
Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am
16. November 2021 in Köln (digital)

Inhalt

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung Konkret, Band 25

Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 16. November 2021 in Köln (digital)

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161, 50825 Köln

Tel.: 0221/89 92–0, Fax: 0221/89 92–300

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

Projektleitung

Dr. Anke Spura

E-Mail: anke.spura@bzga.de

Lektorat: aHa-Texte, Köln

Satz: KLAUSSNER Medien Service GmbH, Köln

Druck: XXX

Auflage: XXX

ISBN: XXX

Band 25 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 Köln, und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: XXX

» 01 Einführung 5

Anke Spura und Nadine Reibling

» 02 Vorträge 8

02.1 **Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation** 8
Constanze Rossmann

02.2 **Wie kann die Evidenz in Public Health vermittelt werden – Was funktioniert?** 23
Zwei Beispiele
Lisa Pfadenhauer und Brigitte Strahwald

» 03 Anhang

03.1	Literatur zur Evidenzbasierung aus der BZgA	40
03.2	Weitere Veröffentlichungen	41
03.3	Autorinnen	42
03.4	Programm des Werkstattgesprächs	43

» 01 Einführung

Anke Spura und Nadine Reibling

Evidenz bedeutet – im Allgemeinen – Erkennbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Einsicht in Zusammenhänge. Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet Evidenz konkret, das vorhandene Wissen über die Wirksamkeit von Botschaften oder Maßnahmen systematisch zu sammeln, zu sichten und zu nutzen. Auf dieser Grundlage können der Bevölkerung mittels evidenzbasierter Kommunikationsstrategien effektive Gesundheitsinformationen und -maßnahmen angeboten werden. Durch die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation entsteht wiederum neue Evidenz, die eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung fordert und fördert.

Die BZgA hat die wichtige Aufgabe, eine Vielzahl an Initiativen im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung zu koordinieren und dabei die Entwicklung effektiver Strategien zu unterstützen. Deshalb ist Evidenzbasierung seit vielen Jahren nicht nur ein Kernanliegen, sondern auch Auftrag der BZgA. Das zeigt sich u. a. in der über zwanzigjährigen Publikationsgeschichte (BZgA 2001, 2013; Kliche et al. 2006; Elkeles 2015), in der die BZgA ihr evidenzbasiertes Vorgehen darstellt und einen Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs leistet. In ihren Fachheftreihen und Forschungsberichten stellt sie die Evaluationsergebnisse zu ihren Maßnahmen und Programmen für Wissenschaft und Forschung, aber auch für das Praxisfeld von Gesundheitsförderung und Prävention bereit. Aktuell erschien Ende 2021 das BZgA-Memorandum »Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung« (De Bock et al. 2021). Ebenso wurde das gleichnamige Schwerpunktheft im Bundesgesundheitsblatt im Mai 2021

eingebunden in einen breiten wissenschaftlichen Diskurs entwickelt (De Bock & Spura 2021).

Die Covid-19-Pandemie hat Wissenschaft und Praxis zuletzt vor neue Herausforderungen gestellt: Aufgaben mussten bzw. müssen stets mit hoher Geschwindigkeit bearbeitet werden, wobei sowohl Potenziale für innovative Wege der Evidenzbasierung von Botschaften und Maßnahmen zutage traten als auch Schwierigkeiten im Ablauf bestehender Prozesse deutlich wurden. Außerdem kommen für Ressortforschungseinrichtungen wie die BZgA immer auch noch Aufgaben der fachlich fundierten – im besten Falle – evidenzbasierten Politikberatung hinzu (von Rueden et al. 2021).

Das vorliegende Fachheft dokumentiert das gleichnamige Werkstattgespräch, das am 16. November 2021 als digitale Veranstaltung stattfand. Die Veranstaltungsreihe der BZgA-Werkstattgespräche wird seit 2009 regelmäßig durchgeführt, um zu ausgewählten Themen den wissenschaftlichen Austausch zu pflegen und den aktuellen Forschungsstand in Bezug auf die Praxis in Prävention und Gesundheitsförderung zu diskutieren. Somit wurden auch für dieses Werkstattgespräch Expertinnen und Experten aus den Hochschulen zu Impulsvorträgen und zu Workshops eingeladen.

Konkret ging es bei diesem Werkstattgespräch darum,

- den Nutzen und die Besonderheiten der Evidenzbasierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu diskutieren,
- dies anhand konkreter Arbeits- und Handlungsfelder wie Kampagnen, komplexer Intervention in

- die Nutzung unterschiedlicher Methoden der Evidenzbasierung und Entscheidungsfindung (systematische Reviews, partizipative Stakeholder-Gespräche, Entwicklung von Leitlinien etc.) zu vertiefen
- und dabei die aktuelle Praxis der Evidenzbasierung innerhalb der BZgA zu reflektieren.

Dieses Fachheft stellt die beiden Keynotes als Fachbeiträge zur Verfügung und gibt einen Überblick über den Programmverlauf (siehe auch: www.bzga.de/forschung/werkstattgespraeche).

Der erste Beitrag von Prof. Dr. Constanze Rossmann setzt sich mit »Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation« auseinander und diskutiert, was Evidenzbasierung im Kontext der Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und Kampagnen bedeutet. Sie legt dabei dar, dass Evidenzbasierung in der Gesundheitskommunikation mindestens zwei Aspekte umfasst – nämlich die Evidenzbasierung der kommunizierten Inhalte (also der Informationen) sowie die Evidenzbasierung der Vermittlung wie z. B. die Formulierung oder grafische Darstellung gesundheitsfördernder Inhalte bzw. Botschaften. Hier ist insbesondere eine Zielgruppenorientierung wesentlich, denn Gesundheitskommunikation ist im besten Fall adressatenspezifisch. In ihrem Beitrag verweist Frau Rossmann außerdem auf wichtige Orientierungspunkte für die Umsetzung von Evidenzbasierung in der Praxis, wie die »Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation« (Lühnen et al. 2017), Qualitätskriterien des Gesundheitsjournalismus, der Zyklus evidenzbasierter Gesundheitskampagnen und das Rahmenmodell theorie- und evidenzbasierter Kampagnenplanung. Gleichzeitig zeigt der Beitrag auf, dass Evidenzbasierung in der

Praxis häufig schwierig ist, unter anderem weil die vorhandene Evidenz unzureichend und mitunter auch schwer herzustellen ist. Daraus leitet sich für alle die Verantwortung ab, Kommunikationsmaßnahmen empirisch zu begleiten, um auch auf diese Weise das vorhandene Wissen weiter auszubauen.

Im zweiten Beitrag von Dr. Lisa Pfadenhauer und Brigitte Strahwald geht es um die Frage, wie angesichts dieser Herausforderungen Evidenzbasierung in der Praxis funktionieren kann. Anders als im ersten Beitrag steht hier die Gesundheitsförderung in Lebenswelten im Mittelpunkt. Der Beitrag erläutert, wie Wissenstranslation zu Politik und Praxis über intensive Beteiligung von Stakeholdern ermöglicht werden kann. Die Autorinnen zeigen dies anhand zweier Beispiele aus ihrer eigenen Forschung: zum einen mit der Entwicklung einer S3-Leitlinie für Schulen in der COVID-19-Pandemie, zum anderen dem Projekt CEBHA+, das Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheit in Subsahara-Ländern adressiert. Die Praxisbeispiele zeigen, wie durch enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Stakeholdern Forschungsfragen entwickelt und auch bei schwieriger Evidenzlage Empfehlungen auf Basis der bestmöglichen Datenlage gegeben werden können.

Auch wenn evidenzbasiertes Handeln und Entscheiden in Prävention und Gesundheitsförderung vor einer Vielzahl von Schwierigkeiten stehen, hat das Werkstattgespräch gezeigt, dass auch hier dieses Ziel verfolgt und umgesetzt werden kann. Die kreative Verknüpfung von Evidenzsynthesen, empirischen Daten, Einbeziehung von Stakeholdern und der Partizipation von Adressatinnen und Adressaten bilden dabei die wesentliche Grundlage. Die Beiträge in diesem Band geben dazu wichtige Impulse und illustrieren, wie Evidenzbasierung in der Praxis gelingen kann.

>> Literatur

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001):** Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013):** Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings – Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 42. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- De Bock, F. & Spura, A. (2021):** Evidenzbasierung: Theoriebildung und praktische Umsetzung in Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64, S. 511–513. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03325-w>.
- De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2021):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung: Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0>.
- Elkeles, T. (2015):** Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln. doi:10.17623/BZGA:224-i017-1.0.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung: Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: S. 141–150. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1216-1>.
- Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017):** Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg. Zugriff am 15.11.2021 unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf.
- von Rügen, U., Spura, A., Horstmann, S., Renner, I., Merkel, C., Buhs, B., Thaiss, H. & De Bock, F. (2021):** Bedarfsbezogene Kommunikationsstrategie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) während der COVID-19-Pandemie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64, S. 285–293. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03290-4>.

02

Vorträge

» 02.1 Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation

Constanze Rossmann

Öffentliche Gesundheitskommunikation hat als Instrument zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und Prävention von Krankheiten eine lange Tradition. Bereits im frühen 18. Jahrhundert gab es Versuche, mit Flugblättern zur Gesundheitsförderung beizutragen, beispielweise für die Pockenimpfung oder gegen Alkoholkonsum (Silk, Atkin & Salmon 2011). Mit der Verbreitung massenmedialer Kanäle, zunächst Zeitungen, wurden diese ab dem 19. Jahrhundert zunehmend eingesetzt, um die Reichweite gesundheitsfördernder Botschaften zu erhöhen, etwa im Zuge der Abstinenzbewegung und im Kontext verunreinigter Lebensmittel. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts blieb die Wirkung von Gesundheitskampagnen jedoch begrenzt. Zu dieser Zeit begannen Wissenschaftlerinnen und Wissen-

schaftler unterschiedlicher Disziplinen zusammenzuarbeiten, um die Wirksamkeit von Kampagnen zu steigern. Als Meilenstein gilt das im Jahr 1972 gestartete »Stanford Heart Disease Prevention Three Community Program«, in dem der Kardiologe Jack Farquhar und der Kommunikationswissenschaftler Nathan Maccoby ihre jeweilige Fachexpertise in die Kampagnenentwicklung einbrachten und Studien durchführten, um empirische Erkenntnisse zur Entwicklung effektiver Kampagnen zu gewinnen (Rogers & Storey 1987; Rossmann 2017).

Seither hat sich die öffentliche Gesundheitskommunikation deutlich weiterentwickelt. Die Verbreitung weiterer traditioneller (Hörfunk, Fernsehen) und neuer digitaler Medien (Onlineportale, Social Media, mobile Apps) hat das Spektrum an

Verbreitungskanälen erhöht und zu einer großen Vielfalt an gesundheitskommunikativen Angeboten beigetragen. Die Bevölkerung kann sich heute aus einer Vielzahl von Quellen über Gesundheitsthemen informieren, die im Hinblick auf ihre inhaltliche und darstellerische Qualität jedoch stark variieren (Rossmann et al. 2018). Gleichzeitig hat sich die Forschung zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen weiterentwickelt. Wenn auch Meta-Analysen zur Effektivität von Kampagnenmaßnahmen zeigen, dass ihre Wirksamkeit nicht sehr hoch ist, lässt sich doch insgesamt ein Effekt nachweisen. Zudem besteht Einigkeit über verschiedene Merkmale, die zu einer wirksameren Kommunikation beitragen können (Anker et al. 2016).

Zentraler Schlüssel zur Steigerung der Effektivität von Gesundheitskommunikation ist die Evidenzbasierung, d. h. die Generierung und Anwendung von Theorien und Erkenntnissen zur Wirkung von Gesundheitskommunikation auf die Entwicklung und Evaluation von Kommunikationsmaßnahmen (im Hinblick auf vermittelte Inhalte, ihre Aufbereitung und Verbreitungskanäle). Dabei sind Unterschiede in der Wahrnehmung, Verarbeitung und Wirkung von Gesundheitskommunikation zwischen verschiedenen Zielgruppen zu berücksichtigen. In Anlehnung an das Verständnis evidenzbasierter Medizin (siehe unten) kann evidenzbasierte Gesundheitskommunikation also konkret verstanden werden als die gewissenhafte Anwendung der gegenwärtig besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz auf die Entwicklung, Vermittlung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Spezifika von Zielgruppen.

Ausgehend vom Verständnis der Evidenzbasierung in der Medizin setzt sich der vorliegende Beitrag zunächst mit evidenzbasierter Gesundheitskommunikation im Kontext von Gesundheits-

informationen, Gesundheitsjournalismus und Gesundheitskampagnen auseinander. Anschließend werden empirische Anforderungen an evidenzbasierte Gesundheitskommunikation ausgeführt und schließlich Kriterien evidenzbasierter Gesundheitskommunikation zusammenfassend spezifiziert und diskutiert.

» Grundlagen der Evidenzbasierung

Der Begriff »Evidenz« leitet sich allgemein aus dem lateinischen »evidentia« ab und lässt sich mit Ersichtlichkeit, Eindeutigkeit, Klarheit übersetzen. Viele Wissenschaften versuchen, eine solche Klarheit über Ursachen, Folgen und Beziehungen (in der Medizin etwa die Ursachen bestimmter Erkrankungen oder die Wirkung von Medikamenten) durch empirische Forschung zu erzielen. Aufgrund der Tatsache, dass die Ergebnisse empirischer Forschung jedoch in vielen Bereichen vorläufig sind, kann wissenschaftliche Evidenz nicht immer mit Eindeutigkeit und Klarheit gleichgesetzt werden. Vielmehr müssen wissenschaftliche Erkenntnisse im Hinblick auf ihre Evidenzstärke klassifiziert werden.

In der Medizin hat sich für die Bewertung von Evidenzstärke die so genannte Evidenzpyramide (vgl. z. B. Hastall & Lang 2019; Oxford Center for Evidence-based Medicine 2009) durchgesetzt. Die geringste Evidenzstärke wird solchen Erkenntnissen zugeschrieben, die auf Einzelfallbeobachtungen und reinen Expertinnen- und Experten-Meinungen beruhen. Die nächsthöhere Evidenzstufe wird Fall-Kontroll-Studien zugeschrieben, also

Beobachtungsstudien, die etwa erkrankte mit nicht-erkrankten Fällen post hoc im Hinblick darauf vergleichen, ob sie bestimmten Risikofaktoren ausgesetzt waren oder nicht. Kohortenstudien, die von einer nicht-betroffenen Gesamtpopulation ausgehen und diese beobachten, um anschließend exponierte mit nicht-exponierten Fällen zu vergleichen, wird wiederum eine etwas höhere Evidenz zugeschrieben.

Allen Beobachtungsstudien gemein ist die Problematik, dass Forschende nicht kontrollieren können, welche Personen einem Risikofaktor ausgesetzt sind und welche nicht. Daher kann es sein, dass beobachtete Unterschiede zwischen den Gruppen mit anderen Einflussfaktoren konfundieren, die mit einer Exposition oder Nicht-Exposition zusammenhängen (beispielsweise wird diskutiert, inwieweit der Zusammenhang zwischen intensiver Fernseh-/Videospieldnutzung und Übergewicht durch die gleichzeitige körperliche Inaktivität und Nahrungsmittelkonsum erklärbar ist).

Die höchste Evidenzstärke im Zusammenhang mit Einzelstudien wird langfristig angelegten randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) zugesprochen, in denen die Studienteilnehmenden zufällig auf Interventions- und Kontrollgruppen verteilt und potenzielle weitere Einflussfaktoren kontrolliert werden, so dass Konfundierungen möglichst vermieden werden. Das ist der sogenannte Goldstandard medizinischer Forschung.

Allerdings ist die Aussagekraft einzelner Studien naturgemäß begrenzt. Erst durch die erfolgreiche Replikation von Befunden kann davon ausgegangen werden, dass Befunde zuverlässig sind. Daher wird systematischen Reviews, die mehrere Studien zu einem Thema zusammenfassend betrachten, oder Meta-Analysen, die darüber hinaus Effektstärken berechnen, die höchste Evidenzstärke zugesprochen.

Wenn auch Einigkeit darin besteht, dass Ergebnisse aus RCTs eine höhere Güte aufweisen als solche, die auf Einzelfallbeobachtungen beruhen, und sich auf der Basis von Meta-Analysen eindeutiger Aussagen treffen lassen als auf der Basis von Einzelstudien, so muss auch angemerkt werden, dass sich nicht alle empirischen Fragen mit RCTs beantworten lassen. So wäre es ethisch nicht vertretbar, Individuen bewusst einem Risikofaktor auszusetzen, von dem eine starke schädliche Wirkung erwartet wird. RCTs, die Individuen einem Risikofaktor aussetzen würden (Experimentalgruppe) oder nicht (Kontrollgruppe), sind daher nicht vertretbar. Hier kann lediglich mit solchen Untersuchungsdesigns gearbeitet werden, die ein freiwillig gewähltes Risikoverhalten beobachten, ohne dieses zu forcieren. Auch in Bereichen, die sich mit RCTs gut erforschen lassen, kann die Evidenzstärke unzureichend sein, etwa weil es noch nicht ausreichend qualitativ hochwertige Studien gibt, um eine Meta-Analyse durchführen zu können. Daher bezieht sich die Definition von evidenzbasierter Medizin nicht auf vollkommene Evidenz im Sinne von Eindeutigkeit und Klarheit, sondern auf die jeweils beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz.

Entsprechend wird evidenzbasierte Medizin definiert als der »gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten« (Siebert et al. 2008, S. 266; basierend auf Sackett et al. 1996). Sie grenzt sich damit insbesondere von den Gegenentwürfen der sogenannten intuitiven Medizin, die statt wissenschaftlich fundierter Einzelfaktoren die ganzheitliche Situation »aus dem Bauch heraus« in den Blick nimmt (z. B. anthroposophische Medizin, alternative Medizin, Körper-Geist-Seele-Medizin), und der

Eminenzbasierung ab, die sich auf die Aussagen einzelner hochrangiger Expertinnen und Experten bezieht (und entsprechend der Evidenzpyramide die geringste Evidenzstärke aufweist).

Das Credo der Evidenzbasierung hat sich inzwischen nicht nur in der medizinischen Versorgung durchgesetzt, sondern wurde auch auf andere Wissenschafts- und Anwendungsbereiche der Medizin ausgeweitet, etwa auf die Krankenpflege (Evidence-based nursing), Verhaltensmedizin (Evidence-based behavioral medicine) oder die Öffentliche Gesundheit (Evidence-based public health). Darüber hinaus spielt Evidenzbasierung keineswegs nur in medizinischen Bereichen eine Rolle, vielmehr bauen auch viele andere gesellschaftswissenschaftliche Disziplinen in ihren Entscheidungen auf wissenschaftliche Evidenz, z. B. Politik, Ökonomie, Pädagogik und Kommunikation.

So einleuchtend die evidenzbasierte Handlungsmaxime ist, so schwierig ist sie bisweilen in der Umsetzung. So müssen Entscheidungsträgerinnen und -träger (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Lehrerinnen und Lehrer, Kommunikationsexpertinnen und -experten) zum einen in der Lage sein, die Evidenzlage einzuordnen, um ihr Handeln daran zu orientieren. Zum anderen geht eine reine Evidenzfokussierung potenziell an den Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten vorbei (in der Medizin etwa den Patientinnen und Patienten).

Modernere Konzeptionen von medizinischer Evidenzbasierung berücksichtigen dies, indem sie die Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz mit der Expertise ihrer Anwenderinnen und Anwender und der Orientierung an Patientinnen und Patienten verbinden (Mühlhauser 2018; Sackett et al. 2000). Sie betonen, dass die gegenwärtig beste medizinische Evidenz durch klinische Expertinnen und Experten auch unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und

Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten eingeordnet werden muss. Dabei wird klinische Expertise als Kompetenz verstanden, Forschungsergebnisse und die Umstände und Präferenzen von Patientinnen und Patienten zu integrieren, um zu einer bestmöglichen Entscheidung zu gelangen (Guyatt et al. 2004).

Diese Idee entspricht einem moderneren Verständnis des Verhältnisses zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten, das sich vom paternalistischen Prinzip der »väterlichen« Fürsorge und Bevormundung hin zu einem egalitären Verhältnis entwickelt. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten so zu unterstützen, dass sie zu einer selbstbestimmten informierten Entscheidung gelangen können (Roter 2000).

Dieses Ziel findet sich etwa im Mission Statement des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) wieder, nach dem alle Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger eine gesundheitliche Versorgung erhalten sollen, die auf bester Evidenz und informierten Entscheidungen beruht (DNEbM 2012).

Auch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten legt fest, dass bei ihrer Aufklärung auf Alternativen zu einer Maßnahme hingewiesen und diese Aufklärung für sie verständlich sein muss (§ 630e BGBI Jg. 2013 Teil I Nr. 9 vom 25.02.2013).

Eine gute und gelingende Kommunikation ist somit als Basis für die Ermöglichung informierter Entscheidungen die zentrale Grundlage der modernen evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (Mühlhauser 2018). Was gute Gesundheitskommunikation ausmacht, ist ebenfalls eine Frage, die empirisch erforscht werden muss. In diesem Fall geht es jedoch nicht in erster Linie um die medizinische Evidenz, sondern um die Vermittlungsqualität von Gesundheitsinformationen.

» Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation

Das interdisziplinäre Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation setzt sich bereits seit mehreren Jahrzehnten – primär aus kommunikationswissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Perspektive – mit der Frage auseinander, wie Informationen so kommuniziert und vermittelt werden können, dass sie von Adressatinnen und Adressaten adäquat verstanden werden (im Überblick vgl. Hurrelmann & Baumann 2014; Rossmann & Hastall 2019).

Qualität und Evidenzbasierung von Gesundheitskommunikation wird auf allen Ebenen der Gesundheitskommunikation diskutiert und beforscht – etwa im Kontext interpersonaler Kommunikation in der Gesundheitsversorgung (z. B. Gespräche zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen und Patienten, in Bezug auf Online-Gesundheitsinformationen, die Qualität journalistischer Berichterstattung über Gesundheitsthemen, vor allem aber auch die Effektivität von Kampagnenkommunikation zur Gesundheitsförderung und Prävention (im Überblick vgl. Stehr et al. 2018).

Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die öffentliche Kommunikation konzentriert sich der vorliegende Beitrag ausgehend von einer allgemeinen Beschreibung der Kennzeichen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen darüber hinaus auf Qualitätskriterien journalistischer Berichterstattung und evidenzbasierte Kampagnen.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen

Nach Büchter und Albrecht (2021) lassen sich sechs zentrale Kriterien festmachen, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen kennzeichnen:

- die Entwicklung nach Methoden der evidenzbasierten Medizin,
 - eine verständliche, nachvollziehbare und unverzerrte Darstellung,
 - die Quantifizierung von Nutzen und Schaden von Interventionen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Risikokommunikationsforschung,
 - Information über Unsicherheiten und Wissenslücken,
 - Verzicht auf direkte Empfehlungen oder klare Kennzeichnung derselben und
 - Ermöglichung informierter Entscheidungen.
- Dies macht deutlich, dass gute Gesundheitsinformationen nicht nur dem aktuellen Wissensstand medizinischer Evidenzlage entsprechen, sondern insbesondere im Hinblick auf die Vermittlungsqualität evidenzbasiert sein sollen. Evidenzbasierung bezieht sich hier somit darauf, die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz zu der Frage einzubeziehen, wie Informationen über Ursachen, Risiken und Handlungsmöglichkeiten so dargestellt werden können, dass sie verständlich, nachvollziehbar und unverzerrt sind und zudem Unsicherheiten bezüglich der medizinischen Evidenzlage offenlegen.

Die Möglichkeiten, Informationen aufzubereiten, sind überaus vielfältig: z. B. Beschreibungen in Textform, Piktogrammen oder Grafiken, Darstellung absoluter versus relativer Risiken, Verwendung von Statistiken, Fallbeispielen und Narrativen, unterschiedliche Möglichkeiten der Offenlegung von Unsicherheiten in der Evidenzlage, Farbgestaltung, Musikuntermalung in Videos, Animationen, Realfilme, die Verwendung unterschiedlicher Frames im Hinblick auf Gewinn oder Verlust oder Verantwortungszuschreibung. Welche dieser Darstellungsweisen geeignet sind, hängt ab von den Adressatinnen und Adressaten, also den jeweiligen Zielgruppen der Botschaften, etwa aufgrund von Unterschieden

im Hinblick auf Bildungsniveau, Sprachkenntnisse, Geschlecht, Zahlenverständnis, kulturelle Hintergründe, Alter und Gesundheitskompetenz etc.

Solche Faktoren können einen erheblichen Einfluss darauf haben, wie Informationen verstanden und wahrgenommen werden, weshalb sich hinter dem Ziel eine Herkulesaufgabe verbirgt, Informationen so aufzubereiten, dass sie tatsächlich vollumfassend verstanden und Risiken adäquat wahrgenommen und Unsicherheiten in der Evidenzlage erkannt werden. Angesichts der Vielzahl an Möglichkeiten und Zielgruppenspezifika ist es nicht einfach, die Evidenzlage zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen auf einfache Regeln zu reduzieren.

Ein Versuch, evidenzbasierte Leitlinien für Gesundheitsinformationen zu entwickeln, das Wissen zur Risikokommunikation zusammenzufassen und laienverständlich aufzubereiten, stellt die »Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation« dar, die vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin in Kooperation mit der Universität Hamburg erstmals entwickelt und herausgegeben wurde (Lühnen et al. 2017) und derzeit (Stand Anfang 2022) aktualisiert wird. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche wurden empirische Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Evidenzlage bewertet. Diese beziehen sich etwa auf Fragen wie die Darstellung von Häufigkeiten, den Einsatz von Grafiken, Bildern und Zeichnungen oder Narrativen.

Weitere Übersichten über die Wirkung unterschiedlicher Darstellungsformen lassen sich etwa in Meta-Analysen und systematischen Reviews sowie in Überblickswerken zur Gesundheitskommunikation finden (z. B. zu Furchtappellen: Peters u. a. 2013; zu Statistiken und Narrativen: Zebregs u. a. 2014; im Überblick vgl. Rossmann & Hastall 2019). In vielen Bereichen zeigt sich, dass die Evidenzlage – vor allem für bestimmte Zielgruppen (z. B. ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund)

noch recht dünn ist und sich daher allgemeine Aussagen zur Darstellung von Gesundheitsinformationen nur schwer treffen lassen.

Wenn möglich, sollten Gesundheitsinformationen daher, bevor sie implementiert werden, stets im Hinblick auf ihre Verständlichkeit und Auswirkung auf Wahrnehmungen und Verhalten geprüft werden (siehe hierzu auch den Abschnitt zu Kampagnen).

Gesundheitsjournalismus

Neben der Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in der Gesundheitsversorgung durch Politik, Behörden, Krankenkassen oder andere Organisationen, kommt für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen auch journalistischen Medienangeboten eine hohe Bedeutung zu. Wie Studien zeigen, spielen massenmediale Kanäle als Quelle für Gesundheitsinformationen in der deutschen Bevölkerung eine zentrale Rolle (Marstedt 2018). Gleichzeitig weisen Befunde zu Medienwirkungen im Gesundheitsbereich darauf hin, dass die Frequenz und Art und Weise, in der Medien über Gesundheitsthemen berichten, einen Einfluss auf die Wahrnehmung dieser Themen in der Bevölkerung haben (Rossmann & Ziegler 2013).

Daher muss auch die journalistische Berichterstattung gewissen Qualitätskriterien gerecht werden, um Gesundheitsinformationen möglichst so zu vermitteln, dass sie verständlich sind und Risiken unverzerrt vermitteln. In diesem Kontext werden in der Literatur unterschiedliche Kataloge von Qualitätskriterien diskutiert und beforscht (vgl. Guenther & Marzinkowski 2018; Henke et al. 2018).

Im deutschsprachigen Raum stellen die im Rahmen des Projekts »Medien-Doktor« entwickelten Qualitätskriterien des Gesundheitsjournalismus den wohl bekanntesten Kriterienkatalog dar (Anhäuser et al. 2021; Serong et al. 2019). Dieser umfasst neben klassischen journalistischen

Qualitätskriterien (wie Verständlichkeit, journalistische Eigenleistung, Faktentreue etc.) auch themenspezifische Kriterien (z. B. Kosten, alternative Behandlungsoptionen, Darstellung von Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen) sowie Kriterien wissenschaftlicher Standards. Letztere beziehen sich neben einer klaren Kontextualisierung im Hinblick auf Neuheit und ethische Fragen auch auf die Offenlegung von Interessenskonflikten, Quellentransparenz, Expertinnen- und Expertenvielfalt und vor allen Dingen auf Evidenzbasierung. Auch hier wird die Bedeutung der unterschiedlichen Ebenen von Evidenzbasierung – Berücksichtigung und Offenlegung der medizinischen Evidenzlage einerseits und Vermittlungsevidenz andererseits – deutlich.

Solche Kriterienkataloge haben unterschiedliche Funktionen. Zum einen sind sie die Basis dafür, Qualität erst messbar zu machen, indem die Kriterien etwa in standardisierten Inhaltsanalysen herangezogen werden, um unterschiedliche Medienangebote oder Mediengattungen im Hinblick auf ihre gesundheitsjournalistische Qualität zu vergleichen oder die Qualität der Berichterstattung über unterschiedliche Gesundheitsbereiche zu bewerten. Zum anderen sind sie eine wichtige Basis für klare Qualitätsmaßstäbe, an denen sich Angebote messen lassen müssen. Diese gilt es etwa auch bereits in der journalistischen Ausbildung an angehende Journalistinnen und Journalisten zu vermitteln, um eine Sensibilität für die hohen Qualitätsbedarfe in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen zu schaffen.

Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsförderung sind evidenzbasierte Kampagnen. Gemeint sind Kommunikationsmaßnahmen, die über die reine Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in schriftlicher oder mündlicher Form hinausgehen

und durch den Einsatz eines breiten Spektrums an Kommunikationsmaßnahmen vorher definierte Ziele auf breiter Ebene erzielen wollen wie Wissens-erweiterung, Bewusstseinssteigerung, Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Sie richten sich in der Regel an bestimmte Bevölkerungsgruppen, beziehen ggf. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein und können auch die Politik oder Industrie adressieren (Bonfadelli & Friemel 2020; Rogers & Storey 1987; Rossmann 2017).

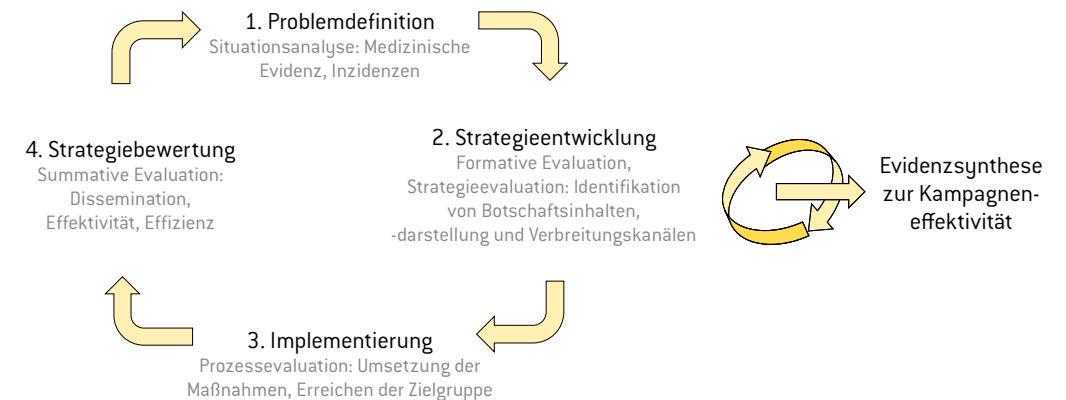
Meta-Analysen zur Wirkung von Gesundheitskampagnen zeigen, dass diese durchaus in der Lage sind, Awareness, Wissen und auch Verhalten zu beeinflussen, die Effekte jedoch, gerade wenn es um Verhaltensbeeinflussung geht, eher klein sind (Anker et al. 2016; LaCroix et al. 2014; Snyder et al. 2004). Daher befasst sich die Kampagnenforschung seit vielen Jahrzehnten damit, wie sich die Kampagneneffektivität steigern lässt. Zentraler Ansatzpunkt ist die evidenzbasierte Kampagnenplanung, die bestimmten Entwicklungsschritten folgt und sie durch Rückgriff auf vorhandene Theorien und Evidenzen sowie eigene empirische Forschung fundiert (Noar 2006).

Im Allgemeinen werden in der Kampagnenliteratur die folgenden Schritte spezifiziert:

- Situationsanalyse und formative Evaluation,
- Zielgruppensegmentierung,
- Spezifikation der Ziele,
- Entwicklung der Kampagnenstrategie,
- Kampagnenimplementierung
- und Evaluation (vgl. z. B. Noar 2006; Silk u. a. 2011).

Integriert man diese Schritte in den Public Health Action Cycle (vgl. z. B. Rosenbrock 1995), so lassen sich damit die zentrale Bedeutung empirischer Forschung einerseits und die Zirkularität des Prozesses andererseits gut veranschaulichen (vgl. Abb. 1).

Zyklus evidenzbasierter Gesundheitskampagnen



» Abb. 1: Zyklus evidenzbasierter Gesundheitskampagnen, Quelle: Eigene Darstellung basierend auf einer Verknüpfung von Public Health Action Cycle (Rosenbrock 1995) und Schritten der Kampagnenplanung (z. B. Noar, 2006)

1. Ausgangspunkt ist die Problemdefinition: Hierbei geht es darum, den Problembestand näher zu bestimmen, Gefährdungen und Erkrankungen zu identifizieren und zu ermitteln, wer (am stärksten) betroffen ist und welche medizinischen Einflussfaktoren relevant sind. Hier kommt also zunächst die medizinische und epidemiologische Evidenzlage zum Tragen, etwa zu Inzidenzen in einzelnen Bevölkerungsgruppen und geeigneten Verhaltensmaßnahmen, um Risiken zu reduzieren. Daraus lässt sich das Ziel der Kampagne näher bestimmen und die zu adressierende Zielgruppe potenziell näher eingrenzen.

2. Der zweite Schritt Strategieentwicklung umfasst mehrere Entscheidungen, die jeweils evidenzbasiert getroffen werden (für eine genauere Darstellung dieses Schrittes vgl. auch das

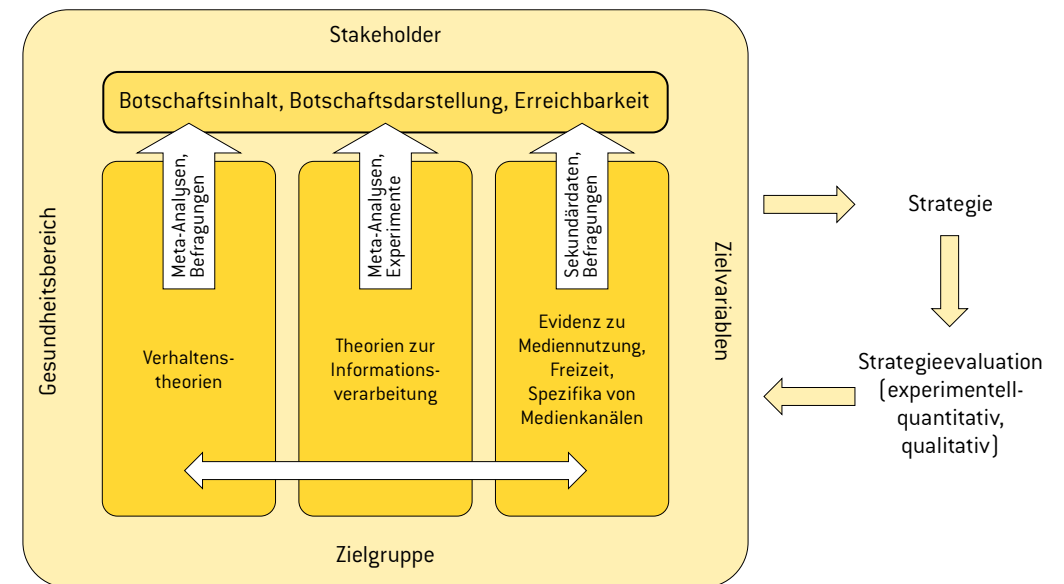
Rahmenmodell zur theorie- und evidenzbasierten Kampagnenplanung in Abb. 2; für ein aktuelles Beispiel vgl. Rossmann u. a. 2021). Hier geht es darum zu ermitteln, was inhaltlich kommuniziert werden soll, wie dies dargestellt wird und welche Kanäle und ggf. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbezogen werden, um die Kampagne zu verbreiten. Dabei kommen Theorien und Erkenntnisse aus der Kommunikationswissenschaft zur Nutzung und Wirkung massenmedialer Kanäle zum Tragen, ebenso aus der Kognitions- und Medienpsychologie zu Informationsverarbeitung und Wirkung unterschiedlicher Darstellungsformen sowie gesundheitspsychologische Erkenntnisse zur Erklärung von Verhalten. Letztere bilden zunächst die Basis für die Identifikation wirksamer Botschaftsinhalte. So spezifizieren Verhaltenstheorien wie die Theorie des geplanten Verhal-

tens (Ajzen & Fishbein 2005), das Health Belief Model (Rosenstock 1974) oder die Sozialkognitive Lerntheorie (Bandura 2004) verschiedene Faktoren, die Gesundheitsverhalten beeinflussen, etwa Risikowahrnehmung, Einstellung, Normvorstellungen oder Selbstwirksamkeit. Da nicht alle Faktoren für jedes Gesundheitsverhalten und jede Zielgruppe gleichermaßen bedeutsam sind, gilt es, empirisch zu ermitteln, welche Faktoren in der Zielgruppe relevant sind, um so einen Anhaltspunkt dafür zu haben, welche Botschaften potenziell überzeugend sind, um das Verhalten zu ändern. Im nächsten Schritt gilt es zu entscheiden, wie diese Botschaften am besten vermittelt werden können. Hier kommen – ähnlich wie oben im Zusammenhang mit der Vermittlung von Gesundheitsinformationen bereits dargestellt – Fragen der Risikovermittlung, Appellformen (Furchtappelle, Humor, prosoziale Appelle etc.), des Framings, Darstellung von Statistiken etc. ins Spiel. Wie bereits dargestellt, kann hier zumindest teilweise auf Meta-Analysen zurückgegriffen werden. Häufig fehlen jedoch auch Erkenntnisse über diverse Zielgruppen, weshalb auch hier idealerweise Studien (Fokusgruppen, Experimentalstudien) herangezogen werden sollten, um geeignete Darstellungsarten zu testen. Die Darstellungsart ist eng verknüpft mit der Frage, über welche Kanäle die Botschaften verbreitet werden sollen, da unterschiedliche Medienkanäle auch unterschiedliche Möglichkeiten und Grenzen mit sich bringen (z. B. wenig Text auf Plakaten, ausführlichere Texte in Broschüren, interaktive Möglichkeiten auf Social Media). Welche geeignet sind, sollte ebenfalls auf Befunden zur Nutzung von Medienkanälen in der Zielgruppe ermittelt werden. Grundsätzlich gilt bei allen Schritten, dass für einzelne Zielgruppen und Entscheidungen bereits gute Evidenzen vorhanden sein können,

auf die zurückgegriffen werden kann. Meist ist die Evidenzlage, besonders zu Verhaltensdeterminanten und geeigneten Botschaften, in der anvisierten Zielgruppe jedoch gering, weshalb Primärforschung, also formative Evaluationen nötig sind, um die Strategie zu entwickeln. Auch nach der Entwicklung des Kampagnenmaterials sollte dieses vor der Implementierung zunächst in der Zielgruppe getestet werden, um die Effektivität und Verständlichkeit in einer kleinen Gruppe zu prüfen (Strategieevaluation).

3. Nach Durchlaufen dieses Prozesses wird die Kampagne implementiert. Dieser Prozess sollte ebenfalls von Evaluationsmaßnahmen begleitet werden (Prozessevaluation), um so ein gutes Monitoring darüber zu haben, ob Maßnahmen wie geplant umgesetzt wurden und die Zielgruppe auch wirklich erreicht wird.
4. Der vierte Schritt ist ebenfalls von zentraler Bedeutung und umfasst die summative Evaluation. Sie dient dazu, die Wirksamkeit einer Kampagnenmaßnahme zu prüfen. Hierbei wird zwischen Dissemination, Effektivität und Effizienz unterschieden. Dissemination meint, inwieweit die Zielgruppe erreicht wurde, Effektivität bezieht sich auf die Frage der Wirksamkeit und Effizienz auf die Frage, inwieweit Aufwand und Nutzen in einem guten Verhältnis zueinander standen (De Bock u. a. 2020). Idealerweise werden diese Erfahrungen in die zukünftige Strategieplanung einbezogen, um so Kampagnenmaßnahmen langfristig verbessern zu können. Nur durch stetige Evaluation kann dies langfristig auch zu einer Synthese von Evidenz zur Effektivität von Kampagnen führen. Die wenigen Meta-Analysen zur Kampagneneffektivität kommen einhellig zu dem Schluss, dass zu wenig evaluiert wird, um aussagekräftige Schlüsse für andere Kampagnen-

Rahmenmodell theorie- und evidenzbasierter Kampagnenplanung



» Abb. 2: Rahmenmodell theorie- und evidenzbasierter Kampagnenplanung, Quelle: Modifizierte Darstellung von Rossmann (2010)

maßnahmen zu ziehen (Anker et al. 2016; LaCroix et al. 2014). Gleichzeitig befinden sich die Lehren, die gezogen werden können, auf so allgemeiner Ebene, dass sie im Einzelfall wenig hilfreich sind (z. B. eine hohe Verbreitung steigert die Effektivität, zielgruppenspezifische Kampagnen sind hilfreich, neue Informationen lassen sich leichter kommunizieren, Wissen lässt sich leichter steigern als Verhalten zu ändern). Das macht deutlich, wie wichtig Evaluationen der verschiedenen Kampagnenschritte und die Publikation ihrer Befunde sind, um auf lange Sicht zu einem klareren Bild zu gelangen, welche Maßnahmen bei wem greifen und welche nicht.

» Methodische Anforderungen an Evidenzbasierung in der Gesundheitskommunikation

Die oben dargestellte Evidenzpyramide legt klare Standards für die Güte medizinischer Evidenz fest. Als Goldstandard in der Primärforschung gelten randomisiert-kontrollierte Studien, die höchste Evidenzstärke erreichen jedoch systematische Reviews und Meta-Analysen, die die Befunde randomisiert-kontrollierter Studien zusammenfassen. Dieser Grundsatz kann in weiten Teilen auf die Gesundheitskommunikationsforschung übertragen werden. Auch hier kann man davon ausgehen,

dass Meta-Analysen und systematische Reviews die höchste Aussagekraft besitzen, zumindest dann, wenn die zugrundeliegenden Einzelstudien valide Aussagen ermöglichen. Für einen Kausalnachweis gilt die experimentelle Forschung (die gleichermaßen mit Randomisierung, Kontrolle und Manipulation, im Sinne einer kontrollierten Variation der Einflussfaktoren, arbeitet wie RCTs) auch in Psychologie und Kommunikationswissenschaft als Goldstandard. Allerdings lassen sich nicht alle für die Gesundheitskommunikation relevanten Fragestellungen experimentell untersuchen. Während sich die Experimentalforschung gut eignet, um die Wirkung von Appellformen oder unterschiedlicher Arten der Vermittlung von Risiken oder Unsicherheiten in der Evidenzlage zu untersuchen, werden für die Erforschung relevanter Verhaltensdeterminanten meist Befragungsstudien (idealerweise im Längsschnitt) herangezogen. Bisweilen lassen sich tiefergehende Einblicke in die Wahrnehmung und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen jedoch nur durch die Verwendung qualitativer Methoden gewinnen (z. B. Fokusgruppen oder Leitfadenterviews), die zwar im Hinblick auf die Generalisierbarkeit begrenzt sind, jedoch Anhaltspunkte liefern können, die über quantitative Verfahren hinaus gehen. Daher muss die Angemessenheit von Methoden in der Gesundheitskommunikationsforschung immer auch vor dem Hintergrund der Frage bewertet werden, die untersucht werden soll.

Neben der Fragestellung beeinflusst auch die zu untersuchende Zielgruppe die Auswahl der Methode. So lassen sich standardisierte Verfahren etwa nur schwer anwenden, wenn sehr junge oder alte Zielgruppen, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder einer Leseschwäche oder Menschen mit Sprachbarrieren untersucht werden sollen. Dabei können auch unterschiedliche Lebenskontexte

(etwa in sozioökonomisch schwächeren oder ländlichen Regionen) eine Rolle spielen, die es erschweren, klassische standardisierte Verfahren anzuwenden (zur methodischen Diskussion von evidenzbasierter Gesundheitskommunikation vgl. auch Karnowski & Sukalla 2018).

Abgesehen von der Frage der Adäquatheit empirischer Methoden für unterschiedliche Forschungsziele, Zielgruppen und Kontexte versperrt die Fokussierung auf die Evidenzpyramide den Blick auf die zentrale Rolle von Theorien. Im sozialwissenschaftlichen empirischen Forschungsprozess bilden Theorien die zentrale Ausgangsbasis dafür, fundierte Annahmen über Wirkungszusammenhänge zu treffen, die dann empirisch geprüft werden (Brosius u. a. 2016). Gleichzeitig werden die Befunde einer Studie abschließend immer im Hinblick darauf interpretiert, ob sie eine Theorie bestätigen oder Modifikationen notwendig machen. Insofern bilden Theorien auf lange Sicht das kondensierte empirische Wissen eines Faches ab. Somit können Meta-Analysen und systematische Reviews in den Sozialwissenschaften erst im Zusammenspiel mit ihrem theoretischen Fundament vollständig interpretiert werden.

» Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Evidenzbasierung nicht nur eine zentrale Rolle spielt, wenn es darum geht, die Güte medizinischer Erkenntnisse zu bewerten, sondern auch die Qualität und Effektivität von Gesundheitskommunikation zu überprüfen. Fasst man die oben dargestellten Aspekte zusammen, lassen sie sich auf vier zentrale

Qualitätskriterien evidenzbasierter Gesundheitskommunikation verdichten:

- Methodische Qualität und Systematik: Höchstmögliche methodische Qualität unter Berücksichtigung der Zielgruppenspezifika und des Kontexts sowie theoretische Fundierung
- Inhaltsqualität: Verständliche, nachvollziehbare und unverzerrte Darstellung der medizinischen Evidenz, Transparenz im Umgang mit Unsicherheit und Interessenkonflikten
- Vermittlungsqualität: Auswahl von Botschaften, Darstellungsmerkmalen und Verbreitungskanälen basierend auf interdisziplinären Theorien, Evidenzsynthesen sowie formative Evaluationen zu Zielgruppenspezifika und Kontext
- Prozessqualität: Strukturierter, reflektierter Prozess, Durchführung summarischer Evaluationen und Einbeziehung dieser in die Fortführung von Kommunikationsmaßnahmen

So einfach diese Kriterien klingen, so schwierig ist ihre Umsetzung. Das Gebot der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation bringt einige Herausforderungen mit sich. Erstens ist es nicht immer möglich, den empirischen Goldstandards gerecht zu werden, bisweilen sind sie auch ungeeignet. Gleichzeitig sind Evidenzsynthesen häufig noch nicht möglich, da in vielen Bereichen noch mehr Primärforschung notwendig ist. Es gilt daher, je nach Anwendungsfall nach höchstmöglicher methodischer Güte zu streben und die Befunde zugänglich zu machen, um langfristig eine bessere Basis für Evidenzsynthesen zu erreichen.

Zweitens stellen die dargestellten wissenschaftlichen Anforderungen an gute Empirie und evidenzbasierte Kommunikation die Praxis vor erhebliche Herausforderungen. Zeit- und Budgetknappheit erlauben es oft nicht, Kampagnenmaßnahmen langfristig zu planen, umfassend formativ und

summativ zu evaluieren. Hier kann an einigen Stellen der Planung der Rückgriff auf vorhandene Evidenzen (etwa Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Appellformen oder zu Verhaltensdeterminanten in ähnlichen Zielgruppen; Sekundärdaten zur Mediennutzung) helfen, Anhaltspunkte für die Strategieentwicklung zu finden. Gleichzeitig stellt die Entwicklung der »Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation« bereits einen guten Versuch dar, einfache Handlungsempfehlungen zu geben. Dies sollte langfristig weiterverfolgt und erweitert werden.

Drittens bewegt sich Gesundheitskommunikation häufig in einem Spannungsfeld zwischen der Komplexität der Informationen, Unsicherheiten in der medizinischen Evidenz und dem gleichzeitigen Gebot der Vollständigkeit und Verständlichkeit. Je komplexer die Informationen, desto schwieriger ist es, sie verständlich zu vermitteln. Daher gilt es bisweilen, einen Kompromiss zu finden, der Informationen unverzerrt darstellt und trotzdem nicht überkomplex ist.

Viertens darf das Streben nach möglichst umfassenden Evidenzsynthesen und verallgemeinerbaren Aussagen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Menschen soziale Wesen sind, deren Verhalten oftmals irrational und daher nicht prognostizierbar ist, also von Umwelteinflüssen und Unvorhergesehenem geprägt ist. Dies setzt der Planbarkeit von Kommunikationsmaßnahmen gewisse Grenzen.

Doch auch wenn Kampagnenplanung stets von vielen Dilemmata und Unsicherheiten beeinflusst ist: Mehr Sicherheit in der Planbarkeit erlangen wir nur durch das langfristige Sammeln empirischer Daten, was letztlich einmal mehr die Notwendigkeit unterstreicht, nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Gesundheitskommunikation evidenzbasiert vorzugehen.

>> Literatur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005):** The influence of attitudes on behavior. In: D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Hrsg.): *The handbook of attitudes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (S. 173–221).
- Anhäuser, M., Wormer, H., Viciano, A. & Rögner, W. (2021):** Ein modulares Modell zur Qualitätssicherung im Medizin- und Ernährungsjournalismus. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64, S. 12–20.
- Anker, A. E., Feeley, T. H., McCracken, B. & Lagoe, C. A. (2016):** Measuring the effectiveness of mass-mediated health campaigns through meta-analysis. *Journal of Health Communication*, 21(4), S. 439–456. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1095820>.
- Bandura, A. (2004):** Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), S. 143–164.
- Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2020):** Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. Köln: von Halem.
- Brosius, H.-B., Haas, A. & Koschel, F. (2016):** Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Büchter, R. B. & Albrecht, M. (2021):** Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer Reference, S. 295–303.
- De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2020):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 31.01.2022 unter www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/BZgA_Memorandum_Evidenzbasierung_2021.pdf.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (2012):** Vision & Mission. Zugriff am 31.01.2022 unter www.ebm-netzwerk.de/de/ueber-uns/vision-mission.
- Guenther, L. & Marzinkowski, H. (2018):** Evidenz und (falsche) Ausgewogenheit in der Berichterstattung über Medizin und Gesundheit. Eine Inhaltsanalyse von Print- und Online-Medien. In: P. Stehr, D. Heinemeier & C. Rossmann (Hrsg.): *Evidenzbasierte | evidenzinformierte Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Nomos, S. 191–202.
- Guyatt, G., Cook, D. & Haynes, B. (2004):** Evidence based medicine has come a long way. The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 329(7473), S. 990–991.
- Hastall, M. R. & Lang, B. (2019):** Grundlagen einer evidenzbasierten Gesundheitskommunikation. In: C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer, S. 15–27.
- Henke, J., Leibner, L. & Möhring, W. (2018):** Auf Spurensuche: Der Einfluss von Evidenzen auf das Erleben und die Bewertung von gesundheitsjournalistischen Beiträgen aus Rezipientenperspektive. In: P. Stehr, D. Heinemeier & C. Rossmann (Hrsg.): *Evidenzbasierte | evidenzinformierte Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Nomos, S. 181–190.
- Hurrelmann, K. & Baumann, E. (Hrsg.) (2014):** *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Karnowski, V. & Sukalla, F. (2018):** Zeit- und kosteneffiziente Evidenzgenerierung? Ein Scoping Review zum Methodeneinsatz in der deutschsprachigen, kommunikationswissenschaftlichen Forschung zur Gesundheitskommunikation. In: P. Stehr, D. Heinemeier & C. Rossmann (Hrsg.): *Evidenzbasierte | evidenzinformierte Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Nomos, S. 61–71.
- LaCroix, J. M., Snyder, L. B., Huedo-Media, T. B. & Johnson, B. T. (2014):** Effectiveness of mass media interventions for HIV prevention, 1986–2013: A meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(Suppl), S. 329–340. doi:10.1097/QAI.000000000000230.
- Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017):** Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg. Zugriff am 15.11.2021 unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf.
- Marstedt, G. (2018):** Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Zugriff am 31.01.2022 unter www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV.Studie_Das-Internet-auch-Ihr-Ratgeber.Befragung.pdf.
- Mühlhauser, I. (2018):** Patienten- und Gesundheitsinformation. Die Perspektive der Evidenzbasierten Medizin – Kommentar. In: P. Stehr, D. Heinemeier & C. Rossmann (Hrsg.): *Evidenzbasierte | evidenzinformierte Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Nomos, S. 17–29.
- Noar, S. M. (2006):** A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11, S. 21–42.
- Oxford Center for Evidence-based Medicine (2009):** Levels of Evidence. Zugriff am 31.01.2022 unter www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009.
- Peters, G.-J. Y., Ruiter, R. A. C. & Kok, G. (2013):** Threatening communication: A critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory. *Health Psychology Review*, 7(Suppl. 1), S. S8–S31.
- Rogers, E. M. & Storey, J. D. (1987):** Communication campaigns. In: C. R. Berger & S. H. Chaffee (Hrsg.): *Handbook of Communication Science*. Newbury Park u. a.: Sage, S. 817–846.
- Rosenbrock, R. (1995):** Public Health als Soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3), S. 140–144.
- Rosenstock, I. M. (1974):** The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), S. 354–386.
- Rossmann, C. (2010):** Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. *Public Health Forum*, 18, S. 16–17.
- Rossmann, C. (2017):** Content effects: Health campaign communication. In P. Rössler (Hrsg.): *The International Encyclopedia of Media Effects*, Vol. I. New York: Wiley, S. 187–197.
- Rossmann, C. & Hastall, M. R. (Hrsg.) (2019):** *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Rossmann, C. & Ziegler, L. (2013):** Gesundheitskommunikation. Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In W. Schweiger & A. Fahr (Hrsg.): *Handbuch Medienwirkungsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 207–226.

- Rossmann, C., Lampert, C., Stehr, P. & Grimm, M. (2018):** Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und Befunden. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Zugriff am 31.01.2022 unter www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/nutzung-und-verbreitung-von-gesundheitsinformationen.
- Rossmann, C., Reinhardt, A. & Weber, W. (2021):** Empfehlungen für Kommunikationsmaßnahmen gegen die Pandemiemüdigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ergebnisse zweier Online-Befragungen und eines systematischen Literaturüberblicks. Fachliche Expertise. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 31.01.2022 unter https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Pandemiuemuedigkeit_Kurzbericht_05-2021_bf.pdf.
- Roter, D. L. (2000):** The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1), S. 5–15.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996):** Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), S. 71–72.
- Sackett, D. L., Sharon, E. S., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000):** How to practice and teach evidence-based medicine. Oxford: Churchill Livingstone.
- Serong, J., Lang, B. & Wormer, H. (2019):** Wissenschaftskommunikation im Gesundheitsbereich: Vom Medienwandel zum Fachmedienwandel. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer, S. 81–92.
- Siebert, U., Mühlhauser, N. & Schöffski, O. (2008):** Evidenzsynthese: Meta-Analysen und Entscheidungsanalysen. In O. Schöffski, J. M. G. von Schulenberg (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer, S. 261–310.
- Silk, K. J., Atkin, C. K. & Salmon, C. T. (2011):** Developing effective media campaigns for health promotion. In: T. L. Thompson, R. Parrott & J. F. Nussbaum (Hrsg.): *The routledge handbook of health communication*. New York, London: Routledge, S. 203–251.
- Snyder, L. B., Hamilton, M. A., Mitchell, E. W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. & Proctor, D. (2004):** A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *Journal of Health Communication*, 9, S. 71–96. doi:10.1080/10810730490271548.
- Stehr, P., Heinemeier, D. & Rossmann, C. (Hrsg.) (2018):** Evidenzbasierte | evidenzinformierte Gesundheitskommunikation. Baden-Baden: Nomos.
- Zebregs, S., van den Putte, B., Neijens, P. & de Graaf, A. (2014):** The differential impact of statistical and narrative evidence on beliefs, attitude, and intention: A meta-analysis. *Health Communication*, 30(3), S. 282–289.

» 02.2 Wie kann die Evidenz in Public Health vermittelt werden – Was funktioniert? Zwei Beispiele

Lisa Pfadenhauer und Brigitte Strahwald

Ist Evidenz zu theoretisch für die Praxis? Soll sie praktische Erfahrungen ersetzen? Diese und ähnliche kritische Fragen tauchen häufig auf, wenn versucht wird, wissenschaftliche Forschungsevidenz in die Praxis zu transferieren. Ebenso häufig wird der Begriff jedoch missverstanden, von Politikerinnen und Politikern ebenso wie von Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Gesundheitsbereich. Dabei liegt eine große Chance darin, wissenschaftliche Evidenz mit praktischen Erfahrungen, mit Werten, Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung zu verknüpfen, um gute, tragfähige Entscheidungen treffen zu können und entsprechende Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kann dabei eine wichtige Rolle einnehmen.

Eine zentrale Idee ist die der sogenannten Wissenstranslation – Knowledge Translation (KT) – zwischen Politik und Praxis (Graham et al. 2006). Wissenstranslation darf keine Einbahnstraße sein, vielmehr sollte es den Austausch aller Beteiligten ermöglichen. Die aktive, (mit-)gestaltende Einbindung der sogenannten Stakeholder entlang dieses Prozesses ist allerdings herausfordernd.

An zwei Beispielen soll gezeigt werden, wo in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung die Chancen, Risiken und Herausforderungen liegen, und welche Hürden genommen werden müssen.

Im Projekt CEBHA+ erforschen wir einen evidenzinformierten Ansatz zur Wissenstranslation zu nichtübertragbaren Erkrankungen in Subsahara-Afrika (Rehfuess et al. 2016). Dabei wurden sowohl die Ziele als auch die Umsetzung gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet. In Deutschland wurde die S3-Leitlinie »Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie« erarbeitet (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie [DGEpi], 2021). In diesem Fall wurden neben wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch Vertretungen von Eltern, Schülerinnen und Schülern, Lehrerinnen und Lehrern sowie verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Schulbereich einbezogen. Die in den beiden Prozessen gemachten Erfahrungen werden anschließend theoretisch eingeordnet, verglichen und kontrastiert.

» Beispiel 1: S3-Leitlinie »Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie«

Am 11. März 2020 erklärte die WHO den COVID-19-Ausbruch zur Pandemie (World Health Organization 2020), am 25. März wurde in Deutschland eine »epidemische Lage von nationaler Tragweite« festgestellt (Deutscher Bundestag 2020). Diese Situation war für die bundesdeutsche Politik und Bevölkerung ebenso neu wie herausfordernd. In sehr kurzer Zeit mussten weitreichende Entscheidungen getroffen und mitgetragen werden, trotz unvollständiger Informationen und oft widersprüchlicher Einschätzungen der Lage.

Ausgangssituation und Herausforderung

Für den Bereich der Schulen stellte sich im Laufe des Jahres 2020 die Frage, ob und wie ein Schulbetrieb in Pandemiezeiten aufrechterhalten werden kann, vor allem nach den Erfahrungen mit den ersten Schulschließungen im März 2020. Von wissenschaftlicher Seite aus gab es keine schnell verfügbare, aufbereitete Evidenz, auf die zugegriffen werden konnte. Zugleich gab es jedoch eine große Zahl drängender Problemstellungen.

Da die Evidenzsuche und -aufbereitung zeit- und personalaufwändig ist, wurde daher als erster Schritt eine Priorisierung durchgeführt. In einem transparenten Prozess sollte geklärt werden, welche Themen zuerst bearbeitet werden sollten. Den Rahmen für dieses Vorgehen bildete das Projekt COVID-19 Evidenzökosystem (CEOsys) (COVID-19 Evidence Ecosystem [CEOsys] consortium 2021), das im Rahmen des Nationalen Forschungsnetz-

werks der Universitätsmedizin zu COVID-19 (NUM) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde.

Partizipative Priorisierung

Um diese ersten Entscheidungen bereits auf eine möglichst breite Basis zu stellen, wurde ein »Public Health Stakeholder Advisory Board« einberufen. Es wurden national und international tätige Public Health-Akteurinnen und -Akteure befragt, welche COVID-19-bezogenen Themen sie aktuell als besonders relevant und dringlich bewerten. Im Ergebnis wurden Schulen als eines der Top-Themen in der Pandemie identifiziert.

Ziel war es nun, die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem Thema zu bündeln, um darauf basierend Empfehlungen für die Praxis geben zu können. Primär sollten Entscheidungsträgerinnen und -träger dabei unterstützt werden, in dieser schwierigen, unsicheren Situation möglichst tragfähige Entscheidungen treffen zu können.

Entscheidung für das Leitlinienformat

Die wichtige Entscheidung für das Leitlinienformat wurde ebenfalls partizipativ getroffen. In der Medizin haben Leitlinien in den letzten Jahrzehnten einen festen Stellenwert gewonnen (Nothacker, Mueche-Borowski & Kopp 2014). Dort sind sie in der Regel Entscheidungshilfen für die Diagnostik oder Therapie von Erkrankungen. Sie berücksichtigen dabei die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse ebenso wie bewährte Verfahren in der Praxis.

Die Leitlinien-Erstellung und -Pfleger wird in Deutschland von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) koordiniert (AWMF 2021b). Im Bereich Public Health wird das Format dagegen bisher kaum genutzt. Für die Erstellung von AWMF-Leitlinien gibt es klare Vorgaben, die ein hohes Maß an Transparenz und Stakeholder-Beteiligung ermöglichen (AWMF 2021a).

Das Klassifikationsschema unterscheidet verschiedene Qualitätsstufen (AWMF 2021a). Die niedrigste Stufe sind S1-Leitlinien, bei denen eine Expertinnen- und Expertengruppe in einem informellen Verfahren konsensbasierte Handlungsempfehlungen formuliert. Eine S3-Leitlinie erfüllt die höchste Qualitätsstufe. Sie muss grundsätzlich von einer repräsentativen Gruppe erarbeitet werden, die Evidenzsuche und -bewertung müssen systematisch erfolgen, die Empfehlungen müssen abschließend konsentiert werden.

Umfassende Stakeholder-Beteiligung im Leitliniengremium

Ziel war es, allen Beteiligten wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen anzubieten, die nicht von einer einzelnen Interessengruppe erstellt wurden, sondern von einer breiten, repräsentativen Gruppe aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Entscheidungsträgerinnen und -trägern, aber auch von Schülerinnen und Schülern, Lehrerinnen und Lehrern sowie Elternorganisationen.

Insgesamt waren mehr als 30 Organisationen, Institutionen und Fachgesellschaften an diesem Prozess beteiligt. Bei der Auswahl wurde auf eine ausgewogene Vertretung unterschiedlicher Bundesländer und Kommunen (ländlich – städtisch), ebenso auf eine ausgewogene Geschlechterverteilung geachtet. Des Weiteren wurde eine Balance zwischen Akteurinnen und Akteuren aus dem Bildungs- und dem Gesundheitssektor sowie zwischen betroffenen Interessengruppen und behördlich-institutionellen Akteurinnen und Akteuren angestrebt. Die Auswahl basierte auf einer vorab durchgeführten sorgfältigen Stakeholder-Analyse.

Erneute partizipative Priorisierung

Die repräsentative Leitliniengruppe entschied gemeinsam, welche Fragestellungen zum Thema Schule in der COVID-19-Pandemie priorisiert werden

sollten. Das Ziel bestand darin, bedarfsgerechte Empfehlungen zu erstellen, die im Schulalltag aus Sicht der Beteiligten am dringendsten eine Antwort benötigten. Praktisch wurde diese Entscheidung in sehr kurzer Zeit durch Online-Umfragen und virtuelle Abstimmungen gefällt. Auf diese Weise wurden insgesamt neun Themenbereiche bzw. Fragen festgelegt. Sie umfassten die Anpassung der Zahl der Schülerinnen und Schüler im Präsenzunterricht sowie das Maskentragen, sichere Schulwege, Musik- und Sportunterricht und den Umgang mit Verdachtsfällen und Quarantäne sowie Lüften und Luftreiniger.

Evidenzsuche und Identifikation von Forschungslücken

Im nächsten Schritt wurde systematisch nach Studien zu den einzelnen Fragestellungen gesucht. Begonnen wurde mit einem Scoping Review, der eine erste Übersicht zur Studienlage ergab, vor allem aber auch die erheblichen Forschungslücken aufzeigte. Darauf basierend wurde eine systematische Übersichtsarbeit erstellt. Die Ergebnisse bildeten schließlich die Evidenzgrundlage für die Erarbeitung der Empfehlungen.

Von der Evidenz zur Empfehlung

Die Leitliniengruppe erarbeitete zunächst in kleinen Gruppen erste Vorschläge für Empfehlungen zu den einzelnen priorisierten Fragestellungen. Diese Vorschläge wurden dann mit der gesamten Leitliniengruppe besprochen und zur Abstimmung gestellt.

Schon in den kleinen Teams wurde die Fragestellung strukturiert bearbeitet. Neben der wissenschaftlichen Evidenz wurden weitere Aspekte berücksichtigt, wissend, dass Public Health-Maßnahmen meist komplex sind. Neben intendierten Wirkungen, die in der Regel auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit abzielen, gibt es oft direkte oder indirekte soziale, wirtschaftliche oder ökologische

Konsequenzen. Diese können sich im Bereich der Menschenrechte, Akzeptanz, Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung, soziale und ökologische Folgen, finanzielle und wirtschaftliche Auswirkungen sowie Machbarkeit bewegen. All diese Auswirkungen sollten bei der Entscheidungsfindung im Bereich der Public Health berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden.

Um diese Abwägung – insbesondere im Hinblick auf die Erstellung von Praxisleitlinien – zu systematisieren und zu strukturieren, wurden Rahmenwerke entwickelt. Eines dieser Rahmenwerke ist das WHO-INTEGRATE-Framework (Rehfuess et al. 2019). Dieses Werkzeug ermöglichte einen umfassenden Blick auf die Fragestellungen sowie eine differenzierte Bewertung von Nutzen und Risiken einzelner Maßnahmen.

Insgesamt zeigt das Beispiel der Schulleitlinie, dass die Stakeholder-Beteiligung auch in einer Notlage wie der COVID-19-Pandemie möglich ist und dass dieses Vorgehen einen wichtigen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Der strukturierte Prozess der AWMF-Leitlinienerstellung war allerdings ein wesentlicher Faktor für das Gelingen. Die noch laufende Evaluation untersucht genauer, wie die Beteiligten den Prozess erlebt haben, wie die Leitlinie in den Medien und von der Öffentlichkeit aufgegriffen wurde und wie sie von Entscheidungsträgerinnen und -trägern genutzt wurde. In einer ergänzenden Studie wird untersucht, wie bzw. ob die Empfehlungen der Leitlinie in den Schulen umgesetzt wurden.

» Beispiel 2: Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung in Afrika – CEBHA+

Bei CEBHA+ handelt es sich um ein Forschungskonsortium aus sechs Ländern: Äthiopien, Malawi, Ruanda, Südafrika, Uganda und Deutschland. Seit seiner Initialisierung im Jahr 2017 verfolgt das Konsortium das Ziel, langfristige Kapazitäten und Infrastrukturen für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheit in Afrika aufzubauen (Rehfuess 2021). Das Forschungskonsortium wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert.

Ausgangssituation und Herausforderung

Sämtliche Verwendung von wissenschaftlicher Evidenz findet immer in einem bestimmten Kontext statt. Dieser Kontext hat einen substanziellen Einfluss auf die Translationsprozesse, die in dem jeweiligen Kontext in der jeweiligen Situation stattfinden (Pfadenhauer et al. 2021). Im Fall von CEBHA+ waren die Herausforderungen unterschiedlich geartet. Das sub-saharische Afrika leidet unter der Doppelbelastung einer hohen Mortalität und Morbidität durch übertragbare und nicht-übertragbare Erkrankungen (Temu, Leonhardt, Carter & Thiam 2014). Zudem entfällt ein großer Teil der Gesundheitsausgaben auf den kurativen und nicht den präventiven Bereich.

Die Gesundheitsforschung, die in der Region durchgeführt wird, deckt den Bedarf, der im Hinblick auf eine evidenzbasierte Reaktion auf die Herausforderungen besteht, bislang jedoch nicht. Zudem ist sie oftmals nicht auf die Bedürfnisse von Entscheidungsträgerinnen und -trägern in dem jeweiligen nationalen oder lokalen Kontext ausgerichtet, sondern orientiert sich an internationalen Forschungs-

Agenden (Chalmers et al. 2014; Rehfuess et al. 2016). Dies führt oftmals dazu, dass Forschungsergebnisse nicht relevant, nutzbar oder nützlich sind (Rehfuess et al. 2016).

Partizipative Priorisierung

Um sicherzustellen, dass prioritär diejenigen Fragen beantwortet werden, die für die Entscheidungsträgerinnen und -träger am wichtigsten waren, wurde im Rahmen von CEBHA+ eine formelle Priorisierung von Forschungsthemen durchgeführt (Rehfuess et al. 2016). Hierfür wurde zunächst ein Stakeholder-Mapping durchgeführt, um wichtige Entscheidungsträgerinnen und -träger in den jeweiligen Ländern zu identifizieren. Diese wurden eingeladen, an einer Online-Befragung zu den wichtigsten Erkrankungen, Risikofaktoren sowie Interventionen teilzunehmen.

Informiert durch diese Onlinebefragung wurden die identifizierten Stakeholder zu einem Workshop eingeladen, in dem die in der Onlinebefragung identifizierten Themen priorisiert wurden. Hier fanden die Kriterien Größe und Ernsthaftigkeit des Problems, Forschungserfahrung, Anforderungen der Geldgeber sowie Machbarkeit Anwendung. Dieses mehrstufige Verfahren führte dazu, dass die drei Themen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Straßenverkehrssicherheit priorisiert wurden.

Identifikation von Forschungslücken

Anschließend wurde in einem nächsten Schritt eine Evidence Map erstellt (Rehfuess et al. 2016), die das Ziel hatte, Evidenzlücken im Hinblick auf diese drei Forschungsfelder zu identifizieren. Zu diesem Zwecke wurden zunächst ein Framework entwickelt und dann klare Fragen und Einschlusskriterien definiert.

Nach einer systematischen Suche wurden relevante Studien ausgewählt, Daten extrahiert und die sich daraus ergebenden Ergebnisse präsentiert.

In Absprache mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern wurden basierend auf dieser Evidence Map Forschungsfragen formuliert. In enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern wurde sowohl Primär- als auch Sekundärforschung zu den identifizierten Evidenzlücken und den daraus hervorgegangenen Forschungsfragen durchgeführt.

Einbeziehung von Stakeholdern

Die Identifikation und anschließende Analyse von Charakteristika, der Wichtigkeit und des Einflusses von relevanten Stakeholdern in Bezug auf ein bestimmtes Projekt stellt eine Grundvoraussetzung für deren Erfolg dar (Brugha & Varvasovszky 2000; Health Knowledge 2017; Holland & Bank 2007). Ein Stakeholder wird allgemein als eine Entität verstanden, die entweder von einem Projekt oder Thema betroffen ist, in ein Projekt oder Thema involviert oder dafür verantwortlich ist (Friedman & Miles 2006). Entitäten können Personen, Organisationen, Gruppen oder Netzwerke sein, die lokal, regional, national oder international agieren. Zudem können diese sich analog oder digital organisieren.

Die Identifikation von Stakeholdern stellt den ersten kritischen Punkt für eine Stakeholder-Analyse dar. Hierbei ist es von hoher Bedeutung, dass sämtliche relevanten Stakeholder identifiziert werden (Fritz, Rauter, Baumgartner & Dentchev 2018). Für den Bereich Public Health werden die Subgruppen der Stakeholder definiert als

- Öffentlichkeit,
- politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Regierungsvertreterinnen und -vertreter,
- Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Medizin und Public Health,
- Praktikerinnen und Praktiker sowie Fachleute aus den Bereichen Medizin und Public Health,
- Dienstleisterinnen und Dienstleister im Gesundheitswesen,

- Vertreterinnen und Vertreter von zivilgesellschaftlichen Organisationen,
- Vertreterinnen und Vertreter sowohl aus dem privatwirtschaftlichen Bereich
- als auch Vertreterinnen und Vertreter von Forschungsförderungsinstitutionen.

Stakeholder können zu jedem Punkt im Forschungsprozess identifiziert und eingebunden werden.

In CEBHA+ ist das Kernelement des IKT-Ansatzes die kontinuierliche, enge Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern in fünf Ländern (Pfadenhauer et al. 2021). Sie erfolgt strukturiert und systematisch (Pfadenhauer et al. 2021), zumindest in der Theorie (Mpando et al. 2021).

Da wir nicht nur evidenzbasiert im Hinblick auf die zu entwickelnden Maßnahmen vorgehen wollten, sondern auch im Hinblick auf die Vermittlung bzw. Translation des Wissens, gingen wir auch hier systematisch vor (Pfadenhauer et al. 2021). Zunächst wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Diese brachte zu Tage, dass es kaum verlässliche Evaluationen zur Wirksamkeit von IKT gibt. Zudem gibt es kaum Evidenz aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. Aus den begrenzt anwendbaren Ergebnissen der Literatursuche wurde ein logisches Modell als allgemeine Programmtheorie entwickelt. Diese sollte neben der graphischen Darstellung der Interventionselemente und deren Wirkzusammenhängen auch den aktuellen Wissensstand im Hinblick auf die Endpunkte wiedergeben, an denen die erfolgreiche Implementation als auch die Wirksamkeit des IKT-Ansatzes gemessen werden kann. Dieses logische Modell stellte den Ausgangspunkt für die Entwicklung länderspezifischer IKT-Strategien dar (Pfadenhauer et al. 2021).

In einem ersten Schritt wurden auf Länderebene in einem strukturierten Prozess systematisch relevante Stakeholder identifiziert. Die Literatur schlägt unterschiedliche Methoden zur Stakeholder-Iden-

tifikation vor: Brainstorming, kontextspezifische Stakeholder-Listen, Expertinnen- und Expertenkonsultationen sowie Schneeball-Sampling (Fritz et al. 2018). Anschließend wurden diese im Hinblick auf ihr Interesse an dem Forschungsthema sowie ihren Einfluss auf den Erfolg einer Umsetzung einer möglichen Intervention analysiert. Anschließend wurde auf Länderebene eine Strategie zur systematischen Einbindung von Stakeholdern entwickelt. Diese Strategie hält tabellarisch fest, welche Stakeholder mit welchem Ziel eingebunden werden, welche Hauptbotschaften an den Stakeholder übermittelt werden, welche Medien genutzt werden, welche Foren/Vehikel genutzt werden, über wen die Hauptbotschaften vermittelt werden, zu welchem Zeitpunkt und unter dem Einsatz welcher Ressourcen. Daneben hält die Strategie stakeholder-spezifische Indikatoren zur Messung des Erfolgs der IKT-Strategie fest. Damit soll kontinuierlich der Erfolg der länderspezifischen Strategie überprüft werden.

Neben diesem Monitoring evaluieren wir über den Zeitraum von fünf Jahren (2017–2022) die so entstandenen länderspezifischen IKT-Strategien. Dafür verwenden wir einen Mixed Method-Ansatz, unter dem wir unter der Verwendung von semi-strukturierte Interviews, einen Survey sowie relevante Policy-Dokumente heranziehen (Pfadenhauer et al. 2021).

Dissemination der wissenschaftlichen Evidenz

Ein wichtiger Baustein bei der Translation von wissenschaftlichem Wissen stellt die Dissemination dar. Unter Dissemination versteht man, wie wissenschaftliche Evidenz ihre Rezipientinnen und Rezipienten erreicht (Ashcraft, Quinn & Brownson 2020). Sie umfasst Aspekte wie die Quelle, die Kernbotschaft, Zielgruppe sowie den Kanal, über den die Kernbotschaft ihre Audienz erreicht. Ein Merkmal von Dissemination ist in der Regel die Zusammenfassung komplexer Forschungsergebnisse in zugängliche,

relevante Informationen (Ashcraft et al. 2020). Hierbei ist sicherzustellen, dass diese auf die Endnutzerinnen und -nutzer des Wissens und ihren Kontext zugeschnitten sind. Dissemination läuft oftmals nicht linear ab und hängt stark von dem Kontext ab, in dem sie umgesetzt wird (Best & Holmes 2010).

In CEBHA+ werden zur Dissemination eine Vielzahl von unterschiedlichen Ansätzen verwendet, wie beispielsweise Policy Briefs, Issue Briefs, Präsentationen von gekürzten Kernbotschaften (Pfadenhauer et al. 2021). Diese werden auf den unterschiedlichsten Kanälen, die auf die Bedürfnisse der Stakeholder zugeschnitten sind, verteilt. Sie umfassen E-Mails, Newsletter, Soziale Medien (z. B. Twitter, Instagram), aber auch persönliche Gespräche in Form von Treffen, Telefonaten oder WhatsApp-Nachrichten. Auch der Erfolg dieser Disseminationsstrategie wird in der Evaluation untersucht.

» Theoretische Einordnung und Kontrastierung der Fallbeispiele

Die beiden Fallbeispiele zeigen deutlich, welche Herausforderungen und Chancen mit Prozessen einhergehen, die eine Translation von wissenschaftlicher Evidenz unter der systematischen und strukturierten Einbeziehung von Stakeholdern verfolgen. Im Folgenden möchten wir die praktischen Erfahrungen, die wir dabei gemacht haben, in einen breiteren, theoretischen Kontext betten.

Die Forderung nach Evidenzbasierung von Politik und Praxis zieht sich durch viele Bereiche des öffentlichen Lebens (Tellings 2017). Das Konzept der Evidenzbasierung wurde ursprünglich in der Medizin entwickelt (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson 1996), aber schrittweise in andere

Bereiche übernommen. Die Hoffnung ist, dass unter Einbeziehung der besten verfügbaren Evidenz Entscheidungen getroffen werden, die unter einem effizienten Ressourceneinsatz die beste Wirkung erzielen (De Bock, Dietrich & Rehfuess 2020).

Der verantwortungsvolle, explizite und umsichtige Einsatz der besten verfügbaren Evidenz in der Entscheidungsfindung im Bereich der Public Health soll dazu führen, dass Programme, Maßnahmen oder Interventionen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ihre intendierten Ziele erreichen, bessere Endpunkte bei der Bevölkerung erzielen (z. B. Lebensqualität) und Ressourcen effizient eingesetzt werden, um soziale und gesundheitliche Probleme zu lösen (Brownson, Fielding & Green 2018; De Bock et al. 2020; Jenicek 1997).

Die erste Voraussetzung für die Nutzung von Evidenz ist jedoch, dass sie verfügbar ist, was jedoch in beiden Beispielen nicht gegeben war.

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie gab es keine oder keine ausreichende Evidenz für das Vorgehen an Schulen. Der bewusst gewählte AWMF-Leitlinienprozess erlaubte jedoch, dass auch bei geringer oder lückenhafter Evidenz Empfehlungen erarbeitet werden konnten. Voraussetzung war dabei, dass ein strukturierter, transparenter und nachvollziehbarer Prozess eingehalten wurde. Im Fall der Schulleitlinie – einer der ersten Public Health-Leitlinien der AWMF – wurde das WHO-INTEGRATE-Framework genutzt. Damit wurden neben den gesundheitlichen Wirkungen der Maßnahmen im Hinblick auf die Übertragung von SARS-CoV-2 auch die Kriterienakzeptanz, gesundheitliche Chancengleichheit, soziale und ökologische Folgen, finanzielle und wirtschaftliche Folgen und Machbarkeit bewertet, ebenso mögliche Einschränkungen der Grundrechte. Das Vorgehen erlaubte es, Nutzen und Schaden umfassend abzuwägen. Bei fehlender oder nicht ausreichender Evidenz wurde in der Leitlinie dann jeweils ein Expertinnen- und Expertenkonsens angestrebt.

In beiden Fällen war zudem die Erstellung einer Evidence Map elementar. Die damit einhergehende Systematik ermöglichte es nicht nur, Forschungslücken zu identifizieren, sondern auch, einen Überblick über das bestehende Wissen zu erhalten. Im Fall von CEBHA+ umfasste die Evidence Map neben systematischen Übersichtsarbeiten auch Leitlinien und relevante Primärforschung (Rehfuess et al. 2016).

Selbst wenn wissenschaftliche Evidenz verfügbar ist, scheitern Gesundheitssysteme oft am Transfer in die Praxis (Greenhalgh & Wieringa 2011; Lavis, Oxman, Lewin & Fretheim 2009; Straus, Tetroe & Graham 2009). Allein das zeitliche Intervall zwischen der Erstellung und dem Einsatz von Evidenz wurde im biomedizinischen Bereich auf 17 Jahre geschätzt (Morris, Wooding & Grant 2011), im Bereich Public Health noch höher (Hanney et al. 2015). In beiden Beispielen mussten schnellere Lösungen gefunden werden. Im Fall der Leitlinie war der Zeitdruck besonders groß, aber auch bei CEBHA+ musste die Evidenz zügig vorliegen, um auf die Bedürfnisse der involvierten Stakeholder eingehen zu können.

Neben diesen zeitlichen Herausforderungen gibt es weitere mögliche Gründe, warum wissenschaftliche Evidenz in der Praxis oftmals nicht ankommt. Bei manchen Entscheidungen wird sie – aus unterschiedlichsten Gründen – nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen. Beispielsweise wenn die Evidenz nicht zur Beantwortung einer Frage beiträgt (z. B. aufgrund von mangelnder Übertragbarkeit auf den jeweiligen Kontext oder auf die konkrete Aufgabe), die Evidenz nicht in einer Art und Weise aufbereitet ist, in der sie nützlich für die Verwendung in der Entscheidungsfindung wäre, oder wenn die Evidenz schlicht nicht an die richtige Stelle gelangt (z. B. nicht zu den Entscheidungsträgerinnen oder -trägern). In anderen Fällen liegt wissenschaftliche Evidenz nicht für alle Bereiche

der oft komplexen Fragestellungen vor, mit denen Stakeholder konfrontiert sind (Brownson, Fielding & Green 2017; Graham, Kothari, McCutcheon & Integrated Knowledge Translation Research Network Project 2018; Green, Glasgow, Atkins & Stange 2009; Green, Ottoson, Garcia & Hiatt 2009).

Dies führt oft zu einer Kluft zwischen wissenschaftlicher Evidenz und Politik und Praxis (Bennett & Jessani 2011; Cairney 2015; Parkhurst 2017). In mehreren systematischen Übersichten wurden die Hindernisse und Erleichterungen für die Nutzung von Forschungsergebnissen bei der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen untersucht (Innvaer, Vist, Trommald & Oxman 2002; Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman & Thomas 2014; Orton, Lloyd-Williams, Taylor-Robinson, O'Flaherty & Capewell 2011), wobei die Notwendigkeit eines frühzeitigen Zugriffs auf qualitativ hochwertige und relevante Forschungsergebnisse, die Zusammenarbeit mit Stakeholdern sowie der Aufbau von Beziehungen und Fähigkeiten bei Stakeholdern betont wurden (Oliver et al. 2014).

Das Forschungsfeld der Wissenstranslation nimmt sich der Überbrückung dieser Kluft an (Graham et al. 2018). Die Begriffe »Wissenstranslation« oder »Wissenstransfer« werden häufig verwendet, um Bemühungen zur Förderung der Nutzung von Forschungsergebnissen zu beschreiben (Graham et al. 2006). »Wissen« stellt dabei ein an sich viel breiteres Konzept dar, das Fakten, Informationen sowie durch Erfahrung oder Ausbildung erworbenes Fachwissen umfasst. Im Bereich der evidenzbasierten Public Health bezieht sich dieses Wissen in der Regel auf solches, das unter Verwendung wissenschaftlicher Methodik geschaffen wurde. Als Reaktion auf die oben angeführten Herausforderungen wurden verschiedene Maßnahmen entwickelt und bewertet, darunter die Dissemination von Wissen und Vermittlung von Wissen (Oliver et al. 2014).

Dissemination konzentriert sich – wie oben bereits ausgeführt – in erster Linie auf die Vermittlung von Forschungsergebnissen, indem die Ergebnisse und Botschaften auf ein bestimmtes Zielpublikum ausgerichtet und zugeschnitten werden (Graham et al. 2006). Dies wurde in beiden Fällen implementiert. Im Fall der Leitlinie wurden die Empfehlungen zu einer handlichen Kurzversion aufbereitet (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie [DGEpi] 2021), im Fall von CEBHA+ werden Produkte wie Issue Briefs, Newsletter oder Kernbotschaften verwendet, die über Kanäle wie E-Mail, Soziale Medien oder persönlich verteilt wurden (siehe <https://www.cebha-plus.org/resources> und <https://twitter.com/Cebha01>).

Diese Instrumente können jedoch nicht sicherstellen, dass die darin aufbereitete wissenschaftliche Evidenz relevant, nützlich und brauchbar für Endnutzerinnen und -nutzer ist. Hier sind weitergehende Methoden notwendig, um produzierte wissenschaftliche Evidenz relevant und hilfreich für Stakeholder zu machen.

Im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Gesundheit wird die integrierte Wissenstranslation als übergreifendes Konzept verwendet, um eine kontinuierliche Beziehung zwischen Forscherinnen und Forscher sowie Endnutzerinnen und -nutzer zu beschreiben, die das Ziel hat, ein für beide Seiten vorteilhaftes Forschungsprojekt oder Forschungsprogramm zur Unterstützung der Entscheidungsfindung durchzuführen (Kothari & Wathen 2013). Dies soll letztlich dem Ziel dienen, Wissen zu produzieren, das relevanter, nützlicher und brauchbarer für Endnutzerinnen und -nutzer ist und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, in Politik und Praxis angewandt zu werden (Campbell & Vanderhoven 2016).

Dazu gehört auch, dass die Stakeholder einen wesentlichen Beitrag zur Festlegung der wissenschaftlichen Agenda (z. B. durch Priorisierung) und

zur Formulierung von Forschungsfragen leisten und nicht erst »einbezogen« werden, wenn diese wichtigen Entscheidungen bereits von denjenigen getroffen wurden, die traditionell die Macht im Forschungsumfeld haben (Williams et al. 2020).

In beiden Fällen haben wir mit unterschiedlichen Gruppen von Stakeholdern zusammengearbeitet, die von Beginn an miteinbezogen wurden, angefangen bei der Priorisierung der Forschungsfragen bis hin zur Formulierung von Handlungsempfehlungen. Im Projekt CEBHA+ wurde beispielsweise das Thema der Straßenverkehrssicherheit durch die Stakeholder als relevantes Public Health-Thema identifiziert, zur Überraschung der Antragstellerinnen und Antragsteller. Das Thema war zuvor nicht als so drängend und relevant erkannt worden.

In beiden Fällen sind wir zudem systematisch vorgegangen, wobei der Grad der Systematisierung unterschiedlich gehandhabt wurde. Stakeholder wurden systematisch gelistet und analysiert. Im Fall von CEBHA+ gingen wir noch einen Schritt weiter, indem wir eine Strategie zur Einbindung von Stakeholdern über den Projektverlauf entwickelten. Diese Strategie ging jedoch auch mit Herausforderungen einher, die nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie ausgelöst wurden (Mpando et al. 2021). Zudem traten neben den in der Strategie vorgesehenen Interaktionen auch Ad-Hoc-Interaktionen auf, die jedoch größtenteils als komplementär wahrgenommen wurden (Mpando et al. 2021). Beispielsweise kamen nach Initialisierung der Beziehung zwischen Forschenden und Entscheidungsträgerinnen und -trägern vermehrt zu Ad-Hoc-Anfragen durch die Entscheidungsträgerinnen und -träger. Darin ging es beispielsweise um die schnelle Bereitstellung von Evidenz zu bestimmten Fragestellungen.

Die Beteiligung an einer Form von IKT kann mit Rollenkonflikten einhergehen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erleben oftmals Konflikte

im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Integrität und ein Machtungleichgewicht (Nguyen et al. 2020), insbesondere wenn sie in ihrer Rolle als Expertinnen oder Experten von Entscheidungsträgerinnen oder -trägern instrumentalisiert werden. Zudem ist es möglich, dass die Beteiligten – implizit oder explizit – Ziele verfolgen, die miteinander in Konkurrenz stehen (Rycroft-Malone et al. 2016). Außerdem können Partnerschaften, die auf persönlichen Beziehungen beruhen, durch personelle Veränderungen (Jessani et al. 2018; Jessani, Boulay & Bennett 2015; Rycroft-Malone et al. 2016; Shearer, Abelson, Kouyaté, Lavis & Walt 2016) sowie durch den »Reifegrad« der Beziehungen (Jessani et al. 2020; Kothari, MacLean, Edwards & Hobbs, 2011) beeinträchtigt werden. Nicht zu vernachlässigen ist, dass die Einbindung von Stakeholdern ressourcenintensiv ist. Diese Ressourcen sind sowohl für den Aufbau als auch die Aufrechterhaltung einer konstruktiven Partnerschaft notwendig, werden oftmals jedoch nicht finanziell gefördert (McLean et al. 2012; Rycroft-Malone et al. 2016).

In beiden Beispielen zeigten sich in der Umsetzung auch unerwartete Hürden. Herausforderungen bei CEBHA+ waren die hohe Personalfuktuation, Fehleinschätzungen zum Interesse der Stakeholder am Thema an sich und an der kontinuierlichen Interaktion sowie ein unterschiedliches Verständnis der Bedeutung von Evidenzbasierung.

Es wurden jedoch auch die Chancen von systematischen, kollaborativen Ansätzen jenseits der Priorisierung deutlich. Im Hinblick auf die Systematik haben wir bei CEBHA+ festgestellt, dass diese Ansätze von den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als vorteilhaft angesehen werden (Mpando et al. 2021): Die Systematik der Einbindung von Stakeholdern sollte als flexibel betrachtet werden, da ungeplante Ad-Hoc-Interaktionen ebenfalls relevant sind und als positiver Nebeneffekt

einer guten Beziehung zu Stakeholdern gewertet werden können (Mpando et al. 2021).

In beiden Beispielen bestand zudem eine ungewöhnlich gute Arbeitsgrundlage, da die ressourcenintensive Kollaboration in erheblichen Teilen durch das Deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell gefördert wurde.

» Zusammenfassung

Die Beispiele zeigen, wo in der Praxis die Chancen und die Risiken von koproduktiven Ansätzen liegen, die der Erstellung und Überführung von Evidenz in Politik und Praxis in unterschiedlichen Kontexten dienen sollen. Die systematische, geplante und zielgerichtete Einbeziehung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern wird weitgehend von beiden Seiten als hilfreich wahrgenommen, wenn auch nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie Abweichungen von diesem Vorgehen aufgetreten sind.

Auch wenn kollaborative Forschung oder IKT kein Allheilmittel und nicht für alle Forschungsvorhaben geeignet sind (Oliver, Kothari & Mays, 2019; Rycroft-Malone et al. 2016), haben wir die Erfahrung gemacht, dass die enge, kontinuierliche und frühe Zusammenarbeit mit Stakeholdern einen erheblichen Unterschied in der Translation von wissenschaftlicher Evidenz in Praxis und Politik ausmachen kann. Wie entscheidend dieser Unterschied ist, kann jedoch erst nach Auswertung der Evaluationsergebnisse bewertet werden, dies muss noch abgewartet werden.

Die vielfältigen Perspektiven der Mitglieder der Leitliniengruppe (z. B. Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer, Schulleitungen, Eltern, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträ-

ger in Schulämtern, Akteurinnen und Akteuren des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie wissenschaftliche Akteurinnen und Akteure) haben in jedem Fall einen wichtigen Beitrag zur Formulierung von Forschungsfragen und zu den Empfehlungen geleistet.

» Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2021a):** AWMF-Regelwerk Leitlinien. Zugriff am 14.11.2021 unter www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2021b):** Wir über uns. Zugriff am 14.11.2021 unter www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html.
- Ashcraft, L. E., Quinn, D. A. & Brownson, R. C. (2020):** Strategies for effective dissemination of research to United States policymakers: A systematic review. *Implementation science* : IS, 15(1), S. 89–89. doi:10.1186/s13012-020-01046-3.
- Bennett, G. & Jessani, N. (2011):** The knowledge translation toolkit: Bridging the know–do gap: A resource for researchers. Neu-Dehli: Sage India.
- Best, A. & Holmes, B. (2010):** Systems thinking, knowledge and action: Towards better models and methods. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 6(2), S. 145–159.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. & Green, L. W. (2017):** Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health*. doi:10.1146/annurev-publhealth-040617-014746.
- Brownson, R. C., Fielding, J. E. & Green, L. W. (2018):** Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health*, 39, S. 27–53. doi:10.1146/annurev-publhealth-040617-014746.
- Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000):** Stakeholder analysis: A review. *Health policy and planning*, 15(3), S. 239–246.
- Cahn, E. S. (2000):** No more throw-away people: The co-production imperative. London: Essential Books Ltd.
- Cairney, P. (2015):** The politics of evidence-based policy making. London: Palgrave Macmillan.
- Campbell, H. & Vanderhoven, D. (2016):** Knowledge that matters: Realising the potential of co-production. Zugriff am 14.11.2021 unter <https://www.n8research.org.uk/media/Final-Report-Co-Production-2016-01-20.pdf>.
- Chalmers, I., Bracken, M. B., Djulbegovic, B., Garattini, S., Grant, J., Gülmezoglu, A. M., Oliver, S. et al. (2014):** How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet*, 383(9912), S. 156–165.
- COVID-19 Evidence Ecosystem (CEOsyst) consortium. (2021):** CEOsyst: Living evidence synthesis as the basis for decisions in the COVID-19 pandemic. Zugriff am 14.11.2021 unter <https://covid-evidenz.de/what-is-ceosyst>.
- De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2020):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) & Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP e.V.) (2021):** S3-Leitlinie – Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie. Zugriff am 14.11.2021 unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-076.html.
- Deutscher Bundestag (2020):** Ja zu Gesetzen zum Bevölkerungs- und Sozialschutz und zu Krankenhäusern. Zugriff am 14.11.2021 unter www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw13-de-corona-infektionsschutz-688952.
- Friedman, A. L. & Miles, S. (2006):** Stakeholders: Theory and practice. Oxford: University Press on Demand.
- Fritz, M. M. C., Rauter, R., Baumgartner, R. J. & Dentchev, N. (2018):** A supply chain perspective of stakeholder identification as a tool for responsible policy and decision-making. *Environmental Science & Policy*, 81, S. 63–76. doi:<https://doi.org/10.1016/j.envsci.2017.12.011>.
- Graham, I. D., Kothari, A., McCutcheon, C. & Integrated Knowledge Translation Research Network Project, L. (2018):** Moving knowledge into action for more effective practice, programmes and policy: Protocol for a research programme on integrated knowledge translation. *Implementation science: IS*, 13(1), S. 22. doi:10.1186/s13012-017-0700-y.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006):** Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), S. 13–24.
- Graham, I. D., McCutcheon, C. & Kothari, A. (2019):** Exploring the frontiers of research co-production: The integrated knowledge translation research network concept papers. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), S. 88. doi:10.1186/s12961-019-0501-7.
- Green, L. W., Glasgow, R. E., Atkins, D. & Stange, K. (2009):** Making evidence from research more relevant, useful, and actionable in policy, program planning, and practice slips »twixt cup and lip«. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6 Suppl 1), S. 187–191. doi:10.1016/j.amepre.2009.08.017.
- Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C. & Hiatt, R. A. (2009):** Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*, 30, S. 151–174. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100049.
- Greenhalgh, T. & Wieringa, S. (2011):** Is it time to drop the »knowledge translation« metaphor? A critical literature review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 104(12), S. 501–509. doi:10.1258/jrsm.2011.110285.
- Hanney, S. R., Castle-Clarke, S., Grant, J., Guthrie, S., Henshall, C., Mestre-Ferrandiz, J., Wooding, S. et al. (2015):** How long does biomedical research take? Studying the time taken between biomedical and health research and its translation into products, policy, and practice. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), S. 1. doi:10.1186/1478-4505-13-1.
- Health Knowledge (2017):** Identifying and managing internal and external stakeholder interests. Zugriff am 14.11.2021 unter www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5b-understanding-ofs/managing-internal-external-stakeholders.

- Hickey, G., Richards, T. & Sheehy, J. (2018):** Co-production from proposal to paper. *Nature*, 562(7725): S. 29–31. doi: 10.1038/d41586-018-06861-9.
- Holland, J. & Bank, W. (2007):** Tools for institutional, political, and social analysis of policy reform: A sourcebook for development practitioners. Washington: World Bank.
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M. & Oxman, A. (2002):** Health policy makers' perceptions of their use of evidence: A systematic review. *Journal of health services research & policy*, 7(4), S. 239–244.
- Jenicek, M. (1997):** Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7(4), S. 187–197. doi:10.2188/jea.7.187.
- Jessani, N. S., Babcock, C., Siddiqi, S., Davey-Rothwell, M., Ho, S. & Holtgrave, D. R. (2018):** Relationships between public health faculty and decision makers at four governmental levels: A social network analysis. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 14(3), S. 499–522.
- Jessani, N. S., Boulay, M. G. & Bennett, S. C. (2015):** Do academic knowledge brokers exist? Using social network analysis to explore academic research-to-policy networks from six schools of public health in Kenya. *Health Policy and Planning*, 31(5), S. 600–611. doi:10.1093/heapol/czv107.
- Jessani, N. S., Valmeekathan, A., Babcock, C., Ling, B., Davey-Rothwell, M. A. & Holtgrave, D. R. (2020):** Exploring the evolution of engagement between academic public health researchers and decision-makers: From initiation to dissolution. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), S. 15. doi:10.1186/s12961-019-0516-0.
- Kothari, A., MacLean, L., Edwards, N. & Hobbs, A. (2011):** Indicators at the interface: Managing policymaker-researcher collaboration. *Knowledge Management Research & Practice*, 9(3), S. 203–214.
- Kothari, A. & Wathen, C. N. (2013):** A critical second look at integrated knowledge translation. *Health Policy*, 109(2), S. 187–191.
- Lavis, J. N., Oxman, A. D., Lewin, S. & Fretheim, A. (2009):** SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 3: Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 7 Suppl 1, S. 3. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3.
- McLean, R. K. D., Graham, I. D., Bosompra, K., Choudhry, Y., Coen, S. E., MacLeod, M., Tucker, J. et al. (2012):** Understanding the performance and impact of public knowledge translation funding interventions: Protocol for an evaluation of Canadian Institutes of Health Research knowledge translation funding programs. *Implementation Science*, 7(1), S. 57. doi:10.1186/1748-5908-7-57.
- Morris, Z. S., Wooding, S. & Grant, J. (2011):** The answer is 17 years, what is the question: Understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), S. 510–520.
- Mpando, T. L., Sell, K., Delobelle, P., Osuret, J., Niyibizi, J. B., Ntawuyirushintege, S., Jessani, N. S. et al. (2021):** Integrated knowledge translation in non-communicable disease research in sub-saharan Africa: A comparison of systematic and ad hoc stakeholder engagement. *Frontiers in Tropical Diseases*, 2(53). doi:10.3389/fitd.2021.753192.
- Nguyen, T., Graham, I., Mrklas, K., Bowen, S., Cargo, M., Estabrooks, C., Wallerstein, N. et al. (2020):** How does integrated knowledge translation (IKT) compare to other collaborative research approaches to generating and translating knowledge? Learning from experts in the field. *Health Research Policy and Systems*, 18. doi:10.1186/s12961-020-0539-6.
- Nothacker, M., Mucbe-Borowski, C. & Kopp, I. B. (2014):** Reflections on 20 years of clinical practice guideline programmes in Germany: What is their impact? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(10), S. 550–559. doi:10.1016/j.zefq.2014.10.012.
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J. & Thomas, J. (2014):** A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC health services research*, 14(1), S. 1–12.
- Oliver, K., Kothari, A. & Mays, N. (2019):** The dark side of coproduction: Do the costs outweigh the benefits for health research? *Health research policy and systems*, 17(1), S. 1–10.
- Orton, L., Lloyd-Williams, F., Taylor-Robinson, D., O'Flaherty, M. & Capewell, S. (2011):** The use of research evidence in public health decision making processes: Systematic review. *PLoS one*, 6(7), S. e21704.
- Ostrom, E., Parks, R. B., Whitaker, G. P. & Percy, S. L. (1978):** The public service production process: A framework for analyzing police services. *Policy Studies Journal*, 7, S. 381.
- Parkhurst, J. (2017):** The politics of evidence: From evidence-based policy to the good governance of evidence. Abingdon: Taylor & Francis.
- Pfadenhauer, L. M., Grath, T., Delobelle, P., Jessani, N., Meerpohl, J. J., Rohwer, A., Rehfuss, E. A. et al. (2021):** Mixed method evaluation of the CEBHA+ integrated knowledge translation approach: a protocol. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), S. 7. doi:10.1186/s12961-020-00675-w.
- Rehfuss, E. (2021):** Collaboration for Evidence-based Healthcare and Public Health in Africa (CEBHA+). Zugriff am 14.11.2021 unter www.cebha-plus.org.
- Rehfuss, E. A., Durão, S., Kyamanywa, P., Meerpohl, J. J., Young, T. & Rohwer, A. (2016):** An approach for setting evidence-based and stakeholder-informed research priorities in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(4), S. 297.
- Rehfuss, E. A., Stratil, J. M., Scheel, I. B., Portela, A., Norris, S. L. & Baltussen, R. (2019):** The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: Integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 1), S. e000844.
- Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Bucknall, T., Graham, I. D., Hutchinson, A. M. & Stacey, D. (2016):** Collaboration and co-production of knowledge in healthcare: Opportunities and challenges. *International Journal of Health Policy Management*, 5(4), S. 221–223. doi:10.15171/ijhpm.2016.08.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996):** Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), S. 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
- Shearer, J. C., Abelson, J., Kouyaté, B., Lavis, J. N. & Walt, G. (2016):** Why do policies change? Institutions, interests, ideas and networks in three cases of policy reform. *Health Policy and Planning*, 31(9), S. 1200–1211. doi:10.1093/heapol/czw052.
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. (2009):** Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 181(3–4), S. 165–168. doi:10.1503/cmaj.081229.
- Tellings, A. (2017):** Evidence-Based Practice in the social sciences? A scale of causality, interventions, and possibilities for scientific proof. *Theory & psychology*, 27(5), S. 581–599. doi:10.1177/0959354317726876.

Temu, F., Leonhardt, M., Carter, J. & Thiam, S. (2014): Integration of non-communicable diseases in health care: Tackling the double burden of disease in African settings. *The Pan African Medical Journal*, 18.

Williams, O., Sarre, S., Papoulias, S. C., Knowles, S., Robert, G., Beresford, P., Palmer, V. J. et al. (2020): Lost in the shadows: Reflections on the dark side of co-production. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), S. 43. doi:10.1186/s12961-020-00558-0.

World Health Organization (WHO) (2020): WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. Zugriff am 14.11.2021 unter www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020.

03

Anhang

» 03.1

Literatur zur Evidenzbasierung aus der BZgA

- Alayli-Goebbels, A., Witte, C., Haß, W., Zeeb, H., Heise, T. L. & Hupfeld, J. (2021):** Wissen für gesunde Lebenswelten: Eine Datenbank zum Praxistransfer von Erkenntnissen aus systematischen Übersichtsarbeiten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 552–559.
- Bußkamp, A., Vonstein, C., Tillmann, J., Rossmann, C. & De Bock, F. (2021):** Wissenstranslation am Beispiel Bewegungsförderung von älteren Menschen: Wie gelangen wissenschaftliche Erkenntnisse in die kommunale Praxis? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 560–567.
- De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2020):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0>.
- De Bock, F. & Rehfuess, E. (2021):** Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 524–533.
- De Bock, F. & Spura, A. (2021):** Evidenzbasierung: Theoriebildung und praktische Umsetzung in Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 511–513.
- Rehfuess, E. A., Zhelyazkova, A., von Philipsborn, P., Griebler, U. & De Bock, F. (2021):** Evidenzbasierte Public Health: Perspektiven und spezifische Umsetzungsfaktoren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 514–523.

» 03.2

Weitere Veröffentlichungen

- Rossmann, C., Bußkamp, A. & De Bock, F. (2021):** Aufbau von Interventionsdatenbanken für mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung – methodische Überlegungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 544–551.
- Schloemer, T., De Bock, F. & Schröder-Bäck, P. (2021):** Implementation of evidence – based health promotion and disease prevention interventions: theoretical and practical implications of the concept of transferability for decision – making and the transfer process. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 534–543.
- Völker, S., Hammerschmidt, R. & Spura, A. (2021):** Geografische Analysen für evidenzbasierte Public-Health-Interventionen: Das Beispiel Identifikation und Typisierung von Risikoclustern für Masern, Mumps und Röteln. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(5), S. 600–609.

>> 03.3 Autorinnen

Dr. Lisa Pfadenhauer, Institute for Medical Information Processing, Biometry and Epidemiology, LMU Munich, Elisabeth-Winterhalter-Weg 6, 81377 München.

Dr. Nadine Reibling, Referat Q4 Forschungs-koordination, -kooperation, Wissenstransfer, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149–161, 50825 Köln.

Prof. Dr. Constanze Rossmann, Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung, Oettingenstr. 67, 80538 München.

Brigitte Strahwald, Pettenkofer School of Public Health, LMU München, Elisabeth-Winterhalter-Weg 6, 81377 München.

Dr. Anke Spura, Referat Q4 Forschungs-koordination, -kooperation, Wissenstransfer, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149–161, 50825 Köln.

>> 03.4 Programm des Werkstattgesprächs



Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am
16. November 2021 in Köln (digital)

Referat Q 4 Forschungs-koordination, -kooperation, Wissenstransfer
Konzept und Vorbereitung: Dr. Nadine Reibling, Dr. Anke Spura

» Programm

- 9:15 Uhr: **Begrüßung und Einführung**
- 9:30 Uhr: **Keynote** Prof. Dr. Constanze Rossmann (LMU München): »Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation – zwischen Evidenz und Unsicherheit«
- 10:30 Uhr: **Pause**
- 11:00 Uhr: **Parallele Workshops**
Evidenzbasierung von Kampagnen
Umsetzung von Evidenzbasierung – Begriffe und Methoden zur Standortbestimmung
Evaluation von komplexen Interventionen
- 12.30 Uhr: **Mittagspause**
- 13:30 Uhr: **Keynote** Dr. Lisa Pfadenhauer/Brigitte Strahwald (LMU München): »Wie kann Evidenz in Public Health vermittelt werden – was funktioniert? Zwei Fallbeispiele«
- 14.30 Uhr: **Parallele Workshops**
Evidenzbasierte Medienwahl und -gestaltung
Systematische Reviews auswerten und nutzen
Impulse der COVID-19-Pandemie für das evidenzbasierte Arbeiten
Praxisbeispiele, Chancen und Erfahrungen zu evidenzbasiertem Arbeiten in der BZgA
- 16:00 Uhr: **Pause**
- 16:30 Uhr: **Podiumsdiskussion** »Erfolgreich evidenzbasiert kommunizieren und entscheiden: Perspektiven aus Wissenschaft, Medien & Praxis« mit Prof. Dr. Constanze Rossmann (LMU München), Mathias Tertilt (Wissenschaftsjournalist u.a. Quarks), Dr. Katharina Böhm (HAGE e.V.) und Prof. Dr. Martin Dietrich (BZgA)

» Keynotes

Prof. Dr. Constanze Rossmann (LMU München): *Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation – zwischen Evidenz und Unsicherheit*

In der Medizin hat sich Evidenzbasierung als zentrales Qualitätskriterium guter medizinischer Praxis seit Längerem etabliert und bezieht sich auf die Anwendung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz auf Entscheidungen in der medizinischen Versorgung. Evidenzbasierung in der Gesundheitskommunikation beginnt sich erst langsam durchzusetzen. Hierbei sind neben der Kommunikation gesicherter medizinischer Erkenntnisse in Bezug auf Ursachenbeschreibungen, Risikoinformationen und Handlungsempfehlungen, vor allem auch die Art und Weise und Wege der Kommunikation gemeint. Egal, ob im interpersonellen Gespräch (z. B. Arzt-Patient-Kommunikation), auf digitalen Plattformen oder in Plakatkampagnen – es gibt zahllose Möglichkeiten, wie Informationen formuliert, dargestellt und verpackt und über welche Kanäle sie verbreitet werden können. Entsprechend bedarf es umfassender wissenschaftlicher Erkenntnisse, um Gesundheitsinformationen so zu kommunizieren, dass sie auch wahrgenommen, verstanden und umgesetzt werden. Dabei können Darstellungsformen und Kanäle je nach Gesundheitsbereich, kulturellem Hintergrund und soziodemographischen Merkmalen der Zielgruppe variieren.

Evidenzbasierung als Handlungsmaxime setzt daher nicht nur adäquate Forschungsmethoden zur Identifikation der wissenschaftlichen Evidenz voraus, sondern impliziert auch einen Umgang mit Unsicherheiten und Variabilitäten von Evidenz.

Evidenzbasierte Gesundheitskommunikation sollte daher einerseits die bestehende Befundlage berücksichtigen, andererseits aber auch stets von empirischer Forschung in der Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsphase begleitet werden, um so ihre Qualität langfristig zu sichern.

Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes führt der Vortrag in die Thematik der Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation ein, beschreibt die zentralen Schlüsselemente von Evidenzbasierung und geht auf bestehende Herausforderungen in Wissenschaft und Praxis ein.

Dr. Lisa Pfadenhauer und Brigitte Strahwald (LMU München): *Wie kann die Evidenz in Public Health vermittelt werden – was funktioniert? Zwei Fallbeispiele*

Ist Evidenz zu theoretisch für die Praxis? Soll sie praktische Erfahrungen ersetzen? Häufig tauchen diese oder ähnliche Fragen vor allem in Gesprächen mit Praktikerinnen und Praktikern im Public Health-Bereich auf. Umgekehrt verstehen Politikerinnen und Politiker sowie Entscheidungstragende im Gesundheitsbereich das Konzept von evidenzbasierter bzw. -informierter Public Health nur zu Teilen.

Dabei liegt eine große Chance darin, wissenschaftliche Evidenz mit praktischen Erfahrungen, aber auch mit Werten, Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung zu verknüpfen, um gute, tragfähige Entscheidungen zu treffen oder Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Die BZgA kann dabei eine wichtige Rolle einnehmen.

Eine zentrale Idee ist die der sogenannten Wissenstranslation – Knowledge Translation (KT) – zwischen Politik und Praxis. Dies darf kein einseitiger Weg sein, vielmehr sollte es ein Austausch aller Beteiligten werden. Die aktive, (mit-)gestaltende Einbindung dieser sogenannten Stakeholder entlang dieses Prozesses ist allerdings herausfordernd.

An zwei Beispielen wird gezeigt, wo in der Praxis die Chancen, aber auch Risiken liegen, welche Hürden genommen werden müssen. Im Projekt CEBHA+ erforschen wir einen evidenzinformierten Ansatz zur Wissenstranslation zu nichtübertragbaren Erkrankungen in Subsahara-Afrika. Dabei wurden sowohl die Ziele als auch die Umsetzung gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet. In Deutschland wurde die S3-Leitlinie zu Schulmaßnahmen in der COVID-19 Pandemie erarbeitet. In diesem Fall wurden neben wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch Vertretungen von Eltern, Schülerinnen und Schülern sowie, Lehrerinnen und Lehrern und verschiedene Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheits- und Schulbereich einbezogen.

» Workshops

Evidenzbasierung von Kampagnen

Die Durchführung von Kampagnen gehört seit jeher zu den zentralen Aufgaben der BZgA. Wie können die Entwicklung, Durchführung, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Kampagnen evidenzbasiert werden? Welche Kompetenzen und welche zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen sind dafür erforderlich? Diskutiert werden sollen zudem Beispiele für evidenzbasierte Kampagnen.

Moderation: Prof. Dr. Constanze Rossmann (LMU München) und Prof. Dr. Martin Dietrich (BZgA)

Umsetzung von Evidenzbasierung – Begriffe und Methoden zur Standortbestimmung

Um evidenzbasiert zu arbeiten, muss man verstehen, wo man auf dem Spektrum von kaum evidenzbasiert bis hin zu optimal evidenzbasiert in seiner täglichen Arbeit steht. Dieser Workshop bietet eine grundlegende Einführung in das Thema Evidenzbasierung und gibt wichtige Hinweise auf zentrale Begriffe, Kriterien, Methoden und Web-Ressourcen innerhalb und außerhalb der BZgA. Er richtet sich besonders an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich für das Thema Evidenzbasierung auch eine praktische Einführung wünschen (z. B. für Vergaben).

Moderation: Dr. Lisa Pfadenhauer (LMU München) und Prof. Dr. Freia De Bock (BZgA)

Evaluation von komplexen Interventionen

Botschaften und Maßnahmen, die in der Gesamtgesellschaft wirken sollen, stellen hochkomplexe Interventionen dar. Wie kann sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Evaluation komplexer Interventionen vorgegangen und zudem die Wirksam-

keit der ergriffenen Maßnahmen überprüft werden? Welche besonderen Herausforderungen stellen sich hinsichtlich der Evaluation bei bundesweiten Interventionen? Welche Methoden stehen zur Verfügung und können gewinnbringend eingesetzt werden?

Moderation: Prof. Dr. Gabriele Meyer (MLU Halle/Wittenberg) und Ilona Renner (BZgA/NZFH)

Evidenzbasierte Medienwahl und -gestaltung

Die besten evidenzbasierten Inhalte nützen nichts, wenn sie die Zielgruppe nicht wirksam erreichen. In welcher Weise kann Evidenz eingesetzt werden, um Informationsmedien themen- und zielgruppenadäquat auszuwählen? Wie funktioniert eine evidenzbasierte Mediengestaltung? Und welche Evidenz gibt es zur Nutzung und Gestaltung digitaler Gesundheitsinformationen?

Moderation: Dr. Claudia Lampert (HBI Hamburg) und Marcel Hartmann (BZgA)

Systematische Reviews auswerten und nutzen

Der Workshop bietet zunächst eine Einführung in die unterschiedlichen Methoden der Aufbereitung von wissenschaftlicher Evidenzbasierung: Rapid reviews, Scoping reviews, Narrative reviews, Meta analysis, Evidence mapping und Systematic reviews. Nach welchen Kriterien kommen sie zum Einsatz, wie unterscheiden sie sich, was haben sie gemeinsam? In den Fokus gerückt werden dann die systematischen Übersichtsarbeiten (Systematic reviews): Wie werden sie ausgewertet? Wie können sie für Ihre Arbeit genutzt werden?

Moderation: Prof. Dr. Cordula Braun (Cochrane Stiftung Deutschland) und Prof. Dr. Jörg J. Meerpohl (Cochrane Stiftung Deutschland)

Impulse der COVID-19 Pandemie für das evidenzbasierte Arbeiten

Die Covid-19-Pandemie hat Wissenschaft und Praxis vor neue Herausforderungen gestellt. Welche Impulse ergeben sich daraus für das evidenzbasierte Arbeiten? Wie kann Evidenzbasierung unter Zeitdruck funktionieren? Und welche Ressourcen und Strukturen sind für Krisenfälle im Ressort Gesundheit notwendig? Thema soll auch sein, wie sich die Dominanz eines Themas auf Forschungsstrukturen und -prozesse zu anderen Themen auswirkt und wie die Zusammenarbeit zwischen Hochschulforschung, Universitätsmedizin und Ressortforschung in einem solchen Kontext funktionieren kann.

Moderation: Prof. Dr. Nico Dragano (HHU Düsseldorf), Dr. Anke Spura (BZgA) und Prof. Dr. Martin Dietrich (BZgA)

Praxisbeispiele, Chancen und Erfahrungen zu evidenzbasiertem Arbeiten in der BZgA

In der BZgA-weiten Umfrage zu diesem Werkstattgespräch wurde der Wunsch geäußert, eine Möglichkeit zum Austausch darüber zu haben, wie evidenzbasiertes Arbeiten im Haus aktuell umgesetzt werden kann. Wir möchten mit Ihnen Beispiele aus Ihrer Arbeit diskutieren. Welche Methoden zur Evidenzbasierung von Inhalten, Botschaften und Wirkungsnachweisen werden eingesetzt? Welche Ressourcen stehen zur Verfügung, welche Erfolge sehen Sie? In welchen Bereichen wünschen Sie sich mehr fachliche Unterstützung?

Moderation: Dr. Carsten Lekutat und Dr. Nadine Reibling (BZgA)

