

# **Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP) – AG Praxistransfer: Exemplarische Literaturdurchsicht zu Aspekten erfolgreichen Praxistransfers<sup>1</sup>**

## **Einleitung**

Der Anspruch einer evidenzbasierten Praxis, verbunden mit dem Aufbau einer entsprechenden Evidenzbasis, wird zunehmend auch auf Ansätze in Public Health, und darunter im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, angewandt. Noch zu wenig Beachtung findet allerdings die Frage nach der Anwendung und Anwendbarkeit, d.h. nach Transfer und Transferierbarkeit. Unter Praxistransfer wird dabei die Verstetigung und/oder Übertragung bzw. Ausweitung wissenschaftlich gewonnener Erkenntnisse in die Praxis verstanden. Mit dieser Übersicht soll ein erster Einblick in die Literatur zu diesem Ansatz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden.

## **Strategie**

Anhand der Suchbegriffe „primary prevention“, „research“, „program evaluation“, „diffusion of innovation“, „health plan innovation“ und „institutionalization“ als „Medical subject headings (Mesh)“ wurde in deren unterschiedlicher Kombination das Portal „PubMed“ der US-amerikanischen National Library of Medicine durchsucht, was zu Treffern in absoluter Höhe von n=51 führte.

Die Abstracts der verfügbaren Publikationen wurden auf ihre Relevanz überprüft und anschließend 26 Artikel zur weiteren Durchsicht ausgewählt. 15 dieser 26 Artikel wurden als weiter relevant eingestuft. Über die Inhalte dieser 15 ausgewählten Originalarbeiten wird nunmehr berichtet.

Inhaltlich beschäftigen sich die hier näher betrachteten Arbeiten mit den folgenden drei Bereichen:

- Modelle zum Ablauf einer Nachhaltigkeitsentwicklung und Einführung in die (politische) Praxis
- Aspekte der Verstetigung auf Seiten der Erzeuger und Anwender von Evidenz
- Methodische Aspekte

---

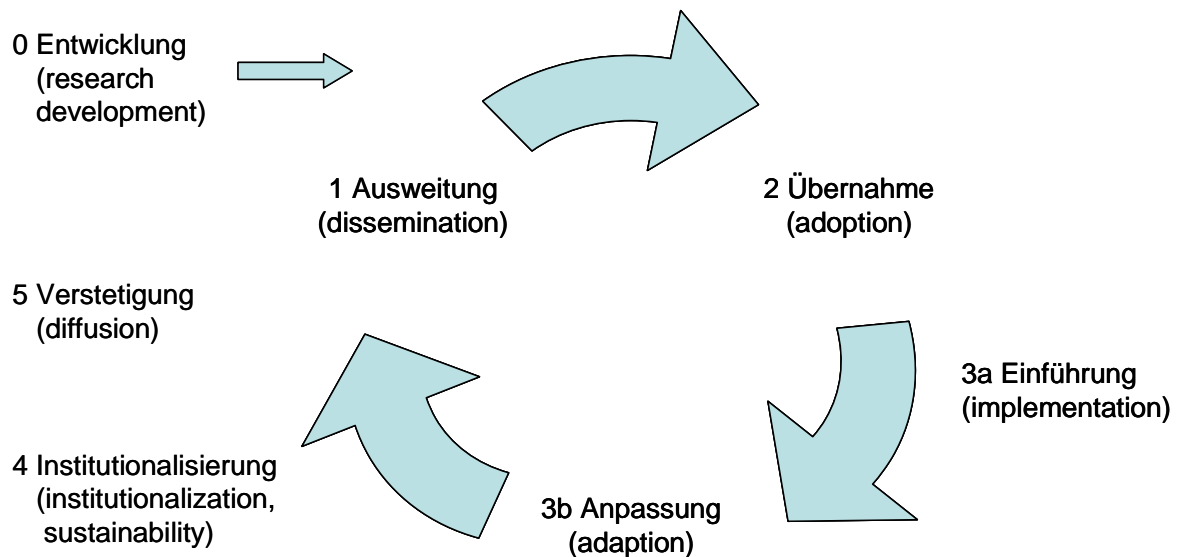
<sup>1</sup> Ansprechpartner: Dr. Martin Socher, München/Oberschleißheim für die AG (martin.socher@lgl.bayern.de)

Wiederholt wird von den Autoren der identifizierten relevanten Arbeiten auf Limitationen der Evidenzgrundlagen hinsichtlich bevölkerungsbezogener Fragestellungen hingewiesen. Hierzu zählen ein Mangel an einheitlicher Terminologie, die Heterogenität in Ansatz, Durchführung und Auswertung von Studien mit ähnlichen Fragestellungen sowie die häufig geringen Fallzahlen. Hinsichtlich der Nutzung von Evidenz werden heterogene Quellen, eine limitierte Beschreibung der Ebenen in der Anwendung von Forschungsergebnissen, ungenügende Betrachtung der Anwendung von Studienergebnissen durch Akteure im Feld sowie häufig fehlende empirisch begründete Theorien, die das Zusammenspiel von allgemeinen Schlüsselfaktoren beim Praxistransfer abbilden, bemängelt.

## **Ergebnisse**

### *1. Modelle zum Ablauf von Nachhaltigkeitsentwicklung und Einführung in die (politische) Praxis*

In der Betrachtung essentieller Aspekte eines erfolgreichen Praxistransfers diskutieren Davis und Koautoren [3] Auswirkungen eines von Rogers [13] vorgestellten Modells zur Verstetigung von Innovationen im Bereich gemeindebasierter Interventionen (Abb. 1).



**Abbildung 1: Stufen der Evidenznutzung [3, 13]**

In diesem Modell folgt auf die Entwicklung einer forschungsbasierten Innovation und ihrem ersten Einsatz „im Feld“, die erfahrungsgemäß vorab häufig offen und ohne eine allzu spezifische Anwendungsvorstellung geschieht, die möglichst gezielte Verbreitung (dissemination) der Innovation unter Akteuren, Anwendern und Stakeholdern im vorgesehenen weiteren Bevölkerungsumfeld.

Ein alternativer Verbreitungsweg ist eine nicht systematisch verfolgte Weitergabe neuer Ansätze über Publikationen und persönliche Kontakte (diffusion), die in aller Regel weniger effektiv ausfällt.

Auf der nächsten Stufe, d.h. nach positiver Entscheidung zur Übernahme des Programms, einem Meilenstein im Prozess, sind Aktivitäten zur Erzielung prioritärer Aufmerksamkeit in der Gemeinde („Agenda-Setting“) sowie ein Abgleich und eine Anpassung der Innovation an die Bedürfnisse im Setting essentiell. In der sich anschließenden Einführung (implementation) der Innovation spielen Fragestellungen zum „Wann“ und „Wie“ und nicht mehr zum „Ob“ die ausschlaggebende Rolle. Zusätzlich ist an dieser Stelle ein erneuter Abgleich mit den Bedürfnissen im Setting und gegebenenfalls eine Anpassung (adaptation) der wissenschaftlichen Prinzipien der zu übernehmenden Innovation erforderlich.

Grundsätzlich kann bei einer Programmeinführung zwischen einem „top-down“- und „bottom-up“-Ansatz differenziert werden. Für eine nachhaltige Innovation ist außerdem die Überprüfung der Passung zwischen Innovation und Setting geboten und die geeignete Platzierung der Innovation in den Gemeindeabläufen

sicherzustellen. Die sich anschließende Integration des Projektes in die laufende Politik- und Programmroutine des Anwenders wird von Rogers als Institutionalisierung bezeichnet. Die Generierung gesundheitsbezogener Ergebnisse, wie z.B. erwünschter Verhaltensänderungen in der anwendenden Gemeinde, erfordert gewöhnlich eine längere Lebensdauer des Projektes. Im gleichen Zusammenhang definiert Altman [1] Nachhaltigkeit (sustainability) als die verbleibende Infrastruktur in der Gemeinde nach Projektende in Bezug auf dauerhaft institutionalisierte Interventionen, verändertes Institutionsverhalten, gewonnenes Wissen und Fähigkeiten Einzelner. Nach Altman ist für eine längerfristige Wirkung eines Programms eine enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und Stakeholdern notwendig. Diese Phase der Projektentwicklung ist in der Vergangenheit von der Forschung vernachlässigt worden, weswegen hierzu die wenigsten übertragbaren Erkenntnisse sowohl in der Theorie wie aus der Praxis vorliegen. Erklärbar ist dieser Zustand u.a. durch mangelnde Ressourcen, die für die Überführung eines Modellprojekts in die dauerhafte Routine erforderlich sind. An letzter Stelle des Modells nach Rogers folgt die Verstetigung eines Projekts auf unterschiedliche Sozialsysteme und Kontexte als neuer Standard, was auf spontaner und persönlicher Ebene als Diffusion und in geplanter, auf ein spezifisches Ziel gerichtete Weise als Replikation bezeichnet wird. Beide Verfahrensweisen haben sich jeweils kommunikativer Mittel zu bedienen [8].

Der Prozess des Übergangs einer Innovation in die Praxis wird auch als Übertragung (Transfer) oder Übersetzung (Translation) bezeichnet, wobei letztere Begrifflichkeit einen unmittelbaren gesundheitlichen Bezug hat und in engerem Sinne die Übersetzung der Erkenntnisse aus der klinischen Forschung auf den einzelnen Patienten meint [4].

In seiner Darstellung eines Modells zur forschungsbasierten Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene zur Erzielung nachhaltiger Effekte und enger Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und Stakeholdern beschreibt Altman [1] einen ähnlichen Ablauf, dessen Teilprozesse sich bis zur Erzielung eines nachhaltigen Zustands üblicherweise überlappen und nicht notwendigerweise linear verlaufen:

Die wissenschaftliche Begleitung der Einführung von Interventionen erfolgt dabei häufig nur bis zum Ende einer ersten Projektevaluation. Altman befürwortet eine darüber hinausgehende kontinuierliche Zusammenarbeit von Wissenschaft und Gemeinde, die bereits in dieser frühen Phase einer Projektentwicklung zwingend

vorgesehen werden sollte. Auf der zweiten Stufe erfolgt die Ausweitung des Projekts, in der die Zusammenarbeit und Abstimmung der Beteiligten damit intensiviert wird. In der sich anschließenden Überleitungs-Phase (Transition) ist bereits eine Replikation der Innovation in anderen Bereichen, eine Anpassung an andere Anwender-Bedürfnisse sowie ein „capacity building“ der Akteure vorgesehen. Die vierte Phase im Aufbau von Nachhaltigkeit, die Aufarbeitung (Regeneration) ist geprägt von Informationsaustausch und gegenseitiger Rückmeldung zur Projektwirksamkeit zwischen Wissenschaft und Gemeinde, der Testung von Hypothesen, der Entwicklung neuer Forschungsfragen sowie der Übernahme der Verantwortlichkeit der Gemeinde für die Innovation, was ihr Potential zum Erhalt länger dauernder Wirkungen steigern hilft. In der letzten Phase, der Befähigung (Empowerment) liegt der Fokus auf der Beteiligung (Partizipation) der Gemeinde zur Gewinnung benötigter Ressourcen um mit ihr, statt nur für sie am Projekt zu arbeiten. Als weitere, über Einzelprojekte hinausgehende Entwicklungsrichtungen nennt ALTMAN eine stärkere finanzielle und infrastrukturelle Unterstützung von Projekten für die öffentliche Gesundheit, weitere Forschung zur Nachhaltigkeitsförderung und ihrer Effekte, eine verstärkte Einbindung der Gemeinden in Nachhaltigkeitspläne sowie die Entwicklung effektiverer Interventionen und Strategien für ihre Verstetigung.

In ihrem Artikel nehmen Parcel et al [11] ebenfalls Bezug auf das Verstetigungs-Modell von Rogers [13], und weisen darauf hin, dass Ausmaß und Geschwindigkeit des Transferprozesses von Charakteristika der Innovation wie die wahrgenommene Überlegenheit gegenüber der bisherigen Praxis, ihrem sichtbaren Erfolg und ihrer Umsetzbarkeit abhängen. Darüber hinaus werden im Ausbreitungsvorgang hier die folgenden vier Stufen unterschieden: Wissensvermittlung und Überzeugungsarbeit in der Ausweitung (dissemination), Übernahme (adoption), Einführung (implementation) und Aufrechterhaltung (maintenance).

Hinsichtlich einer sozialen Ausbreitung einer Innovation spielt auch die Theorie des sozialen Lernens (social learning theory, SLT) eine wichtige Rolle. Zur Unterstützung der Ausführung von Verhaltensänderungen sieht SLT Lernen am Vorbild, soziale, monetäre, Status-, und Feedback-Anreize als wesentliche Strategien vor.

## *2. Aspekte der Verstetigung auf Seiten der Erzeuger und Anwender von Evidenz*

Eine erste Barriere für die Verstetigung gesundheitsförderlicher Interventionen sehen Glasgow/Emmons [5] in den Charakteristika eines Programms. Generell ist für seine Wirksamkeit eine Mindest-Intensitätsschwelle der Beteiligung von Durchführenden und Teilnehmern erforderlich. Diese sollte auf niedrigst notwendigem Niveau angelegt sein, um eine Ausweitung im Feld wegen fehlender Ressourcen, Expertise und Zeit nicht zu gefährden. So wird zum Beispiel angeraten, komplexe Interventionsstrategien mit intensiverem, persönlichem Herangehen an die Zielgruppe durch kostengünstigere Maßnahmen (Telefon-/E-mail-Kontakte, CATI) zu ersetzen. Unterstützung erfährt dieser Ansatz auch durch das Präventionsparadox nach Rose, wonach geringere Effekte auf Bevölkerungsebene größere Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit erzielen können als große Effekte unter einer Teilpopulation mit hohem Risiko.

Zwei sonstige Hauptbarrieren für eine Verbreitung sind unstrukturierte, ohne Handlungshilfen versehene Interventionsmaterialien sowie solche, die mangels Prozessevaluation keine für eine Programmausweitung ratsame Abweichung vom Studienprotokoll zulassen. Weitere Limitationen einer Disseminierung von Präventionsansätzen stellen zu kleine und nicht repräsentative Zielgruppen dar sowie Settings, die keine Übertragbarkeit ermöglichen. In gleicher Weise kann die Generalisierbarkeit von Studienergebnissen durch prozedurale Anforderungen und Ausschlusskriterien limitiert sein. Weiterhin können sie auf für Akteure im Feld irrelevante Zielsetzungen angelegt sein. Häufig ist eine solche Lücke in der Passung von Intervention und möglichem Setting eine Ursache für eine geringe Verbreitungsquote.

Als weitere Fallstricke werden eine unzureichende Ausbildung der Akteure im Feld, die mangelnde Finanzierung probatorischer Interventionen, keine Unterscheidung zwischen einem Effekt unter optimalen Bedingungen und der Wirksamkeit unter normalen Bedingungen sowie eine fehlende Betrachtung aus Sicht der Gemeinde benannt.

Optimalerweise sollte die Gemeinde mit der Studienleitung das Interesse an einem guten Interventionsergebnis teilen. In der Praxis nicht umsetzbare und zu starre Interventionsprozesse sollten vermieden werden, um so nachhaltige Wirkungen über das Projektende hinaus zu erzielen.

Die Schwierigkeit, verfügbare Evidenz für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit umzusetzen, beleuchtet auch Nutbeam [9, 10]. Die Gründe für diese Schwierigkeiten beschreibt er als komplex. Er sieht sie in der Verfügbarkeit von Ressourcen, in der Art und Weise, wie Akteure Eingriffe entwickeln, und wie Wissenschaftler Theorien mit zweifelhafter praktischer Relevanz verfolgen. Als Grundlage einer Verbesserung der Passform zwischen Wissenschaft und Praxis wird ein 4-Stufen-Modell vorgestellt:

Zur Problemdefinition sollten initial von einem epidemiologischen bzw. demographischen Ansatz her die Ursachen für ein bestehendes Gesundheitsproblem untersucht und unter Abschätzung von Gemeindebedürfnissen und ihrer Prioritäten entsprechende Interventionsmöglichkeiten ausgearbeitet werden.

Forschungsansätze sozial-, verhaltens- und organisationswissenschaftlicher Art können dazu beitragen, die Kerninhalte von Gesundheitsförderungsinterventionen und den geeignetsten Zugang zur Zielpopulation zu identifizieren. Mittels einer theoretischen Interventionsentwicklung können Ansätze zur Veränderung persönlicher, sozialer und umweltbezogener Charakteristika ausgearbeitet werden. Die Trias Ursache, Inhalte und Methoden stellt damit das Grundgerüst einer Intervention zur Gesundheitsförderung dar.

Zur Findung einer erfolgreichen und nachhaltigen Lösung für ein definiertes Gesundheitsproblem sind die Evaluation der Ergebnisse sowie ein vertieftes Prozessverständnis entscheidend. Damit können grundlegende Erfolgsfaktoren identifiziert und eine nachfolgende Ausweitung der Intervention ermöglicht werden. Erfolgsbedingungen können z.B. die Ausbildung von Akteuren, die Entwicklung der operativen Infrastruktur sowie eine staatliche Unterstützung sein.

Sollen Forschungserkenntnisse zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen systematisch verbreitet werden, sind folgende Ansätze beschrieben:

- Eine Kommunikation der Forschungsergebnisse über traditionelle Wege und Zielgruppen hinaus,
- ein ernsthafter Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis mit Prüfung von Interventionen unter Alltagsbedingungen,
- Anreize zur Unterstützung der Forscher bei der Umsetzung ihrer Erkenntnisse in die Praxis,
- eine Praxis-orientierte Berichterstattung erzielter Effekte,
- eine Anleitung von Akteuren zur Nutzung vorhandener Evidenz sowie

- eine Verbesserung der Ausbildung von Akteuren.

Bauman et al. [2] beschreiben hierzu Erfahrungen unter anderem mit der „WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity“ nach folgendem 6-Schritte-Ansatz, in dem das Hinausgehen über alleinige informatorische Strategien als wichtig bezeichnet wird, um eine aktive politische und Bevölkerungsunterstützung zu erreichen:

1. Beschreibung der Innovation, ihre Begründung, Evidenz und Relevanz
2. Zielpublikum, Sequenz, Zeitplan der Ausbreitung
3. Definition der internationalen Ausbreitungskanäle
4. Bestimmung der notwendigen dauerhaften Partnerschaften
5. Identifizierung von Hürden und Unterstützern für das Projekt
6. Forschung und Evaluation zum Verständnis des Ausbreitungsprozesses

### *3. Methodische Aspekte*

Ein wichtiger Aspekt hierzu ist, dass für bestimmte Fragestellungen in Prävention und Gesundheitsförderung oft nur ein oder zwei Studiendesigns geeignet sind und Evidenzaussagen im Gemeindebezug differenziert betrachtet werden müssen [6] (s. Absatz 2 dieser Übersicht).

Zur grundsätzlichen Frage, was Evidenz begründet und wann genug Evidenz zur Verbreitung einer Innovation vorhanden ist, empfehlen Glasgow/Emmons [5] die ergänzende Verwendung sowohl qualitativer wie quantitativer Methoden.

Insbesondere sollte die externe Validität der oft kontextabhängigen Interventionen Beachtung finden. Mit Blick auf spätere Anwender sollten relevante Aussagen zu notwendigen Bedingungen im Setting gemacht werden können. Eine entsprechende Berichterstattung kann die Verbreitung von Interventionen stark fördern.

Auch gut gestaltete Beobachtungs- und quasi-experimentelle Studien können wichtige Aussagen zur externen Validität und der Auswirkung von Kontextfaktoren liefern.

Laut Victora et al. [15] ist zwischen Wahrscheinlichkeitsaussagen, die streng auf die Resultate randomisierter, klinischer Studien (RCT) bezogen sind, kausalen Plausibilitätsaussagen, welche aus Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppen



gewonnen wurden sowie zeitlichen Tendaussagen, die einen Interventionseffekt nahe legen könnten, zu unterscheiden. Häufig allerdings können Wahrscheinlichkeitsaussagen bzw. die dahinter liegenden Studiendesigns die relevanten Fragestellungen einer Evaluation komplexer Bevölkerungsinterventionen nicht beantworten. Plausibilitätsaussagen können im Design begründete Limitationen von RCTs korrigieren helfen, insbesondere bezüglich der Kausalkette von Verhaltensmodifikationen bei bevölkerungsbezogenen Interventionen. In Interventionen mit komplexen Abläufen sind solche Informationen für eine Zuschreibung von kausalen Zwischenergebnissen essentiell.

Bei den für bevölkerungsbezogene Interventionen typischen langen und komplexen kausalen Pfaden zwischen Intervention und gesundheitlicher Auswirkung ist Evidenz häufig nur aus Plausibilität- und Tendaussagen zu erhalten. Evidenz-basierte bevölkerungsbezogene Interventionen beruhen daher auf einer, häufig kombinierten, Typenvielfalt an Evidenzquellen.

Die Notwendigkeit für eine Evidenz-basierte Medizin (EbM), nach Sackett die gewissenhafte und überlegte Anwendung des besten derzeitigen Wissens aus der klinischen Forschung auf die Behandlung (Diagnostik und Therapie) einzelner Patienten [14], liegt in einem Mangel an rationalen, transparenten Begründungen für Entscheidungen im klinischen Alltag, einem wenig durchschaubaren, fehlerbehafteten und langsamen Prozess der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis sowie einer Literaturflut mit schneller Alterung des medizinischen Wissens begründet. Der EbM fallen daher kennzeichnend die Aufgaben einer systematischen Auswahl von Studien nach ex ante definierten Einschlusskriterien und ihre Bewertung in systematischen Übersichtsarbeiten und Nutzung in Leitlinien für eine medizinische Entscheidungsfindung zu. Üblicherweise wird die von einzelnen Studien zu erwartende Gültigkeit (Validität) ihrer Aussagen in Bezug auf ihr Design eingeordnet [6], wobei die systematische Übersichtsarbeit (systematic review) von randomisierten klinischen Studien (RCT), dem wichtigsten Instrument der EbM, auf höchstem Rang steht [14].

In ihrer Vorstellung eines Rahmenplans zur Generierung evidenzbasierter Gesundheitsförderungsprogramme passen Rada et al. [12] ihr Modell diesbezüglich exemplarisch an vier Dimensionen eines lokalen Kontextes an. Bei limitierter wissenschaftlicher Evidenz zu einer einzelnen Dimension soll ihr Modell flexibel

genug für eine Entscheidungsfindung durch eine stärkere Gewichtung der drei verbleibenden Dimensionen ausfallen:

- Betrachtung wissenschaftlicher Evidenz nach Maßgabe des Vorgehens in der EbM und ihre Erweiterung mangels Publikationen zur Abhängigkeit der Wirksamkeit von Gesundheitsförderung vom lokalen Kontext durch Einbezug von Wissen und Erfahrung aus der Gemeinde
- Notwendige Anpassung an die konkrete Gemeindestruktur
- Konsistenz mit Prinzipien der Ottawa Charta
- Beitrag zu soziokultureller Chancengleichheit

Eine Übersicht zu dieser Methodendiskussion aus Sicht des britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) geben Kelly et al. [7].

### **Zusammenfassung**

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur wurden Modelle zur Nutzung bzw. zum Transfer von wissenschaftlicher Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung stellt keine lineare Fortschreibung der Evidenz-basierten Medizin (EbM) dar. Die Erfolge einer Evidenz-basierten Prävention und Gesundheitsförderung sind durch ihre sozialen Bezüge in weitaus stärkerem Maß kontextabhängig als dies bei der EbM der Fall ist. In der Entwicklung und Umsetzung der Transferansätze erscheinen die darin implizierten Barrieren jedoch identifizier- und überwindbar.

## Literatur

- 1) Altman D. Sustaining Interventions in Community Systems: On the Relationship Between Researchers and Communities. *Health Psy* 1995;14:526-536
- 2) Bauman A, Nelson D, Pratt M, Matsudo V, Schoeppe S. Dissemination of Physical Activity Evidence, Programs, Policies and Surveillance in the International Public Health Arena. *Am J Prev Med* 2006; 31:S57-64
- 3) Davis S, Peterson J, Helfrich C, Cunningham-Sabo L. Introduction and Conceptual Model for Utilization of Prevention Research. *Am J Prev Med* 2007; 33:S1-5
- 4) Davis D, Evans M, Jadad A et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003; 327:33-35
- 5) Glasgow R, Emmons K. How can we increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence needed. *Annu Rev PH* 2007; 28:413-33
- 6) Gerhardus A. Evidence-based Public Health: Ein Gebiet in Entwicklung. In: *Evidence-based Public Health*, Gerhardus A et al (Hrsg), 2010, Huber-Verlag, Bern
- 7) Kelly M, Morgan A, Ellis S, Younger T, Huntley J, Swann C. Evidence based public health: A review of the experience of the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) of developing public health guidance in England. *Soc Sci Med* 2010; 71:1056-62
- 8) Kliche. Wie bekomme ich neue Ansätze in die Praxis. In: *Ressourcenorientiert Arbeiten*. Möbius, Friedrich (Hrsg.), 2010, VS-Verlag, Wiesbaden
- 9) Nutbeam D. Achieving “best practice” in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Edu Res* 1996; 11:317-26
- 10) Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Prom Int* 1998; 13:27-44
- 11) Parcel G, Taylor W, Brink S et al. Translating theory into practice: Intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation. *Fam Community Health* 1989; 12(3):1-
- 12) Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P. Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. *Health Prom Int* 1999; 14:177-87
- 13) Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Free Press, 2003
- 14) Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray J, Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71
- 15) Victora C, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving beyond randomized Trials. *Am J PH* 2004; 94:400-405

**Anhang:**  
**Tabellarische Literaturübersicht zu Aspekten erfolgreichen Praxistransfers in  
 Prävention und Gesundheitsförderung (Stand: 11/2010)**

Referenz	Design	Hauptaussagen
[1] Altman D. Sustaining Interventions in Community Systems: On the Relationship between Researchers and Communities. Health Psy 1995;14:526-536	narrativer Review	Förderung eines nachhaltigen Effekterhalts durch Kooperatio Design für das Setting nützlich Interventionen nach Abschluss Forschungsphase
[2] Bauman A, Nelson D, Pratt M, Matsudo V, Schoeppe S. Dissemination of Physical Activity Evidence, Programs, Policies and Surveillance in the International Public Health Arena. Am J Prev Med 2006;31:S57-64	Originalarbeit	Eigenschaften erfolgreicher internationaler Verbreitung (Innovationsbegründung, -relevanz, Zielmargen, Partnerschaften, Hürden)
[3] Davis S, Peterson J, Helfrich C, Cunningham-Sabo L. Introduction and Conceptual Model for Utilization of Prevention Research. Am J Prev Med 2007;33:S1-S5	Kommentar	Erfahrungsbezogene Bewertung des Verbreitungsmodells nach Rogers
[4] Davis D, Evans M, Jadad A et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. BMJ 2003; 327:33-35	Originalarbeit	Beschreibung von Methoden zur Überwindung von Veränderungsbarrieren
[5] Glasgow R, Emmons K. How can we increase translation of research into practice? Annu Rev PH 2007; 28:413-33	narrativer Review	Interventionsempfehlungen, Beschreibung von Ausweitungsbarrieren
[6] Gerhardus A. Evidence-based Public Health: Ein Gebiet in Entwicklung. In: Evidence-based Public Health, Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hrsg.), 2010, Huber-Verlag, Bern	Übersicht	Systematische Bewertung von Public Health-Problemen und -maßnahmen

[7] Kelly M, Morgan A, Ellis S, Younger T, Huntley J, Swann C. Evidence based public health: A review of the experience of the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) of developing public health guidance in England. Soc Sci Med 2010; 71:1056-62	narrativer Review	Methodendiskussion und Betonung der Methodenvielfalt für Interventionen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere auch in Bezug auf die externe Validität
[8] Kliche T. Wie bekomme ich neue Ansätze in die Praxis. In: Ressourcenorientiert Arbeiten. Möbius, Friedrich (Hrsg.), VS-Verlag, Wiesbaden, 2010	narrativer Review	Erfolgsfaktoren für die Verbreitung, Einführung und Verstetigung von Innovationen
[9] Nutbeam D. Achieving „best practice“ in health promotion: improving the fit between research and practice. Health Edu Res 1996;11:317-26	Originalarbeit	Vorstellung von Ansätzen zur Verbesserung der Passung von Wissenschaft und Praxis
[10] Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Prom Int 1998;13:27-44	Originalarbeit	Untersuchung von Aspekten zur Evaluation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen
[11] Parcel G, Taylor W, Brink S et al. Translating theory into practice: Intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation. Fam Community Health 1989;12(3):1-13	Originalarbeit	Interventionsstrategien zur Verstetigung von Innovationen zur Gesundheitsförderung
[12] Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P. Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. Health Prom Int 1999;14:177-87	Originalarbeit	Erweiterte Definition von Evidenz um Erfahrung in der Gesundheitsförderung im Gemeindeansatz
[13] Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press, 2003	Originalarbeit	Modell zur Verstetigung von Innovationen

---

[14] Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray J, Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312:71	Originalarbeit	Relevanz der EbM für den klinischen Alltag
[15] Victora C, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving beyond randomized Trials. Am J PH 2004; 94:400-405	Originalarbeit	Verstärkung interner und externer Validität von RCTs durch Beobachtungsstudien erzielbar

---