



**Deutsche
Sporthochschule Köln**
German Sport University Cologne

....Was heißt schon Qualität? zwischen Good Practice und harter Evidenz

Christine Graf

**Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft**



Interventions for preventing obesity in children (Review)

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**



Main results

This review includes 55 studies (an additional 36 studies found for this update). The majority of studies targeted children aged 6-12 years. The meta-analysis included 37 studies of 27,946 children and demonstrated that programmes were effective at reducing adiposity, although not all individual interventions were effective, and there was a high level of observed heterogeneity ($I^2=82\%$). Overall, children in the intervention group had a standardised mean difference in adiposity (measured as BMI or zBMI) of -0.15kg/m^2 (95% confidence interval (CI): -0.21 to -0.09). Intervention effects by age subgroups were -0.26kg/m^2 (95% CI: -0.53 to 0.00) (0-5 years), -0.15kg/m^2 (95% CI -0.23 to -0.08) (6-12 years), and -0.09kg/m^2 (95% CI -0.20 to 0.03) (13-18 years). Heterogeneity was apparent in all three age groups and could not be explained by randomisation status or the type, duration or setting of the intervention. Only eight studies reported on adverse effects and no evidence of adverse outcomes such as unhealthy dieting practices, increased prevalence of underweight or body image sensitivities was found. Interventions did not appear to increase health inequalities although this was examined in fewer studies.

Authors' conclusions

We found strong evidence to support beneficial effects of child obesity prevention programmes on BMI, particularly for programmes targeted to children aged six to 12 years. However, given the unexplained heterogeneity and the likelihood of small study bias, these findings must be interpreted cautiously. A broad range of programme components were used in these studies and whilst it is not possible to distinguish which of these components contributed most to the beneficial effects observed, our synthesis indicates the following to be promising policies and strategies:

- school curriculum that includes healthy eating, physical activity and body image
- increased sessions for physical activity and the development of fundamental movement skills throughout the school week
- improvements in nutritional quality of the food supply in schools
- environments and cultural practices that support children eating healthier foods and being active throughout each day
- support for teachers and other staff to implement health promotion strategies and activities (e.g. professional development, capacity building activities)
- parent support and home activities that encourage children to be more active, eat more nutritious foods and spend less time in screen-based activities

However, study and evaluation designs need to be strengthened, and reporting extended to capture process and implementation factors, outcomes in relation to measures of equity, longer term outcomes, potential harms and costs.

Childhood obesity prevention research must now move towards identifying how effective intervention components can be embedded within health, education and care systems and achieve long term sustainable impacts.



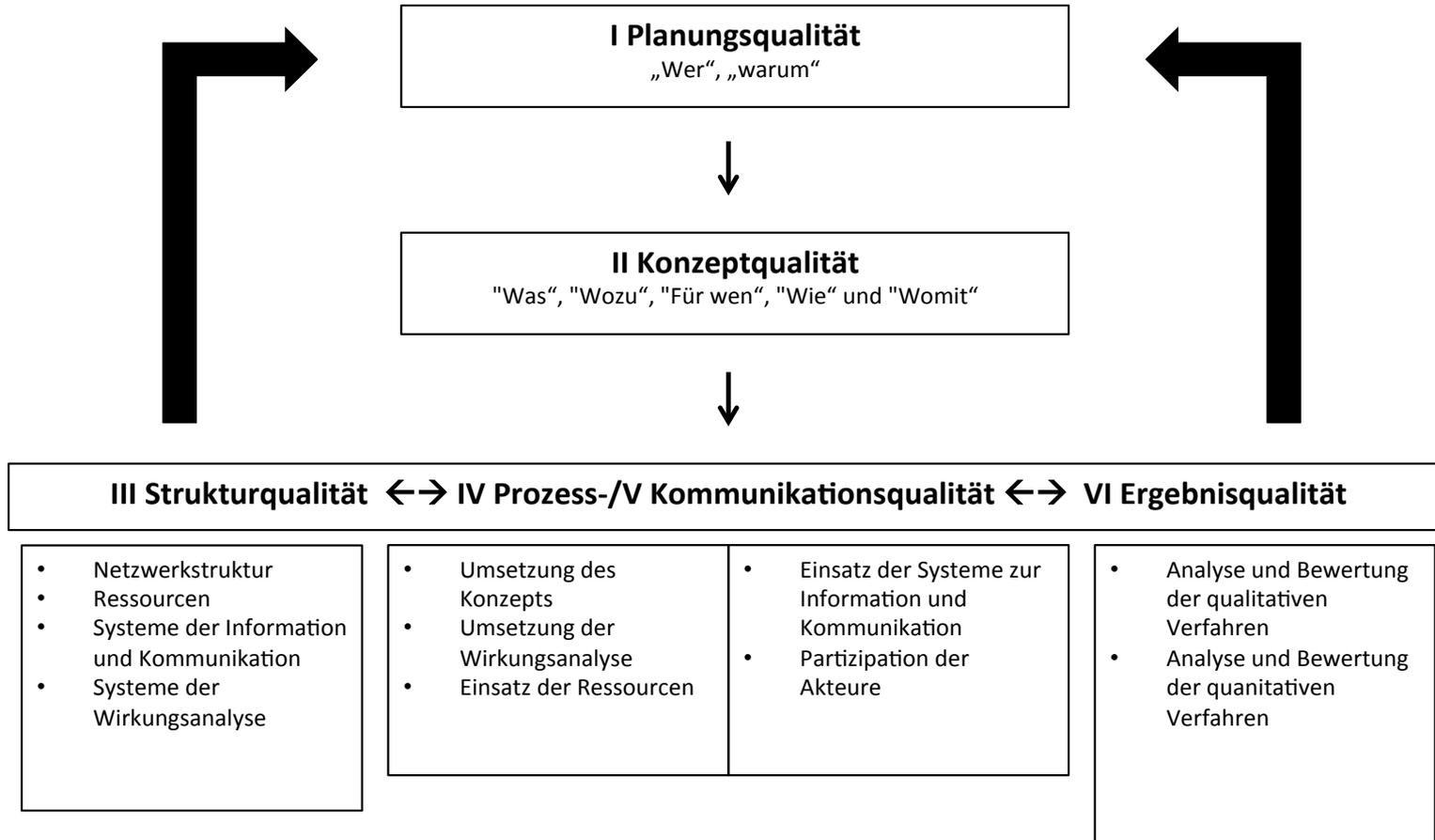
Ebenen der Evaluation im Netzwerk ...

- **Planungs- und Strukturevaluation:**
Qualität des Konzeptes und der Rahmenbedingungen
- **Prozessevaluation:** Qualität der Durchführung einer Maßnahme
- **Ergebnisevaluation:** Qualität der Ergebnisse und des Nutzens



Qualitätsdimensionen

- Planungsqualität
- Strukturqualität
- Konzeptqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität (Goldapp et al. 2011; BZgA 2010; Graf 2010, S. 16-20).





Ergebnisqualität

- Die Ergebnisqualität prüft, ob durch die notwendigen **Rahmenbedingungen** (Struktur) und die **Prozesse** bzw. die Art und Weise der **Umsetzung** tatsächlich das angestrebte Resultat (somit die Zielkriterien) erreicht worden ist.
- Die der Intervention zuschreibbaren Veränderungen können **quantitativ** und **qualitativ** durch Messungen z. B. von Stillverhalten, Geburtsgewicht oder Fragebögen, leitfadengestützte Interviews erfasst werden.
- Die Erhebungen können durch einen selbst (Selbst-) oder andere (**Fremdevaluation**) erfolgen.



Kommunikationsqualität

„**Definition**“ - Im Rahmen der Kommunikationsqualität als wesentlichem Element der Prozesse in Netzwerken/in Projekten wird der Ablauf der Kommunikation(swege) analysiert. Insbesondere der Kommunikationsqualität kommt eine zentrale Bedeutung zu (vgl. dazu auch Endres, 2008), die ebenfalls angemessen bei der Evaluation berücksichtigt werden muss.

Zur Kommunikationsqualität zählen u. a. die Abläufe und Wege der Kommunikation:

- Kommunikation im Rahmen des Netzwerkes (Transparenz, Zufriedenheit der Netzwerkpartner mit Kommunikationswegen)
- Form und Distribution der Protokolle und Dokumentationen
- Häufigkeit und Intensität



EVIDENZ-BASIIERT ?



Evidenzgrade

- **Grad A, „Soll“-Empfehlung:** zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzstufen Ia und Ib)
- **Grad B, „Sollte“-Empfehlung:** gut durchgeführte, aber nicht randomisierte klinische Studien mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzstufen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
- **Grad C, „Kann“-Empfehlung:** Berichte von Expertengruppen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III, wenn keine direkt anwendbaren klinischen Studien von guter Qualität verfügbar waren



Kritikpunkte

Unveröffentlichtes wird nicht berücksichtigt (z.B. abgebrochene Studien, Teilstudien; „publication bias“).

Der Zugang zu Quellen (Open Access) zur Nachvollziehbarkeit und Überprüfung ist nur teilweise gewährleistet.

Das Ergebnis ist von der Durchführbarkeit einer Studie abhängig.

Die Anwendbarkeit des Ergebnisses auf den individuellen Patienten ist nicht immer gegeben.

Die klinische Anwendbarkeit ist bei bestimmten Begleiterkrankungen ggf. nicht möglich.

Gefälschte Studien?



Fünf mal A

- **Ask („fragen“):** Am Anfang klare, strukturierte Fragen stellen → Ausgangspunkt einer Recherche
- **Acquire („erwerben“):** Geeignete Informationsquellen und wissenschaftliche Publikationen finden, die Antworten auf die Fragen geben.
- **Appraise („bewerten“):** Die gefundenen Ergebnisse nach den Qualitätskriterien der EBM (Evidenzgraden) bewerten.
- **Apply („anwenden“):** Das so gewonnene Wissen anwenden. Das gewählte Vorgehen muss individuell angemessen sein und die individuelle Situation des Patienten berücksichtigen.
- **Assess („abschätzen“):** Abschließend die Grundlagen der Entscheidung und ihren Erfolg kontrollieren.



ENTWICKLUNG ZU GRADE “GRADING OF RECOMMENDATIONS ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION”

→ HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN/LEITLINIEN



Starke Empfehlungen

- **Patients:** Most people in this situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not
- **Clinicians/“Anwender“:** Most patients should receive the recommended course of action
- **Policy makers:** The recommendation can be adapted as a policy in most situations → **heute: „gesundheitsziele“**



Eher schwache Empfehlung

- **Patients:** The majority of people in this situation would want the recommended course of action, but many would not
- **Clinicians („Anwender“:** Be prepared to help patients to make a decision that is consistent with their own values/decision aids and shared decision making
- **Policy makers:** There is a need for substantial debate and involvement of stakeholders



Stärke Konsens

- Starker Konsens → Zustimmung von > 95 % d. Teilnehmer
- Konsens → Zustimmung von $> 75 - 95$ %
- Mehrheitliche Zustimmung → Zustimmung von $> 50 - 75$ %
- Kein Konsens → Zustimmung von < 50 %



EVALUATIONEN DES NETZWERKS ...



Was hat das Netzwerk Gesund ins Leben bereits evaluiert?

- **Planungs- und Strukturevaluation: Feedback auf Netzwerkkongressen**
- **Prozessevaluation: Fokus auf Multiplikatoren/-innen (in Kooperation mit Universität Bielefeld)**
 1. **Akzeptanz der Handlungsempfehlungen**
 2. **Bewertung der Fortbildungen einschl. Wissenszuwachs**
 3. **Anwendung und Beurteilung der Medien**
- **Ergebnisevaluation: Teilnahme an Interventionsstudien, z.B. GeliS → zusätzliche präventive Beratung zu gesundem Lebensstil in der Schwangerschaft auf Basis des Netzwerkportfolios (erste Ergebnisse voraussichtlich 2017)**



Hauptergebnisse der Evaluation der Netzwerkmaßnahmen

Hauptergebnisse:

- **Bekanntheitsgrad (>70%) und Akzeptanz der Handlungsempfehlungen (60-73%) im Durchschnitt sehr hoch, aber: berufsgruppenspezifische Unterschiede**
- **Flyer und Aufkleber werden am häufigsten bestellt und in mehr als der Hälfte der Fälle von einer persönlichen Beratung begleitet**
- **Subjektiver Wissenszuwachs in Fortbildungen wird von etwa 50% als „groß“/„sehr groß“ eingeschätzt; >70% halten Übertragbarkeit der Inhalte in den Arbeitsalltag für wahrscheinlich**



Wo gibt es noch Forschungsbedarf?

- **Bisheriger Fokus vielfach auf Feedback/Prozessevaluation**
 - **Es fehlen (zumeist) Aussagen zur Ergebnisevaluation (v.a. zu mittel- und langfristigen Effekten)**
 - **Kurzfristig: z. B. Wissenszuwachs**
 - **Mittelfristig: z. B. Verhaltensänderung**
 - **Langfristig: z. B. Abnahme von mütterlichem und kindlichem Übergewicht**
- **Wie begegnen wir diesem Forschungsbedarf?**



BRAUCHEN WIR DAS????

WENN JA, WARUM ...?



Für Deutschland: Leitfaden Qualitätskriterien (BZgA) – Transfer auf Netzerkebene

