen geschaffen, mit denen das Geschehen im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung von den beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen gemeinsam

<sup>2</sup> <https://www.leitbegriffe.bzga.de/>

gezielt vorangebracht werden soll. Die Bundesländer erhalten zum Beispiel die Aufgabe, sogenannte Landesrahmenvereinbarungen mit den entsprechenden Akteurinnen und Akteuren zu schließen. Bestehende Strukturen, die sich mit Qualitätssicherung und Transparenz in der Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen (z. B. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) werden gestärkt und in die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Landes- und kommunaler Ebene eingebunden.

Die Impulse, die vom PräVg in Bezug auf eine stärkere Strukturierung des Feldes der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung einer von den Akteurinnen und Akteuren gemeinsam getragenen Richtung ausgehen, bilden gleichwohl nur einen Ausschnitt der Bewegung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. Neben den bereits genannten sind auf Bundes-, Landes- und regionaler bzw. kommunaler Ebene viele weitere Akteurinnen und Akteure im System der Prävention und Gesundheitsförderung tätig. Unter anderem sind dies die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Wohlfahrtsverbände und andere freie Träger, der öffentliche Gesundheitsdienst und andere Teile der Verwaltung auf Landes- und kommunaler Ebene sowie die Hochschulen und auch politische Akteurinnen und Akteure.

Damit sich Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen dieses Systems wirksam und nachhaltig entfalten können, ist ein Zusammenwirken der zahlreichen Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen der Prävention und Gesundheitsförderung notwendig. Dies impliziert ein abgestimmtes Handeln sowie die Implementierung und Verzahnung wirksamer und aufeinander bezogener Maßnahmen.

Eine zentrale Anforderung an ein solch komplexes System der Prävention und Gesundheitsförderung ist seine Evidenzbasierung, deren Kern der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit seiner Maßnahmen ist. Hinzu kommt die Berücksichtigung darüber hinausgehender Kriterien eines evidenzbasierten Vorgehens, die in diesem Memorandum beschrieben werden.

Evidenzbasierung ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung neben Kuration, Rehabilitation und Pflege nachhaltig als starke Säule des Gesundheitssystems etablieren können. Evidenzbasierung ist auch die notwendige Bedingung dafür, dass sich Leistungen bzw. Maßnahmen sowie die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung gezielt und nachhaltig weiterentwickeln können. Dies ist unabhängig davon, ob die Maßnahmen im Rahmen des Sozialversicherungssystems, mit öffentlicher Förderung, durch zivilgesellschaftliches Engagement oder in Projekten und Maßnahmen privater Initiativen und Innovationen umgesetzt werden.

Neben diesem für das jeweilige Gesundheitssystem spezifischen Rahmen bilden das internationale Verständnis von Evidenzbasierung sowie der für Public Health geltende

systemisch-ethische Ansatz (z. B. der Health-in-All-Policies-Ansatz<sup>3</sup> und die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen<sup>4</sup>) einen wesentlichen Referenzrahmen für dieses Memorandum.

### 3.2 Das Potenzial von Evidenzbasierung für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung

Um das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland auszuschöpfen, bedarf es der Etablierung und vermehrten Nutzung wissenschaftlicher Grundlagen (Evidenzbasierung). Dafür gilt es, eine Reihe von Herausforderungen zu bewältigen.

**1. Zeitlich begrenzte, lokal entwickelte Maßnahmen:** Das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung ist in Deutschland komplex, fragmentiert und unübersichtlich. Viele Maßnahmen werden ohne Bezug zu anderen Wissensbeständen entwickelt und als regionale oder kommunale Projekte aufgesetzt; sie haben oft keine nachhaltige Finanzierung und sind zeitlich begrenzt. Dadurch entsteht eine Vielzahl an unterschiedlichen, eher kurz- und mittelfristigen Projekten zu ähnlichen Themen (z. B. Prävention von Übergewicht bei Kindern), die von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen umgesetzt und überdies nicht einheitlich dokumentiert werden. Die verstärkten Bemühungen der Kommunen, ihre Aktivitäten über Gesundheitskonferenzen und Präventionsketten gezielt zu steuern und zu koordinieren, bieten Chancen für die Zukunft. Zusätzlich sollte das Potenzial der auf nationaler Ebene bestehenden Strukturen, z.B. des Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit, besser für die Entwicklung und Verbreitung von Standards genutzt werden.

**2. Nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten der Evaluation von Maßnahmen:** Zwar werden viele Maßnahmen evaluiert, die Evaluationen sind aber häufig unterfinanziert. Sie greifen (u. a. deshalb) auf vereinfachte Studiendesigns und Evaluationsansätze zurück und beschränken sich auf die Evaluation von Prozessen. All dies führt dazu, dass keine belastbaren kausalen Schlüsse zur Wirksamkeit der Maßnahmen gezogen werden können. Dadurch bleiben viele Maßnahmen nicht nur den Nachweis ihrer Wirksamkeit schuldig. Auch sind dadurch positive Effekte vieler gut entwickelter Maßnahmen unbekannt bzw. ungesichert. Außerdem bleiben mögliche unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen unter Umständen unentdeckt. Das Potenzial einer systematischen Generierung von

<sup>3</sup> [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/)

<sup>4</sup> <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

Evidenz zur Wirksamkeit der (meist) öffentlich finanzierten Maßnahmen bleibt somit in Deutschland weitgehend ungenutzt.

**3. Keine systematische Nutzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen:** Die Entscheidung zur Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liegt meist in der Hand von Akteurinnen und Akteuren aus Praxis oder Politik. Diese sind oft mit dem Konzept der Evidenzbasierung und seiner praxistauglichen Operationalisierung noch nicht ausreichend vertraut. Die nötigen Kenntnisse zur Formulierung von Forschungsfragen (PICO-Fragen) und zur Nutzung vorhandener Datenbanken zur systematischen Recherche bereits klar evidenzbasierter Maßnahmen fehlen. Somit fließen die vorhandenen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu, ob Maßnahmen Wirksamkeit erwarten lassen und/ oder noch weiter evaluiert werden müssen, nicht zu den Ressourcen oder der Problematik vor Ort passen oder ungeeignet sind, gar nicht oder nur unsystematisch in entsprechende Entscheidungsprozesse ein.

### 3.3 Memorandum als Vorschlag der Operationalisierung von Evidenzbasierung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung

Zwar gibt es in Deutschland fachliche Publikationen und Vorarbeiten zum Thema Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. eines der ersten deutschsprachigen Bücher dazu von Bödeker und Kreis (Bödeker & Kreis, 2006) oder die Abhandlung von Trojan und Kolip (Trojan & Kolip, 2020). In den für Deutschland gesundheitspolitisch maßgeblichen Dokumenten jedoch ist „evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“ nicht definiert. Diese Lücke soll das vorliegende Memorandum der BZgA schließen. Es soll eine einheitliche Grundlage für das Verständnis und die Umsetzung von Evidenzbasierung liefern, auf die sich alle Akteurinnen und Akteure aus Praxis, Politik und Wissenschaft der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland beziehen können.

Das Memorandum soll Anleitung und Unterstützung bieten u. a. bei

- der Erarbeitung und Verbreitung von Standards, Handlungsempfehlungen und Leitlinien innerhalb der Strukturen des Systems der Prävention und Gesundheitsförderung,
- der Umsetzung von Entscheidungen und Maßnahmen durch die Fachakteurinnen und -akteure auf allen Ebenen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie
- der Entwicklung von transparenten Förderkriterien im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die in diesem Memorandum präsentierte Operationalisierung von evidenzbasierten Interventionen legt zugrunde, dass sich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf den Grad ihrer wissenschaftlichen Absicherung innerhalb eines Spektrums bewegen, das von „deutlich und nachvollziehbar beschrieben“ über „Wirkung plausibel anzunehmen“ bis hin zu „kausale Wirkung nachgewiesen“ reicht (Borrmann & Thiessen, 2016; Veerman & van Yperen, 2007). Zunächst sollten Interventionen innerhalb dieses Spektrums der Absicherung explizit und nachvollziehbar eingeordnet werden. Aus dieser Einordnung sollten sich im nächsten Schritt konkrete Anforderungen für die Implementierung und Evaluation ergeben.

Als Kriterien für evidenzbasierte Entscheidungen in der Prävention und Gesundheitsförderung schlagen wir die Einhaltung von fünf allgemeinen Prinzipien und vier public-health-spezifischen Umsetzungsfaktoren vor, bei denen die Berücksichtigung gesammelter wissenschaftlicher Erkenntnisse (= „body of evidence“ statt Einzelstudien) zur Wirksamkeit neben weiteren Kriterien eine wichtige Rolle spielt (siehe Kapitel 4).

### 3.4 Definitionen einer evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung

Die Idee der Evidenzbasierung hat ihre Ursprünge in der Medizin, wo das Konzept bereits in den 1990er Jahren geprägt wurde und sich seitdem als internationale Bewegung von Akteurinnen und Akteuren in Klinik, Methodik und Leitlinienentwicklung formiert und stark verbreitet hat. Evidenzbasierte Medizin (EBM) beschreibt die Integration von bestverfügbarer wissenschaftlicher Erkenntnis, klinischer Expertise sowie Werten und Präferenzen von Patientinnen und Patienten (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Inhaltlich hat sich das Konzept in den letzten dreißig Jahren von der Betonung einer verlässlichen wissenschaftlichen Basis von klinischen Entscheidungen vielfältig weiterentwickelt, insbesondere hinsichtlich einer wachsenden Bedeutung der Werte und Präferenzen von Patientinnen und Patienten mit dem Ziel eines „shared decision-making“ (Barratt, 2008; Djulbegovic & Guyatt, 2017).

Darüber hinaus wird das Konzept der Evidenzbasierung in den Gesundheitsberufen Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie (Haring & Siegmüller, 2018) sowie in vielen anderen Sektoren und Wissenschaftsfeldern, darunter in Bildung und Pädagogik (Davies, 1999; Odom et al., 2005), in der Psychologie (Barkham & Mellor-Clark, 2003), im Management (Briner, Denyer & Rousseau, 2009) wie auch auf dem Gebiet der Politik insgesamt (Sanderson, 2002), bereits teilweise angewendet oder zumindest eingefordert.

Eine systematische Literaturrecherche zu Definitionen der Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung sowie im Bereich Public Health im Allgemeinen gibt Aufschluss über die Verwendung des Begriffs und Konzepts in diesen Bereichen. Die so identifizierten 23 englischsprachigen Publikationen und eine deutschsprachige Publikation beinhalten sowohl knapp formulierte Definitionen als auch umfassender beschriebene Konzepte und Modelle. Insgesamt lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den auf Prävention und Gesundheitsförderung beschränkten und den breiteren Public-Health-Perspektiven feststellen. Am häufigsten wird die Bezeichnung „Evidence-based Public Health“ verwendet, daher wird diese auch hier weiter verwendet. Unterschiedliche Begrifflichkeiten sind zum Teil auch Ausdruck unterschiedlicher zugrundeliegender Konzepte. Hervorzuheben ist die Abgrenzung zwischen „evidence-based“ und „evidence-informed“. Der Begriff „evidence-based“ geht meist mit einem eher engen, epidemiologischen Verständnis von Evidenz sowie einer relativ starken Gewichtung dieser Evidenz in Entscheidungsprozessen einher. Der Begriff „evidence-informed“ spiegelt hingegen meist ein interdisziplinäres und methodisch offenes Verständnis von Evidenz sowie eine weniger starke Gewichtung dieser Evidenz in den Entscheidungsprozessen wider; Entscheidungsprozesse werden darüber hinaus von politischen, wirtschaftlichen und anderen Argumenten beeinflusst.

Tabelle 1 zeigt beispielhaft Definitionen von „Evidence-based Public Health (EBPH)“ auf, darunter die wohl erste Definition des Begriffs (Jenicek, 1997), die Definition eines der wichtigsten Vertreter von „Evidence-Based Public Health“ in den USA (Brownson, Baker, Deshpande & Gillespie, 2018a), eine für den europäischen Kontext besonders relevante Definition durch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), eine Einrichtung der Europäischen Kommission (ECDC, 2011), sowie eine deutschsprachige Definition (Gehardus, 2010).

(Jenicek, 1997)	(Brownson, 2003; Brownson et al., 2018a; Brownson, Gurney & Land, 1999a)	(ECDC, 2011)	(Gehardus, 2010)
<p>„ ...the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of communities and populations in the domain of health protection, disease prevention, health maintenance and improvement (health promotion).“ „In the same spirit, it is ... the process of systematically finding, appraising, and using contemporaneous research findings as the basis for decisions in public health.“</p>	<p>„the development, implementation, and evaluation of effective programs and policies in public health through application of principles of scientific reasoning, including systematic uses of data and information systems, and appropriate use of behavioral science theory and program planning models.“ (Brownson, Gurney &amp; Land, 1999b). „From such an approach, activities in public health practice are explicitly linked with the underlying scientific evidence that demonstrates effectiveness. Evidence-based public health involves the development and implementation of effective programs and policies.“</p>	<p>„Evidence-based public health could be defined as integrating the best available evidence with the knowledge and considered judgements from stakeholders and experts to improve health and protect the population from infectious and environmental hazards.“</p>	<p>„Evidence-based Public Health soll die Gesundheit auf Bevölkerungsebene durch wissenschaftlich abgesicherte Entscheidungen verbessern. Dafür wird das verfügbare Wissen der medizinischen, ökonomischen, ethischen, soziokulturellen und rechtlichen Aspekte von Krankheit und Maßnahmen systematisch, transparent und zielgerecht bewertet und in die Entscheidungsprozesse eingebracht. Alle Schritte – von der Problemstellung bis zur Umsetzung der Maßnahmen und Programme – sollen explizit, transparent und begründet sein.“</p>

Tabelle 1: Ausgewählte Definitionen von evidenzbasierter Public Health

Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass die meisten Definitionen die Orientierung an der Bevölkerung im Gegensatz zu einer Orientierung am Individuum als wesentlichen Unterschied zwischen EBM und EBPH betonen. Auffällig ist, dass keine der Definitionen sich explizit auf Ansätze in Lebenswelten bezieht oder konkret ein Einbeziehen von Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes benennt. Eine Definition bezieht sich im Wesentlichen auf epidemiologische Erkenntnisse, etwa die Hälfte der Definitionen ist dagegen explizit interdisziplinär (d. h. auf die Kooperation mit nicht primär gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen) ausgerichtet. Von besonderer Bedeutung ist, dass nur zwei Definitionen unter Evidenzbasierung ausschließlich eine Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen verstehen, während vier konkrete Kriterien wie Kostenwirksamkeit, Machbarkeit und Akzeptabilität als wichtige Aspekte eines evidenzbasierten Vorgehens nennen.

## 4 EVIDENZBASIERTE ENTSCHEIDUNGEN

### 4.1 Allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierten Entscheidungen

Aus der evidenzbasierten Medizin lassen sich fünf allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierung von Entscheidungen ableiten, auch wenn diese in unterschiedlichen Quellen unterschiedlich dargestellt werden. Tabelle 2 führt diese Prinzipien als STIIP – **S**ystematik, **T**ransparenz im Umgang mit Unsicherheit, **I**ntegration und **P**artizipation, **I**ntegration und **P**artizipation, Umgang mit Interessenkonflikten sowie strukturierter, reflektierter **P**rozess – auf. Sie gelten für die evidenzbasierte Medizin ebenso wie für evidenzbasierte Public Health.

<b>S</b>	<b>Systematik</b>	<p>Wesentlich für eine evidenzbasierte Entscheidung ist die systematische Sichtung, Bewertung und Zusammenfassung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit einer gesundheitlichen Maßnahme. Eine Entscheidung basierend auf einer einzelnen Studie (wenn mehr als eine relevante Studie vorliegt) oder auf der selektiven Auswahl von Studienergebnissen widerspricht dem Prinzip der <b>Systematik</b>.</p> <p>Systematische Übersichtsarbeiten oder eine komprimierte Form dieser Methode wie Rapid Reviews, Evidence Maps oder Overviews of Systematic Reviews setzen dieses Prinzip in der Praxis um.</p>
<b>T</b>	<b>Transparenz im Umgang mit Unsicherheit</b>	<p>Jede Entscheidung birgt Unsicherheiten in sich – die transparente Darstellung des zugrundeliegenden Vorgehens legt diese Unsicherheiten offen. Dies ermöglicht eine kritische Prüfung des Prozesses der Entscheidungsfindung an sich sowie der Glaubwürdigkeit der verwendeten Evidenz.</p> <p>Das Prinzip von Transparenz im Umgang mit Unsicherheit kann auf mehreren Ebenen umgesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· durch einen explizit gestalteten Prozess der Entscheidungsfindung, wie z. B. bei Leitlinien,</li> <li>· durch eine vorab festgelegte und klar beschriebene Methodik für die Zusammenführung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Bewertung der Qualität verwendeter Studien, insbesondere im Rahmen von systematischen Übersichtsarbeiten, und</li> <li>· durch die systematische und transparente Bewertung von Unsicherheit in der verwendeten Evidenz, dargestellt z. B. durch Evidenzgrade.</li> </ul>

I	<p><b>Integration und Partizipation</b></p>	<p>Evidenzbasierte Entscheidungen sind nicht allein von Wissenschaftlichkeit geprägt, sondern sollen die Kompetenz und Erfahrung von Verantwortlichen sowie die Werte und Präferenzen von Betroffenen einbeziehen. In der evidenzbasierten Medizin findet diese Integration als „shared decision-making“ zwischen Ärztin bzw. Arzt und den Patientinnen und Patienten statt. Evidenzbasierte Public Health ist durch eine Vielfalt von Stakeholdern in unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren gekennzeichnet – darunter diejenigen, die eine Maßnahme finanzieren oder umsetzen, und diejenigen, die direkt oder indirekt von dieser Maßnahme betroffen sind.</p> <p>Die Umsetzung des Prinzips der Integration und Partizipation erfolgt darüber, wer in den Entscheidungsprozess involviert ist und in welcher Form die Beteiligung erfolgt – ob durch eine repräsentative Umfrage, Konsultationen oder eine konkrete Mitwirkung an der Entscheidung.</p>
I	<p>Umgang mit <b>Interessenkonflikten</b></p>	<p>Bei Entscheidungen für gesundheitliche Maßnahmen müssen oft unterschiedliche Motivationen und Interessen in Einklang gebracht werden. Per se haben diese in einer demokratischen Gesellschaft ihre Berechtigung, dennoch sollten nicht alle ungefiltert in den Entscheidungsprozess einfließen.</p> <p>Interessen – darunter finanzielle, institutionelle, verwandtschaftliche und viele weitere – müssen nach den wissenschaftlichen Regeln des Umgangs mit Interessenkonflikten offengelegt werden. Interessenkonflikte, die das Risiko für eine systematisch verzerrte Beurteilung der Evidenz (Bias) nennenswert erhöhen, müssen minimiert werden. Bei schwerwiegenden Interessenkonflikten einer Person oder Institution sollte diese vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen werden.</p>
P	<p>Strukturierter, reflektierter <b>Prozess</b></p>	<p>Evidenzbasierung ist durch einen strukturierten Prozess gekennzeichnet. Dieser Prozess besteht aus fünf Schritten: (1) Formulierung einer klaren Fragestellung, (2) Suche nach der besten verfügbaren Evidenz, (3) kritische Prüfung der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Glaubwürdigkeit und Relevanz, (4) Anwendung der Evidenz – ob am Krankenbett, bei der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme oder im Rahmen einer gesundheitspolitischen Entscheidung – und (5) Bewertung der Umsetzung – ob durch kritische Reflexion oder begleitende Evaluation (Sackett et al., 1996).</p>

Tabelle 2: STiIP – Allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierung

## 4.2 Public-Health-spezifische Umsetzung von Evidenzbasierten Entscheidungen

Aus der oben erwähnten systematischen Literaturrecherche zu Perspektiven der Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Public Health und aus einem größeren Feld methodischer Arbeiten zum Thema Komplexität im Feld der Public Health (z. B. (Rutter et al., 2017) lassen sich zusätzliche Faktoren ableiten, die für evidenzbasierte Public-Health-Entscheidungen relevant sind. Diese lassen sich unter dem Akronym TIKKA – **T**heorie, **I**nterdisziplinarität, **K**ontextabhängigkeit und **K**omplexität, allgemeine gesellschaftliche **A**spekte – zusammenfassen und werden in Tabelle 3 erläutert. Diese Umsetzungsfaktoren sollten bei Entscheidungen in Bezug auf die Entwicklung, Pilotierung, Evaluation und Implementierung von Maßnahmen bzw. im Rahmen einer evidenzbasierten politischen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

T	Theorie	<p>Das Kriterium Theorie ist den Wirkmechanismen von Maßnahmen gewidmet. Somit beschreiben Theorien, wie eine Public-Health-Maßnahme oft über viele Zwischenschritte – z. B. durch verringerte Exposition gegenüber einem Umweltrisikofaktor oder durch verstärkt gesundheitsförderndes Verhalten – und in Wechselwirkung mit dem Kontext Gesundheit verbessern kann oder soll bzw. ungewollte und manchmal schädliche Wirkungen erzeugen kann. Eine mangelnde Auseinandersetzung mit den komplexen Wirkmechanismen von Public-Health-Maßnahmen ist oft ein Grund dafür, dass diese keine Wirksamkeit zeigen. Deshalb sollten sowohl die Entwicklung als auch die Evaluation von Public-Health-Maßnahmen relevante Theorien und Modelle berücksichtigen und/oder – wo keine relevanten Theorien oder Modelle vorliegen – den vermuteten Wirkmechanismus beschreiben und prüfen.</p> <p>Je nach Maßnahme, kann z. B. auf existierende Ursachentheorien aus der Soziologie und/oder Verhaltensmodelle oder Veränderungstheorien aus der Psychologie zurückgegriffen werden und/oder ein eigenes Planungsmodell entwickelt werden.</p>
I	Interdisziplinarität	<p>Der Erfolg von Public-Health-Maßnahmen ist oft auf das Zusammenwirken diverser Disziplinen angewiesen, darunter neben den Gesundheitswissenschaften je nach Maßnahme auch die Natur- und Technikwissenschaften, Umweltwissenschaften, Psychologie oder Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Ebenso hängen evidenzbasierte Entscheidungen hinsichtlich dieser Maßnahmen oft von der Kombination</p>

		<p>wissenschaftlicher Erkenntnisse aus diesen Disziplinen mit ihren jeweiligen methodischen Vorgehensweisen (Methodenpluralität) ab.</p> <p>In Abhängigkeit vom Gesundheitsproblem bzw. der Art der Maßnahme sollte geprüft werden, welche Disziplinen und gegebenenfalls Sektoren eingebunden werden müssen. Die konkrete Fragestellung bestimmt die jeweils bestmögliche Methodik, die in der relevanten Disziplin bzw. den relevanten Disziplinen verankert ist. Zum Beispiel sind dies bei Fragen zur Akzeptabilität einer Maßnahme meist qualitative Methoden, bei Fragen zu den ethischen Implikationen einer Maßnahme ethische Analysen.</p>
<b>K</b> und <b>K</b>	<b>Kontextabhängigkeit</b> und <b>Komplexität</b>	<p>Public-Health-Maßnahmen sind oft durch das Zusammenspiel vieler Einzelelemente auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Individuum, Familie, Schule und Stadtviertel) gekennzeichnet und müssen dann als Interventionen in komplexen Systemen begriffen werden. Ihre Wirksamkeit – und auch die Möglichkeiten ihrer Umsetzung – können je nach den Rahmenbedingungen in Setting und Kontext variieren.</p> <p>Ein Durchdenken der Komplexität einer Maßnahme und ihrer postulierten Wirkmechanismen sowie möglicher Wechselwirkungen mit dem Kontext ist vor allem in der Planungsphase entscheidend. Eine grafische Darstellung in Form eines logischen Modells kann sicherstellen, dass keine wesentlichen Aspekte vergessen werden. Wo sinnvoll, sollten einzelne Aspekte von Komplexität auch hinsichtlich der Herstellung von Evidenz und ihrer Nutzung in Entscheidungsprozessen weiterverfolgt werden. Ein besonderes Augenmerk auf die unterschiedlichen Dimensionen von Kontext, zum Beispiel anhand existierender Frameworks (siehe Kapitel 6), hilft dabei, förderliche oder hinderliche Faktoren hinsichtlich der Wirksamkeit und Umsetzung einer Maßnahme zu identifizieren.</p>
<b>A</b>	Allgemeine gesellschaftliche <b>Aspekte</b>	<p>Public-Health-Entscheidungen betreffen die Bevölkerung im Allgemeinen oder größere Bevölkerungsgruppen. Sie ziehen neben den angestrebten gesundheitlichen Wirkungen oft vielfältige allgemeine gesellschaftliche Folgen nach sich. Während bei medizinischen Maßnahmen die Abwägung von gesundheitlichem Nutzen und Schaden vorrangig ist, spielen bei Public-Health-Maßnahmen auch Aspekte wie die Akzeptanz der Maßnahme in der Bevölkerung, die Machbarkeit und die Kosten einer Umsetzung sowie Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit und die Umwelt eine große Rolle.</p> <p>Die Umsetzung dieses Kriteriums erfolgt durch die Integration dieser Aspekte in den Entscheidungsprozess, d. h. konkret durch Aufführung und Betrachtung aller für den Entscheidungsprozess relevanten Aspekte. Idealerweise erfolgt dies durch die Nutzung eines Evidence-to-</p>

		Decision Frameworks (siehe Kapitel 7), und zwar sowohl zu Beginn als auch am Ende eines Entscheidungsprozesses.
--	--	---

Tabelle 3:TIKKA-Zusätzliche Umsetzungsfaktoren von Evidenzbasierung im Bereich Public Health

Die Anwendung der erläuterten Umsetzungsfaktoren der Evidenzbasierung geht mit vielfältigen Herausforderungen einher. Für viele dieser Herausforderungen gibt es jedoch – wie in Box 1 dargestellt – gute Lösungsansätze:

<p><b>„Es gibt keine Evidenz!“</b> Wenn im deutschen oder deutschsprachigen Raum keine passenden Studien zu einer bestimmten Maßnahme existieren, lohnt der Blick in internationale Projekt- und Review-Portale. In vielen Fällen gibt es systematische Übersichtsarbeiten zu der zu prüfenden Maßnahme oder zu verwandten Maßnahmen und Fragestellungen. Diese können über Portale für systematische Übersichtsarbeiten (siehe Box 2) und/oder eine Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten in PubMed<sup>5</sup> identifiziert werden. Eine Suche nach passenden Übersichtsarbeiten sollte immer der erste Schritt sein; wenn diese nicht erfolgreich ist, sollte eine systematische Literatursuche durchgeführt und nach Möglichkeit eine systematische Übersichtsarbeit erstellt werden.</p> <p><b>„Systematische Übersichtsarbeiten sind doch viel zu aufwendig!“</b> Tatsächlich benötigt eine systematische Übersichtsarbeit erhebliche Ressourcen: Die Durchführung eines Cochrane Reviews, der eine Vielzahl von Kriterien erfüllen und diverse Stufen der Qualitätssicherung durchlaufen muss, dauert je nach Fragestellung manchmal Jahre. Auch ein außerhalb von Cochrane durchgeführter solider Review benötigt Zeit und methodisch-inhaltliche Expertise. In den letzten Jahren wurden allerdings zunehmend weitere Formate zur Sichtung von Evidenz entwickelt, insbesondere Rapid Reviews, Scoping Reviews oder Evidence Maps (Miakel-Lye, Hempel, Shanman &amp; Shekelle, 2016). Je nach Fragestellung sind diese Formate auch im Zeitraum von einigen Monaten umsetzbar.</p> <p><b>„Public-Health-Maßnahmen sind kontextabhängig, Erfahrungen aus dem Ausland sind ohnehin nicht auf Deutschland übertragbar.“</b> Wirksamkeit, Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind tatsächlich stark kontextabhängig. Hierbei spielen ökonomische, soziokulturelle, politische, rechtliche, ethische, geografische und epidemiologische Faktoren eine Rolle (Pfadenhauer et al., 2017). Deshalb muss, wie in Kapitel 5.3 dargestellt, die Transferabilität von Maßnahmen sorgfältig geprüft werden. Dennoch sind viele Einsichten übertragbar. Relevante Unterschiede existieren im Übrigen nicht nur zwischen Ländern, sondern auch zwischen Bundesländern sowie Städten, Kommunen oder Einrichtungen. Diese Kontextunterschiede sollten also immer mitgedacht werden und gegebenenfalls zur Anpassung oder Adaptation evidenzbasierter Maßnahmen führen (Evans et al., 2019).</p> <p><b>„Aber es geht doch nicht nur um Wirksamkeit ...“</b> Die Wirksamkeit einer Maßnahme ist angesichts von Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem entscheidend. Dabei geht es nicht nur um Verbesserungen bei den gewünschten Endpunkten, sondern auch darum, dass potenziell negative Auswirkungen möglichst gering ausfallen; der „Nettonutzen“ einer Maßnahme (d. h.</p>
--

<sup>5</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)

Nutzen > Schaden) ist essenziell. Der Nachweis von Wirksamkeit und der Nettonutzen einer Maßnahme sind wichtige Voraussetzungen für gelingende Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus gibt es tatsächlich – wie unter allgemeinen gesellschaftlichen Aspekten (siehe Kapitel 5.2 und Tabelle 3) beschrieben – viele weitere wichtige Fragen. Auch diese sollte man mindestens durchdenken und im Zuge der Umsetzung einer Maßnahme dokumentieren. Wo Ressourcen vorhanden sind, ist es sinnvoll, weitere Fragen zu priorisieren und nach wissenschaftlichen Belegen zu suchen.

**„Und wenn es doch keine Evidenz gibt ...?“** Dann kann es auch angemessen sein, eine neu entwickelte Maßnahme umzusetzen. Sir Austin Bradford Hill formulierte schon im Jahr 1958 seine von vielen auch als „Hill-Kriterien“ bezeichneten und heute noch gültigen Anhaltspunkte zur Kausalität von Zusammenhängen. Seinen Artikel schloss dieser frühe Verfechter der Evidenzbasierung wie folgt: „Wissenschaft liefert immer nur unvollständige Erkenntnisse, egal, ob sie sich auf Beobachtungsdaten oder experimentelle Daten stützt. Wir müssen immer damit rechnen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse durch neuere Ergebnisse umgeworfen oder verändert werden. Das gibt uns aber nicht die Freiheit, bisheriges Wissen zu ignorieren oder die notwendigen Handlungen zu verzögern, die sich daraus ableiten.“ (Hill, 1965) Die Situation, dass keine hinreichende Evidenzbasis für eine Maßnahme vorliegt, kann sogar oft auftreten. Entscheidend bei der Umsetzung solcher Maßnahmen ist es, diese solide zu entwickeln. Ein Monitoring und/oder eine Begleitevaluation („built-in evaluation“) ist in diesen Fällen essenziell, um neue Evidenz zu generieren und so zukünftig die Frage zu beantworten, ob die Maßnahme wirksam ist oder nicht (siehe Kapitel 6, Baustein 5).

Box 1: Herausforderungen im Umgang mit „Evidenz“

## 5 EVIDENZBASIERTE INTERVENTIONEN

### 5.1 Internationale Kriterien für die Evidenzbasierung von Interventionen

Als evidenzbasiert gelten Interventionen, deren Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy) und unter Alltagsbedingungen (effectiveness) erwiesen ist. Zu den mit Evidenz zu belegenden Interventionen zählen Programme und Praktiken, Prozesse oder vergleichbare Maßnahmen (Brownson, Fielding & Green, 2018b). Tabelle 4 zeigt zwei viel zitierte Definitionen des Begriffs „evidenzbasierte Intervention“.

Definition von (Brownson et al., 2018b)	Definition von (Flay et al., 2005)
„ <b>Evidence-based intervention:</b> public health practices and policies that have been shown to be effective based on evaluation research. Often, lists of evidence-based interventions are identified through systematic reviews, but they sometimes need adaptation to unique or varied settings, populations, or circumstances.“	„An <b>evidence-based intervention</b> is an intervention that has been tested in research meeting the efficacy standards [described below] and that has been demonstrated in this research to achieve statistically and practically meaningful improvements in health and wellness or reductions in disease or related problems.“
<b>Deutsche Übersetzung<sup>6</sup></b>	
„ <b>Evidenzbasierte Intervention:</b> Praktiken und Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich auf der Grundlage von Evaluationsforschung als wirksam erwiesen haben. Häufig werden Listen evidenzbasierter Interventionen durch systematische Übersichtsarbeiten ermittelt, aber manchmal müssen sie an besondere oder unterschiedliche Settings, Bevölkerungsgruppen oder Umstände angepasst werden.“	„Eine <b>evidenzbasierte Intervention</b> ist eine Intervention, die in der Forschung getestet wurde, [die unten beschriebenen] Wirksamkeitsstandards erfüllt hat und für die nachgewiesen wurde, dass sie statistisch und praktisch bedeutsame Verbesserungen der Gesundheit und des Wohlbefindens oder eine Verringerung von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen erzielt.“

Tabelle 4: Definitionen des Begriffs „evidenzbasierte Intervention“

In einem aktualisierten Konsensus-Statement der amerikanischen Society of Prevention Research sind „standards of evidence“ für eine Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy, Ebene 1) und eine Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, Ebene 2) definiert. Darüber hinaus legt das Konsensus-Statement Kriterien fest, die erfüllt sein sollten, bevor eine Maßnahme für eine flächendeckende Umsetzung (dissemination, Ebene 3) empfohlen wird. Tabelle 4 zeigt eine verkürzte und angepasste Zusammenfassung dieses in den USA konsentierten Statements für evidenzbasierte Interventionen („Standards of Evidence“) (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). Die Standards einer Ebene sind dabei grundsätzlich auch in allen folgenden Ebenen enthalten, d. h. die Standards der Ebene 1 gelten auch für die Ebenen 2 und 3. Auch wenn diese Standards primär für verhaltenspräventive Maßnahmen entwickelt und weder international noch für das Feld der Public Health insgesamt konsentiert wurden, bieten sie eine wichtige Orientierung in einem sich rapide entwickelnden Feld.

<sup>6</sup> Freia De Bock

Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3
<b>Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy)</b>	<b>Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness)</b>	<b>Wirksamkeit in unterschiedlichen Kontexten für eine flächendeckende Umsetzung (dissemination)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Maßnahme ist gut beschrieben und dokumentiert.</li> <li>• Die Zielpopulation / Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sind so beschrieben, dass die externe Validität beurteilt werden kann.</li> <li>• Ein logisches Modell / eine „theory of change“ ist verfügbar.</li> <li>• Für Wirkung relevante Outcomes (Endpunkte) wurden definiert, die verwendeten Outcome-Maße sind wissenschaftlich valide.</li> <li>• Es zeigen sich positive Effekte ohne Hinweise auf relevante unerwünschte Wirkungen, auch im Follow-up.</li> <li>• Das Studiendesign lässt kausale Aussagen zu (siehe Kapitel 5.1).</li> <li>• Die statistische Auswertung wird dem Studiendesign gerecht, unterschiedliche Auswertungen ergeben konsistente Ergebnisse.</li> <li>• Es gibt mindestens eine Studie mit kausal aussagekräftigem Design (siehe Kapitel 5.1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Beschreibung zur Umsetzung der Maßnahme ist vorhanden.</li> <li>• Kernelemente der Intervention sind beschrieben oder Mediator-/Moderatorvariablen wurden identifiziert.</li> <li>• Die Kontexte des alltäglichen Lebens, in denen die Intervention sich wirksam gezeigt hat, sind beschrieben.</li> <li>• Neben der Wirksamkeits-evaluation erfolgte eine Prozessevaluation zur Messung von Implementierung, Akzeptanz, Adhärenz und Partizipation.</li> <li>• Es wurde ein für die Praxis aussagekräftiges Outcome herangezogen bzw. Effektivität nachgewiesen.</li> <li>• Die Wirkung der Maßnahme wird in Abhängigkeit von der „Dosis“, die implementiert wurde, analysiert.</li> <li>• Die Effekte können angesichts der beschriebenen Population voraussichtlich auf andere Populationen übertragen werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens eine erfolgreiche Replikation in einem anderen als dem ursprünglichen Kontext war möglich.</li> <li>• Umsetzungsanleitung, Trainingsunterlagen, technische Unterstützung für die Skalierung sind vorhanden, Umsetzungsvoraussetzungen bekannt.</li> <li>• Informationen zu Kosten der Intervention liegen vor.</li> <li>• Instrumente zum Monitoring von Veränderungen bzw. Kosten durch die Maßnahme sind vorhanden.</li> <li>• Die Monitoring-Strukturen können eine gegebenenfalls notwendige Anpassung (Adaptation) der Maßnahme bei Dissemination verfolgen.</li> <li>• Es gibt ein zyklisches Feedback des Monitorings zur weiteren Verbesserung/Anpassung der Maßnahme selbst oder ihrer Implementierung.</li> </ul>

Tabelle 5: Verkürzte und angepasste Zusammenfassung des Konsensus-Statements für evidenzbasierte Interventionen

Insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, wo eine randomisierte Evaluation manchmal schwer umzusetzen ist, ist es wichtig, dass die Standards der Ebene 1 nicht nur randomisierte, experimentelle Studien, sondern auch andere

Studiendesigns als Voraussetzung für den Nachweis der Wirksamkeit oder Effektivität zulassen (z. B. unterbrochene Zeitreihenstudien oder quasi-experimentelle Designs mit Kontrollgruppen). Dabei greifen sie methodische Entwicklungen und Erkenntnisse der letzten Jahre auf.

Darüber hinaus haben sich die Standards auch in der Praxis als Instrument zur Einordnung des Wissensstands bewiesen: Die Erfüllung der Kriterien von Ebene 1 und 2 sind die Basis für die Aufnahme bzw. die Kategorisierung von Interventionen in einigen der großen Best-Practice-/Best-Evidence-Datenbanken zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. in den USA (v. a. „blueprints“<sup>7</sup>), den Niederlanden („loketgezondleven“<sup>8</sup>) und Frankreich („Portail documentaire“<sup>9</sup>).

Wir schlagen für Deutschland vor, dass eine Intervention dann als ausreichend evidenzbasiert gilt, wenn sie die in Tabelle 5 dargestellten Kriterien der Ebenen 1 und 2 erfüllt, insbesondere hinsichtlich (a) einer detaillierten Beschreibung der Intervention und ihrer Wirkpfade in einer bestimmten Population und einem bestimmten Kontext, (b) ihrer Wirksamkeit und Sicherheit unter Alltagsbedingungen und (c) aus Prozessevaluationen gewonnener Einsichten zu einer erfolgreichen Umsetzung. Eine evidenzbasierte Intervention ist jedoch erst dann reif für eine flächendeckende Umsetzung (dissemination), wenn sie zusätzlich Kriterien der Ebene 3 erfüllt, nämlich (a) ihre Wirksamkeit in unterschiedlichen Kontexten gezeigt wurde, (b) ihre Kosten bekannt sind und erfasst werden können und (c) für die Umsetzung gegebenenfalls erforderliche Interventionsmaterialien wie z. B. Manuale zur Verfügung stehen. Somit ermöglichen die Ebenen 1 und 2 eine Beurteilung der Evidenzbasierung von Interventionen, die Ebene 3 darüber hinaus eine Beurteilung der Angemessenheit der Verbreitung einer Maßnahme, einschließlich Aspekten ihrer Übertragbarkeit (Transferabilität).

Der in den USA konsentrierte Standard für evidenzbasierte Interventionen enthält vierzig Kriterien. Die in Tabelle 5 aufgeführten Kriterien wurden auf Basis unserer Expertise und unter Berücksichtigung der Rückmeldungen von sechs deutschsprachigen Peer-Reviewerinnen und -Reviewer ausgewählt. Darüber hinaus möchten wir einzelne Aspekte für Deutschland kommentieren bzw. ergänzen: Interventionen können neben positiven Effekten (= Nutzen) prinzipiell auch negative Effekte (= Schaden) haben. Neben dem

<sup>7</sup> <https://www.blueprintsprograms.org/>

<sup>8</sup> <https://www.loketgezondleven.nl/>

<sup>9</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Nachweis von Wirksamkeit sollten auch eventuelle Nachteile der Intervention in einem logischen Wirkungsmodell verankert und – wenn möglich – als Outcome gemessen werden (= Nachweis von Sicherheit). Zudem schlagen wir vor, den Nachweis von Wirksamkeit daran zu binden, dass sich bei einer Mehrzahl der gemäß logischem Modell a priori als relevant eingestuften Outcomes (Endpunkte) erwünschte Effekte der Intervention tatsächlich zeigen.

## 5.2 Das Spektrum wissenschaftlicher Absicherung und Konsequenzen für die Evaluation

Es gibt zahlreiche Interventionen, welche die oben genannten Kriterien der Evidenzbasierung erfüllen. In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung kann es jedoch notwendig sein, auch bei noch nicht vollständig abgesichertem Wissensstand zu handeln. Dies bedeutet dann unter Umständen, Maßnahmen umzusetzen, welche die Kriterien der Evidenzbasierung (noch) nicht erfüllen, in der Umsetzung aber Evaluationsstandards genügen müssen, die während bzw. nach der Umsetzung einen belastbaren Wirksamkeitsnachweis erlauben.

Das Spektrum der wissenschaftlichen Absicherung von Maßnahmen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland umgesetzt werden, ist breit. Es sollte versucht werden, Transparenz hinsichtlich der Verortung verschiedener Maßnahmen innerhalb dieses Spektrums herzustellen. Aus der Umsetzung von Maßnahmen mit geringer wissenschaftlicher Absicherung, aber möglicherweise hohem Wirkungspotenzial, müssen klare Konsequenzen (siehe Textabschnitt unterhalb Abbildung 1) für die Evaluation gezogen werden. Jede Implementierung solcher Maßnahmen muss prinzipiell dazu beitragen, Evidenz zur Wirksamkeit zu generieren. Die wissenschaftliche Absicherung von Wirksamkeit und weiterer Kriterien der Evidenzbasierung ist aus unserer Sicht gerade für ein sich entwickelndes und nachhaltiges System der Prävention und Gesundheitsförderung essenziell.

Wir schlagen vor, zwischen zwei Kategorien der wissenschaftlichen Absicherung – „BZgA Promising Practice“ und „BZgA Best Evidence“ – zu unterscheiden. Maßnahmen, die lediglich ausreichend gut beschrieben sind, um eine Replizierung zu ermöglichen, aber sonst keine der unter „BZgA Promising Practice“ oder „BZgA Best Evidence“ genannten Kriterien erfüllen, nennen wir Praxisprojekte (Abbildung 1).

Für die Kategorie „BZgA Promising Practice“ müssen Maßnahmen folgende Kriterien erfüllen:

- a) Die Maßnahme ist ausreichend gut beschrieben, um eine Replizierung zu ermöglichen.
- b) Es kann plausibel begründet werden, weshalb eine Wirksamkeit der Maßnahme erwartet wird.

Eine solche plausible Begründung kann darin bestehen, dass

- die Maßnahme in Deutschland anerkannte Qualitätskriterien erfüllt (wie z. B. die „Kriterien guter Praxis“<sup>10</sup> der BZgA),
- eine gut etablierte Wirktheorie vorliegt (z. B. beschrieben durch ein logisches bzw. theoretisches Modell) oder
- empirische Beobachtungen auf eine Wirksamkeit hinweisen (einfacher Vorher-nachher-Vergleich relevanter Endpunkte).

Das für die Einordnung einer Maßnahmen in die Kategorie „BZgA Promising Practice“ unter a) definierte Kriterium „gut beschrieben“ umfasst, dass die Ziele, Zielgruppen, Methoden, Aktivitäten und Voraussetzungen für eine Maßnahme gut beschrieben sind (Veerman & van Yperen, 2007). Die für die Kategorie „BZgA Promising Practice“ unter b) definierten Kriterien können unterschiedlichen Konzepten entnommen sein. Sie sollten aber immer umfassen, dass die Maßnahmen wichtige Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllen und damit als vielversprechend bezeichnet werden können. Diese Wirksamkeitserwartungen können darauf basieren, dass konsentierete Qualitätskriterien erfüllt werden, ein theoretisch oder empirisch abgesichertes Wirkmodell besteht, die Maßnahme gezielt auf die Veränderung empirisch gesicherter Determinanten abzielt oder erste Ergebnisse (z. B. einer Prozessevaluation oder eines Prä-post-Vergleichs) andeuten, dass durch die Aktivitäten der Maßnahme bestimmte intendierte Veränderungen (z. B. in Strukturen, Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer etc.) erzielt werden.

Für die Kategorie „BZgA Best Evidence“ müssen Maßnahmen folgende Kriterien erfüllen:

- Die Maßnahme erfüllt alle Kriterien der Kategorie „BZgA Promising Practice“.
- Für die Maßnahme wurde ein klarer Wirksamkeitsnachweis unter Alltagsbedingungen erbracht.

<sup>10</sup> Anmerkung: „Gute Praxis“ ist ein geschützter Begriff und bezieht sich auf die Einhaltung von mindestens fünf von zwölf Kriterien guter wissenschaftlicher Praxis der BZgA. „Best Practice“ ist ein Begriff, der unterschiedlich definiert wird. In manchen Kontexten (z. B. EU-Kontext) wird „Best Practice“ auch gebraucht, wenn eine Effektevaluation mit akzeptablem Studiendesign vorliegt, da „Best Practice“ der einzige in EU-Texten genannte Begriff für die Umsetzung geeigneter Maßnahmen ist.

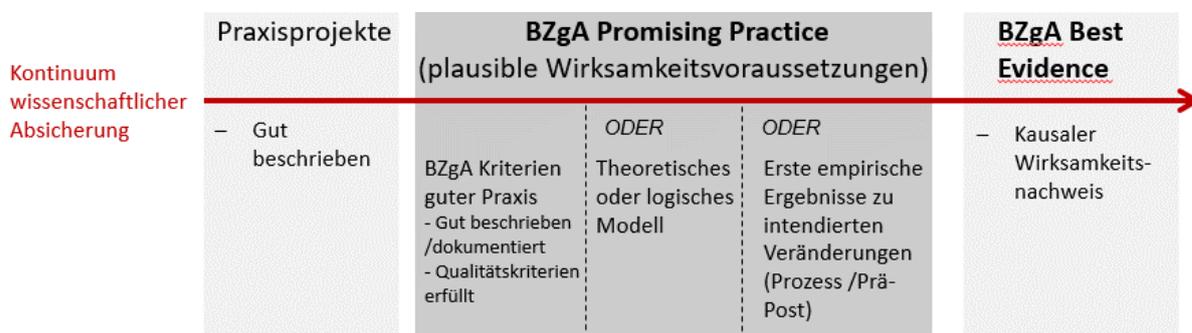


Abbildung 1: Spektrum an wissenschaftlicher Absicherung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Werden „BZgA Promising Practice“-Maßnahmen implementiert, ist es für die Weiterentwicklung der Evidenzbasierung von großer Bedeutung, eine begleitende Wirksamkeitsevaluation (built-in evaluation) zu finanzieren und durchzuführen, bei der Studiendesigns verwendet werden, die kausale Wirkzusammenhänge möglichst eindeutig nachweisen können. Wenn „BZgA Best Evidence“-Maßnahmen in der Fläche umgesetzt werden (dissemination), ist zwar bei vergleichbaren Umsetzungskontexten keine Wirksamkeitsevaluation notwendig, ein Monitoring der Umsetzung und gegebenenfalls im Zeitverlauf anfallender Anpassungen bei der Maßnahme selbst oder ihrer Implementierung ist jedoch sinnvoll.

Für die solide Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bietet sich eine Orientierung am UK Medical Research Council Framework für komplexe Interventionen an (Craig et al., 2008; Richards et al., 2019). Es beschreibt vier Phasen (theoriebasierte Entwicklung, Pilotierung, Implementierung und Evaluation), die aber nicht unbedingt in einer festen Reihenfolge ablaufen. Zu den meisten dieser Phasen wurden inzwischen weiterführende methodische Empfehlungen entwickelt, die im BZgA-Leitbegriff „Komplexe Interventionen in komplexen Systemen und ihre Evaluation“ bzw. auch in einer Veröffentlichung des RKI und des LGL von 2012 (Robert Koch Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg), 2012) näher beschrieben werden. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können häufiger als gemeinhin angenommen mit (cluster-)randomisierten Studien evaluiert werden. Manchmal ist eine Randomisierung unter Alltagsbedingungen jedoch tatsächlich nicht möglich. In diesem Fall gibt es inzwischen diverse Studiendesigns und statistische Verfahren, die trotzdem valide Erkenntnisse zur Wirksamkeit generieren können (Craig et al., 2012; Craig, Katikireddi, Leyland & Popham, 2017; Gerhardus, Rehfuess & Zeeb, 2015; Trojan & Kolip, 2020). Darüber hinaus bieten Prozessevaluationen wichtige Einblicke in Bezug auf die Umsetzung, Machbarkeit

und Akzeptanz einer Intervention (Moore et al., 2015). Bei der Konzipierung und Durchführung von Evaluationen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis unabdingbar. Optimal ist es, die Wissenschaft schon in der Phase der Entwicklung einer Maßnahme hinzuzuziehen, damit von Anfang an eine geeignete Form der Evaluation integriert werden kann (Veerman & van Yperen, 2007). Darüber hinaus wäre es sehr wünschenswert, dass bundesweit einheitliche Kriterien für evidenzbasierte Interventionen und deren Evaluation festgelegt werden und ein Fonds etabliert wird, mit dessen Mitteln Maßnahmen systematisch und vergleichbar evaluiert werden können.

### 5.3 Die Übertragbarkeit von Interventionen und Konsequenzen für die Implementierung und Evaluation

Von großer Bedeutung ist die Übertragbarkeit (Transferabilität) einer evidenzbasierten Maßnahme auf andere Populationen (z. B. ursprünglich für Grundschul Kinder, dann für Jugendliche), Settings (z. B. ursprünglich in ländlichen Kommunen, dann in Stadtteilen) oder Länder (z. B. ursprünglich in Großbritannien, dann in Deutschland). Die Transferabilität setzt voraus, dass der Kontext, in dem die Maßnahme umgesetzt werden soll, vergleichbar ist mit dem Kontext, in dem sie ursprünglich für wirksam befunden wurde. Der Kontext einer Maßnahme umfasst nach dem sogenannten CICI-Framework u. a. kulturelle, sozioökonomische, epidemiologische, geografische, politische und rechtliche Charakteristika (Pfadenhauer et al., 2017). Da der Kontext nicht statisch ist, sondern mit der jeweiligen Maßnahme und ihrer Zielpopulation interagiert, sollten auch potenzielle Wechselwirkungen der Maßnahme mit dem Kontext bei der Beurteilung der Transferabilität berücksichtigt werden (siehe auch Kapitel 6).

Eine Beurteilung der Transferabilität ist ein wichtiger Schritt, um die Konsequenzen für die Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen einzuschätzen (Abbildung 2). Vor jeder Entscheidung bezüglich der Umsetzung einer Maßnahme sollte geklärt werden, ob die ins Auge gefasste Maßnahme tatsächlich in den in Frage kommenden Kontext transferierbar ist.

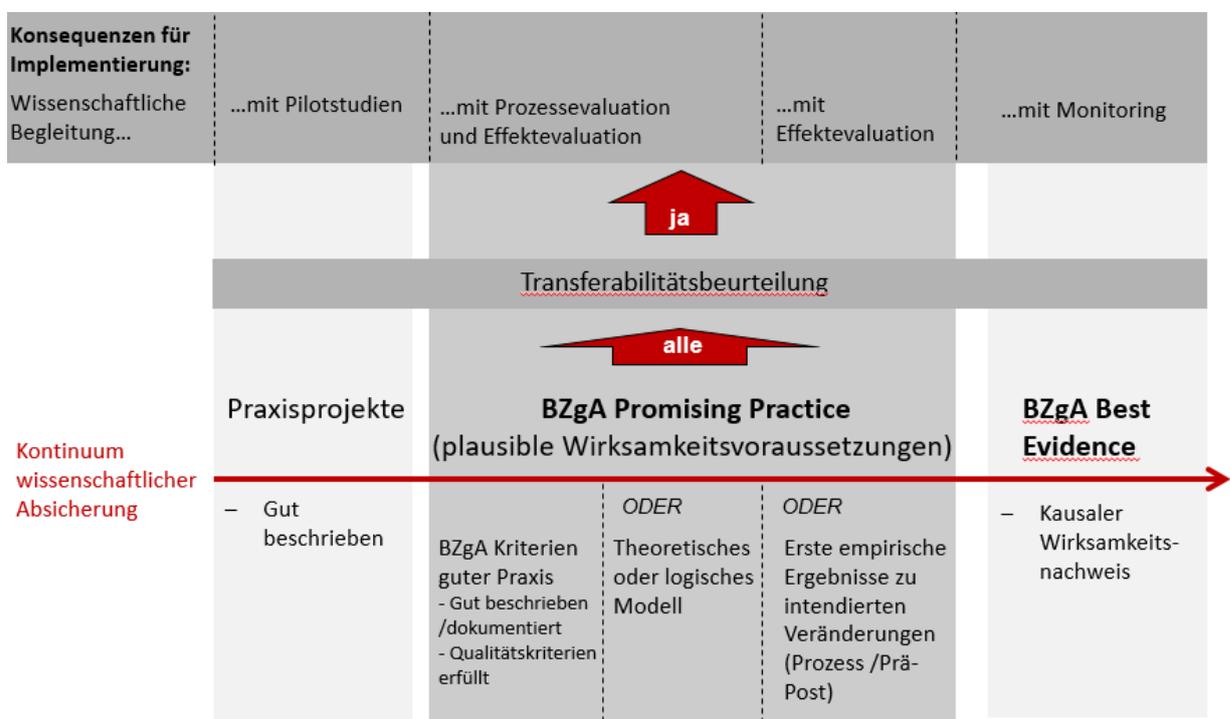


Abbildung 2: Positive Beurteilung der Transferabilität und daraus resultierende Ableitung von Konsequenzen für die Implementierung und Evaluation, in Abhängigkeit von der Einordnung der Maßnahmen in das Spektrum wissenschaftlicher Absicherung

Die Einordnung einer Maßnahme in das Spektrum wissenschaftlicher Absicherung und die Beurteilung ihrer Transferabilität haben wiederum Konsequenzen für die wissenschaftliche Evaluation der Implementierung dieser Maßnahme. Sind die Kontexte vergleichbar und ist eine „BZgA Best Evidence“-Intervention im neuen Kontext akzeptabel und machbar ist die Intervention voraussichtlich auch im neuen Kontext wirksam, so dass eine stringente wissenschaftliche Wirksamkeitsevaluation eventuell ganz entfallen kann (Evans et al., 2019) (vgl. Abbildung 2, „kausaler Wirksamkeitsnachweis“); ein Begleitmonitoring zur Dokumentation von Aspekten wie der Reichweite und von eventuellen Anpassungen der Maßnahme im Zeitverlauf ist in den meisten Fällen trotzdem sinnvoll. Sind die Kontexte bzw. Populationen sehr unterschiedlich, ist vermutlich eine Anpassung (adaptation) der Intervention notwendig (Evans et al., 2019); MRC Guidance). Anpassungen von Interventionen können sich (a) auf den Inhalt der Maßnahme beziehen (z. B. sprachliche Anpassungen), (b) die konkrete Umsetzung der Maßnahme betreffen (z. B. andere Umsetzungsakteurinnen und -akteure) oder (c) Veränderungen im Kontext selbst erfordern (z. B. regulatorische Änderungen, um eine Maßnahme zu ermöglichen).

Im Fall einer notwendigen Anpassung von Interventionen sollte mindestens eine Prozessevaluation, bei größeren Adaptationen eventuell auch eine erneute

Wirksamkeitsevaluation durchgeführt werden. Eine grundsätzliche Notwendigkeit, im Ausland entwickelte und dort wirksamkeitsgeprüfte Interventionen immer auch noch einmal in Deutschland hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu testen, gibt es hingegen nicht. Die Transferabilität einer Maßnahme gilt es ergebnisoffen zu prüfen.

## 6 UMSETZUNG EVIDENZBASIERTER ENTSCHEIDUNGEN UND EMPFEHLUNGEN AUF NATIONALER EBENE

In Großbritannien ist das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die Institution, die auf nationaler Ebene zu zahlreichen Fragen rund um die Gesundheit – ob zu Therapie, Pflege oder Public Health – mit einem standardisierten Verfahren evidenzbasierte Leitlinien entwickelt (NICE, 2014). Ähnliche institutionelle Verankerungen und Vorgehensweisen gibt es auch in den USA (United States Preventive Services Task Force) und Kanada (Public Health Agency of Canada) sowie in einigen anderen Ländern. In Deutschland existiert dagegen keine nationale Behörde oder Einrichtung, die für alle Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung Leitlinien oder Handlungsempfehlungen formuliert. Je nach Themenfeld liegen die Verantwortlichkeiten für Entscheidungen und mehr oder weniger evidenzbasierte Empfehlungen auf nationaler Ebene bei Institutionen wie dem Robert Koch Institut (z.B. Ständige Impfkommission), dem GKV-Spitzenverband (z.B. Leitfaden Prävention), dem Umweltbundesamt (z.B. Empfehlungen und Stellungnahmen zu Trinkwasser), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (z.B. Handlungsempfehlungen zur Prävention von Depression im Rahmen der Reihe „Erkennen – Bewerten – Handeln“), dem Max Rubner Institut für Ernährungsforschung (z.B. Nationale Stillkommission) oder sind direkt im Bundesministerium für Gesundheit (z.B. „Wegweiser zum gemeinsamen Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) angesiedelt.

Für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland lohnt sich die Orientierung an etablierten Verfahren aus dem In- und Ausland. Im Inland kann zum Beispiel die evidenz- und konsensbasierte Entwicklung von S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<sup>11</sup> Vorbild sein, ebenso das Vorgehen der Ständigen Impfkommission<sup>12</sup>. In Bezug auf Public-Health-Leitlinien bieten international sowohl das NICE (NICE, 2014)

<sup>11</sup> <https://www.awmf.org/>

<sup>12</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html)

als auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>13</sup> solide methodische Orientierung. Prinzipiell bietet es sich an, bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland vorab nach existierenden internationalen Leitlinien, insbesondere der WHO, zu suchen.

Typischerweise bestimmen solide methodische Vorgehensweisen für die Erhebung und Bewertung von Evidenz sowie etablierte Verfahren zur Entscheidungsfindung die Evidenzbasierung von Public-Health-Maßnahmen. Auf diese Weise werden die in Kapitel 4.1 beschriebenen Prinzipien der Evidenzbasierung sowie die in Kapitel 4.2 beschriebenen Umsetzungsfaktoren für die Praxis operationalisiert. Ein Prozess zur Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen ist durch einen festgelegten Ablauf mit klar definierten Schritten gekennzeichnet (siehe Prinzip „Strukturierter, reflektierter Prozess“, Tabelle 2). Diese umfassen die Einberufung eines Gremiums, die Offenlegung von Interessen und deren Management, die Absteckung des Rahmens der Handlungsempfehlungen (Scoping), die Abstimmung und Festlegung von Kriterien für die Entscheidungsfindung, die Formulierung spezifischer Fragestellungen, die Erhebung und Bewertung von Evidenz zu diesen Fragestellungen und die Formulierung von Empfehlungen unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz und der festgelegten Kriterien. Alle Schritte im Prozess zur evidenzbasierten Entwicklung von Handlungsempfehlungen sollen explizit und transparent dargestellt und Unsicherheiten hinsichtlich der Evidenzlage und der Formulierung von Handlungsempfehlungen offengelegt werden (siehe Prinzip „Transparenz im Umgang mit Unsicherheit“). Im Folgenden werden einzelne dieser Schritte genauer beschrieben.

- **Einberufung des Gremiums:** Die Zusammensetzung des Gremiums, das Handlungsempfehlungen entwickelt, ist entscheidend. Eine Beteiligung betroffener Institutionen (z. B. Behörden, Kommunalvertreterinnen und -vertreter, wissenschaftliche Fachgesellschaften) und Stakeholder-Gruppen (z. B. Nicht-Regierungs-Organisationen) soll sicherstellen, dass alle relevanten Aspekte des Themas betrachtet werden, und die Akzeptanz der Handlungsempfehlungen erhöhen (siehe Prinzip „Integration und Partizipation“). Institutionen (z. B. Industrieverbände) und Individuen (z. B. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, die regelmäßig finanzielle Zuwendungen der Industrie erhalten), die harte Interessenkonflikte haben, sollten vom Prozess der Entscheidungsfindung ausgeschlossen sein (siehe Prinzip „Umgang mit Interessenkonflikten“). Bei diesen Akteurinnen und Akteuren muss davon ausgegangen werden, dass sie nicht vorrangig die Interessen der Betroffenen bzw. der Zielgruppen einer Handlungsempfehlung vertreten, sondern von sonstigen Interessen geleitet sind.

<sup>13</sup> [https://www.who.int/publications/guidelines/guidelines\\_review\\_committee/](https://www.who.int/publications/guidelines/guidelines_review_committee/)

- **Abstimmung von Kriterien für die Entscheidungsfindung:** Bei klinischen Leitlinien steht das Kriterium der Wirksamkeit bzw. ein Abwägen der positiven und negativen gesundheitlichen Folgen einer Maßnahme im Mittelpunkt, auch wenn die Werte und Präferenzen von Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls die Kosten einer Maßnahme auch eine wichtige Rolle spielen. Handlungsempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen dagegen eine größere Bandbreite von Aspekten berücksichtigen, um den potenziellen gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen einer Handlungsempfehlung Rechnung zu tragen (siehe Prinzip „Gesellschaftliche Aspekte“). Die zugrunde liegenden Werte und Interessen der beteiligten Stakeholder spielen hierbei eine wichtige Rolle. Das WHO-INTEGRATE Evidence-to-Decision Framework (Rehfuess et al., 2019), das zunehmend bei der Entwicklung von WHO-Leitlinien zu Public-Health-Fragestellungen zum Einsatz kommt, schlägt folgende sechs Kriterien vor: (1) Verhältnis von gesundheitlichem Nutzen und Schaden, (2) soziokulturelle Akzeptabilität und Menschenrechte, (3) soziale Ungleichheiten und Nicht-Diskriminierung, (4) gesellschaftliche Auswirkungen, (5) finanzielle Ressourcen und Wirtschaftlichkeit sowie (6) Umsetzbarkeit im Gesundheitssystem. Die Qualität der Evidenz zu all diesen Kriterien wird als siebtes sogenanntes Meta-Kriterium aufgeführt. Diese Kriterien kommen an mehreren Stellen im Prozess zum Einsatz: Im Rahmen des Scopings und der Formulierung von Fragestellungen soll die Berücksichtigung der Kriterien sicherstellen, dass keine wesentlichen Aspekte vergessen werden. Im Rahmen der Formulierung von Handlungsempfehlungen können die Kriterien bei der korrekten Interpretation der Evidenz, des Zusammenführens bzw. Abwägens unterschiedlicher Aspekte und deren Gewichtung unterstützen.
- **Erhebung und Bewertung von Evidenz zur Wirksamkeit:** Systematische Übersichtsarbeiten sind das klassische Instrument zur Betrachtung der Wirksamkeit von klinischen Maßnahmen sowie von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Prinzip „Systematik“). Im ersten Schritt lohnt eine Bestandsaufnahme existierender systematischer Reviews zu der vom Gremium formulierten Fragestellung. Wo sinnvoll, kann dies auch mit einer klar definierten Methodik in Form einer Übersichtsarbeit systematischer Übersichtsarbeiten („umbrella review“, „systematic review of systematic reviews“, „overview of systematic reviews“) stattfinden. Liegt ein passender aktueller und hochwertiger systematischer Review zu der vom Gremium formulierten Fragestellung vor, so kann dieser bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen verwendet werden. Dabei sollten Wirkmechanismen z. B. anhand von verhaltenspsychologischen oder soziologischen Modellen beschrieben und geprüft werden (siehe Prinzip „Theorie“). Außerdem sollten Kontextabhängigkeiten sorgfältig betrachtet werden (siehe Prinzip „Kontextabhängigkeit und Komplexität“). Liegt kein

passender systematischer Review vor, sollte idealerweise ein systematischer Review durchgeführt oder ein bestehender systematischer Review aktualisiert werden. Die Qualität eines systematischen Reviews orientiert sich am Vorgehen der Cochrane Collaboration (Higgins et al., 2019) und kann zum Beispiel mit dem AMSTAR-II-Tool bewertet werden (Shea et al., 2017). Die Qualität der Evidenz, die im Rahmen eines systematischen Reviews erhoben wurde, wird im internationalen Kontext und zunehmend auch in Deutschland (z. B. im Rahmen von STIKO-Empfehlungen) mittels des GRADE-Ansatzes (Guyatt et al., 2008) bewertet, um bestehende Unsicherheiten in der Evidenzlage zu erfassen und offenzulegen (siehe Prinzip „Transparenz im Umgang mit Unsicherheit“).

- **Erhebung und Bewertung von Evidenz zu weiteren Fragestellungen:** Legt das Gremium fest, dass neben einer Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen bzw. des Verhältnisses von gesundheitlichem Nutzen und Schaden auch weitere Kriterien eine wichtige Rolle spielen, sollten auch hinsichtlich dieser Kriterien Fragen formuliert und nach Evidenz gesucht werden (siehe Prinzip „Gesellschaftliche Aspekte“). Bei einer umfassenden Betrachtung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bietet sich außerdem eine Perspektive an, die sich explizit mit dem Zusammenspiel einer Maßnahme mit dem System, in dem sie umgesetzt wird, befasst (siehe Prinzip „Kontextabhängigkeit und Komplexität“). Im Gegensatz zu Fragen der Wirksamkeit, die am besten mit randomisierten kontrollierten und quasi-experimentellen Studien beantwortet werden, kann bei der Beantwortung anderer relevanter Fragen ein breites und interdisziplinäres Methoden-Portfolio zum Einsatz kommen (siehe Prinzip „Interdisziplinarität“). Zum Beispiel bieten sich bei Fragen zur Akzeptabilität einer Maßnahme bei der Zielgruppe und weiteren Stakeholder-Gruppen qualitative Methoden und gegebenenfalls ein qualitativer systematischer Review an. Die daraus resultierende Evidenz kann dann mit dem GRADE-CERQual-Ansatz (Lewin et al., 2018) beurteilt werden. Beim Kriterium der Auswirkungen auf soziale Ungleichheiten und der (Nicht-)Diskriminierung können je nach Fragestellung quantitative (z. B. Ausmaß sozialer Ungleichheiten), qualitative (z. B. subjektives Empfinden von Diskriminierung) oder ethisch-analytische (z. B. umfassende Analyse der ethischen Auswirkungen einer Maßnahme) Herangehensweisen zum Einsatz kommen.

**Formulierung von Handlungsempfehlungen:** Die Ausarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist ein komplexer Prozess. Dieser sollte auf der Grundlage einer systematischen und bewussten Integration der für die Frage relevanten besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, der praktischen Erfahrungen und der Expertise relevanter Fachleute und Stakeholder sowie der Werte und Präferenzen der betroffenen Bevölkerung

erfolgen. Um dabei die strukturierte Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz zu unterstützen, kann, wie bereits oben erwähnt, ein sogenanntes Evidence-to-Decision Framework zum Einsatz kommen. Transparenz (siehe Prinzip „Transparenz“) hinsichtlich der zugrundeliegenden Werte und verwendeten Kriterien, hinsichtlich der Darstellung von Evidenz sowie der Unsicherheiten in dieser Evidenz und daraus resultierend der Stärke einer Empfehlung ist entscheidend, u. a. da es sich bei der Finanzierung der Maßnahmen meist um die Verwendung öffentlicher Gelder handelt.

## 7 EVIDENZBASIERTE UMSETZUNG VON INTERVENTIONEN AUF LOKALER EEBENE

Entscheidungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene werden in der Regel von Akteurinnen und Akteuren in Praxis und Politik getroffen, deren Hauptaufgabe und -expertise nicht in der wissenschaftlichen Beurteilung und Evaluation von Maßnahmen liegt. Daher ist die Entwicklung und Verbreitung von Standards für die Qualifizierung von Fachakteurinnen und -akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Voraussetzung, um in Zukunft wissenschaftliche Erkenntnisse besser in die Umsetzung solcher Maßnahmen einfließen zu lassen. Es gibt in Deutschland und international wenige Qualifizierungsangebote für kommunale Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. die von der BZgA geförderten Fortbildungsangebote der Qualitätsentwicklung für Mitarbeitende der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) (Prof. Petra Kolip, Bielefeld), die im Rahmen des internationalen Communities-That-Care<sup>14</sup>(CTC)-Netzwerks eingebundenen Fortbildungen (Feinberg, Jones, Greenberg, Osgood & Bontempo, 2010) oder das in die europäische Xchange-Datenbank eingebettete Qualifizierungscurriculum für Präventionsfachkräfte<sup>15</sup>. Die letzteren beiden Qualifizierungsangebote betreffen jedoch nur einen Teilbereich von Prävention (hier: Sucht- und Gewaltprävention).

Solche Qualifizierungsmaßnahmen können dieses Memorandum nicht ersetzen. Gleichwohl möchte es zur Qualifizierung beitragen, indem es konkrete Schritte auf dem Weg zu einem nachhaltig wirksamen System der Prävention und Gesundheitsförderung aufzeigt und damit die Möglichkeiten von kommunalen Akteurinnen und Akteuren erweitert, den

<sup>14</sup> <https://www.ctc-info.de/nano.cms/umsetzung>

<sup>15</sup> <https://finder-akademie.de/angebot/eupc-qualifizierungsprogramm/http://upc-adapt.eu/wp-content/uploads/2018/01/upc-project-promo-leaflet.pdf>; [https://www.researchgate.net/publication/329112743\\_Regional\\_Health\\_Coordinators\\_Community\\_Capacity\\_Building\\_for\\_Health\\_Promotion\\_and\\_Prevention](https://www.researchgate.net/publication/329112743_Regional_Health_Coordinators_Community_Capacity_Building_for_Health_Promotion_and_Prevention)

umfassenden Prozess der Evidenzbasierung in ihre jeweilige Realität zu übersetzen. Dazu skizzieren wir folgende Bausteine, die kommunale Akteurinnen und Akteure nutzen können, um in ihren alltäglichen Entscheidungen mehr Evidenzbasierung zu verankern:

### **Baustein 1: Nutzung bestehender Portale für systematische Übersichtsarbeiten**

Zur Wirksamkeit von Maßnahmen und Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. zu ihren Wirkvoraussetzungen existieren im internationalen Raum bereits viele systematische Übersichtsarbeiten. Diese können in internationalen Datenbanken gesucht und heruntergeladen werden (Box 2). Manche Datenbanken bieten bereits laienverständliche Zusammenfassungen auf Englisch oder Deutsch an. Weitere vereinfachte Formate der Kommunikation von Erkenntnissen aus systematischen Übersichtsarbeiten, die die Verständlichkeit und Nutzung durch Nicht-Expertinnen und Nicht-Experten verbessern, werden entwickelt und getestet (Busert et al., 2018).

Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com>) – Cochrane Reviews und laienverständliche Kurzzusammenfassungen auf Englisch

Cochrane Kompakt (<https://www.cochrane.org/de/evidence>) – laienverständliche Kurzzusammenfassungen einer Vielzahl von Cochrane Reviews auf Deutsch

Campbell Collaboration (<https://campbellcollaboration.org/>) – Campbell Reviews zu Fragen aus den Bereichen Soziales und Bildung

Epistemonikos (<https://www.epistemonikos.org/>) – Datenbank systematischer Übersichtsarbeiten zu gesundheitlichen Fragestellungen hinsichtlich Wirksamkeit und einer Vielzahl anderer Fragestellungen in neun Sprachen, darunter Englisch und Deutsch

Box 2: Portale für systematische Übersichtsarbeiten

Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt veröffentlicht die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) regelmäßig Reporte zu evidenzbasierter Prävention in der Arbeitswelt (z. B. für die Jahre 2006 bis 2012 und 2012 bis 2018). Dafür hat sie Kurzformate von Inhaltsangaben der systematischen Reviews entwickelt (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoj, 2018). Auch die BZgA gibt z. B. in ihrer Fachheftreihe einen Überblick über die Evidenz von Maßnahmen, aktuell z. B. im Bereich der Suchtprävention (Barthelmes et al., 2018; Bühler, Thrul & Matos, 2020).

### **Baustein 2: Nutzung wissenschaftlich gesicherter Datenbanken zu Interventionen**

Tabelle 6 führt Datenbanken bzw. Register auf, die transparent das bestehende Wissen über einzelne Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Zum Beispiel enthält die niederländische Datenbank „loketgezondleven“ neben im strikten

Sinne evidenzbasierten Interventionen mit Wirksamkeitsnachweis auch „gut beschriebene“ und „theoretisch fundierte“ Interventionen. In den Niederlanden wird die Implementierung evidenzbasierter oder vielversprechender Interventionen auch dadurch gestärkt, dass die Erfüllung dieser Kriterien die Voraussetzung für eine Förderung der Implementierung einer Intervention durch die dortige nationale Forschungsförderungsinstitution ist.

Name der Datenbank, Organisation und Land	Zielsetzung	Bewertungskategorien innerhalb der Datenbanken	Kategorisierung BZgA <sup>16</sup>	Links
Grüne Liste Prävention, Landespräventionsrat Niedersachsen, Deutschland	Darstellung des Standes der Entwicklung von ausgewählten Programmansätzen im Bereich der Prävention von Gewalt, Kriminalität, Suchtverhalten und anderen Problemverhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen	Ergebnisse aus der Bewertung der Konzept- und Umsetzungsqualität, des Evaluationsniveaus und der Beweiskraft sowie der Ergebnisse von Evaluationen führen zu folgender Einteilung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektivität theoretisch gut begründet</li> <li>• Effektivität wahrscheinlich</li> <li>• Effektivität nachgewiesen</li> <li>• Auf der Schwelle</li> <li>• Keine Aufnahme</li> </ul>	BZgA Best Evidence	<a href="https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information">https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information</a>
Praxisdatenbank Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Deutschland	Listung von Angeboten, die sich an den Bedarfen sozial benachteiligter Gruppen orientieren, Förderung des kollegialen Austauschs sowie der Transparenz und der Kommunikation unter den Akteurinnen und Akteuren	Good-Practice-Kriterien, die für die Qualitätsverbesserung von Projekten genutzt werden können, darunter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeption</li> <li>• Zielgruppenbezug</li> <li>• Setting-Ansatz</li> <li>• Multiplikatorenkonzept</li> <li>• Nachhaltigkeit</li> <li>• Niedrigschwellige Arbeitsweise</li> <li>• Partizipation</li> <li>• Empowerment</li> <li>• Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung</li> <li>• Qualitätsmanagement</li> </ul>	BZgA Promising Practice	<a href="https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/">https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/</a>

<sup>16</sup> Laut Definition von „BZgA Promising Practice“ und „BZgA Best Evidence“, siehe Kapitel 5.2.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation Evaluation</li> <li>• Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis</li> </ul>		
Wissen für gesunde Lebenswelten, GKV-Bündnis für Gesundheit <sup>17</sup> , Deutschland	Darstellung der Ergebnisse verschiedener Arten systematischer Übersichtsarbeiten, u. a. zur Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	Bewertungskriterien für Einzelinterventionen unterscheiden sich je nach Übersichtsarbeit, perspektivisch ist auch eine Bewertung der methodischen Qualität der Übersichtsarbeiten geplant	--	<a href="https://www.gkv-buendnis.de/">https://www.gkv-buendnis.de/</a>
Best Practice Portal European Commission, Europäische Union	Bereitstellung von bewährten Maßnahmen („good“ and „best practices“) im Bereich Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten	<p>Kriterien für die Bewertung der Angemessenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevanz</li> <li>• Beschreibung der Interventionscharakteristika</li> <li>• Evidenz- und Theoriebasierung</li> <li>• Beachtung ethischer Aspekte</li> </ul> <p>Kernkriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirksamkeit unter kontrollierten und Realbedingung</li> <li>• Gerechtigkeit (equity)</li> </ul> <p>Qualifikationskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferabilität</li> <li>• Nachhaltigkeit</li> <li>• Partizipation</li> <li>• Intersektorale Zusammenarbeit</li> </ul>	BZgA Promising Practice / Best Evidence	<a href="https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/">https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/</a>
X-Change Prevention Registry, Europäische Union, European Monitoring Centre for Drug Addiction	Bereitstellung von internationalen, evidenzbasierten Präventionsprogrammen im Bereich der Prävention von	<p>Einteilung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficial</li> <li>• Likely to be beneficial</li> <li>• Possibly beneficial</li> <li>• Additional studies recommended</li> <li>• Unlikely to be beneficial</li> </ul>	BZgA Best Evidence	<a href="http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange">http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange</a>

<sup>17</sup> In der Datenbank des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden keine einzelnen Interventionen dargestellt. Stattdessen werden Ergebnisse verschiedener Arten von Übersichtsarbeiten, u. a. zur Wirksamkeit von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten (z. B. Kita, Schule, Kommune) vorgestellt. Die Datenbank wird hier zur Vollständigkeit aufgeführt, da sie auch zur Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen kann, sich aber von den anderen Datenbanken abhebt, die Einzelmaßnahmen vorstellen.

	Suchtmitteln, Kriminalität und Gewalt			
Loketgezondleven, National Institute for Public Health and the Environment, Niederlande	Bereitstellung anerkannter Lifestyle-Interventionen, die in den Niederlanden durchgeführt wurden	Einteilung in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektiv (Erste, gute und starke Hinweise auf Effektivität)</li> <li>• Theoretisch fundiert</li> <li>• Gut beschrieben</li> </ul> <p>Alle Interventionen werden zudem auf ihre Machbarkeit überprüft.</p>	BZgA Promising Practice / Best Evidence	<a href="https://www.loketgezondleven.nl/">https://www.loketgezondleven.nl/</a>
Blueprints for healthy youth development, Institute of Behavioral Science at University Colorado Boulder, USA	Bereitstellung eines umfassenden, vertrauenswürdigen Verzeichnisses evidenzbasierter Maßnahmen, die wirksam zur Förderung eines gesunden Verlaufs der Entwicklung von Jugend- zu Erwachsenenalter beitragen	Einteilung in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Model Plus Program</li> <li>• Model Programs</li> <li>• Promising Programs</li> </ul>	BZgA Best Evidence	<a href="https://www.blueprintsprograms.org/">https://www.blueprintsprograms.org/</a>

Tabelle 6: Beispiele deutscher, europäischer und internationaler Projektdatenbanken mit Informationen zu vielversprechenden und evidenzbasierten Maßnahmen

Zukünftig sollten solche Datenbanken – neben transparenten Informationen zur Wirksamkeit einer Maßnahme – auch darüber hinausgehendes wissenschaftlich abgesichertes Wissen zu weiteren Kriterien für evidenzbasierte Entscheidungen wie Akzeptanz, Machbarkeit und Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten berichten (siehe auch Tabelle 3). Manchmal präsentieren diese Datenbanken Hintergrundinformationen für Entscheidungen bezüglich einer Maßnahmenimplementierung in sogenannten „what works“-Papieren. Diese stellen im Gegensatz zu den Datenbankeinträgen für einzelne Maßnahmen das Wissen nicht spezifisch für eine Einzelmaßnahme, sondern für ein Bündel ähnlicher Maßnahmen zusammen (z. B. Übergewichtsprävention in Schulen). Für eine gelingende Umsetzung von Maßnahmen könnten zudem konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im deutschsprachigen Raum wichtig sein, die z. B. über die Datenbanken und darüberhinausgehende Kommunikation ihre Implementierungserfahrung teilen könnten.

### Baustein 3: Einschätzung der Transferabilität einer evidenzbasierten Intervention

Wenn mithilfe von Baustein 1 oder 2 evidenzbasierte oder vielversprechende Maßnahmen identifiziert wurden, stellt sich die Frage, ob diese Maßnahmen tatsächlich mit der gleichen Wirksamkeitserwartung umsetzbar (transferierbar) sind.

Die konkrete Operationalisierung der Transferabilitätsbeurteilung wird derzeit wissenschaftlich diskutiert, ohne dass ein Konsens besteht. Eine Handreichung des britischen Medical Research Councils dazu ist in Vorbereitung und könnte das Feld weiter voranbringen. Mehrere systematische Reviews (Pfadenhauer et al., 2017; Schloemer & Schroder-Back, 2018) versuchen, aus der wissenschaftlichen Literatur die für Transferabilität von Maßnahmen wichtigen Kriterien zu extrahieren. So sollen beispielsweise strukturiert die Charakteristika der im neuen Kontext zu implementierenden Maßnahme analysiert werden, ebenso wie die Vergleichbarkeit des Kontextes und der Zielgruppe. Als Instrumente hierfür sind international mehrere Ansätze in Entwicklung, beispielsweise das TRANSFER Framework von Heather Munthe-Kaas aus Norwegen (Munthe-Kaas, Nøkleby, Lewin & Glenton, 2020) sowie der Ansatz der ADAPT Study (Evans et al., 2019). Als ein bereits in Form einer Checkliste in Deutschland getestetes Instrument (Polus et al., 2017) soll hier das CICI-Framework (Pfadenhauer et al., 2017) exemplarisch vorgestellt werden (Tabelle 7), die Checkliste zur Transferabilitätsbeurteilung, die auf dem CICI-Framework zur Konzeptionalisierung des Kontexts von Maßnahmen basiert (Polus und Pfadenhauer, 2020, unveröffentlicht).

<b>Intervention</b>	
Eigenschaften der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Eigenschaften der Intervention interagieren mit dem Setting, dem Kontext und der Implementierung?</li> <li>• Wie interagieren diese Eigenschaften der Intervention mit dem Setting, dem Kontext und der Implementierung?</li> </ul>
<b>Kontext</b>	
In Abhängigkeit von der betrachteten Intervention sollten alle oder eine Auswahl der sieben Kontextdomänen (d. h. geografischer, epidemiologischer, soziokultureller, sozioökonomischer, ethischer, rechtlicher und politischer Kontext) durchdacht werden.	
Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Aspekte des Kontexts interagieren mit der Implementierung der Intervention?</li> <li>• Wie interagieren diese Aspekte des Kontexts mit der Intervention?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wie interagieren diese Aspekte des Kontexts mit der Implementierung?</li></ul>
<b>Implementierung</b>	
Implementierungs-theorie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche theoretischen Ansätze liegen der Implementierung zugrunde?</li><li>• Wie interagiert diese Theorie mit dem Setting und dem Kontext?</li><li>• Wie interagiert diese Theorie mit der Intervention?</li></ul>
Implementierungs-prozess	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aus welchen Schritten besteht der Implementierungsprozess?</li><li>• Wie interagiert der Implementierungsprozess mit dem Setting und dem Kontext?</li><li>• Wie interagiert der Implementierungsprozess mit der Intervention?</li></ul>
Implementierungs-strategie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Implementierungsstrategien werden verwendet?</li><li>• Wie interagieren diese Implementierungsstrategien mit dem Setting und dem Kontext?</li><li>• Wie interagieren diese Implementierungsstrategien mit der Intervention?</li></ul>
Implementierungs-akteurinnen und -akteure	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Personen und Organisationen sind an der Implementierung beteiligt?</li><li>• Wie interagieren diese Implementierungsakteurinnen und -akteure mit dem Setting und dem Kontext?</li><li>• Wie interagieren diese Implementierungsakteurinnen und -akteure mit der Intervention?</li></ul>
Implementierungs-endpunkte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Implementierungsendpunkte werden genannt?</li><li>• Wie interagieren diese Implementierungsendpunkte mit den Endpunkten der Intervention?</li></ul>

<b>Setting</b>	
Setting	<ul style="list-style-type: none"><li>• Welche Aspekte des Settings interagieren mit der Intervention?</li><li>• Wie interagiert das Setting mit dem Kontext?</li><li>• Wie interagiert das Setting mit der Implementierung?</li></ul>

Tabelle 7: Checkliste zur Transferabilitätsbeurteilung (basierend auf dem CICI-Framework zu Kontext und Implementierung von komplexen Maßnahmen (Pfadenhauer et al., 2017), deutsche Übersetzung unveröffentlicht)

#### **Baustein 4: Strukturierte, standardisierte Sammlung von Rückmeldungen aus der Praxis („practice-based evidence“)**

Maßnahmen, die breit und in einem vielfältigen Spektrum von Lebenswelten implementiert werden sollen, müssen praxistauglich sein. Deshalb sollten genau diese Praxistauglichkeit einer Maßnahme bzw. nötige Anpassungen bei ihrer Umsetzung auch strukturiert und standardisiert dokumentiert werden. Datenbanken wie die Good-Practice-Datenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit enthalten viele Maßnahmen, die aus der Praxis heraus entwickelt wurden und deren Umsetzung in einem Setting gut dokumentiert ist. Neben den theoretischen Kriterien („Good Practice“), die diese Maßnahmen erfüllen, ist es notwendig, die Erfahrungen anderer Praxispartnerinnen und -partner mit den gleichen Maßnahmen zu sammeln und zugänglich zu machen. Das könnte im Rahmen von mit den Nutzerinnen und Nutzern interagierenden Datenbanken oder durch nachgeschaltete Befragungen verwirklicht werden. So könnte die in der internationalen Literatur diskutierte „practice-based evidence“ tatsächlich auch die Evidenzbasierung des gesamten Feldes der Prävention und Gesundheitsförderung voranbringen.

#### **Baustein 5: Enge Vernetzung von Praxis und Wissenschaft**

Die bisherige relative Abkoppelung der Implementierung von Interventionen in der Praxis einerseits und wissenschaftlicher Arbeit andererseits steht einer Stärkung der Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung im Wege. Kooperationen zwischen Wissenschaft und Praxis sollten gemäß der Einordnung einer Maßnahme im Spektrum gesicherten Wissens (siehe Kapitel 5) spezifisch angegangen werden. Sie sind ein notwendiger Baustein dafür, den Nachweis von Wirksamkeit und die wissenschaftliche Betrachtung anderer Kriterien für das gesamte System der Prävention und Gesundheitsförderung zu erbringen. Möglicherweise könnte man eine solche Zusammenarbeit durch sich

entwickelnde regional übergreifende Strukturen im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) leisten.

Dies bedeutet konkret, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler frühzeitig (1) bei der Auswahl existierender Interventionen bzw. der Entwicklung neuer Interventionen und (2) bei der Prozess- und Wirksamkeitsevaluation von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden werden sollten. Weiter sollten bestehende Fördermöglichkeiten für Praxisakteurinnen und -akteure (z. B. im Rahmen des PräVG) eine frühzeitige Zusammenarbeit mit der Wissenschaft unterstützen und in der Mittel- und Ressourcenplanung berücksichtigen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist ein Angebot des GKV-Bündnisses für Gesundheit, das den gesetzlichen Krankenkassen eine unabhängige wissenschaftliche Beratung zu Fragestellungen der Evaluation ermöglicht und bei krankenkassenartenübergreifenden Angeboten auch die Umsetzung der Evaluation finanzieren kann. Über dieses Angebot hinaus sollten bestehende Plattformen, z. B. die Plattform Praxis-Wissenschaft des Zukunftsforums Public Health, für den Aufbau eines Netzwerks von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit Expertise im Bereich Evaluation einerseits und Akteurinnen und Akteuren der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung andererseits genutzt werden.

## 8 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

In diesem Memorandum werden Kriterien und Operationalisierungen vorgeschlagen, die die Evidenzbasierung im derzeit sich entwickelnden System der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland auf zwei Ebenen unterstützen können: auf der Ebene der Umsetzung von einzelnen Maßnahmen und auf der Ebene der übergeordneten Entscheidungen. Berücksichtigt sind dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland, das internationale Verständnis von Evidenzbasierung sowie wichtige ethische Standards.

Die BZgA fühlt sich als oberste Bundesbehörde im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet, in Kooperation mit Wissenschaft und Praxis für eine Weiterentwicklung des Systems der Prävention und Gesundheitsförderung zu sorgen. Diese Weiterentwicklung kann nur gelingen, wenn das wissenschaftlich gesicherte Wissen über Wirksamkeit und weitere Kriterien von Maßnahmen und maßnahmenbezogenen Entscheidungen strukturiert und transparent in das Handeln von Akteurinnen und Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen einfließt. Genauso wichtig wird es sein, Wege zu finden, das umfassende Praxiswissen zu Umsetzung, Kontexten und Erfolgsbedingungen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

systematisch in Forschungsfragestellungen, Evaluations- und Implementierungsstudien und Empfehlungen einfließen zu lassen, z. B. auf der Grundlage eines zyklischen Wissenschaft-Praxis-Prozesses.

## 9 LITERATUR

- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Barratt, A. (2008). Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns*, 73(3), 407-412.
- Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoj, J. (2018). Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für den Zeitraum 2012 bis 2018. *iga. Report 40*.
- Bödeker, W. & Kreis, J. (2006). Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. In W. H. Bödeker & J. H. Kreis (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Selbsthilfe ; 17* (Bd. Bremerhaven): Wirtschaftsverlag NW, Verl. für Neue Wiss.
- Borrmann, S. & Thiessen, B. (Hrsg.). (2016). *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin* (1 ed.): Verlag Barbara Budrich.
- Briner, R. B., Denyer, D. & Rousseau, D. M. (2009). Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time? *Academy of Management Perspectives*, 23(4), 19-32.
- Brownson, R. C. (2003). *Evidence-based public health*. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D. & Gillespie, K. N. (2018a). *Evidence-based public health* (Bd. New York): Oxford University Press.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. & Green, L. W. (2018b). Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. *Annu Rev Public Health*, 39, 27-53.
- Brownson, R. C., Gurney, J. G. & Land, G. H. (1999a). Evidence-based decision making in public health. *Journal of public health management and practice : JPHMP*, 5(5), 86-97.
- Brownson, R. C., Gurney, J. G. & Land, G. H. (1999b). Evidence-based decision making in public health. *J Public Health Manag Pract*, 5(5), 86-97.
- Bühler, A., Thrul, J. & Matos, E. G. (2020). *Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der "Expertise zur Suchtprävention 2013"* (Bd. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 52. Köln): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Busert, L. K., Mutsch, M., Kien, C., Flatz, A., Griebler, U., Wildner, M. et al. (2018). Facilitating evidence uptake: development and user testing of a systematic review summary format to inform public health decision-making in German-speaking countries. *Health Res Policy Syst*, 16(1), 59.
- Craig, P., Cooper, C., Gunnell, D., Haw, S., Lawson, K., Macintyre, S. et al. (2012). Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*, 66(12), 1182-1186.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337, a1655.
- Craig, P., Katikireddi, S. V., Leyland, A. & Popham, F. (2017). Natural Experiments: An Overview of Methods, Approaches, and Contributions to Public Health Intervention Research. *Annu Rev Public Health*, 38, 39-56.
- Davies, P. (1999). What is evidence-based education? *British journal of educational studies*, 47(2), 108-121.

- Djulbegovic, B. & Guyatt, G. H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*, 390(10092), 415-423.
- ECDC. (2011). *Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Evans, R. E., Craig, P., Hoddinott, P., Littlecott, H., Moore, L., Murphy, S. et al. (2019). When and how do 'effective' interventions need to be adapted and/or re-evaluated in new contexts? The need for guidance. *J Epidemiol Community Health*, 73(6), 481-482.
- Feinberg, M. E., Jones, D., Greenberg, M. T., Osgood, D. W. & Bontempo, D. (2010). Effects of the Communities That Care model in Pennsylvania on change in adolescent risk and problem behaviors. *Prev Sci*, 11(2), 163-171.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S. et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci*, 6(3), 151-175.
- Gehardus, A. (2010). *Evidence based public health* (Bd. Bern): Huber.
- Gerhardus, A., Rehfuess, E. & Zeeb, H. (2015). Evidence-based health promotion and prevention in settings: Which types of study designs are needed? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(1), 40-45.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N. et al. (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prev Sci*, 16(7), 893-926.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924-926.
- Haring, R. & Siegmüller, J. (2018). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung*.
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. et al. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Bd. 6).
- Hill, A. B. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med*, 58, 295-300.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *J Epidemiol*, 7(4), 187-197.
- Lewin, S., Booth, A., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Rashidian, A., Wainwright, M. et al. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*, 13(1), 2.
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Shanman, R. & Shekelle, P. G. (2016). What is an evidence map? A systematic review of published evidence maps and their definitions, methods, and products. *Systematic Reviews*, 5(1), 28.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W. et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Bmj*, 350, h1258.
- Munthe-Kaas, H., Nøkleby, H., Lewin, S. & Glenton, C. (2020). The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 11.
- NICE. (2014). Developing NICE guidelines: the manual. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869> [Zugriff: 31.10.2014].

- Odom, S., Brantlinger, E., Gersten, R., Horner, R., Thompson, B., A, T. et al. (2005). Research in Special Education: Scientific Methods And Evidence-based Practices. *Exceptional Children*, 71.
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B. et al. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci*, 12(1), 21.
- Polus, S., Pfadenhauer, L., Brereton, L., Leppert, W., Wahlster, P., Gerhardus, A. et al. (2017). A consultation guide for assessing the applicability of health technologies: a case study. *Int J Technol Assess Health Care*, 33(5), 577-585.
- Rehfuess, E. A., Stratil, J. M., Scheel, I. B., Portela, A., Norris, S. L. & Baltussen, R. (2019). The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 1), e000844.
- Richards, D., Bazeley, P., Borglin, G., Craig, P., Emsley, R., Frost, J. et al. (2019). Integrating quantitative and qualitative data and findings when undertaking randomised controlled trials. *BMJ Open*, 9.
- Robert Koch Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2012). Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Rutter, H., Savona, N., Glonti, K., Bibby, J., Cummins, S., Finegood, D. T. et al. (2017). The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet*, 390(10112), 2602-2604.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Sanderson, I. (2002). Evaluation, Policy Learning and Evidence-Based Policy Making. *Public Administration*, 80(1), 1-22.
- Schloemer, T. & Schroder-Back, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implement Sci*, 13(1), 88.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J. et al. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008.
- Trojan, A. & Kolip, P. (2020). Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1-24). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Veerman, J. W. & van Yperen, T. A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Eval Program Plann*, 30(2), 212-221.