

Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden (Langfassung)

Memorandum Prevention Research – Research Areas and Methods

Autoren

U. Walter¹, G. Nöcker², M. Plaumann¹, S. Linden², E. Pott², U. Koch³, S. Pawlis³ unter Mitarbeit von T. Altgeld⁴, M. L. Dierks¹, A. Frahsa⁵, I. Jahn⁶, C. Krauth¹, M. Pomp¹, R. Rehaag⁷, B. P. Robra⁸, W. Süß⁹, J. Töppich², A. Trojan³, H. von Unger¹⁰, M. Wildner¹¹, M. Wright¹²

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Forschungsförderung
- Nachhaltigkeit
- Methoden

Key words

- prevention
- health promotion
- research funding
- sustainability
- methods

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327759>
 Gesundheitswesen 2012;
 74: e99–e113
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ulla Walter
 Institut für Epidemiologie,
 Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
 Medizinische Hochschule
 Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover
 walter.ulla@mh-hannover.de

Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) richtete von 2004–2012 erstmals einen Förderschwerpunkt Präventionsforschung ein, in dem 60 Projekte zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Meta-Projekt „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) gefördert wurden. Die in dem Förderschwerpunkt gewonnenen Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen werden in Memoranden gebündelt. Das „Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden“ zeigt 5 Bereiche auf, die aus Sicht der Beteiligten als besonders relevant erachtet werden.

Zentral ist die Förderung der Strukturbildung und Stärkung der Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung, die von bestehenden Kristallisationskernen ausgehen sollte. Wesentlich ist auch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen. Forschungen sollten hierbei einen Beitrag zur Weiterentwicklung theoretischer Konzepte und ihrer empirischen Überprüfung leisten. Bislang wenig erforscht ist der Transfer von Wissen, um entwickelte Präventionsprogramme und Gesundheitsförderungsmaßnahmen effektiv zu nutzen. Erforderlich sind z.B. Untersuchungen, die die Übertragung von Programmen in andere Kontexte analysieren, Analysen zur Zusammenarbeit von Politik und Wissenschaft sowie eine theoretisch-konzeptionelle Weiterentwicklung der Transferforschung. Ein Bedarf besteht auch in der längerfristigen Evaluation der Effekte von Interventionsstudien, um Aussagen zur Nachhaltigkeit treffen zu können. Der letzte Bereich zeigt die Relevanz der Methodenentwicklung in der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung, die einer eigenständigen Förderung bedarf. Hierzu zählen insbesondere die Evaluation der Wirksamkeit komplexer Interventionen, gesundheitsökonomische Analysen sowie die partizipative Gesundheitsforschung.

Abstract

From 2004 to 2012, the German Ministry of Education and Research (BMBF) established its first funding programme for the promotion of prevention research. 60 projects on primary prevention and health promotion and the meta-project entitled “Cooperation for Sustainable Prevention Research” (KNP) received BMBF grants under this programme during this period. The experience and knowledge gained and recommendations arising from the research funded under this programme are compiled in memorandum format. The “Memorandum on Prevention Research – Research Areas and Methods” highlights 5 research areas that are considered to be especially relevant from the perspective of the involved scientists and practice partners.

The promotion of structural development and sustainability enhancement in disease prevention and health promotion are central areas that should branch out from existing nuclei of crystallization. Improving the health competence of the population and of specific subpopulations is another major area. Research in these areas should contribute to the development of theoretical concepts and to the empirical testing of these concepts. The transfer of knowledge for effective use of developed disease prevention and health promotion programmes and measures is still a scarcely researched area. Among other things, studies of the transfer of programmes from one context to another, analyses of the cooperation between politics and science, and the continued theoretical and conceptual development of transfer research are needed. Long-term data on the effects of intervention studies are also needed for proper evaluation of sustainability. The latter demonstrates the importance of method development in disease prevention and health promotion research as an area that should receive separate funding and support. This research should include, in particular, studies of the efficacy of complex interventions, health economic analyses, and participative health research.



Einleitung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) richtete von 2004–2012 erstmals einen Förderschwerpunkt Präventionsforschung ein, in dem 60 Projekte zur primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie das Meta-Projekt „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) gefördert wurden. Eingebunden waren über 50 wissenschaftliche Einrichtungen und über 170 Praxispartnerinnen und Praxispartner. Mit dem Förderschwerpunkt wurden in 4 Förderphasen bislang vernachlässigte Zielgruppen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung explizit adressiert, Maßnahmen konzipiert und hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosten-Effektivität überprüft, Zugangswege zu einer Zielgruppe oder einer Lebenswelt erprobt und evaluiert sowie Konzepte der Qualitätssicherung weiterentwickelt. Die Projekte sollten zudem einen innovativen Beitrag zur Weiterentwicklung der Methodik leisten. Das Förderprogramm gab und gibt damit einen wesentlichen Anstoß zur Entwicklung der primären Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen des Meta-Projekts KNP (www.knp-forschung.de) wurden die Ergebnisse des Förderschwerpunkts zusammengeführt, auf Tagungen präsentiert und in Zeitschriften und Sammelbänden publiziert. In jährlichen Strategietreffen wurden die Erkenntnisse und Erfahrungen in der Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis reflektiert sowie Möglichkeiten zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland gemeinsam erarbeitet. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für das Memorandum zur Forschungsförderung (Memorandum I [118]), das die Erfahrungen aus dem Förderprozess bündelt und Empfehlungen für die Gestaltung zukünftiger Förderprozesse im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gibt.

Für eine zukünftige, auf wissenschaftlicher und praktischer Evidenz beruhende Weiterentwicklung der primären Prävention und Gesundheitsförderung ist eine vertiefende, gezielte Unterstützung der Forschung erforderlich. Die von KNP durchgeführte Eingangsbefragung [1], die Jahrestagungen und jährlichen Strategietreffen verdeutlichen den Forschungsbedarf in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die sich hieraus ergebenden Bereiche (hier nachfolgend aufgeführt als „Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden“) wurden im März 2012 mit dem Beirat von KNP diskutiert und werden von diesem unterstützt. Danach werden aus Sicht der beteiligten Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Praxis folgende Bereiche als besonders relevant erachtet:

- 1) Strukturförderung: Förderung von Forschungszentren,
 - 2) Themenfeld I: Förderung der Gesundheitskompetenz,
 - 3) Themenfeld II: Transfer in Praxis und Politik,
 - 4) Nachhaltigkeit: Langfristige Effekte von Prävention und Gesundheitsförderung sowie
 - 5) Querschnittsthema: Methoden und ihre Weiterentwicklung.
- In allen im Folgenden ausgeführten Bereichen ist es erforderlich, zentrale inhaltliche Fragen querschnittlich zu bearbeiten. Die Geschlechtszugehörigkeit – und auch der Migrationsstatus – sind wesentliche Determinanten sozialer, umweltbedingter und materieller Lebensumstände [2], die mit erhöhten bzw. reduzierten Krankheitsrisiken einhergehen. Dies beinhaltet sowohl die Problematik ggf. unterschiedlicher Wirkungen in verschiedenen Zielgruppen als auch Fragen nach den Effekten von Interventionen im Hinblick auf die Reduzierung sozial bedingter und damit auch geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheit [3,4].

Strukturförderung: Förderung von Forschungszentren

Das Feld der primären Prävention und Gesundheitsförderung ist in Deutschland immer noch gekennzeichnet durch eine finanzielle Diskontinuität, eine häufig nur auf einzelne Projekte ausgerichtete Aktivität sowie politisch-strategische Änderungen aufgrund wechselnder (gesundheits-)politischer Rahmenbedingungen (s. auch Memorandum I Forschungsförderung Prävention [118]). Um vor diesem Hintergrund die begonnene Forschung in der primären Prävention und Gesundheitsförderung gezielt und nachhaltig in Kooperation von Wissenschaft und Praxis weiterzuentwickeln und zu stärken sowie eine nachhaltige Profilbildung zu erreichen, ist der Auf- und Ausbau von Forschungsstrukturen erforderlich. Zur Strukturbildung und Stärkung der Nachhaltigkeit wird die Förderung von mehreren Zentren analog den gesundheitsökonomischen Forschungszentren vorgeschlagen.

Voraussetzungen der Förderung von Zentren der primären Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung sind:

- ▶ ein bestehender Forschungsschwerpunkt in der primären Prävention und Gesundheitsförderung,
- ▶ eine interdisziplinäre Struktur mit einem interprofessionellen Team,
- ▶ eine Ausbildung in der Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständiger Studiengang oder Schwerpunkt-Module in gesundheits-, sozial- bzw. bildungsbezogenen Studiengängen,
- ▶ eine Vernetzung mit bestehenden einschlägigen Hochschul- und Praxiseinrichtungen regional und national sowie
- ▶ ein zukunftsweisendes Konzept zur Forschung, Ausbildung und Weiterqualifizierung, das auch die Reflexion ethischer Aspekte umfasst.

Die Zentren widmen sich unter einem übergreifenden Schwerpunkt einer gemeinsamen Fragestellung, an dem die eingebundenen Einrichtungen mitwirken. Die Forschungsförderung dient der strukturellen Weiterentwicklung und ermöglicht die Durchführung von Forschungsprojekten.

Ergänzend sollte ein übergreifendes Vorhaben unterstützt werden, das die Entwicklungen begleitet, den Austausch zwischen den Zentren aktiv gestaltet und Strukturen auf Bundesebene weiterentwickelt.

Themenfeld I: Förderung der Gesundheitskompetenz

Hintergrund

Veränderte Lebensbedingungen und Lebensweisen, die Informationsvielfalt und neue Medien sowie ein wachsender Gesundheitsmarkt stellen neue Anforderungen an die Fähigkeit von Menschen, sich in diesem Gesundheitssystem zu bewegen und dabei adäquate Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen.

Diese Fähigkeit wird heute mit dem Begriff *Gesundheitskompetenz* bezeichnet. Gesundheitskompetenz umfasst die kognitiven Fähigkeiten und sozialen Fertigkeiten eines Individuums, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen und sie so zu verstehen und nutzen zu können, dass sie zur Förderung und zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Gesundheitskompetenz schließt die Fähigkeit und das Vertrauen ein, Gesundheit im täglichen Leben zu managen, tragfähige gesundheitliche Entscheidungen zu treffen, Gesundheitsbelange zu kommunizieren und sich so im Gesundheitssystem zu bewegen, dass es bestmöglich genutzt werden kann [5,6]. Zur Gesundheitskompetenz gehört in diesem



Zusammenhang auch, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, die persönlichen und sozialen Ressourcen zu erkennen und aktiv einzusetzen [7]. Dieses impliziert entsprechende Unterstützungsstrukturen aufseiten der Professionellen und des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems. Gesundheitskompetenz ist somit als ein relationales Konzept der Beziehungen zwischen dem Individuum, den Professionellen und dem System zu verstehen.

Damit ist die im angelsächsischen Raum gebräuchliche Bezeichnung „health literacy“ [8], die zunächst überwiegend für die Klassifizierung von Lese- und Schreibfähigkeit verwendet wurde, in ihrer Bedeutung in den vergangenen Jahren erheblich erweitert worden. Gesundheitskompetenz umfasst heute nicht nur kognitive, sondern auch nicht kognitive, motivationale und strukturelle Komponenten [9].

Gesundheitskompetenz entsteht in einem sozialen und kulturellen Kontext. Sie ist keine statische Eigenschaft eines Individuums, sondern eine dynamische Systemleistung. Sie ist abhängig von individuellen Voraussetzungen der Menschen (u.a. ihrem Wissen, ihrer Lese- und Schreibfähigkeit, ihrer Motivation, ihrer Wahrnehmung von Risiken und Chancen, individuellen situations- und kontextspezifischen Fähigkeiten), aber auch von Faktoren der Lebenswelt sowie des Gesundheits- und Sozialsystems (z.B. Gestaltung von Bildungs- und Versorgungsinstitutionen, Zugänglichkeit, Angebote zur Förderung und Unterstützung der Gesundheitskompetenz) und den Professionellen mit ihren Erwartungen und Fähigkeiten [10].

Die Förderung der Gesundheitskompetenz gilt als entscheidende Strategie, die Bürgerinnen und Bürger befähigt, Informationen zu reflektieren, zu nutzen und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen [5, 11]. Dabei geht es nicht nur um individuelles Verhalten, sondern – ganz im Sinne der eng mit der Förderung von Gesundheitskompetenz zusammenhängenden Konzepte der Gesundheitsförderung und des Empowerments – auch um die Gestaltung der sozialen Umwelt und eines gesundheitsförderlichen Lebensraumes [12].

Im WHO-Konzept des Aktiven Alterns nimmt die Förderung der Gesundheitskompetenz eine Schlüsselrolle ein [13]; auch haben viele westliche Länder wie Australien, die USA, Großbritannien oder die Schweiz die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in ihre gesundheitspolitischen Ziele und Maßnahmenkataloge aufgenommen [u.a. 14]. Unter der Prämisse, dass die Erreichbarkeit von Gesundheitsinformationen die Fähigkeit, Informationen zu beziehen und aktiv damit umzugehen auch die Fähigkeit zu selbstbestimmten gesundheitsbezogenen Entscheidungen und letztlich die Gesundheit wesentlich mitbestimmt, setzt ein „Toolkit“ der US-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality [15] zur Förderung der Gesundheitskompetenz an der Optimierung unterstützender Systeme, der Verbesserung der Kommunikation zwischen Bürgerinnen und Bürgern und Professionellen, Empowerment sowie der Stärkung von Selbstmanagement an.

In Deutschland wurde diese Zielsetzung im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses formuliert. Für den Zeitraum 2011–2015 stehen dabei vor allem die Förderung der Gesundheitskompetenz im Setting und die zielgruppengerechte Ansprache diverser Bevölkerungsgruppen sowie die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen für Professionelle und deren Kompetenzentwicklung im Mittelpunkt [16].

Stand der Forschung

Forschungsergebnisse zur Gesundheitskompetenz liegen vorwiegend aus dem angloamerikanischen Raum vor und beziehen sich vor allem auf die grundlegenden, funktionalen Kompetenzen des Lesens, Schreibens und Textverständnisses [17, 18]. Diese zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil der erwachsenen Bevölkerung in diesen Bereichen Defizite aufweist. Einige Studien bestätigen diese Befunde ebenfalls für Deutschland [19, 20]. Auch der Umgang mit Zahlen, insbesondere mit statistischen Informationen und beispielsweise prozentual ausgedrückten Risiken, ist deutlich defizitär; im Übrigen nicht nur bei Laien, sondern auch bei Professionellen [21]. Entsprechend ist die Fähigkeit, Nutzen und Risiken zu kommunizieren, zu verstehen und gegeneinander abzuwägen, nicht ausreichend vorhanden. In diversen Studien konnte zudem in unterschiedlichen Bereichen ein Mangel an gesundheitsbezogenem Wissen (z.B. in Bezug auf Warnzeichen des Herzinfarkts) aufgezeigt werden [u.a. 22].

Die erste europäische Studie (HLS-EU) weist für Deutschland (NRW) für gut 10% der Bevölkerung eine inadäquate und für 35% eine problematische Gesundheitskompetenz aus. Hier wurden die Bürgerinnen und Bürger u.a. gefragt, wie sie ihre eigenen Fähigkeiten, Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu finden und zu bewerten, einschätzen. Zu den Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz zählen Menschen mit einer geringen Bildung, mit einem schlechten Gesundheitszustand, körperlich Inaktive, Verwitwete und Arbeitslose [23].

Personen mit geringer Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten, mit Professionellen zu kommunizieren und verstehen Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit nur eingeschränkt. Zudem kann eine geringe Gesundheitskompetenz ein gesellschaftliches Engagement verhindern [5, 24]. Allerdings weisen die meisten Informationsmaterialien ein sprachliches Niveau auf, das über dem der Zielgruppe liegt. Ebenso sind die mündliche Kommunikation seitens der Professionellen und die zielgruppenorientierte Ausrichtung der Angebote verbesserungsbedürftig [25].

Eine niedrige health literacy (im Wortsinn) ist konsistent mit einer verminderten Teilnahme an Gripeschutzimpfungen assoziiert, darüber hinaus mit vermehrten Krankenhausaufenthalten und – bei Älteren – mit einem schlechteren Gesundheitszustand und erhöhter vorzeitiger Mortalität [26], wobei die Diskussion um die Zusammenhänge zwischen Sozialschicht, Bildung generell, Einkommen und Lebenssituation noch nicht hinreichend geführt wurde.

Zur Erklärung des Konstruktes der Gesundheitskompetenz, seiner Prädiktoren und Outcomevariablen wurde eine Vielzahl an Modellen entwickelt. Das European Health Literacy Survey Projekt (HLS-EU-Study) integriert die medizinische Perspektive, die individuelle Perspektive und die Public-Health-Perspektive zur Gesundheitskompetenz [27]. Eine Studie zur Definition von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger unterscheidet interne, personale Faktoren, soziale Faktoren und Unterstützung im sozialen Umfeld sowie gesellschaftliche Faktoren (finanzielle Möglichkeiten, Zugang, Unterstützung) [28].

In den Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung hat zunächst das Stufenmodell von Nutbeam [8] Eingang gefunden, das mehrfach erweitert wurde [u.a. 29]. Kickbusch [30] führte eine systembezogene Betrachtung ein und ergänzte zentrale Handlungsbereiche. Rootman et al. (2009) legten unter Einbezug der Erfahrungen von Stakeholdern ein Modell vor, das die Deter-



minanten von Gesundheit ebenso berücksichtigt wie gesundheitsförderliche Interventionen und die Beziehungen direkter und indirekter Outcomes zur Gesundheitskompetenz (zitiert nach [10]).

Die vorliegenden Instrumente beziehen sich auf Teilbereiche der Modelle zu Gesundheitskompetenz; ein valides und reliables Instrument, das eines der Modelle umfassend mit seinen Teilbereichen berücksichtigt, liegt derzeit nicht vor [31].

Relevanz für die Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung

Neben den Aufgaben, die sich aus den skizzierten Befunden für die schulische und außerschulische Bildung i. S. eines lebenslangen Lernens ergeben und die dort zum Teil bereits aufgegriffen werden, lassen sich spezifische Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung ableiten. Dies gilt für *Menschen unterschiedlicher Altersgruppen*, in *unterschiedlichen Lebensphasen* und bezieht *Professionelle* sowie *Lebenswelten* ein.

Die Förderung von Gesundheitskompetenz muss auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen – bei den Individuen selbst, den Professionellen [32] ebenso bei den Organisationen, z. B. Betrieben und Schulen (Health Literate Organization) – wie aktuell vom Institute of Medicine (IOM) diskutiert [33,34] – sowie in den Kommunen. Damit sind die Handelnden in den Lebenswelten aufgefordert, entsprechende Konzepte zur systematischen Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und gleichzeitig das Umfeld entsprechend zu gestalten. Strategien und Instrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz liegen in der Gesundheitsinformation, der Gesundheitsbildung, in der Gesundheitskommunikation – sowohl für Bürgerinnen und Bürger als auch für Professionelle – und der kompetenzfördernden Ausrichtung von Lebenswelten und Systemen.

Zentral ist die Entwicklung verständlicher, ausgewogener und zugleich – soweit möglich – evidenzbasierter Informationen, die Nutzung und Kombination von personalen und medialen Kommunikationskanälen sowie die Wahl geeigneter Zugangswege, um die jeweils spezifische Zielgruppe zu erreichen und Gesundheitsinformationen in gesundheitsförderliches Verhalten zu transformieren. Grundlegend ist auch für Einrichtungen und Kommunen, wie sie fundiertes Wissen erlangen, um sinnvolle Entscheidungen zu treffen und die Umwelt entsprechend gestalten zu können.

Bei der Vermittlung stehen eine interpersonelle Informationsvermittlung (Professionelle, Peers) und/oder eine Informationsvermittlung über (Massen-)Medien zur Wahl [32]. Neben traditionellen Medienkanälen wie bspw. Ausstellungen, Broschüren und Fernsehen haben sich auch neue Medien und Kommunikationsinstrumente wie z. B. Smartphones, Social Media, interaktive Websites und usergenerierte Informations- und Koordinationsforen etabliert. Damit geht ein verändertes Informations- und Kommunikationsverhalten einher, das in diversen Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Diesen veränderten und zielgruppenspezifisch unterschiedlichen Nutzungsgewohnheiten müssen sich die Strategien in der Prävention und Gesundheitsförderung mit neuen Kampagnenkonzepten [35] sowie Medien- und Maßnahmenkombinationen anpassen [36,37]. Die Botschaften sollten zudem einen Bezug zu den Zielpersonen herstellen und hinsichtlich Gender, Kultur, Verhalten, konkurrierender Interessen und Prioritäten sensitiv sein, um handlungsleitend wirksam werden zu können. Es gilt, die Motivation und „Anker“ der Zielgruppe zu identifizieren, um Informationen attraktiv zu platzieren. Obwohl die Anbieter von Prä-

ventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bereits seit längerem Angebote für verschiedene Zielgruppen entwickeln und implementieren, ist die Ausrichtung und Ansprache häufig nicht zielgruppengerecht und selten gendersensibel. Dieses spiegelt sich in dem geschlechterspezifischen Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsmaßnahmen wider [38]. Die derzeitige, oft geschlechtsunspezifische Konzeption und thematische Adressierung der präventiven Maßnahmen berücksichtigt nicht die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge und geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen [39–42].

Allerdings müssen auch Entwicklungen bedacht werden, die der eigentlichen Zielerreichung entgegenstehen können. So wird bspw. über Konzepte wie Social Marketing [43,44] die beabsichtigte Verhaltensänderung mit symbolischen Gütern und emotionalen Komponenten verbunden und adressiert. Die auch in der Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzte Technologie darf allerdings nicht das Prinzip der Partizipation unterlaufen und zur Diskriminierung und Stigmatisierung führen [45]. Phelan et al. [46] weisen auf die Gefahr hin, dass Interventionen, die die bestehenden Vorteile nicht sozioökonomisch Benachteiligter nutzen und nicht an den ursächlichen Strukturen ansetzen, die bestehende soziale Ungleichheit perpetuieren.

Darstellung von Förderbereichen mit wesentlichen Forschungsfragen

Aus den dargelegten Ausführungen ergeben sich nachfolgend 3 Bereiche zur Förderung der Gesundheitskompetenz. In allen Bereichen sollten die Zielgruppen soweit möglich partizipativ einbezogen werden. Interdisziplinär zusammengesetzte Forschungsgruppen sind erwünscht.

a. Gesundheitskompetenz in der Primärprävention und Gesundheitsförderung

Ziel ist es, eine Verständigung über Gesundheitskompetenz in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen. Erforderlich ist dabei eine detaillierte Kenntnis der Gesundheitskompetenz in Bezug auf die primäre Prävention und Gesundheitsförderung.

Die spezifische Gesundheitskompetenz, die Menschen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung benötigen, soll aus unterschiedlichen Perspektiven vertiefter analysiert werden. Dabei ist auch nach dem *Zusammenspiel zwischen individuellen Voraussetzungen, erworbenen Kompetenzen, sozialen Bedingungen und der Unterstützung bzw. den Anforderungen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems* zu fragen.

Die Forschungen sollen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der theoretischen Konzepte zur Gesundheitskompetenz und ihrer empirischen Überprüfung leisten. Zu analysieren ist, welche Komponenten zur Förderung der Gesundheitskompetenz entscheidend sind. Zudem ist zu untersuchen, ob und wie die Konzepte bei Menschen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen differieren.

Ebenso ist die *Sichtweise der Professionellen und Entscheidungsträger im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem* relevant. Wie definieren sie die spezifischen Ausprägungen der Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention, was sind ihre Konzepte, Strategien und Motivation für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und wie stehen diese im Kontext der Gesamtausrichtung der Einrichtung? Gleichzeitig ist zu fragen, wie *Organisationen und Lebenswelten gestaltet sein müssen*, um die Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder zu fördern.



Die bestehenden Barrieren und Ressourcen aufseiten der *Individuen*, der *Professionellen* und des *Systems* sind zu erkennen, um sie zielführend zu überwinden bzw. einzusetzen und zu gestalten.

b. Förderung der Gesundheitskompetenz durch Gesundheitskommunikation und Gesundheitsbildung

Es soll untersucht werden, wie Gesundheitskompetenz hinsichtlich primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen gestärkt und verbessert werden kann, um bspw. Individuen in die Lage zu versetzen, Informationen auszuwählen und kritisch zu bewerten. Dieses schließt eine zielgruppenorientierte, gender- und kultursensible Adressierung von Botschaften, ihre Dissemination und einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsinformationen ein. Berücksichtigt werden sollen Zielgruppen mit verschiedenen sozioökonomischen Determinanten in spezifischen Lebensphasen mit ihrem spezifischen Kommunikations- und Mediennutzungsverhalten. Die Studien sollen auch den Grenzen einer zielgruppenspezifischen Adressierung nachgehen und analysieren, wie der Einsatz neuer Kommunikationskanäle und -strategien gelingt und ob sich ihre Wirksamkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung nachweisen lässt. Von Interesse ist zudem, wie sich Gesundheitsthemen unter den Bedingungen digitaler Kommunikation jenseits öffentlicher Einrichtungen entwickeln. Folgende Fragen sind u. a. zu stellen:

Welche Gesundheitsinformationen und -kompetenzen zu einem Thema der Prävention und Gesundheitsförderung müssen wie vermittelt werden, damit verschiedene *Zielgruppen* diese Informationen verstehen, unterstützende Strukturen wahrnehmen, eine kompetente und informierte Entscheidung hinsichtlich ihres Verhaltens bzw. ihrer Lebensweise treffen können und die persönliche Lebensweise sowie soziale Bedingungen aktiv gestalten?

Neben der Analyse der Vermittlung von Gesundheitsthemen über die modernen Medien sollte zudem die „klassische“ Vermittlung präventiver und gesundheitsförderlicher Themen über die *Professionellen-Individuen-Kommunikation* in den Blick genommen werden. Wie müssen Professionelle im Gesundheitssystem kommunizieren, sodass sie Individuen ggf. zu einer Verhaltensänderung motivieren bzw. sie in die Lage versetzen, bei anstehenden Gesundheitsentscheidungen selbstbestimmt mitzuzuscheiden? Hier können als Professionelle auch Expertinnen und Experten auf *institutioneller Ebene* – bspw. der Kommunen, der Volkshochschulen usw. – verstanden werden.

Des Weiteren sollte untersucht werden, welche Konzepte und Modelle der Gesundheitsbildung vorliegen. Wie diese zur Förderung einer kritischen Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger im Umgang mit Informationen eingesetzt werden, wie sie nutzerorientiert weiterentwickelt werden können, und ob es gelingen kann, hier neue Modelle zu erarbeiten.

Es sollen auch Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.

c. Methodenentwicklung

Ziel ist die (Weiter-)Entwicklung von generischen und spezifischen Instrumenten zur Erfassung der Gesundheitskompetenz hinsichtlich primärer Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Instrumente sollten sich auf die *individuellen Bürgerinnen und Bürger*, die *Professionellen* und auf *Lebenswelten bzw. Organisationen* beziehen und sensitiv gegenüber Kontexten und Veränderungen sein. Neben quantitativen Methoden sollten

qualitative Verfahren eingesetzt und weiterentwickelt werden. Ziel ist es zudem, diesen Themenbereich in bestehende bzw. in geplante Surveys zu integrieren.

Themenfeld II: Transfer in Praxis und Politik

▼ Hintergrund

Maßnahmen und Programme der Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) sind in den vergangenen Jahren weiter gewachsen. Ebenso nimmt der Fundus an validen Ergebnissen der Präventionsforschung zu [47]. Deutschlandweit liegen allein über 400 Präventionsprogramme für Kinder vor [48]. Ein vollständiger Überblick über die zur Verfügung stehenden, evaluierten und einsetzbaren Programme steht noch aus. Allerdings bleiben der programmatische Entwicklungsstand und der gesellschaftliche Stellenwert von PGF insgesamt noch auf einem unbefriedigenden Niveau. Eine vorrangig an Bedarf und Evidenz orientierte Finanzierungs- und Förderpraxis wäre wünschenswert, bedarf allerdings weiterer Forschungsanstrengungen und einer intensiveren Kommunikation der Ergebnisse in Praxis und Politik gleichermaßen.

Mit dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung (2004–2012) hat das BMBF wesentliche Impulse für den Ausbau und die Entwicklung einer evidenzbasierten PGF gegeben. Allerdings lässt sich mit Blick auf die entwickelten bzw. untersuchten Programme und Interventionsansätze feststellen, dass das generierte Forschungswissen nicht in der gewünschten Breite Eingang in das Feld der PGF-Praxis findet. Diese Beobachtung ist kein besonderes Kennzeichen dieses Präventionsforschungsschwerpunktes. Sie ist vielmehr Teil einer themenübergreifenden und grundlegenden Schwierigkeit der Kommunikation zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik. Auch international wird dieser Befund von der EU-Kommission mit „the status quo is unsatisfactory“ ([49], S. 7) für den Politiktransfer bestätigt. Die Größenordnung solcher Transferprobleme lässt sich an Analysen zum Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis verdeutlichen. So zeigen Green et al. [50], dass in einem Zeitraum von 17 Jahren nur ca. 14% der Forschungserkenntnisse Eingang in die Patientenversorgung finden. Drolet und Lorenzi [51] verweisen auf die noch geringere Nutzung (10%) biomedizinischer Forschungsergebnisse in der klinischen Praxis. Glasgow und Emmons [52] berichten unter Verweis auf Forschungsergebnisse der Rand Corporation, dass im Durchschnitt knapp 50% der empfohlenen Praktiken in der Gesundheitsversorgung implementiert werden, wobei die Umsetzung für Prävention und Interventionen zur Verhaltensänderung geringer ist.

Neben der notwendigen Fortschreibung neuer Forschungsvorhaben, die weiterhin auf Evidenzbasierung von Programmen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet sein sollte, wird daher der Transfer des neuen und bereits vorhandenen Handlungswissens von wesentlicher Bedeutung für die vermehrte Anwendung evidenzgestützter Präventionsprogramme und damit der gesundheitlichen Versorgungslage insgesamt sein [1, 53, 54].

Stand der Forschung

Unter (Forschungs-)Transfer wird hier die Übertragung von Forschungsergebnissen in Entscheidungsprozesse der Politik und ihre Anwendung in der Praxis verstanden. In diesem Kontext stehen weniger Einzelbefunde der Forschung, als vielmehr Übertragungsprozesse unterschiedlicher Interventionspakete (Pro-



gramme und Maßnahmen) im Fokus. Hierbei müssen gesondert betrachtet werden: bereits evaluierte Programme mit definierten Inhalten und Zielgruppen sowie komplexe Interventionen für bestimmte Settings und Sozialräume mit hohen Ansprüchen an die partizipative Gestaltung. Dabei wird zwischen den Komponenten (1) Informationsübertragung (Diffusion und Dissemination) und (2) Implementation/Anwendung (Take up) unterschieden [55]. Bei der Implementation kann ferner zwischen einer Verstetigung eines Modells aus der Versuchsphase in den Routinebetrieb und der Ausweitung in andere Felder bzw. Kontexte differenziert werden. Im Anschluss an die Implementation ist die (3) Nachhaltigkeit von Programmen von zentralem Interesse [56].

(1) In der Diffusionsforschung finden sich vielfältige Ansätze, die Verbreitung von Ideen und Aktionen in sozialen Systemen theoretisch und empirisch erklären. Während unter Diffusion die unkontrollierte Verbreitung von Informationen gefasst wird, wird unter Dissemination die bewusste und zielgerichtete Verbreitung von Wissen, Politiken und Praktiken verstanden. Datenquellen und Theoriebezüge von Diffusion und Dissemination finden sich in Massenkommunikation, interpersonaler Kommunikation, Gesundheitserziehung/-bildung, beruflicher Fortbildung, Social Marketing und Informationstechnologien, mit denen die jeweiligen Adressaten in der Praxis angesprochen werden sollen [50].

Eine Erkenntnis dieser Forschung ist, dass aktive Verbreitung (Dissemination) zu besseren Transferergebnissen führt als passive (Diffusion), und dass die Brauchbarkeitsmerkmale eines neuen Programms/Interventionsansatzes, z. B. die einfache Handhabung und die Offenheit für Adaptationen, ihre Verbreitungsgeschwindigkeit erhöhen [57].

Damit gewinnen die Entwicklung und Erprobung effektiver Disseminationsstrategien [50, 58, 59] als auch die Verbesserung der Brauchbarkeitsmerkmale (Modulierbarkeit/Passung) von Programmen und Maßnahmen eine zentrale Bedeutung. Die Forderung nach adäquaten Brauchbarkeitsmerkmalen unterstreicht, dass Dissemination kein Selbstzweck („Dissemination is not an end in itself“ [50, S. 168]) ist, sondern darauf zielt, den Adressaten das erarbeitete Handlungswissen nahe und dieses zur Anwendung zu bringen. Um diesen Prozess optimal zu gestalten, wird gefordert, die Nutzerinnen und Nutzer frühzeitig in den Forschungsprozess einzubinden.

(2) Bedingt durch den besonderen Charakter von PGF-Maßnahmen, die häufig nicht nur individuelles Verhalten, sondern auch eine Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zum Ziel haben, gerät bei der Anwendung bzw. Implementierung von erfolgreichen Programmen und Maßnahmen das besondere Spannungsverhältnis der beteiligten Akteure (Wissenschaft/Politik/Praxis) in den Blick [56, 60–62]. Die Entscheidung zur Übernahme eines Programms ist nicht allein von der Evidenz der Forschung bestimmt, sondern von zahlreichen weiteren Faktoren abhängig. Hierzu zählen der gesundheitspolitische Kontext und gesetzliche Vorschriften, Budgets und Ressourcen, die Kompatibilität mit Gewohnheiten und Traditionen sowie Werten, mediale Aufmerksamkeit bzw. Verwertbarkeit und die Vorerfahrungen der Akteure [55, 56, 62–64]. Angesichts der Komplexität, die bei der Implementierung von Programmen in unterschiedliche Praxiskontexte bewältigt werden muss, wird versucht, die Faktoren, die einen Transfer erleichtern oder behindern, durch eine systematische Sichtung zu erfassen. Glasgow und Emmons [52] entfalten eine Systematik von 32 Barrierenfaktoren, die sie 4 Di-

mensionen zuordnen (Interventionscharakteristika, Situation des adressierten Settings, Forschungsdesign, Barrieren der Interaktion). Kliche und Touil [57] bestimmen anhand von 16 überwiegend internationalen Reviews 38 Transferfaktoren in 11 Hauptdimensionen und erfassen dabei sowohl hinderliche wie förderliche Aspekte. Die Arbeitsgruppe Praxistransfer des Kooperationsprojektes KNP hat im Rahmen ihrer Analyse erfolgreicher Projekte 29 Kriterien für eine erfolgreiche Gestaltung eines Übergangs von alter zu neuer Normalität¹ identifiziert, die den Kategorien „Charakteristika der Intervention“, „Forschungsdesign“, „Zielsetting“ und „breiterer Kontext“ zugeordnet werden [56]. Damit liegen deskriptive Kategorien vor, die weiterer qualitativer und quantitativer Analysen bedürfen, damit daraus praktikable Instrumente (Tools) entwickelt werden können, mit denen sich der Transfer verbessern lässt. Erste Modelle zur Analyse transferrelevanter Faktoren liegen dazu vor [56, 65, 66].

Mit Bezug auf eine künftige weiterführende Forschung und Entwicklung argumentieren Green und Kollegen [50], dass die vorherrschende Enttäuschung über den mangelnden Flow (Transfer) wissenschaftlicher Erkenntnisse in Politik und Praxis wesentlich einer falschen Lesart von Diffusionstheorie und Disseminationsforschung geschuldet sind. Danach wird erwartet, dass Erkenntnisse, die durch Wissenschaft generiert werden, zumindest wenn sie sich in Alltagsroutinen einpassen, selbstverständlich zu verändertem Verhalten führen müssten. Stattdessen belegt der Review, dass Akteure Informationen filtern und Empfehlungen sorgfältig auswählen, ausprobieren und nach den eigenen Bedürfnissen und Umständen zusammenstellen. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass angewandte Gesundheitswissenschaften größeren Einfluss auf Praxis und Politik nehmen können, wenn sie einen Perspektivwechsel vollziehen „it turned the question around from how can we make practise more science based to how can we make science more practise based“ ([50], S. 166). Die Kooperation mit Praxispartnern ist zwar unabdingbare Voraussetzung der Forschungsförderung im Förderschwerpunkt, angesichts der hier diskutierten Transferprobleme lohnt es sich jedoch, die Forschungs-Praxis-Kooperationen einer genaueren Analyse zu unterziehen. Die Praxiseignung der Interventionsansätze hängt u. a. davon ab, in welchem Maße die Praxispartner und das Praxiswissen in die Erarbeitung des Handlungswissens einbezogen werden. In der Transdisziplinaritätsforschung wird als besondere Leistung einer Wissenschafts-Praxis-Kooperation die Integration von wissenschaftlichem Wissen und Praxiswissen beschrieben. In dieser ‚transdisziplinären Integration‘ von wissenschaftlichem und alltagspraktischem Wissen entsteht problemspezifisches Wissen.

Eine stärkere Durchdringung der beiden Wissenstypen erfordert einen intensiveren Einbezug der Praxispartner und ihre Beteiligung an der Erarbeitung der Ergebnisse. Aus der Nachhaltigkeitsforschung (BMBF-Förderschwerpunkt Sozial-ökologische Forschung) liegen umfangreiche Erfahrungen mit diesem Forschungstyp und ein breites Methodenspektrum vor [67–69]. Der Beitrag der Forschung zur Lösung von gesellschaftlichen Problemstellungen in PGF kann durch Einbezug und Adaptation dieser Erfahrungen und Methoden zukünftig erhöht werden.

Dies bestätigt weitgehend die Erfahrungen und Forderungen der AG Praxistransfer ([56], S. 4): „Eine evidenzbasierte Praxis und eine praxisbasierte Evidenz stehen in wechselseitigem Austausch und gegenseitiger Information hinsichtlich Forschungs-

¹ Damit ist in erster Linie der Übergang vom Modellprojekt zur Übernahme in die Regelversorgung gemeint.



und Kommunikationsbedarf. Eine sog. externe, literaturgestützte bzw. forschungsgestützte Evidenz bedarf der Ergänzung durch interne, erfahrungsbasierte und inhärente Erkenntnisse“.

(3) Nach gelungener Implementierung von Präventionsprogrammen in die Praxis können Transferprozesse unter Nachhaltigkeitsaspekten untersucht werden. In Anlehnung an Altmann [66] werden hier Projekte als nachhaltig verstanden, wenn in dem jeweiligen Projektkontext nach Projektende Veränderungen in Infrastruktur, Kompetenzen und Kapazitäten in der Gemeinde verbleiben. Damit Nachhaltigkeit in diesem Sinne entstehen kann, sind bezogen auf wissenschaftsnahe Projekte die Phasen der Evidenznutzung [65] zu beachten als auch Aspekte der Motivation der Akteure im Feld (Interessenkompatibilität) bzw. des aufnehmenden Settings (Strukturkompatibilität).

Praxisnahe Wissensformen sind besonders für eine nachhaltige Verankerung von großer Bedeutung. Solches Wissen beinhaltet Handlungsoptionen zur projektbezogenen Modularisierung, Adaptierung und Flexibilisierung und gleichzeitig auch zur Gewinnung von ideeller und materieller Unterstützung (Ressourcen) und von benötigten Freiräumen.

Relevanz für die Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung

Unter der Perspektive einer neu zu gestaltenden Forschungs-Praxis-Kooperation treten die Fragen nach einer effektiveren Disseminationsstrategie oder nach dem Abbau von Implementationsbarrieren als vermeintliche Lösungswege für Transferprobleme zunächst hinter die Frage zurück, auf welche Weise Forschungsergebnisse überhaupt generiert werden. Übereinstimmend [50, 56, 62, 70] wird dabei immer wieder auf die Notwendigkeit verwiesen, Wissenschaftler und Praktiker sowie relevante Entscheidungsträger frühzeitig (Projektbeginn) in einen Austauschprozess zu bringen und damit eine Forschungsstrategie zu wählen, die „more practise based science“ möglich macht. Das „Memorandum I zur Forschungsförderung Prävention“² [118] gibt in seinen Empfehlungen wesentliche Anstöße zur Verbesserung der Forschungsrahmenbedingungen in diese Richtung, indem z. B. die Bereitstellung von Ressourcen für die Praxis gefordert wird. Daraus ergibt sich auch die Verpflichtung, die Auswirkungen dieser veränderten Rahmenbedingungen in Bezug auf ihre tatsächlichen Transferwirkungen kritisch zu reflektieren und zu beforschen.

Fragstellungen in diesem Kontext sind z. B.:

- ▶ Welche erfolgreichen Modelle gibt es, die zeigen, wie der Austausch (über prioritäre Themen/Ziele/Forschungsfragen) zwischen Forschungsförderern, Wissenschaft, Praxispartnern und Politik erfolgreich organisiert werden kann? Wie werden sie induziert, was hält sie aufrecht und woran können sie scheitern?
- ▶ Welche Bedeutung haben Kooperationsprozesse für die Verstetigung und Nachhaltigkeit von Programmen? Welchen Einfluss hat eine wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit in solchen Prozessen und welche anderen Faktoren sind von Bedeutung?
- ▶ Was sind mögliche/funktionierende Anreizsysteme, damit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Verbreitung der Forschungsergebnisse (jenseits der Scientific Community) als einen zentralen Bestandteil ihrer Rolle verstehen?

²„Transfer und Kommunikation der Forschungsergebnisse in die Wissenschaft und in die Praxis sollten Bestandteil jeder Forschungsförderung sein.“ (Memorandum I Forschungsförderung).

- ▶ Was ist „praxisbasierte Evidenz“ und wie kann sie routinemäßig aus der Praxis generiert werden?

Jenseits dieser strukturellen Perspektive lassen sich in Bezug auf die o.a. Komponenten (1) Informationsverbreitung und (2) Implementierung sowie die (3) Nachhaltigkeit von Programmen weitere zentrale Forschungsfragen und Untersuchungsgegenstände bestimmen.

(1) Informationsübertragung (Dissemination)

- ▶ Wie muss ein strategisches Rahmenkonzept für die Dissemination von Ergebnissen der Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung aussehen, das explizit praktische Strategien aufzeigt, um den Forschungstransfer zu verbessern? Welche spezifischen Ressourcen (z.B. Knowledge Broker) und Verfahren werden benötigt, um diese Strategien zu implementieren? (Konzept)
- ▶ Wie können komplexere sozialraumbezogene Interventionen, Netzwerkstrukturen und Evaluationsinstrumente für den Transfer aufbereitet werden? Welche Disseminationsstrategien sind für ihre Vermittlung in Teilen bzw. im Ganzen erfolgreich?
- ▶ Wie können unter Nutzung der neuen Medien (web 2.0/ social media) Möglichkeiten der internetgestützten Vernetzung entwickelt werden, um die Kooperation von Wissenschaft, Praxis und Politik weiter anzuregen? (Methode)
- ▶ Kann der systematische Informationstransfer durch vorhandene oder neu einzurichtende Agenturen/Institutionen/Netzwerke verbessert und gesichert werden? (Struktur) Wie muss eine solche Agentur konstruiert sein, damit sie bei den verschiedenen Akteuren im Feld auf Akzeptanz stößt? (NZFH³)
- ▶ Die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Fragestellungen (Kosten-Nutzenrelation) in Programmen und Maßnahmen wird besonders für politische Entscheidungsprozesse als hoch bedeutsam und damit als aufmerksamkeitsrelevant angesehen. Dieser Aspekt sollte daher auch unter Transfergesichtspunkten Beachtung finden bzw. womöglich eingefordert werden.
- ▶ Ergebnisse der Forschung sollten für die Transferprozesse stärker zu Übersichtsarbeiten zusammengefasst und nicht als Einzelarbeiten kommuniziert werden [55]. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob und wo eine ausreichende „kritische Masse“ bereits vorhanden ist, die eine Zusammenführung erlaubt und wo zunächst vorrangig weitere Modellforschung notwendig ist.

(2) Implementierung

- ▶ Bei Projekten in Planung sollten deren späterer Transfer von Anfang an stärker berücksichtigt werden. Für bereits vorhandene evidenzbasierte Programme sollten die Brauchbarkeits-eigenschaften für andere/weitere Kontextbedingungen herausgearbeitet und getestet werden. Die Mehrzahl der im Förderschwerpunkt entwickelten Programme wurde bisher nicht unter veränderten Kontextbedingungen erprobt. Für einen breiten Transfer werden Programme benötigt, die eine Anpassung an die spezifischen Kontexte der Nutzerinnen und Nutzer erlauben. Voraussetzung dafür ist eine vertiefte Kenntnis der Wirkung einzelner Programmbestandteile, d. h. das Wissen darüber, welche Programmelemente veränderbar sind und welche nicht. Die wirkungsentscheidenden Interventionskerne

³Am Beispiel des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZFH) lassen sich exemplarisch solche Konstitutionsfragen nachzeichnen.



solcher Programme sollten daher herausgearbeitet werden. Voraussetzung ist hierfür eine praxisbasierte Klassifikation der Interventionselemente in komplexeren Setting-Ansätzen.

- ▶ Partnerprozesse bieten die Möglichkeit zur Teilhabe an einem regionalen und/oder bundesweiten Austausch von Institutionen und Kommunen über den Aufbau von Präventionsnetzen. Die Rolle der Gesundheitsberichterstattung und die Suche nach Gründen für die Auswahl komplexer Interventionen/Programme bilden dabei wichtige Forschungsfelder.
- ▶ Die in unterschiedlichen Studien [52,56,57] bestimmten Transfer fördernden bzw. hemmenden Faktoren bedürfen weiterer Klärung. Dies betrifft sowohl ihre unterschiedliche Gewichtung (was wirkt wie stark) als auch das Verständnis spezifischer Wirkungskonstellationen (mehrerer Faktoren). Wünschenswert wären für die Wissenschaft und Praxis gleichermaßen praktikable Instrumente im Sinne von „Guidelines“, die es erlauben, die Implementierungsprozesse bewusst und erfolgreich zu steuern. Es wird allerdings angenommen, dass die mögliche Einflussnahme auch bei Kenntnis aller Faktoren immer begrenzt sein wird.
- ▶ Welche Erfahrungen haben Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Feldern – etwa Behörden, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen – mit Strategien zur Verankerung von Gesundheit als Querschnittsaufgabe gesammelt?
- ▶ Welche Hürden treten dabei auf und welche Möglichkeiten bestehen zu ihrer Überwindung?
- ▶ Wie können Politik und Wissenschaft dabei zusammenarbeiten? Welchen konkreten Unterstützungsbedarf sehen namentlich politische Akteure bei der Formulierung geeigneter Programme und der Auswahl bestmöglicher Vorgehensweisen? Was benötigen sie für stärkere „evidence-based politics“?
- ▶ Wo liegen Grenzen und Potenziale für „evidence-based politics“ in verschiedenen Anwendungsfeldern der Prävention?

(3) Nachhaltigkeit von Programmen

- ▶ Wodurch zeichnen sich Interventionen/Programme aus, die nach Ende der Modellförderung (ggf. in der Regelversorgung) weitergeführt werden?
- ▶ Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren bedingen die Verstetigung komplexer sozialraumbezogener Interventionen/Programme?
- ▶ Wie können die durch die Interventionen bewirkten Veränderungen in den jeweiligen Praxiskontexten (z.B. Kommune) in Bezug auf Kompetenzzuwachs und Kapazitätserweiterung gesichert werden?
- ▶ Welche Merkmale weisen Programme auf, die erfolgreich verstetigt worden sind?
- ▶ Welche Ausgangsbedingungen im Anwendungsfeld begünstigen oder behindern eine Verstetigung?
- ▶ Welche Änderungen durchlaufen Programme bei ihrer Verstetigung? Wie kann insbesondere ihre Qualität gesichert werden?
- ▶ Wie können Innovationen von vornherein auf Verstetigung angelegt und vorbereitet werden?

Es wird empfohlen, Projekte zur Transferforschung einzurichten, die retrospektiv die Erfahrungen von geförderten Projekten sichten und dabei vergleichende bzw. zusammenführende Auswer-

tungen vornehmen. Im Zentrum dieses Vorhabens sollte die theoretische bzw. konzeptionelle Weiterentwicklung der Transferforschung im Feld von Prävention und Gesundheitsförderung stehen.

Anforderungen an die Förderung zum Transfer

Zur Ausgestaltung künftiger Förderbereiche lassen sich folgende Empfehlungen formulieren. Transferforschungsfragen sind immer an die Bearbeitung bzw. Durchführung jeweils konkreter Einzelvorhaben gebunden, die auf definierte Ergebnisse zielen (Verhaltensänderung, Kompetenzerweiterung, Ressourcennutzung usw.). Der Transferprozess dieser Ergebnisse ist Gegenstand der Transferforschung, wobei erst nach Abschluss des Einzelvorhabens entscheidbar ist, ob die Ergebnisse für den Transfer geeignet sind. Es gilt somit zu berücksichtigen, dass Forschung auch eine kritische Funktion hat, die potenziell zu dem Ergebnis führen kann, dass eine Intervention nicht für den Transfer geeignet ist. Die Forderung, von jedem Projekt eine Transferleistung zu erwarten, wäre somit zu weitgehend.

Demgegenüber steht die Erkenntnis, dass erfolgreicher Transfer nicht als „add on“ im Anschluss an ein positives Forschungsergebnis generiert werden kann, sondern bereits bei Projektbeginn konzeptionell mitgedacht werden muss bzw. relevante Akteure mit einzubinden sind. Für die konkrete Förderpraxis lassen sich daraus für künftige Projektvorhaben folgende Anforderungen ableiten:

- ▶ Jedes Forschungsneuvorhaben im Themenschwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung, das auf die Entwicklung spezifischer wirksamer Interventionen zielt, muss schon in der Antragstellung eine explizite Transferstrategie beinhalten, die im Falle erwiesener Wirksamkeit in Aussicht stellen kann, dass die Anwendung der evidenzbasierten Intervention auch nach Ende der Pilotphase fortgeführt werden kann. Dies könnte durch eine stärkere Bindung der Praxispartner und Anwender in Form einer Selbstverpflichtung geschehen. Diese wäre für die Träger der Maßnahme dann akzeptabel, wenn für die der *Pilotphase* (Modellentwicklung) folgenden *Übergangsphase* von 2 bis 3 Jahren eine Teilfinanzierung aus Forschungsmitteln (30–50%) sichergestellt würde. Die darauf folgende *Regelförderung* müsste danach ausschließlich vom Maßnahmeträger selbst getragen werden.
- ▶ Mit Blick auf die im Förderschwerpunkt Präventionsforschung sowie weitere als erfolgreich bewerteten Projekte sollte Gelegenheit gegeben werden, interessierten Antragstellerinnen und Antragstellern die Möglichkeit zur Transferforschung im zuvor beschriebenen Sinne zu geben. Damit könnten noch laufende bzw. noch in der Anwendung befindliche Programme zu einer Verbreitung des notwendigen Transferwissens (Verstetigung) beitragen.
- ▶ Die Mehrzahl der im Förderschwerpunkt entwickelten Programme und Instrumente wurde bisher nicht unter veränderten Kontextbedingungen erprobt; dies gilt für einfache Interventionen ebenso wie für komplexe Interventionen in verschiedenen Settings (z.B. Kommune). Die Erprobung und ggf. nötige Adaptation auf andere Handlungsfelder bzw. Settings würde dazu beitragen können, Wissen über zentrale Interventionskerne bzw. Adaptationsgrenzen von Programmbauelementen zu generieren. Mit den Netzwerken gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Betriebe und Schulen usw. stehen Politik- und Umsetzungskontexte zur Verfügung, die prinzipiell offen für den Transfer in der Forschung erprobter Ansätze wie auch für die Generierung von „more practice



based science“ sind. Damit könnte die Brauchbarkeit der Programme erweitert und ihre Anwendungsbreite erhöht werden. Auch hier sollte interessierten Antragstellerinnen und Antragstellern vorhandener evidenzbasierter Programme die Möglichkeit zur Forschung (Transfer in alternative Settings und Kontexte) gegeben werden.

- ▶ Die zuvor ausgeführten Vorhaben sollten ergänzt werden durch eine oder mehrere, das Forschungsfeld überspannende *Machbarkeitsstudie(n)*, die insbesondere die strukturellen Voraussetzungen und die Möglichkeiten für ein Capacity Building zur mittel- bis langfristigen Entwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung klären soll(en).
- ▶ Zur Förderung des Transfers sollten die Ergebnisse der Nachhaltigkeitsforschung – im BMBF-Förderschwerpunkt Sozialökologische Forschung liegen umfängliche Erfahrungen mit diesem Forschungstyp und ein breites Methodenspektrum vor – im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung durch Einbezug und Adaptation dieser Erfahrungen und Methoden zukünftig genutzt werden.

Nachhaltigkeit: Langfristige Effekte von Prävention und Gesundheitsförderung



Im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung wurden Interventionen entwickelt und erprobt, standardisierte Programme eingesetzt, z. T. in neue Kontexte implementiert und evaluiert sowie verhaltensbezogene und strukturelle Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Kosten-Wirksamkeit bewertet. Darüber hinaus wurden im Rahmen weiterer Förderungen durch den Bund, die Länder, Sozialversicherungsträger und Stiftungen in den vergangenen Jahren vereinzelt präventive und gesundheitsförderliche Interventionen einer Evaluation unterzogen.

Da die projektbezogene Forschungsförderung i. d. R. auf einen Zeitraum von 2 bis 3 Jahre angelegt ist, ist die Evaluation einer – idealerweise längerfristigen – Intervention damit auf eine kurze Beobachtungsdauer begrenzt (s. auch Memorandum I Forschungsförderung Prävention [118]). Eine Nachbeobachtung nach Abschluss der Förderung ist aufgrund mangelnder Ressourcen und Förderprinzipien selten möglich [71].

Eine gezielte Förderung zur Erhebung langfristiger Effekte präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen käme der geforderten Evidenzbasierung [u. a. 72–74] entgegen und würde die internationale Sichtbarkeit deutscher Forschung in diesem Feld stärken. Zudem würden die Investitionen in die Forschungsförderung selbst einer Prüfung unterzogen werden.

Zur Förderung sollten Projekte ausgewählt werden:

- ▶ die eine fundierte Evaluation aufweisen,
- ▶ die in Bereichen, in denen Ergebnisse vorliegen, eine Nachverfolgung als aufschlussreich und aussagekräftig erscheinen lassen und
- ▶ wo die Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass die Organisation und Durchführung einer Evaluation langfristiger Wirksamkeit unter einem angemessenen Mitteleinsatz gewährleistet werden kann.

Die Evaluation sollte sich auf gesundheits- und lebensweltbezogene Outcomes beziehen und soweit möglich, gesundheitsökonomische, strukturelle und ethische Aspekte einschließen. Mit der Evaluation kann eine Untersuchung des projektbezogenen Transfers (s. dazu auch Themenfeld II) verbunden werden.

Querschnittsthema: Methoden und ihre Weiterentwicklung



Stand der Forschung

Mit der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften/Public Health haben sich im Laufe der Jahre auch die Präventionsansätze verändert. Die aktuelle Phase, „New Public Health“, wurde durch die Erkenntnis geprägt, dass ein Rückgang der Infektionskrankheiten nicht nur auf medizinische Innovation, sondern auch auf eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen ist. Diese Erkenntnis gab nicht nur Anklang zur Entwicklung des Konzepts der „Gesundheitsförderung“ neben der Prävention, sondern verdeutlichte auch, dass Interventionsstudien der Präventionsforschung in den Lebenswelten der Bevölkerung durchgeführt werden müssen. So haben sich Präventionsstudien im Laufe der Zeit auf Settings wie Kindertagesstätte, Schule oder Betrieb fokussiert, eine Entwicklung, die auch die Methodik dieser Studien prägte. Präventionsstudien werden in der Regel in Gruppen und Settings geclustert durchgeführt – mit entsprechenden Folgen für die Verfügbarkeit von Vergleichsgruppen und ihre statistische Auswertung.

Ein spezifischer Forschungsbereich „Methoden in der Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung“ ist bislang nicht etabliert. In diesem Bereich werden daher in den Sozialwissenschaften und der Epidemiologie übliche statistische Verfahren und Methoden angewendet, allen Schwierigkeiten der Passung zum Trotz, aber in Ermangelung spezifischer Methodenentwicklungen. Die methodologischen Inhalte und damit verbundenen Schwierigkeiten umfassen Studienplanung, Prozessauswertung, Ergebnisauswertung und Qualitätssicherung [75, 76]. Die Übertragung dieser Vorgehensweisen auf die Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) stellt mit zunehmender Professionalisierung der Forschung und Anforderungen der Umwelt an die PGF eine Herausforderung aufgrund des komplexen Untersuchungsgefüges dar. Dies wurde auch in den 60 Forschungsvorhaben des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung deutlich:

- ▶ Eine langfristige Anlage von Studien ist erforderlich, um häufig sich erst im späteren Lebenslauf auswirkende Effekte von PGF erfassen zu können, aber aufwendig umzusetzen (besonders relevant bei Wirksamkeitsevaluationen und gesundheitsökonomischen Evaluationen) [76, 77].
- ▶ Es fehlen methodische Standards bei der Ergebnisauswertung nonparametrischer Nominaldaten mit häufig kleinen Stichprobengrößen.
- ▶ Es bestehen Schwierigkeiten bei der Definition eines einzigen Outcomemaßes: Die Veränderung bezieht sich nicht nur auf eine Größe beim Individuum (z. B. BMI, Gewicht), sondern umfasst das gesamte Individuum, seine Lebenswelt (z. B. Kita, Schule, Kommune) und auch seine soziodemografische Lage (z. B. soziokulturelle Einflüsse).
- ▶ Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) können nicht direkt auf den sozialwissenschaftlichen Bereich von PGF übertragen werden [78–80]. Aus ethischen und praktischen Gründen ist die Führung einer Kontrollgruppe nicht immer möglich. RCTs können die Komplexität und Veränderungsprozesse der PGF oft nicht hinreichend abbilden; umweltbedingte Störfaktoren sind nur schwer kontrollierbar.
- ▶ Bereits vorliegende validierte Instrumente sind ohne Anpassung für den Einsatz bei spezifischen Zielgruppen der PGF wie Migrantinnen und Migranten, Bildungsferne, Kinder und Jugendliche oder Ältere oft nicht geeignet.



Standards und Leitlinien zur Datenerhebung, Datenauswertung und Dateninterpretation in der PGF liegen in Deutschland aktuell nicht vor. Die Orientierung richtet sich derzeit entsprechend nach Beiträgen aus dem angelsächsischen Bereich, vornehmlich den USA, in dem sich das Feld der methodologischen Forschung im Bereich PGF bereits etablieren konnte. Die Medline-Recherche (15.02.2012) ergab dort immerhin 2 401 Beiträge von 2000 bis 2012 zu „methodology and prevention“. Die Ergebnisse der britischen und amerikanischen Forschung lassen sich jedoch nur bedingt auf das deutsche Versorgungs- und Gesundheitssystem übertragen und müssen zumindest auf notwendige Passung geprüft werden.

Relevanz für die Forschung zur Prävention und Gesundheitsförderung

PGF kann zu wichtigen wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen beitragen, die Strategien zur Gesundheitsförderung für Planung, Implementation, Evaluation und konsequente Verbesserung der Projekte lenken [81]. Die Anerkennung der Problematik fehlender Standards und variierender Methoden in der evidenzbasierten Forschung in Deutschland [82] ist notwendig, um die internationalen Ergebnisse in die hiesigen Vorhaben integrieren und ausbauen zu können.

International werden in „Prevention Research Centers“ neue, präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Rahmenbedingungen angepasste Methoden und Methodologien entwickelt:

- ▶ „Effectiveness Trials“ untersuchen Interventionen im realen Alltag statt in isoliert kontrollierten Situationen („Efficacy Trials“), um mehr über ihre externe Validität zu erfahren. Marchand und Kollegen [83] diskutieren den Übergang von efficacy trials zu effectiveness trials bei Präventionsstudien unter besonderer Berücksichtigung konzeptueller und methodischer Gesichtspunkte.
- ▶ Um die Evaluation heterogener Projekte zu ergänzen, die sich hinsichtlich Fokus, Methodik, geografischer Deckung und Zielgruppen unterscheiden, wurde das „Cross Site Evaluation Tool“ entwickelt [84]. Dieses Tool umfasst die 4 Bereiche evidenzbasierte Praxis, forschungsbasiertes Lernen, kulturelle Kompetenz und Nachhaltigkeit.
- ▶ MacKinnon und Lockwood [85] beschreiben Neuentwicklungen in der Moderations-, Mediations- und Implementationsanalyse in der PGF, um Probleme der längsschnittlichen Analyse, des Datenclusterings, bei fehlender Daten sowie kategorischer (nominal und ordinal) und kontinuierlicher (metrisch) Outcomevariablen zu umgehen.
- ▶ Katz et al. [86] stellen eine standardisierte Forschungsmethodik vor, um Befunde aus kontrollierten Untersuchungssituationen in Untersuchungen unter Alltagsbedingungen zu überführen. Ihr „Multisite Translational Community Trial“ (mTCT)-Studiendesign soll analog zum „Multisite Randomized Controlled Trial“ verwandt werden. Es beruht auf partizipativer Forschung und diversen Untersuchungen in Kommunen.

Zahlreiche Forschungsthemen und -probleme im methodologischen Bereich werden deutschlandweit in Expertenkreisen diskutiert, so beispielsweise in der AG Methoden von KNP oder der AG Partizipative Gesundheitsforschung. Diese reichen vom adäquaten Forschungsdesign (mixed-method-Design, Randomised Controlled Trials, Translational Community Trial, partizipatives Design), über die praxisnahe Datenerhebung im Feld mit spezifischen Zielgruppen wie Ältere, Jugendliche, Migrantinnen und

Migrantinnen, Möglichkeiten der Sekundärdatenanalyse bzw. Dokumentenanalyse, die Auswahl und Anwendung nonparametrischer statistischer Auswertungsverfahren für Nominal- und Ordinalskalen bei kleinen Stichproben bis zur methodischen Integration der Ergebnisse verschiedener Erhebungs- und Auswertungsverfahren in multimethodalen Ansätzen.

Eine ausreichende Finanzierung zur Testung neuer vielversprechender Ansätze besteht nicht, im Rahmen der Drittmittelförderung erschöpft die Beantwortung der inhaltlichen Fragestellung häufig bereits die zeitlichen und personellen Ressourcen. Die Methodenentwicklung für die PGF-Forschung bedarf deshalb einer eigenständigen Finanzierungsbasis, um Empfehlungen und Standards für die verschiedenen methodischen Probleme zu entwickeln und eine konstruktive Auseinandersetzung in Fachpublikationen auch mit deutscher Beteiligung zu forcieren.

Darstellung von Förderbereichen mit wesentlichen Forschungsfragen

Für die Methodik in der PGF-Forschung ergeben sich aktuell 4 maßgebliche Forschungsbereiche, die einer Förderung bedürfen: (a) die Evaluation der Wirksamkeit, (b) die gesundheitsökonomische Evaluation, (c) die Evaluation komplexer Interventionen und (d) die Partizipative Gesundheitsforschung.

a. Evaluation der Wirksamkeit

Zunächst standen Fragen der Machbarkeit und Probleme der Felderschließung im Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses der PGF. Eine sorgfältige Evaluation ist jedoch ressourcenintensiv. In qualifizierter Weise gilt es zu prüfen, ob individualspezifische, schulische, gemeindeorientierte oder familienbezogene Maßnahmen zur Informationsvermittlung, Widerstandsbefähigung, Kompetenzförderung oder affektiven Erziehung dazu beitragen können, Wissen, Einstellungen oder Verhaltensweisen in Bezug auf gesunde Lebensweise zu verändern.

Es erstaunt deshalb nicht, dass bisher nur einige wenige qualitativ hochwertige PGF-Studien existieren, deren sorgfältige Evaluation fundierte Schlussfolgerungen über Wirksamkeitsbedingungen und Wirksamkeitsmerkmale zulassen, wie z.B. die im Rahmen der COST-A6-Aktion der Europäischen Gemeinschaft koordinierte Konsensstudie zum Thema „Evaluation von Primärprävention“ [87]. So weist u.a. die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit [88] auf die methodischen Schwierigkeiten und prinzipiellen Grenzen der Wirkevaluation von Prävention hin und formuliert einen dringenden Bedarf an praktikablen Studiendesigns, aussagekräftigen Instrumentarien sowie an der Identifikation angemessener Zielgrößen auf der Prozess- und Ergebnisebene.

Die Wirkevaluation in der PGF-Forschung stellt zudem weitere spezifische Herausforderungen dar:

Zufallseffekte wie „Generativität“, „Auswirkungen von anderen gleichzeitig stattfindenden Einflüssen“ und „Kontextabhängigkeit“ stehen bei der Auswertung einer experimentellen Wirksamkeitsprüfung als „Fehlervarianz“ hervor. Je größer und stärker die unkontrollierten Zufallseffekte sind, desto stärker müssen entweder die Programmeffekte werden, damit sie statistisch nachgewiesen werden können oder es werden größere Stichprobenumfänge benötigt.

Zugänge zu spezifischen Zielgruppen In Zielgruppen wie z.B. Kinder, bildungsferne Eltern, Suchterkrankte, Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sowie Migrantinnen und Migranten ist häufig weder die Nutzung einer „5-fach gestuften“



Likert-Skala noch ein klinischer Fragebogen mit einer großen Itemanzahl sinnvoll einsetzbar. Die qualitativen Zugänge zu diesen spezifischen Zielgruppen bergen die Problematik der geringen inferenzstatistischen Auswertbarkeit aufgrund geringer Stichprobengröße. Die lebensweltbezogenen Ansätze der PGF-Intervention lassen oft keine Vergrößerung der Bruttostichproben zu.

Datenauswertung Aufgrund der Beschränkungen in der Datenerhebung liegen zur Auswertung meist und bestenfalls ordinalskalierte Daten vor, die aufgrund zusätzlich geringer Fallzahlen nonparametrisch verteilt sind. Selbst wenn im Forschungsantrag ein Quasi-Kontrollgruppen-Design geplant wurde, lassen schon allein diese Voraussetzungsverletzungen die Nutzung etlicher gängiger inferenzstatistischer Verfahren wie Varianzanalysen nicht zu. Bei einer qualitativen Datenanalyse bleibt die Problematik der Triangulation bestehen.

Vordringlich stehen zunächst folgende Forschungsfragen zur Bearbeitung an:

- ▶ Erarbeitung von Standards, für die Mindestangaben zur Soziodemografie mit minimaler Itemzahl festgelegt werden (Mindestindikatorenansatz) für die spezifischen Zielgruppen Ältere, Migrantinnen und Migranten, Kinder- und Jugendliche, Bildungsferne.
- ▶ Entwicklung statistischer Auswertungsverfahren, die mit den Voraussetzungen eines geringen Skalenniveaus, einer geringen Fallzahl und oft auch non-parametrischen Verteilung zu recht kommen.
- ▶ Entwicklung von Indizes im Sinne von Dosis-Wirkungs-Gradienten sowie Analyse und Nutzung von säkularen Trends und Spillover-Effekten.
- ▶ Förderung von Publikationen, um die Sensibilität für die Problematik in der weiteren Fachwelt zu erhöhen und den Diskurs über Probleme und mögliche Lösungen deutschlandweit zu ermöglichen.

b. Gesundheitsökonomische Evaluation

Gesundheitsökonomische Evaluationen werden zunehmend durchgeführt, um – bei begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem – effiziente Versorgungsstrukturen und -prozesse zu unterstützen. Die methodischen Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation sind weitgehend, aber nicht vollständig festgelegt und vereinheitlicht [89–91]. Es liegen (nationale und internationale) Guidelines der gesundheitsökonomischen Evaluation vor, deren Ziel es ist, die stringente Durchführung von gesundheitsökonomischen Analysen zu fördern [92–94].

Einige methodische Aspekte der gesundheitsökonomischen Evaluation sind jedoch noch nicht gelöst, und sie spielen in der Forschung von PGF eine zentrale Rolle. Dies liegt zum einen daran, dass es sich bei PGF häufig um komplexe Interventionen handelt (siehe Abschnitt c Evaluation komplexer Interventionen), zum anderen daran, dass lange Zeiträume überblickt werden müssen, da zwischen PGF-Intervention und erwarteter Wirkung häufig mehrere Jahre bis Jahrzehnte vergehen können [77]. Außerdem ist PGF häufig mit einem hohen Eigenaufwand der Individuen verbunden, der in gesundheitsökonomischen Evaluationen berücksichtigt werden muss.

Bisher nicht gelöste methodische Aspekte der gesundheitsökonomischen Evaluation mit hoher Relevanz in der Prävention und Gesundheitsförderung sind:

- ▶ Kosten gewonnener Lebensjahre: Wie und in welchem Umfang sind die Kosten gewonnener (also zusätzlicher) Lebensjahre durch PGF in gesundheitsökonomischen Evaluationen

zu berücksichtigen, also: Sollen Kosten der medizinischen Versorgung für unverbundene Krankheiten, die allein deshalb anfallen, weil eine präventive bzw. gesundheitsförderliche Maßnahme lebensverlängernd wirkt, bei der Ermittlung der Kosten dieser Maßnahme einbezogen werden [95,96]?

- ▶ Diskontierung: In der methodischen Literatur zur gesundheitsökonomischen Evaluation wird aktuell umfassend und teilweise kontrovers über die „richtige“ Diskontierungsmethode diskutiert. Sollen die Diskontierungsraten (um zukünftige Kosten und Nutzen mit heutigen Werten zu belegen) für Kosten und Nutzen identisch oder unterschiedlich sein [97,98]? Sollen spätere Kosten und Nutzen mit geringeren Diskontierungsraten belegt werden als frühere (abnehmende Diskontierungsraten) [99]? Wie hoch sollen die Diskontierungsraten sein?
- ▶ Zeitaufwand der Individuen: Soll der Zeitaufwand von Individuen für PGF-Aktivitäten (sog. direkte nicht medizinische Kosten) in den PGF-Kosten abgebildet werden [77]? Oder ist der Zeitaufwand bereits in dem Nutzen der Individuen internalisiert (abgebildet z.B. über Lebensqualitätsmessung)?
- ▶ Effekte: Welche intermediären und finalen Wirkungen sind aus gesundheitsökonomischer Perspektive relevant [77]?
- ▶ Verteilung: Sollen Auswirkungen auf die Verteilung von Gesundheit durch PGF ausgewiesen werden, und wenn ja, wie können diese berücksichtigt werden [100]?

c. Evaluation komplexer Interventionen

Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen sind häufig komplexe Interventionen. Sie bestehen aus mehreren Einzelkomponenten, die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden. Beispiele sind Förderung der gesunden Ernährung und Bewegung in Schulen, Verringerung von Jugendkriminalität, Prävention von Unfällen im Straßenverkehr sowie die Förderung der Mobilität älterer Menschen im Stadtteil.

Einzelmaßnahmen wie die Behandlung mit einem Arzneimittel lassen sich vergleichsweise einfach in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) überprüfen und Ergebnisse aus mehreren Studien in Meta-Analysen zusammenführen. Die Wirksamkeit von komplexen Interventionen ist hingegen sehr viel schwerer zu ermitteln. Der Beitrag der Einzelkomponenten zum Gesamtergebnis und die Interaktionen in der *Lebenswelt* bleiben häufig unklar. Seit einigen Jahren wird zur Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen eine Differenzierung der methodischen Verfahren gefordert. Aber bislang liegt selbst ein konsentrierter Standard zu Kriterien der Berichterstattung der Evaluation komplexer Interventionen nicht vor [88].

Folgende Aspekte zum Thema „komplexe Interventionen“ sollten von Forschungsseite vertiefend bearbeitet werden:

- ▶ Beurteilung von komplexen Interventionen: Sind RCTs erforderlich/reichen RCTs?
- ▶ Rolle von Kontextfaktoren: Ist die Übertragung auf andere Lebenswelten möglich?
- ▶ Synthese von komplexen Interventionen: Sind Meta-Analysen angemessen?
- ▶ Statistische Heterogenität vs. klinische Heterogenität.
- ▶ Neue Verfahren zur Analyse und Synthese von komplexen Interventionen.
- ▶ Möglichkeiten der Nutzung von GKV-Sekundärdaten, regelmäßigen Surveys und/oder Krankheitsregistern als Informationen für örtlich und zeitlich begrenzte PGF-Projekte.
- ▶ Campbell Collaboration [101]: Ein Verfahren für PGF-Maßnahmen in Deutschland?



d. Partizipative Gesundheitsforschung

Die Partizipative Gesundheitsforschung ist Teil der Partizipativen Sozialforschung, deren Wurzeln unter anderem in der Aktionsforschung nach Kurt Lewin zu finden sind. Diese Forschungstradition stellt den Anwendungsnutzen von Forschungsergebnissen in den Mittelpunkt. Während in Deutschland die Aktionsforschung nach einer Blüte in den 1970er-Jahren heute kaum noch vertreten ist [102,103], entwickelte sie sich im Ausland weiter. Es entstanden verschiedene neue Formen der partizipativen Forschung, beispielsweise in angloamerikanischen, skandinavischen und lateinamerikanischen Ländern sowie in der internationalen Entwicklungsarbeit. Von besonderer Bedeutung für die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung ist der nordamerikanische Ansatz des *Community-Based Participatory Research* (CBPR) [104–107]. CBPR sieht vor, in und mit lebensweltlichen Gemeinschaften (Communities) die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Der Befähigung (Empowerment) und Kompetenzentwicklung (*capacity building*) der Beteiligten kommt dabei ein zentraler Stellenwert zu.

Bei aller Vielfalt haben die verschiedenen Formen der Partizipativen Sozialforschung 2 Merkmale gemeinsam:

- 1) Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft, um die Lebensumstände der Beteiligten zu verbessern.
- 2) Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Praktikerinnen und Praktiker sowie die Menschen, deren Leben im Mittelpunkt der Forschung steht, arbeiten auf gleicher Augenhöhe, um alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

Im Gesundheitsbereich hat sich die Partizipative Sozialforschung besonders stark etabliert, vor allem bei der Gestaltung von Maßnahmen, die im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen abzielen, um ihre Gesundheitslage positiv zu beeinflussen. Im Rahmen partizipativer Forschungsprojekte werden Praktikerinnen und Praktiker sowie Menschen, die einen besonderen Bedarf an Gesundheitsförderung haben oder die von Krankheit besonders betroffen oder bedroht sind, mobilisiert, um empirisch fundierte Interventionen zu konzipieren und umzusetzen. Interventionen dieser Art können auf besondere Weise die Komplexität der Lebenswelten und der dort eingebetteten Veränderungsprozesse berücksichtigen [108]. Partizipative Forschungsdesigns sind auch zunehmend in anderen Bereichen der Gesundheitswissenschaften zu finden (z. B. in der Versorgungsforschung) mit dem Ziel, die Strukturen und Angebote des Gesundheitswesens stärker an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer anzupassen [109].

Auf Grundlage der bisherigen partizipativ gestalteten Forschungsprojekte in Deutschland [110–113] und unter Berücksichtigung der internationalen Diskussion [114–117] stellen sich folgende Schwerpunkte heraus, die im Rahmen der Partizipativen Gesundheitsforschung vertiefend bearbeitet werden sollten:

- ▶ Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Partizipative Gesundheitsforschung,
- ▶ Spezifizierung der methodologischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen der Partizipativen Gesundheitsforschung,
- ▶ Erprobung und Etablierung neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxis und Zielgruppen, um die Bedingungen für die Partizipative Gesundheitsforschung zu optimieren,

- ▶ Einbeziehung von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen, die bisher an Forschungsprojekten nicht oder wenig beteiligt waren,
- ▶ Entwicklung und Erprobung neuer, innovativer partizipativer Forschungsmethoden,
- ▶ Verbesserung der Qualität von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung durch Partizipative Gesundheitsforschung,
- ▶ Klärung des Beitrags der Partizipativen Gesundheitsforschung zur nachhaltigen Institutionalisierung bzw. zum breitenwirksamen Transfer von Modellprojekten,
- ▶ Entwicklung von Methoden für die systematische Zusammenführung der Ergebnisse aus Einzelfallstudien, um fallübergreifende Evidenzen zu generieren,
- ▶ Entwicklung von Möglichkeiten, um die Frage des Nutzens aus der Perspektive der Menschen, die von Interventionen profitieren sollen, stärker zu berücksichtigen und
- ▶ Förderung der aktiven Beteiligung deutscher Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Praktikerinnen und Praktiker sowie Community-Vertreterinnen und -vertreter an internationalen Konferenzen und Arbeitsgemeinschaften zur Weiterentwicklung der Partizipativen Gesundheitsforschung (z. B. International Collaboration for Participatory Health Research, Community-Campus Partnerships for Health, Collaborative Action Research Network).

Interessenkonflikt: U. Walter gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

- ¹ Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- ² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- ³ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- ⁴ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, Hannover
- ⁵ Institut für Sportwissenschaften und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen
- ⁶ Abteilung Prävention und Evaluation, BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung GmbH, Bremen
- ⁷ Institut für Soziologie, Leibniz Universität Hannover, Hannover und KATALYSE Institut, Köln
- ⁸ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg
- ⁹ Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- ¹⁰ Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- ¹¹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim/Pettenkofer School of Public Health
- ¹² Institut für Soziale Gesundheit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin

Literatur

- 1 Kliche T, Post M, Pfitzner R et al. Transfermethoden der deutschen Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung im Förderschwerpunkt Präventionsforschung (BMBF). Das Gesundheitswesen 2012; 74 (4): 240–249
- 2 Kaufmann JS. Social Epidemiology. In: Rothmann KJ, Greenland S, Lash TL (eds.). Modern Epidemiology. 3rd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008
- 3 Doull M, Runnels VE, Tudiver S et al. Appraising the evidence: applying sex- and gender-based analysis (SGBA) to Cochrane systematic reviews on cardiovascular diseases. Journal of Women's Health 2010; 19: 997–1003
- 4 Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E et al. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. British Medical Journal 2010; 341: 873–877





- 5 Kickbusch I, Maag D. Health Literacy. In: Heggenhougen K, Quah S (eds.). International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press; 2008
- 6 WHO. Health Promotion Glossary. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [Zugriff am 14.02.2012]; 1998
- 7 Soellner R, Huber S, Lenartz N et al. Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. In: Klieme E, Leutner D, Klenk M, Hrsg. Eine aktuelle Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms. Weinheim: Beltz; 2010
- 8 Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15 (3): 259–267
- 9 Brieskorn-Zinke M. Gesundheitskompetenz – Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sind konstitutiv für persönliches und professionelles gesundheitliches Handeln? Pflegewissenschaft 2011; 10: 541–546
- 10 WHO. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion and Development: Closing the Implementation Gap. Nairobi, Kenia 26.–30.10.2009; 2009
- 11 Dierks ML, Schwartz FW. Stärkung der Gesundheitskompetenz: Bildung, Information und Beratung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, Hrsg. Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer; 2012: 379–389
- 12 Abel T. Measuring health literacy: moving towards a health-promotion perspective. International Journal of Public Health 2008; 53: 169–170
- 13 WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva: 2002
- 14 U.S. Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010
- 15 DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH et al. Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality 2010
- 16 Gesundheitsziele.de. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken http://www.gesundheitsziele.de/cms/mEDIUM/799/Aktualisierung_Gesundheitsziel_Patientensouveraenitaet_2011.pdf [Zugriff am 21.02.2012]; 2011
- 17 Kutner M, Grennberg E, Jin Y et al. Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. <http://nces.ed.gov/pubst2007/2007480.pdf> [Zugriff am 15.02.2012]; 2007
- 18 Committee on Health Literacy. Health Literacy. A Prescription to end Confusion. Washington D.C.: The national academies press; 2004
- 19 Grotlüschen A, Riekmann W. Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der leo. – Level One Studie. http://www.gew-nds.de/erwachsenenbildung/loads/2011_Nov_leo_fuer_GEW_Niedersachsen.pdf [Zugriff am 24.02.2012]; 2011
- 20 Gnahs D. Ein PISA für Erwachsene? Dokument aus der Reihe „DIE FAKTEN“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung. <http://www.die-bonn.de/doks/gnahs0701.pdf> [Zugriff am 15.02.2012]; 2007
- 21 Gigerenzer G. What are natural frequencies? BMJ 2011; 343: d6386
- 22 Bachmann LM, Gutzwiler FS, Milo P et al. Do citizens have minimum medical knowledge? A survey. BMC Medicine 2007; 5 (14): doi:10.1186/1741-7015-5-14
- 23 Pelikan JM. Gesundheitskompetenz (Health Literacy) im österreichischen Krankenbehandlungssystem – Erste Ergebnisse aus dem Health Literacy Survey Europe. http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_16/Proceedings/1.4_Pelikan.pdf [Zugriff am 27.02.2012]; 2011
- 24 Castro CM, Wilson C, Wang F et al. Babel Babble: Physicians' Use of Unclear Medical Jargon with Patients. American Journal of Health Behavior 2007; 31 (1): 85–95
- 25 Culbert A. Implementing health literacy policies across the world – The United States Perspective 2011
- 26 Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine 2011; 155 (2): 97–107
- 27 Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: A systematic Review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12 (80)
- 28 Seidel G, Müller M, Bütehorn A et al. Gesundheitskompetenz aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern – Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Hrsg. Dokumentation 17 Kongress Armut und Gesundheit – Prävention wirkt!, CD-ROM, Berlin; 2012: o.S.
- 29 Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67: 2072–2078
- 30 Kickbusch I. Gesundheitskompetenz. News: Public Health Schweiz 2006; 3: 10
- 31 Soellner R, Huber S, Lenartz N et al. Gesundheitskompetenz – Ein vielschichtiger Begriff. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2009; 17 (3): 105–113
- 32 Fromm B, Baumann E, Lampert C. Gesundheitskommunikation und Medien. Stuttgart: Kohlhammer; 2011
- 33 IOM Roundtable on Health Literacy. Attributes of a Health Literate Organization. <http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/10attributes.pdf> [Zugriff am 28.02.2012]; 2012
- 34 IOM Roundtable on Health Literacy. Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: Workshop Summary. The National Academies Press; 2011
- 35 Bonfadelli H, Friemel T. Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen. Konstanz: UVK-Verlags-gesellschaft; 2010
- 36 Hastall MR, Hrsg. Kommunikation von Gesundheitsrisiken in Massenmedien. Baden-Baden: Nomos; 2011
- 37 Webb TL, Joseph J, Yardley L et al. Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. Journal of Medical Internet Research 2010; 12 (1): e4
- 38 GKV-Spitzenverband. Präventionsbericht 2010 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Präventionsbericht_2010_neue_Fassung122010_15173.pdf [Zugriff am 28.02.2012]; 2010
- 39 Courtenay WH. Dying to be a man: psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys. New York: Routledge; 2011
- 40 Kolip P, Altgeld T, Hrsg. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa; 2006
- 41 Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. British Medical Journal 2001; 323: 1058–1060
- 42 Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. British Medical Journal 2001; 323: 1061–1063
- 43 Pott E. Strategien des sozialen Marketing. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, Hrsg. Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer; 2012: 227–239
- 44 Cugelman B, Thelwall M, Dawes P. Online Interventions for Social Marketing Health Behavior Change Campaigns: A Meta-Analysis of Psychological Architectures and Adherence Factors. Journal of Medical Internet Research 2011; 13 (1): e17
- 45 Loss J, Nagel E. Social Marketing – Verführung zum gesundheitsbewussten Verhalten? Das Gesundheitswesen 2010; 72 (1): 54–62
- 46 Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. Journal of Health and Social Behavior 2010; 51 (S): S28–S40
- 47 Kuhn J. Mehr als Rückenschule und Entspannungskurse. Eine Bilanz von 25 Jahren Gesundheitsförderung in Deutschland. Dr. med. Mäbuse 2012; 196: 43–45
- 48 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. SVR: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Baden-Baden: Nomos; <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> [Zugriff am 02.05.2012]; 2009
- 49 European Research. Directorate-General for Research, Socio-economic Sciences and Humanities. Scientific evidence for policy-making (EUR 22982 EN). Brüssel: European Commission; 2008
- 50 Green LW, Ottoson JM, Garciaq C et al. Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. Annual Review of Public Health 2009; 30: 151–174
- 51 Drolet BC, Lorenzi NM. Translational research: understanding the continuum from bench to bedside. In: Translational Research 2011; 157 (1): 1–5
- 52 Glasgow RE, Emmons KM. How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. Annual Review of Public Health 2007; 28: 413–433
- 53 Rütten A. Evidence-based policy revisited: orientation towards the policy process and public health policy science. Int J Public Health 2012; 57: 455–457
- 54 Wildner M. Prävention an den Schnittstellen zu Politik und Praxis. Das Gesundheitswesen 2012; 74 (4): 229–233

- 55 PHAA-The Public Health Association of Australia Inc. (SA Branch). SA Department of Health's Research Transfer Discussion Paper www.phaa.net.au/Advocacy_Issues/responsesresearch.htm [Zugriff am 13.02.2012]; 2005
- 56 Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung. AG Praxistransfer: Diskussionspapier der Arbeitsgruppe, März 2011 <http://www.knp-forschung.de/?uid=184f291445466fd7f1831a3b7648e121&id=Seite3234> [Zugriff am 23.04.2012]; 2011
- 57 Kliche T, Touil E. Förderfaktoren und Hürden für Innovationen – das Beispiel Prävention und Gesundheitsförderung. Report Psychologie 2011; 136: 466–476
- 58 Harris JR, Cheadle A, Hannon PA et al. A framework for disseminating evidence-based health promotion practices. *Preventing Chronic Disease* 2012; 9: 110081 doi:<http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110081>
- 59 Lavis JN, Robertson D, Woodside JM et al. How Can Research Organizations More Effectively Transfer Research Knowledge to Decision Makers? *The Milbank Quarterly* 2003; 81 (2): 221–248
- 60 Weible CM, Heikkilä T, deLeon P et al. Understanding and influencing the policy process. *Policy Science* 2011; 45 (1): 1–21
- 61 Knieps F. Evidence based health policy oder wissenschaftlich verbrämter Lobbyismus – Die Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2009; 103: 273–280
- 62 Moodie R. Where different worlds collide: Expanding the influence of research and the researchers' policy. *Journal of Public Health Policy* 2009; 30 (S1): 33–37
- 63 Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung. AG Praxistransfer: Exemplarische Literaturdurchsicht zu Aspekten erfolgreichen Praxistransfers, Dezember 2010 <http://www.knp-forschung.de/?uid=184f291445466fd7f1831a3b7648e121&id=Seite3234> [Zugriff am 23.04.2012]; 2010
- 64 Ozga J. From research to policy and practice: some issues in knowledge transfer. Briefing, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland. www.ces.ed.ac.uk/PDF%20Files/Brief%20031.pdf [Zugriff am 27.04.2012]; 2004
- 65 Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th Edition. New York: Free Press; 2003
- 66 Altmann D. Sustaining Interventions in Community Systems: On the Relationship Between Researchers and Communities. *Health Psychology* 1995; 14: 526–536
- 67 Bergmann M, Jahn T, Knobloch T et al. Methoden transdisziplinärer Forschung. Ein Überblick mit Anwendungsbeispielen. Frankfurt am Main. Campus: 2010
- 68 Bergmann M, Schramm E. Transdisziplinäre Forschung. Frankfurt am Main. Campus: 2008
- 69 Bergmann M, Brohmann B, Hoffmann E et al. Qualitätskriterien transdisziplinärer Forschung. Ein Leitfaden für die formative Evaluation von Forschungsprojekten. ISOE Studientexte, Nr. 13 Frankfurt am Main: 2005
- 70 Greenhalgh T, Russell J. Reframing evidence synthesis as the rhetorical action in the policy making drama. In: *Healthcare Policy* 2006; 1 (2): 34–42
- 71 Swisher JD. Sustainability of Prevention. *Addictive Behaviors* 2000; 25 (6): 965–973
- 72 Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O et al., Hrsg. Evidence-based Public Health. Bern: Huber; 2010
- 73 Pigeot I, Ahrens W, Foraita R et al. Ausgewählte methodische Probleme evidenzbasierter Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006; 1 (4): 240–247
- 74 Johnson K, Hays C, Center H et al. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning* 2004; 27 (6): 135–149
- 75 Jordan S, Töppich J, Hamouda O et al. Monitoring and quality assurance of prevention and health promotion at the federal level. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2011; 54 (6): 745–751
- 76 Zeeb H, Ahrens W, Pigeot I. Primärprävention. Konzepte und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2011; 54 (3): 265–271
- 77 Krauth C, John J, Suhrcke M. Gesundheitsökonomische Methoden in der Prävention. *Prävention & Gesundheitsförderung* 2011; 6 (2): 85–93
- 78 Maier B, Bau AM, James J et al. Methods of evaluation of health promotion programmes. Smoking Prevention and obesity prevention for children and adolescents. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2007; 50 (7): 980–986
- 79 Reisig V, Nennstiel-Ratzel U, Loss J et al. Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel „Gesund. Leben. Bayern“. *Medizinische Klinik* 2006; 101 (12): 964–971
- 80 Kolip P. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006; 1 (4): 234–239
- 81 Castro FG, Hernandez NT. A cultural perspective on prevention interventions. In: Velasquez RA, Arellano LM, McNeill BW (eds.). *The handbook of Chicana psychology and mental health*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004
- 82 Mayer MJ. The current state of methodological knowledge and emerging practice in evidence based evaluation: Applications to school violence prevention research. In: Jimerson SR, Furlong M (eds.). *Handbook of school violence and school safety: From research to practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006; 171–190
- 83 Marchand E, Stice E, Rohde P et al. Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49 (1): 32–41
- 84 Kruger DJ, Morrel-Samuel S, Davis-Satterla L et al. Developing a cross-site evaluation tool for diverse health interventions. *Health Promotion Practice* 2010; 11 (4): 555–561
- 85 MacKinnon D, Lockwood CM. Advances in statistical methods for substance abuse prevention research. *Prevention Science* 2003; 4 (3): 155–171
- 86 Katz DL, Murimi M, Gonzalez A et al. From controlled trial to community adoption: the multisite translational community trial. *American Journal of Public Health* 2011; 101 (8): 17–27
- 87 Uhl A. Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs – Definitions – Concepts – Problems. Results of an International Consensus Study within the COST-A6 Action of the European Union. In: Springer A, Uhl A (eds.). *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. COST-A6 publication. Brussels: Commission of the European Communities; 1998
- 88 Mühlhauser I, Berger M. Patient education – evaluation of a complex intervention. *Diabetologia* 2002; 45 (12): 1723–1733
- 89 Krauth C. Methoden der Kostenbestimmung in der gesundheitsökonomischen Evaluation. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2010; 15 (5): 251–259
- 90 Schöffski O, von der Schulenburg JM. Gesundheitsökonomische Evaluation. Dritte Auflage. Berlin: Springer; 2008
- 91 Drummond M, Sculpher M, Torrance G et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press; 2005
- 92 von der Schulenburg JM, Greiner W, Jost F et al. Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation: dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2007; 12 (5): 285–290
- 93 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). *Guidelines for the economic evaluation of health technologies*: Canada. 3rd edition. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006
- 94 Zentner A, Busse R. Internationale Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2006; 11 (6): 368–373
- 95 Rappange DR, van Baal PH, van Exel NJ et al. Unrelated medical costs in life-years gained: should they be included in economic evaluations of healthcare interventions? *Pharmacoeconomics* 2008; 26 (10): 815–830
- 96 Nyman J. Should the consumption of survivors be included as a cost in cost-utility analysis? *Health Economics* 2004; 13 (5): 417–427
- 97 Claxton K, Paulden M, Gravelle H et al. Discounting and decision making in the economic evaluation of health-care technologies. *Health Economics* 2011; 20 (1): 2–15
- 98 Keeler J, Cretin S. Discounting of life-saving and other non-monetary effects. *Management Science* 1983; 29 (3): 300–306
- 99 Gollier C, Weitzman ML. How should the distant future be discounted when discount rates are uncertain? *Economics Letters* 2010; 107 (3): 350–353
- 100 Weatherley H, Drummond M, Claxton K et al. Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: Key challenges and recommendations. *Health Policy* 2009; 93 (2–3): 82–92
- 101 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal* 2000; 321 (7262): 694–696
- 102 Altrichter H, Posch P. Reflective development and developmental research: Is there a future for action research as a research strategy in German-speaking countries? *Educational Action Research* 2010; 18 (1): 57–71



- 103 von Unger H, Block M, Wright MT. Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2007
- 104 von Unger H. Partizipative Gesundheitsforschung. Wer partizipiert woran? Forum: Qualitative Social Research 2012; 13 (1): Art. 7
- 105 Viswanathan M, Ammerman A, Eng E et al. Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004
- 106 Minkler M, Wallerstein N. Community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass; 2003
- 107 Israel BA, Schulz AJ, Parker EA et al. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve Public Health. Annual Review of Public Health 1998; 19: 173–202
- 108 Trickett EJ, Beehler S, Deutsch C et al. Advancing the Science of Community-Level Interventions. American Journal of Public Health 2010; 101 (8): 1410–1419
- 109 Beresford P, Turner M. User controlled research: Its meanings and potential (Final report). Eastleigh: INVOLV; 2005
- 110 Bär G, Schaefer I, Wright MT. Umweltgerechtigkeit in der partizipativen Gesundheitsforschung. Partizipative Implementation von Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H, Mielck A (Hrsg.). Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern: Huber; 2012
- 111 Frahsa A, Rütten A, Abu-Omar K et al. Movement as Investment for Health: Integrated evaluation in participatory physical activity promotion among women in difficult life situations. Global Health Promotion 2011; 18 (1): 31–33
- 112 von Unger H, Gangarova T. PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für und mit Migrant/innen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe; 2011
- 113 Wright MT. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber; 2010
- 114 Springett J, Wright MT, Roche B. Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2011
- 115 Trickett EJ. Community-Based Participatory Research as Worldview or Instrumental Strategy: Is It Lost in Translation(al) Research? American Journal of Public Health 2011; 101 (8): 1353–1355
- 116 Ismail S. Participatory health research. International Observatory on Health Research Systems. Cambridge: RAND Europe 2009
- 117 Wright MT, Roche B, von Unger H et al. A call for an international collaboration on participatory research for health. Health Promotion International 2009; 25 (1): 115–122
- 118 Walter U, Gold C, Hoffmann W et al. Memorandum – Forschungsförderung Prävention. Gesundheitswesen 2012; 74: 526–532

