

Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote gemäß Leitfaden Prävention 2020, Kapitel 7, Stand Dezember 2020

Dieses Dokument ergänzt und konkretisiert die verbindlichen Regelungen in Kapitel 7 des Leitfadens Prävention vom 14.12.2020. In Hinblick auf eine Zertifizierung eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots werden einige Handlungsfelder übergreifende Förderkriterien erläutert (1) und es werden die Kriterien für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens bezogen auf die Handlungsfelder gemäß Kapitel 5 des Leitfadens konkretisiert (2).

Die Regelungen des Kapitels 7 des Leitfadens Prävention treten am 01.07.2021 in Kraft.¹

Inhalt

1. Erläuterungen und Konkretisierungen zu den Handlungsfelder übergreifenden Förderkriterien	2
1.1 Kriterien für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens	2
1.2 Kriterien zur Verfügbarkeit individueller Unterstützung	4
1.3 Kriterien für die Qualifikation der die Unterstützung anbietenden Person	4
1.4 Kriterien für die Information der Versicherten	5
1.5 Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität: Trainingskonzept und -inhalt.....	7
1.6 Kriterien für Nachweis und finanzielle Förderung der Nutzung.....	7
2. Handlungsfeldbezogene Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote.....	8
2.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten	9
2.2 Handlungsfeld Ernährung	13
2.3 Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement	17
2.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum	22

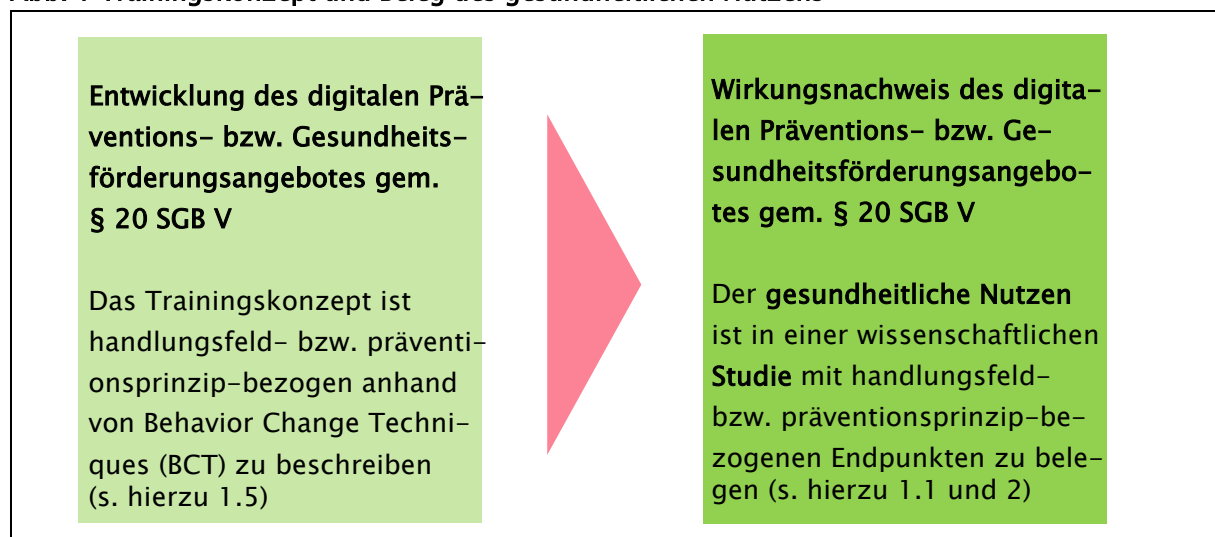
¹ Die Prüfung und Zertifizierung von digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten kann ab 01.07.2021 erfolgen.



1. Erläuterungen und Konkretisierungen zu den Handlungsfelder übergreifenden Förderkriterien

Die Zertifizierung eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots erfolgt in Abhängigkeit der in Kapitel 7 des Leitfadens Prävention beschriebenen Kriterien (vgl. hierzu Leitfaden Prävention S. 128–143). Die wesentlichen Grundlagen hierfür bilden die vom Anbieter vorzulegende Beschreibung des Angebots (Trainingskonzept) sowie der Beleg des gesundheitlichen Nutzens des Angebots (Abb. 1).

Abb. 1 Trainingskonzept und Beleg des gesundheitlichen Nutzens



Die Zertifizierung eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots durch die Zentrale Prüfstelle Prävention erfolgt bei Erfüllung aller Kriterien des Kapitels 7 für drei Jahre. Für den Fall, dass der Beleg des gesundheitlichen Nutzens eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots durch eine Studie noch aussteht, kann eine Zertifizierung bei Erfüllung aller anderen Kriterien und Vorlage des Studiendesigns zunächst für ein Jahr erfolgen; sobald der gesundheitliche Nutzen durch die Studie belegt ist, kann dann eine Zertifizierung für drei Jahre durch die Zentrale Prüfstelle Prävention erfolgen.

1.1 Kriterien für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens

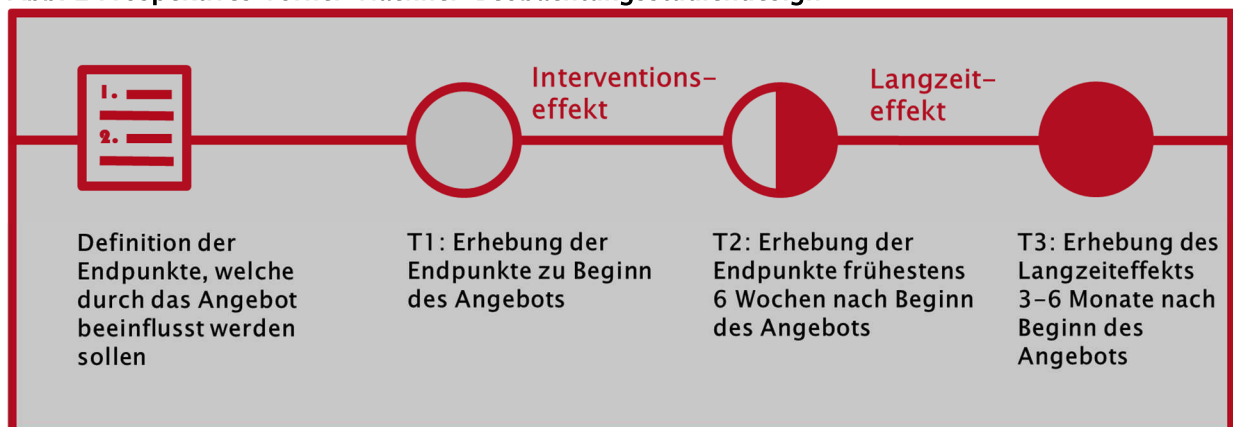
Die handlungsfeldbezogenen Förderkriterien fokussieren auf die Wirksamkeit eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots, die in einer Studie zu belegen ist (vgl. Kapitel 7.3 des Leitfadens Prävention). Es werden jeweils auf Basis der wissenschaftlichen Literatur bzw. Expertenvotum handlungsfeld- bzw. präventionsprinzip-bezogen trainierbare Gesundheitsförderungsfaktoren beschrieben (Endpunkte s. 2). Diese bilden die Grundlage für die Konzeption einer

Studie zum Nachweis des gesundheitlichen Nutzens des digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebots.

Prospektive Vorher-Nachher-Beobachtungsstudien (Eingruppen-Prä-Post-Design)

Bei den Studien zum Nachweis des gesundheitlichen Nutzens der digitalen Präventions- und Gesundheitsangebote handelt es sich **mindestens** um prospektive Vorher-Nachher-Beobachtungsstudien. Beim prospektiven Vorher-Nachher-Beobachtungsstudiendesign wird nur die Gruppe von Nutzern des Angebots über einen Zeitverlauf beobachtet (Abb. 2). Die Wirksamkeitsprüfung beruht nicht auf einem Gruppen-, sondern auf einem intraindividuellen Vergleich der Endpunkte aus einer Beobachtung zu Beginn der Nutzung des Angebots, einer Beobachtung nach Nutzung des Angebots sowie einer Langzeitmessung. Insgesamt ergeben sich daraus drei Messzeitpunkte.

Abb. 2 Prospektives Vorher-Nachher-Beobachtungsstudiendesign



Für eine Zertifizierung ist es zwingend notwendig, das Studiendesign und die Hypothesen der Studie vor Beginn der Erhebung festzulegen und in einer öffentlich einsehbaren Datenbank (z. B. Deutsches Register Klinischer Studien DRKS oder Open Science Framework OSF) zu registrieren. Als Beleg des gesundheitlichen Nutzens gilt ein Nachweis statistischer Signifikanz eines gesundheitsrelevanten Unterschieds in den vorab definierten Erfolgsmaßen (Endpunkte s. Handlungsfeldbezogene Förderkriterien 2) vor und nach Nutzung des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots. Die für den statistischen Nachweis notwendige Stichprobengröße ist vom Anbieter selbst entsprechend den erwarteten Ergebnissen festzulegen.

Die für die Zertifizierung entscheidenden Ergebnisse sind als zentrale Aussagen in der Studie kenntlich zu machen.

Sofern wegen eines noch ausstehenden Belegs des gesundheitlichen Nutzens eine vorläufige Zertifizierung von einem Jahr angestrebt wird, ist der Zentrale Prüfstelle Prävention das Studiendesign vorab vorzulegen.

Vergleichende prospektive Beobachtungsstudien (Kohortenstudie, d. h. es werden zwei Gruppen – Nutzer und Nichtnutzer – in einem Kontrollgruppendedesign verglichen) sind für den Beleg des gesundheitlichen Nutzens als aussagekräftiger anzusehen und daher ausdrücklich erwünscht.

1.2 Kriterien zur Verfügbarkeit individueller Unterstützung

Die verpflichtend vorzuhaltende technische und fachliche Mindestunterstützung durch eine Person erfordert eine Antwort binnen 48 Std nach Anfrage des Versicherten. Sofern ein digitales Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot **zusätzlich** zu dieser verpflichtenden Mindestunterstützung im Trainingskonzept eine darüberhinausgehende Unterstützung durch eine Person als e-Coach vorsieht, gilt folgendes:

Die darüberhinausgehende Unterstützung durch einen e-Coach erfolgt in Abhängigkeit vom Trainingskonzept entweder auf Anfrage des Versicherten (on demand) oder zu definierten Trainings-schritten ausgehend vom e-Coach selbst.

Tabelle 1 Beispiele e-Coach-Unterstützung

Unterstützung	Unterstützung auf Initiative des Versicherten (on demand)	Unterstützung auf Initiative des e-Coaches
Beschreibung	Das digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot umfasst die Möglichkeit zur Unterstützung als expliziten Baustein des Trainingskonzeptes.	Ein e-Coach kontaktiert Versicherte gemäß einem im digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot definierten Anlass und gibt individuelle Unterstützung.
Beispiel	In einem internetbasierten Training können Versicherte z. B. nach jeder Einheit einen 10-minütigen telefonischen Termin mit einem e-Coach zu vereinbaren. Dies ist fester Bestandteil des Trainingskonzeptes.	Ein digitales Präventionsangebot ist so konzipiert, dass die Versicherten innerhalb von z. B. 2 Werktagen nach dem Absolvieren einer Trainingseinheit ein schriftliches Feedback durch einen e-Coach per Nachrichtensystem erhalten.

1.3 Kriterien für die Qualifikation der die Unterstützung anbietenden Person

Sowohl die die Mindestunterstützung anbietende Person als auch die als e-Coach fungierende Person müssen die Anbieterqualifikation entsprechend Kapitel 5.3 des Leitfadens Prävention erfüllen. Die Kriterien für die Anbieterqualifikation sind in den Unterkapiteln des Leitfaden-Kapitels 5.4 bezogen auf die Handlungsfelder und Präventionsprinzipien spezifiziert dargestellt.

Dies bedeutet: Bei digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangeboten, die zusätzlich zur verpflichtenden Mindestunterstützung mit Unterstützung durch e-Coaches arbeiten, ist für diese – über die Qualifikation der die Mindestunterstützung anbietenden Personen hinausgehend – eine Einweisung in das im digitalen Angebot einzusetzende Coachingmanual nachzuweisen und die Organisation regelmäßiger Super- bzw. Intervention.

1.4 Kriterien für die Information der Versicherten

Der Anbieter informiert den Versicherten auf seiner Internetseite vollumfänglich über den gesundheitlichen Nutzen seines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots.

Fiktives Beispiel für die Anwendung des PICO-Schemas für die Information der Versicherten (gem. Kapitel 7 des Leitfadens Prävention)

„Wer wurde untersucht?

In einer Studie wurden 200 Personen im Alter von 35 bis 70 Jahren untersucht, die sich schon längere Zeit eine bessere Erholung gewünscht haben und die etwas zur Verbesserung ihres Schlafs ausprobieren wollten. Im Durchschnitt wurde berichtet, dass der Schlaf an 2 Tagen in der Woche nicht erholsam war und an mindestens einem Tag ging dies mit Tagesmüdigkeit einher.

Was wurde untersucht?

In der App Schlaf-Wunder geht es darum, alltägliche Gewohnheiten zu entwickeln, die sich günstig auf den Schlaf auswirken. Für jeden Tag kann man sich etwas Schlafförderliches vornehmen und mit einem Tagebuch beobachten, ob sich die Schlafqualität ändert.

Was wurde miteinander verglichen?

100 Personen konnten für 8 Wochen die App Schlaf-Wunder nutzen. Die anderen 100 Personen haben die App erst nach einer Wartefrist von 8 Wochen bekommen. Wer zu welcher Gruppe gehörte, hat der Zufall entschieden.

Was war das Ergebnis?

Nach 8 Wochen berichteten alle Personen von einer besseren Schlafqualität, aber bei den Personen mit der App Schlaf-Wunder war die Schlafqualität nochmals besser im Vergleich zu Personen ohne App.

War die Verbesserung bedeutsam?

Der Vorteil der Personen mit der App Schlaf-Wunder gegenüber den anderen Personen betrug 4 Punkte im Fragebogen „Erholsamer Schlaf“. Nach der Einschätzung eines unabhängigen Gremiums von Fachleuten sind 4 Punkte ein gesundheitlich relevanter Vorteil. Der verwendete Fragebogen ist unter www.das-ist-ein-fiktives-beispiel.de einsehbar.

Macht die Häufigkeit der App-Nutzung einen Unterschied?

In der Studie wurde zusätzlich herausgefunden, dass Personen, die die App an mindestens 5 Tagen in der Woche nutzen um 2 Punkte gegenüber denen im Vorteil waren, die die App nur an 1 oder 2 Tagen nutzen.

Was wurde darüber hinaus untersucht?

Die Personen in der App-Gruppe hatten zudem einen Vorteil in Bezug auf Stress. Allerdings zeigte sich auch, dass sich Personen mit und ohne App nicht in Bezug auf die Tagesmüdigkeit unterschieden. Negative Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Wie aussagekräftig sind die Studienergebnisse?

Für alle zertifizierten digitalen Anwendungen liegen Studienergebnisse vor, die hohen wissenschaftlichen Standards genügen. Die Studie zu dieser digitalen Anwendung gehört zu Klasse der randomisiert-kontrollierten Studien. Diese Art von Studien liefern einen höchst zuverlässigen Nachweis für den gesundheitlichen Nutzen. Eine noch stärkere Gewissheit zum gesundheitlichen Nutzen wäre beim Vorliegen von mehreren Studien dieser Art möglich.“

Sofern der Beleg des gesundheitlichen Nutzens des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots (vgl. 1.1) noch aussteht, ist auch dies den Versicherten gegenüber transparent zu machen, z. B. in folgender Weise:

„Der gesundheitliche Nutzen dieses Angebots wurde bislang noch nicht in einer wissenschaftlichen Studie nachgewiesen. Von >Datum bis Datum< wird daher eine Studie durchgeführt, die untersucht, in welchem Ausmaß dieses Angebot zu einer Verbesserung von >X< beiträgt. Nähere Informationen zu der Studie finden Sie > Link / Verweis auf die Registrierung.“

Ggf. kann darauf hingewiesen werden, weshalb ein gesundheitlicher Nutzen erwartet wird, z. B. in folgender Weise:

„Dieses Angebot beruht auf Trainingselementen von < X, Y> deren gesundheitlicher Nutzen bereits in anderen Zusammenhängen nachgewiesen werden konnte > Link / Verweis auf Quellen.“

Zur Unterstützung einer nachhaltig gesundheitsförderlichen Lebensführung weist der Anbieter des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots die Nutzenden je nach Handlungsfeld allgemein darauf hin, ggf. weitere, auch regionale, Angebote zu nutzen (z. B. Nutzung von Sportvereinen im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten) sowie auf Infotelefone und Internetsuchfunktionen für regionale Unterstützungsangebote (z. B. Suche von Suchthilfeeinrichtungen im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum).

Weiterhin erstellt der Anbieter eine Kurzbeschreibung des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots, die nach Zertifizierung auf den Internetseiten der Krankenkassen zur Information der Versicherten eingestellt werden kann.

1.5 Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität: Trainingskonzept und -inhalt

Jedes Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot ist anhand der handlungsfeld- bzw. präventionsprinzip-bezogenen Inhalte (vgl. Kapitel 5.4 des Leitfadens Prävention) sowie anhand der eingesetzten Techniken zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens (engl. Behavior Change Techniques² BCT) zu beschreiben (Analogie zu Kursmanual bzw. Stundenverlaufsplänen bei Präsenzkursen gemäß Kapitel 5 des Leitfadens Prävention). Der Begriff BCT bezeichnet dabei die gesteuerten, replizierbaren Komponenten von Interventionen mit dem Ziel der Verhaltensänderung. Alle Ansätze zur aktiven Steuerung und Unterstützung von Verhaltensänderung lassen sich einer von insgesamt 16 Oberkategorien von BCT zuordnen. Der explizite Bezug auf diese Techniken zur Veränderung von Gesundheitsverhalten unterscheidet Interventionen von Angeboten, die lediglich Informationen, Tipps oder Ratschläge zur Verfügung stellen. Es sind immer mehrere Techniken zu kombinieren. Vor dem gesetzlichen Hintergrund des § 20 SGB V, mit Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht nur zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken beizutragen, sondern auch das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln der Versicherten³ zu fördern, müssen mindestens Techniken aus den folgenden vier Oberkategorien eingesetzt werden:

- Ziele und Planung (Oberkategorie 1)
- Verhalten beobachten und Feedback geben (Oberkategorie 2)
- Wissen bilden (Oberkategorie 4)
- Wiederholen und Verallgemeinern (Oberkategorie 8).

1.6 Kriterien für Nachweis und finanzielle Förderung der Nutzung

Die Versicherten erhalten vom Anbieter eine downloadfähige Teilnahme- bzw. Nutzungsbestätigung (vgl. hierzu auch Kapitel 5.3 des Leitfadens Prävention) mit folgenden Informationen:

- Name des/der Versicherten

² Mitchie, S., C. E. Wood, M. Johnston, C. Abraham, J. J. Francis & W. Hardeman (2015) Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). Health Technology Assessment. Jg.19(99). Online unter doi: 10.3310/hta19990. Eine Auflistung der Techniken und Beispiele findet sich in dem zuvor zitierten Artikel in Appendix 2, Tabelle 19, S. 117ff. Eine deutsche Kurzfassung findet sich unter: Göhner W, Küffner R, Schagg D, Faller H, Reusch A: Behavior Change Techniques Taxonomy version 1 - Deutsche Übersetzung der Taxonomie von Michie et al., 2013. 2016; Online verfügbar unter: http://www.zentrum-patientenschulung.de/download/BCT_deutsch_BeFo-Gruppe_2016.pdf; abgerufen am 21.10.2020

³ Negative und dem selbstbestimmten Handeln entgegenstehende Wirkmechanismen (z.B. Bestrafung) sowie Medikamente sind als Techniken zur Verhaltensänderung von der Förderung ausgeschlossen.

- Benennung des digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots
 - Zuordnung zu Handlungsfeld/Präventionsprinzip
 - Maßnahme-ID in Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention
 - Bestätigung, dass für die individuelle Unterstützung qualifiziertes Fachpersonal gemäß Leitfa-
den Prävention zur Verfügung stand
 - Bei Angebot mit aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten
 - Anzahl maximal möglicher und Anzahl der von dem/der Versicherten absolvierten
Trainingseinheiten in sechs Monaten
 - Bei auf Einübung umschriebenen Verhaltens ausgerichtetem Angebot
 - Empfohlene Nutzungshäufigkeit und Häufigkeit der Nutzung durch den Versicher-
ten/die Versicherte innerhalb max. einem Jahr
 - Höhe des vom Versicherten entrichteten Beitrags für das Angebot
 - Bestätigung, dass die Nutzung des Angebots nicht an ein Abonnement o. ä. geknüpft ist
- Eine persönliche Unterschrift des Anbieters auf der Teilnahme- bzw. Nutzungsbestätigung kann durch eine digitale Signatur ersetzt werden.

Der bzw. die Versicherte stellt mit der Teilnahme- bzw. Nutzungsbestätigung des Anbieters einen Antrag auf anteilige Kostenerstattung entsprechend der Satzungsregelung seiner bzw. ihrer Krankenkasse.

2. Handlungsfeldbezogene Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote

In den folgenden Kapiteln werden für die Handlungsfelder des Leitfadens Prävention (Kapitel 5.4) geeignete Endpunkte zum Beleg des gesundheitlichen Nutzens eines digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebots durch eine Studie aufgeführt. Bei Handlungsfelder übergreifenden Angeboten ist der gesundheitliche Nutzen in den jeweiligen Handlungsfeldern nachzuweisen. Beispiele (Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement):

Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zur Bewegung können handlungsfeld-übergreifende Inhalte und Ziele aufnehmen. Dazu zählt z. B. die Entspannungsfähigkeit, soziale Unterstützung oder ein positives emotionales Erleben aus dem Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement oder Themen aus dem Handlungsfeld Ernährungsgewohnheiten, die dann als sekundäre Erfolgsmaße beim Nachweis des Nutzens berücksichtigt werden können. Liegt das primäre Ziel eines digitalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebots zur Bewegung in einem anderen Handlungsfeld, z. B. Bewegung als Mittel zur Reduktion von Stress, zur Förderung

von Entspannung oder zur Prävention von Übergewicht, so sind die in den entsprechenden Handlungsfeldern aufgeführten Erfolgskriterien als primäre Endpunkte zu berücksichtigen.

2.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

Präventionsprinzipen: Reduzierung von Bewegungsmangel und Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

In Kapitel 5.4.1 des Leitfadens Prävention wird die Bedeutung von Bewegungsmangel als zentraler gesundheitlicher Risikofaktor sowie die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit herausgestellt. In den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung⁴ wird auf die Herausforderung verwiesen, dass der Nutzen von Bewegung für die Gesundheit belegt ist, jedoch die Prävalenzen von Menschen mit bewegungsarmen Lebensstilen über die letzten Jahrzehnte konstant geblieben sind.

Für den Nachweis des gesundheitlichen Nutzens eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots ist mindestens eines der aufgeführten Kriterien als Erfolgsmaß zu berücksichtigen. Für die Erhebung des Bewegungsverhaltens sind validierte Verfahren einzusetzen (z. B. Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus FFB-Mot). Idealerweise führen digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote dazu, dass die in den Empfehlungen genannten Ziele erreicht werden. In den Nationalen Empfehlungen wird jedoch auf den gesundheitlichen Nutzen kleinerer Fortschritte, insbesondere bei inaktiven Menschen hingewiesen. Ebenso wird der gesundheitliche Nutzen betont, der mit einer über die Mindestanforderungen hinausgehenden Bewegung verbunden ist. Für den Nachweis des gesundheitlichen Nutzens eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebotes ist daher der Nachweis entscheidend, dass Versicherte im Vergleich zur Nichtnutzung einen relevanten Vorteil haben, der sich in der Annäherung an die Mindestanforderungen ebenso zeigen kann, wie in einer darüberhinausgehenden Verbesserung.

⁴ Rütten, A. & K. Pfeifer (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Online unter: <https://service.bzga.de/pdf.php?id=136839b90f0197896479a5f650dc5daf>.

Tabelle 2 Kriterien für gesundheitsförderliche Bewegung

Kriterium für gesundheitsförderliche Bewegung	Beschreibung
	<i>Zielgruppe Jugendliche</i>
Steigerung der Bewegungszeit	Dieses Kriterium zielt auf die Steigerung des zeitlichen Umfangs der täglichen Bewegung ab. Dabei wird eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in moderater bis hoher Intensität empfohlen. Davon können 60 Minuten durch Alltagsaktivitäten wie z. B. mindestens 12.000 Schritte / Tag, abgedeckt werden.
Reduktion von Inaktivität	Ziel ist es, vermeidbare Sitzzeiten, insbesondere den Bildschirmmedienkonsum, zu reduzieren. Für Jugendliche wird empfohlen nicht notwendigen Bildschirmmedienkonsum so gering wie möglich zu halten, wobei er 120 Minuten / Tag nicht übersteigen soll.
Steigerung von Kraft und Ausdauer	Ab dem Grundschulalter sollen Kraft und Ausdauer gefördert werden. Empfohlen wird Kraft und Ausdauer an zwei bis drei Tagen pro Woche durch eine höher intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen zu verbessern. Dabei ist der jeweilige Entwicklungsstand zu berücksichtigen.
	<i>Zielgruppe gesunde Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren ohne spezifische Kontraindikation für Bewegung und Zielgruppe ältere Erwachsene ab 65 Jahren.</i>
Förderung von ausdauerorientierter Bewegung	Dieses Kriterium zielt auf einen größeren zeitlichen Umfang von ausdauerorientierter Bewegung ab. Für die Mindestempfehlungen gilt dabei <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 150 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit moderater Intensität, oder • mindestens 75 Minuten / Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität, oder • ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten. Die Gesamtaktivität sollte in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche gesammelt werden.

Kriterium für gesundheitsförderliche Bewegung	Beschreibung
Förderung von muskelkräftigenden Aktivitäten	Dieses Kriterium zielt auf die Förderung von muskelkräftigenden körperlichen Aktivitäten ab. Empfohlen wird die Durchführung von zusätzlichen muskelkräftigenden körperlichen Aktivitäten, durch eine höher intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen, an mindestens zwei Tagen pro Woche.
Vermeidung längerer Sitzphasen	Ziel ist es, die mit Sitzen verbrachte Zeit einzuschränken und durch körperliche Aktivität zu unterbrechen. Insbesondere lange, ununterbrochene Sitzphasen sollen vermieden werden und nach Möglichkeit regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrochen werden.
	<i>Zielgruppe ältere Erwachsene ab 65 Jahren.</i>
Förderung des Gleichgewichts zur Sturzprävention	Ziel ist die Durchführung von Gleichgewichtsübungen bei älteren Erwachsenen mit Mobilitätseinschränkungen. Für diese Gruppe wird empfohlen, an mindestens drei Tagen der Woche Gleichgewichtsübungen zur Prävention von Stürzen durchzuführen.
	<i>Für alle Zielgruppen relevante Kriterien</i>
Steigerung der Beweglichkeit	Zielt auf den Schwingungsradius elastischer Elemente der Muskulatur und im Kapsel-Sehnen-Bandapparat der Gelenke. Bei fehlender Beweglichkeit wird Unbeweglichkeit begünstigt und Bewegungseinschränkungen werden gefördert. Die Dehnung von Muskeln und Bändern gleicht neuromuskuläre Dysbalancen aus.
Verbesserung der Koordination	Koordinative Leistungsfähigkeit ist die Grundlage für Bewegungsvielfalt im Kindes- und Jugendalter und gibt im Altersverlauf Bewegungssicherheit. Sinnesorgane und Gehirn bilden die Basis für koordinative Bewegungsleistungen. Vielfältige koordinative Bewegungen verbessern wiederum die Leistungsfähigkeit des Gehirns. Das ökonomische Zusammenspiel von einzelnen Muskelgruppen ist dabei ebenso wichtig, wie die exakte Koordination von Teilbewegungen bei komplexen oder rhythmischen Bewegungsabläufen.
Aufbau von bewegungsbezogener Selbstwirksamkeit	Ziel ist es, die Zuversicht zu fördern, sich zu bewegen und Bewegungsformen ausführen zu können. Dies wird auch als Bewegungskompetenz bezeichnet und ist damit eine Grundvoraussetzung für Bewegungsausübung

Kriterium für gesundheitsförderliche Bewegung	Beschreibung
	und -aktivität. Zudem umschreibt die bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit einen positiven und selbstbewussten Umgang mit möglichen Zugangsbarrieren zur körperlichen Aktivität wie Zeitmangel, Motivationsverlust, Ängste etc.
Befähigung für gesundheitswirksame Bewegung	Dieses Kriterium bildet ab, das Menschen körperlich-motorisch dazu in die Lage versetzt werden, gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten (ausdauerorientierte Aktivitäten, Muskelkräftigung, Gleichgewichtsübungen) tatsächlich realisieren zu können (Bewegungskompetenz) und das Zutrauen in die eigenständige Realisation entwickelt (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit).
Handlungskompetenz für gesundheitsförderliche Gestaltung und Steuerung körperlicher (Trainings-) Belastungen	Dieses Kriterium zielt auf eine wissensbasierte Kompetenz zur individuell angemessenen Gestaltung und Steuerung körperlichen Trainings. Diese Kompetenzen können sich sowohl auf die Stärkung physischer Gesundheitsressourcen, die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen oder die Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen beziehen.
Kompetenzen zur Initiierung und Aufrechterhaltung regelmäßiger Bewegung	Dieses Kriterium zielt auf die notwendigen motivationalen und volitionalen Voraussetzungen für die Sicherstellung einer notwendigen Regelmäßigkeit, ohne die kein Gesundheitsnutzen dauerhaft zu realisieren ist.

Insbesondere bei Angeboten nach dem zweiten Präventionsprinzip kann ein inhaltlicher Bezug zu anderen Handlungsfeldern bestehen, z. B. bei Bewegungsangeboten für Versicherte mit Diabetes besteht ein Bezug zum Handlungsfeld Ernährung, bei Bewegungsangeboten für Menschen mit chronisch nicht spezifischen Rückenschmerzen besteht ein Bezug zum Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement.

In Abhängigkeit davon, ob das digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot im Präventionsprinzip 1 (Reduzierung von Bewegungsmangel) oder im Präventionsprinzip 2 (Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme) verortet ist, gelten die Qualifikationsanforderungen

an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches für digitale Angebote entsprechend den Anforderungen für nicht-digitale Angebote gemäß Kapitel 5.4.1. Die Einweisung in die jeweilige digitale Anwendung und ggf. in das e-Coaching-Manual ist als Teil der fachpraktischen Kompetenzen nachzuweisen.

2.2 Handlungsfeld Ernährung

Präventionsprinzipien: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Das Handlungsfeld Ernährung umfasst die beiden Präventionsprinzipien der Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie der Vermeidung und Reduktion von Übergewicht. Aufgrund der Überschneidungen werden beide Präventionsprinzipien gemeinsam thematisiert (siehe Kapitel 5.4.2).

In Ergänzung zu den Ausführungen in Kapitel 5.4.2 des Leitfadens Prävention sollten Versicherte im Sinne eines ganzheitlichen auf Nachhaltigkeit ausgerichteten gesundheitsorientierten Lebensstils bevorzugt zu einer pflanzenbetonten Ernährungsweise mit saisonalen und regionalen Produkten motiviert werden.

Die im Folgenden aufgeführten Erfolgskriterien zur Erreichung der Ziele im Handlungsfeld Ernährung basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung „Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE“, der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas⁵ sowie der S3 Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Bewegungsbezogene Ziele für die Reduktion von Übergewicht sind im Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten aufgeführt.

Ernährung ist ganzheitlich zu betrachten. Zum Nachweis des gesundheitlichen Nutzens eines digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots im Handlungsfeld Ernährung sind daher drei Erfolgsmaße einzubeziehen.

Hierzu zählen:

- Die Förderung einer abwechslungsreichen und ausgewogenen Ernährung
- sowie die Förderung von bewusstem achtsamen Essen.
- Zusätzlich zu diesen Erfolgskriterien ist mindestens ein weiteres Erfolgskriterium aus der in Tabelle 3 genannten Einzelkriterien auszuwählen. Anstelle eines dieser einzelnen Erfolgskri-

⁵ Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (Hrsg.) (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas. Version 2.0. Online unter: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html.

terien aus der Tabelle können auch mehrere der aufgeführten Einzelkriterien zu einem kombinierten Erfolgsmaß zusammengefasst werden. Bei Angeboten mit dem Ziel der Reduktion oder Vermeidung von Übergewicht ist das Gewicht als Erfolgskriterium zu berücksichtigen.

Für die Erhebung des Ernährungsverhaltens sind validierte Verfahren einzusetzen. Beispiele sind die Verzehrshäufigkeitsfragebögen Food-Frequency-Questionnaire und DEGS-Ernährungsfragebogen.

Tabelle 3 Erfolgskriterien für gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten

Gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten	Beschreibung
Übergreifende Musskriterien	
Abwechslungsreiche Ernährung fördern	Die ausgewogene Ernährung zeichnet sich durch eine pflanzenbetonte Kost aus, die folgende Lebensmittelgruppen beinhaltet: Gemüse und Salat, Obst, Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln, Milch und Milchprodukte, Fleisch, Wurst, Fisch und Eier, Öle und Fette, kalorienarme Getränke. Für Versicherte, die sich vegetarisch ernähren oder auf eine vegetarische Ernährung umstellen möchten, sind Fleisch, Wurst und Fisch adäquat zu ersetzen; für Versicherte, die sich vegan ernähren oder auf eine vegane Ernährung umstellen möchten, sind bedarfsentsprechende spezifische Angebote zu machen
Förderung von bewusstem, achtsamem Essen	Ziel ist bewusst zu essen, indem eine Pause für das Essen eingelegt wird und sich Zeit genommen wird für das Essen. Essen nebenbei z. B. beim Fernsehen oder Arbeiten soll gemieden werden. Langsames, bewusstes Essen und gründliches Kauen können den Genuss sowie Sättigungsempfinden fördern, entspannen und dabei helfen das Körpergewicht zu regulieren.
Einzelkriterien	
Verzehr von Gemüse und Obst fördern	Dieses Kriterium zielt auf die Steigerung des Verzehrs von Gemüse und Obst ab. Empfohlen wird der Verzehr von mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag. Dazu gehören auch Hülsenfrüchte und Nüsse.
Verzehr von Vollkornprodukten fördern	Dieses Kriterium zielt auf die Förderung des Verzehrs von Vollkornprodukten ab. Ziel ist es, den Anteil von Weißmehlprodukten zu reduzieren und diese durch Vollkornvarianten zu ersetzen, um so die Kohlenhydratqualität der Ernährung zu verbessern und die Ballaststoffzufuhr zu erhöhen.

Gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten	Beschreibung
Milchprodukte täglich verzehren	Dieses Kriterium zielt auf die Förderung des Verzehrs von Milch und Milchprodukten wie Joghurt oder Käse ab. Empfohlen wird ein täglicher Verzehr von Milch und Milchprodukten.
Ausreichend Fisch essen	Ziel ist es, fettreichen und fettarmen Fisch ein- bis zweimal pro Woche zu essen.
Reduktion von Fleisch und Wurst	Bei Menschen, die Fleisch essen, ist es Ziel, die wöchentliche Menge an Fleisch und Wurst auf max. 300 g bis 600 g zu begrenzen.
Reduktion der Fettzufuhr	Dieses Kriterium zielt auf die Reduktion der Fettzufuhr und die Umstellung der Ernährung auf eine fettarme/fettmoderate Kost ab.
Gesundheitsfördernde Fette nutzen	Dieses Kriterium zielt auf die Umstellung in der Fettsäurequalität der Ernährung. Dies beinhaltet eine Reduktion von gesättigten Fettsäuren und eine Steigerung von (mehrfach) ungesättigten Fettsäuren. Indem hochwertige pflanzliche Öle wie beispielsweise Rapsöl und daraus hergestellte Streichfette bevorzugt werden und versteckte Fette vermieden werden. Versteckte Fett kommen u. a. in verarbeiteten Lebensmitteln wie Wurst, Gebäck, Süßwaren, Fast-Food und Fertigprodukten vor.
Reduktion des Zuckerkonsums	Ziel ist es, die Menge des konsumierten Zuckers in Lebensmitteln zu reduzieren.
Reduktion des Konsums von Salz	Ziel ist es, die Menge des konsumierten Salzes in Lebensmitteln zu reduzieren. Empfohlen wird die Grenze von 6 g pro Tag nicht zu überschreiten und Salz zu verwenden, das mit Jod und Fluorid angereichert ist.
Ausreichende Flüssigkeitszufuhr	Ziel ist die Steigerung der Trinkmenge von Wasser oder anderer kalorienfreier Getränke. Empfohlen wird eine Menge von rund 1,5 Litern kalorienfreier Getränke pro Tag.
Reduktion von kalorienreichen Getränken.	Ziel ist die Reduktion der Menge an zuckergesüßten (v. a. Softdrinks) und / oder kalorienreichen Getränken (v. a. Fruchtsäfte und -nektare sowie Alkohol).
Nährstoffschonende Nahrungszubereitung	Ziel ist es, Essen so zuzubereiten, dass die Nährstoffe so weit wie möglich erhalten bleiben.

Gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten	Beschreibung
Gewichtsreduktion	Dieses Kriterium richtet sich an Menschen mit Übergewicht und zielt auf die Reduktion des Gewichts und / oder die Reduktion des Taillenumfangs ab. Gewichtsreduktion ist kein Ziel für Menschen mit Untergewicht.
Gewichtsstabilisierung	In Situationen, in denen typischerweise eine (weitere) Gewichtszunahme auftritt sowie nach erfolgreicher Gewichtsreduktion, kann die Stabilisierung des Gewichts und / oder des Taillenumfangs ein Ziel sein.
Kontrolle des Gewichts	Die Kontrolle des Gewichts kann dazu beitragen, die Motivation für und den Erfolg von Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens zu fördern.
Kontrolle des Ernährungsverhaltens	Das systematische Erfassen von Ernährungsgewohnheiten z. B. durch Tagebücher kann zur Umstellung von Ernährungsgewohnheiten beitragen. Dabei können z. B. die Art der Speisen und Getränke, ihre Menge und ihr Energiegehalt sowie der Anlass der Nahrungsaufnahme erfasst werden.
Reduktion des Verzehrs von Fast Food	Ziel dieses Kriteriums ist die Reduktion der Menge von Fast Food Produkten, die eine hohe Energiedichte aufweisen.
Reduktion energiedichter Zwischenmahlzeiten	Dieses Kriterium zielt auf die Reduktion von energiedichten Zwischenmahlzeiten ab, bei denen energiereiche Nahrungsmittel konsumiert werden („Snacking“ oder „Grazing“).
Reduzierung energiedichter Lebensmittel	Ziel ist die Reduktion der Energiezufuhr, die über eine Reduktion des Konsums von Fett und / oder Kohlenhydraten erreicht werden kann.
Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	Dieses Kriterium zielt auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab, die das subjektive Wohlbefinden bzw. die Funktionsfähigkeit in zentralen Lebensbereichen beinhaltet. Dabei können körperliche, emotionale und soziale Aspekte gleichermaßen bedeutsam sein.
Förderung der Körperzufriedenheit	Während Körperzufriedenheit eine wichtige Ressource darstellt, steht Körperunzufriedenheit im Zusammenhang mit Beschwerden und Erkrankungen. Dieses Kriterium zielt auf die Förderung der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ab.

In Abhängigkeit davon, ob das digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot im Präventionsprinzip 1 (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung) oder im Präventionsprinzip 2 (Vermeidung und Reduktion von Übergewicht) verortet ist, gelten die Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches für digitale Angebote entsprechend den Anforderungen für nicht-digitale Angebote gemäß Kapitel 5.4.2. Die Einweisung in die jeweilige digitale Anwendung und ggf. in das e-Coaching-Manual ist als Teil der fachpraktischen Kompetenzen nachzuweisen.

2.3 Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement

Das Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement umfasst die Präventionsprinzipien Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement) sowie Förderung von Entspannung (vgl. Kapitel 5.4.3 des Leitfadens Prävention), für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auch die Förderung von Erholung i. S. Stärkung schlafförderlichen Verhaltens.

Präventionsprinzip: Förderung von Stressbewältigungskompetenzen

Die Ursachen für Stress (Stressoren) sind vielfältig und ebenso sind die gesundheitlichen Effekte von Stress (Stressreaktion) individuell unterschiedlich. Entsprechend existieren zahlreiche Strategien, die zu einer Stressreduktion beitragen können (Bewältigungsstrategien) und / oder Ressourcen, die zur Aufrechterhaltung bzw. der schnellen Rückgewinnung der psychischen Gesundheit beim Vorliegen von Stressoren beitragen. Digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote können daher an vielfältigen Stellen ansetzen und damit die Unterschiedlichkeit der Stress auslösenden Situation, die unterschiedlichen Motivationslagen und Bedürfnisse der von Stress betroffenen Personen und die Unterschiedlichkeit der Stressreaktionen berücksichtigen. Dabei müssen digitale Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote auf solche veränderbaren Faktoren fokussieren, für die ein Zusammenhang mit Stress und Stressreaktionen nachgewiesen werden konnte. Diese Faktoren und Bewältigungsstrategien wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit identifiziert⁶ und sind – adaptiert – mit Ergänzungen⁷ in Tabelle 4 aufgeführt (Darstellung modifiziert nach Lehr, Kunzler, Helmreich et al. 2018⁸).

Die digitalen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote müssen

- auf die Veränderung des allgemeinen Stresserlebens sowie auf

⁶ Helmreich, I., A. Kunzler, A. Chmitorz, J. König, H. Binder, M. Wessa & K. Lieb (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults (Protocol). Cochrane Database Syst Rev. Jg. 2. CD012527. Online unter: doi:10.1002/14651858.CD012527.

⁷ Wendsche, J. & A. Lohmann-Haislah (2017). A Meta-Analysis on Antecedents and Outcomes of Detachment from Work, Front. Psychol. Jg. 7. S. 2072. Online unter doi: 10.3389/fpsyg.2016.02072

⁸ Lehr, D., A. Kunzler, I. Helmreich, D. Behrendt, A. Chmitorz & K. Lieb (2018). Internetbasierte Resilienzförderung und Prävention psychischer Erkrankungen. Nervenarzt. Jg. 89(7). S. 766-772. Online unter doi:10.1007/s00115-018-0532-2

- mindestens eine der in Tabelle 4 genannten Einzelstrategien zur Stressbewältigung bzw. Ressourcenstärkung

abzielen. Beim Nachweis des gesundheitlichen Nutzens sind also mindestens zwei Erfolgsmaße einzubeziehen. Zum einen ist ein etabliertes Instrument zur Erfassung des allgemeinen Stresserlebens (z. B. Trierer Inventar zum chronischen Stress, Perceived Stress Scale, Perceived Stress Questionnaire, Stress Skala der Depression Anxiety and Stress Scales, DASS-21) oder zur Messung von Stress-Resilienz (z. B. Resilience Scale RS-25, Brief Resilience Scale, Connor-Davidson Resilience Scale) einzusetzen. Zusätzlich ist ein Endpunkt zu erheben, auf dessen Veränderung die spezifische Strategie zur Stressbewältigung bzw. Ressourcenstärkung abzielt. Die Messung erfolgt mittels eines validierten Instruments.

Tabelle 4 Strategien zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Strategie	Beschreibung
Übergreifendes Musskriterium	Veränderung des allgemeinen Stresserlebens
Einzelkriterien	
Aktives Bewältigungsverhalten (v. a. Problemlösen)	Aktive Bewältigung von Stressoren, vor allem mittels problemorientierter Lösungsstrategien
Selbstwirksamkeit	Überzeugung, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können
Optimismus; positiver Attributionsstil	(Realistischer) Optimismus: Tendenz zu positiven Ergebnis- / Zukunftserwartungen und positiver Attributionsstil
Soziale Unterstützung	Unterstützung durch ein soziales Umfeld in Form von z. B. Informationen, praktischer Hilfe oder emotionalen Beistand
Kognitive Flexibilität (v. a. positive (Um-)Bewertung), Akzeptanz negativer Situationen und Emotionen	Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen in Denken und Handeln zu reagieren; vor allem positive (Um-) Bewertung oder Akzeptanz unangenehmer Situationen und Emotionen
Gedankliche Distanzierungsfähigkeit	Fähigkeit, sich von negativ kreisenden Gedanken lösen zu können, z. B. Abschalten von der Arbeit, Unterbrechen von Sorgen und Grübeln
Achtsamkeit	Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf das nicht wertende Erleben des gegenwärtigen Moments zu richten (Sein im Hier und Jetzt), Haltung, die geprägt ist von wohlwollender Akzeptanz und Toleranz gegenüber sich selbst und den Dingen, so wie sie sind

Positive Emotionen/ positiver Affekt	Erleben positiver Emotionen: regelmäßiges Erleben positiver Gefühle und Stimmungen, auch angesichts von Stress oder traumatischen Erfahrungen
Hardiness (Engagement, Kontrolle, Herausforderung)	Grundhaltung, aktiv an verschiedenen Lebensbereichen mitzuwirken, Situationen als kontrollierbar zu empfinden und Anforderungen als Herausforderung wahrzunehmen
Selbstwertgefühl	Positive Bewertung der eigenen Person
Bedeutung/Sinn im Leben, Wertorientierung	Orientierung an Werten und Leitprinzipien; Sinn/Bedeutung im Leben sehen
Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit, Bewältigbarkeit/Handhabbarkeit)	Haltung, Anforderungen des Lebens als verstehbar, handhabbar bzw. bewältigbar und sinnhaft zu empfinden.

Zu den Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches für digitale Angebote des Stress- und Ressourcenmanagements siehe Anforderungen für die entsprechenden nicht-digitalen Angebote gemäß Kapitel 5.4.3. Sofern e-Coaches eingesetzt werden, ist die Einweisung in das e-Coaching-Manual nachzuweisen.

Präventionsprinzip: Förderung von Entspannung (und Erholung)

Gelingt Erholung nach einer Phase von akutem Stress nicht vollständig, kann sich aus akutem Stress der gesundheitlich schädliche chronische Stress entwickeln. Um den Übergang von gesundheitlich unbedenklichem akutem Stress zu chronischem Stress zu verhindern, sind regelmäßige Erholungsphasen bedeutsam.

Entspannungsverfahren

Erholung kann durch den Einsatz von Entspannungsverfahren gefördert werden. Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote können einen Beitrag dazu leisten, die gemäß Kapitel 5.4.3 des Leitfadens Prävention förderfähigen Entspannungsverfahren Progressive Relaxation (PR) nach Edmund Jacobson; Autogenes Training (AT) – Grundstufe – nach Johannes-Heinrich Schultz; Hatha Yoga, Tai Chi oder Qigong anzuwenden und damit Anspannungszustände zu reduzieren. Für den Nachweis der Wirksamkeit von digitalen Entspannungsangeboten werden validierte Instrumente als primäres Erfolgskriterium eingesetzt, die eine Reduktion von chronischem Stress, d. h. von Anspannungszuständen abbilden (z. B. Trierer Inventar zum chronischen Stress, Perceived Stress Scale, Perceived Stress Questionnaire, Stress Skala der Depression Anxiety and Stress Scales, DASS-21), siehe Tabelle 5.

Tabelle 5 Kriterien für Entspannung

Kriterium	Beschreibung
Entspannung	Vermeiden bzw. Reduzieren von andauernder körperlicher und gedanklicher Anspannung

Zu den Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches für digitale Entspannungstrainings siehe Anforderungen für die entsprechenden Entspannungskurse gemäß Kapitel 5.4.3 des Leitfadens Prävention. Sofern e-Coaches eingesetzt werden, ist die Einweisung in das e-Coaching-Manual nachzuweisen.

Stärkung schlafförderlichen Verhaltens

Die grundlegendste Erholungsfunktion hat der Schlaf. Schlafförderliches Gesundheitsverhalten kann dazu beitragen, dass der Schlaf seiner Erholungsfunktion gerecht wird. Digitale Angebote im Bereich des Schlafes weisen ihre Wirksamkeit nach, indem schlafförderliches Verhalten gesteigert wird und eine Verbesserung in der Erholbarkeit des Schlafes vorliegt. Zur Messung können dabei etablierte Instrumente wie z. B. der Schlaffragebogen B/R, der Pittsburgher Schlafqualitätsindex oder der Insomnia Severity Index eingesetzt werden.

Tabelle 6 Kriterien für die Verbesserung der Schlafqualität

Kriterium	Beschreibung
Schlaf und Schlafqualität verbessern	Schlafförderliches Gesundheitsverhalten wie z. B. körperliche und gedankliche Entspannung, Umgang mit koffeinhaltigen und alkoholischen Getränken, Einschlafrituale, Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung, Umgang mit Wachliegezeiten.

Die Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches für digitale Angebote zum Thema Schlaf beinhalten einen staatlich anerkannten Studienabschluss mit Bezug zur psychosozialen Gesundheit und mit dem Nachweis folgender Mindeststandards:

Fachwissenschaftliche Kompetenz

1. Psychologische Grundlagen: 180 h oder 6 ECTS-Punkte
 - Zentrale Fragestellungen menschlichen Erlebens und Verhaltens (Beschreiben, Erklären, Vorhersagen, Verändern)
 - Theorien der Psychologie (z. B. Behaviorismus, kognitive Theorien, sozial-kognitive Theorien) und Teilgebiete (z. B. Lernen und Gedächtnis, Entwicklung, Persönlichkeit, soziale Prozesse, psychische Störungen, insb. Angst und Depression)
 - Selbstregulation und Selbststeuerung

2. Psychologie des Gesundheitsverhaltens: 180 h oder 6 ECTS-Punkte
 - Gesundheitspsychologische Theorien und Modelle
 - Gesundheits- und krankheitsbezogene Kognitionen
 - Risikofaktoren und Ressourcen der Gesundheit
 - Gesundheitsverhalten, Lebensqualität und Wohlbefinden, Persönlichkeit und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheitsverhalten, Gesundheit im Lebenslauf
3. Grundlagen Schlaf, Erholung und Gesundheit: 180 h oder 6 ECTS-Punkte
 - Modelle und Zusammenhänge von Schlaf, Erholungsverhalten und -erleben, Gesundheit und chronischem Stress
 - prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für erholsamen und gestörten Schlaf
 - gestörter Schlaf als Risikofaktor für organische Erkrankungen und psychische Störungen
 - Hyperarousal-Modell des Schlafes
 - Schlaf und kognitive Funktionen (z. B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Lernen)
 - Techniken der Änderung von Gesundheitsverhalten (Behavior Change Techniques)
 - verhaltensorientierte Interventionen bei gestörtem Schlaf, insbesondere Bettzeitrestriktion, Stimuluskontrolle und die 'schlafhygienischen' Regeln
 - kognitive Interventionen bei gestörtem Schlaf
 - Entspannungsverfahren bei gestörtem Schlaf
 - erholsamer und gestörter Schlaf im Lebenslauf, insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen
4. Medizin: 90 h oder 3 ECTS-Punkte
 - Schlaf im Kontext des biopsychosozialen Modells
 - biologische Grundlagen des Stress-Systems und der Schlaf-Wach-Regulation
 - strukturelle neurobiologische Veränderungen und neurobiologische Mechanismen von erholsamem und gestörtem Schlaf (z. B. homöostatische und zirkadiane Regulation sowie die Rolle von Cortisol, Serotonin und Dopamin)
 - Merkmale und Grundlagen von Schlafstörungen
 - erholsamer und gestörter Schlaf bei organischen und psychischen Erkrankungen
 - Evidenz von frei zugänglichen Angeboten
5. Evaluation, Qualitätssicherung, Forschungsmethoden, Statistik: 90 h oder 3 ECTS-Punkte
 - Diagnostische Verfahren, insbesondere zu Schlaf, Stress und Erholung und deren Gütekriterien
 - Methoden der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung

6. Beratung, Training, Schulung, Selbsterfahrung und Einweisung in das (digitale) Angebot zum Schlaf: 90 h oder 3 ECTS-Punkte

Fachübergreifende Kompetenz

7. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention 30 h oder 1 ECTS-Punkt
 - Strategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung
 - Konzepte von Gesundheit und Krankheit
8. Frei wählbar aus den o. g. Inhalten 60 h oder 2 ECTS-Punkte
 - Vertiefte Kompetenzen in einzelnen ausgewiesenen Bereichen

Gesamt 900 h oder 30 ECTS-Punkte

Sofern e-Coaches eingesetzt werden, ist die Einweisung in das e-Coaching-Manual nachzuweisen.

2.4 Handlungsfeld Suchtmittelkonsum

Das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum gliedert sich in die beiden Präventionsprinzipien der Förderung des Nichtrauchens und des risikoarmen Umgangs mit Alkohol bzw. der Reduzierung des Alkoholkonsums (siehe Kapitel 5.4.4 des Leitfadens Prävention).

Präventionsprinzip: Förderung des Nichtrauchens

Auf Grund der vielfältig belegten, gesundheitsschädlichen Folgen des Rauchens sollen digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zur Förderung des Nichtrauchens Versicherte beim Tabakrauch-Ausstieg unterstützen. Da Rauchende eine erhöhte Suizidrate gegenüber Nichtrauchenden aufweisen und gerade bei der Rauchentwöhnung starke Stimmungsschwankungen auftreten können⁹, muss im Angebot deutlich sichtbar auf Angebote der Suizidprävention sowie allgemein auf möglichst regionale Angebote der Suchtprävention (über Infotelefon und Einrichtungssuche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA) verwiesen werden.

Die Wirksamkeit von digitalen Angeboten zur Förderung der Tabakrauch-Entwöhnung zeigt sich primär in der Reduktion der 30-Tage Punktprevalenz der Tabakabstinenz (siehe Tabelle 7).

Die Reduktion der Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag über den Zeitraum von einer Woche kann als Ergänzung zur 30-Tage Punktprevalenz der Tabakabstinenz hinzugezogen werden. Dieses Ergebnismaß eignet sich insbesondere um zumindest eine Teilverbesserung bei der Rauchentwöhnung zu messen. Idealerweise wird ein Unterschied in der Reduktion mittels einer Vergleichsgruppe im Zeitraum nach 14 Tagen bzw. nach 6 und wenn möglich nach 12 Monaten nach (Teil-)Abstinenz gemessen. Bei Nichtvorliegen einer Kontrollgruppe kann ersatzweise die Anzahl

⁹ Christofferson, D. E., K. Hamlett-Berry, E. Augustson (2015). Suicide Prevention Referrals in a Mobile Health Smoking Cessation Intervention. Am J Public Health. Jg. 105(8). e7-9. Online unter: doi:0.2105/ajph.2015.302690.

Personen berechnet werden, die ihren Zigarettenkonsum über den Zeitraum von mindestens 30 Tagen zumindest halbiert haben.

Tabelle 7 Erfolgskriterien¹⁰ für Maßnahmen zur Förderung des Tabakrauch-Ausstiegs

Kriterium für Tabakrauch-Ausstieg	Beschreibung
Reduktion der 30-Tage Punktprävalenz der Tabakabstinenz	In den letzten 30 Tagen nicht geraucht; „nicht einen einzigen Zug“ (inklusive keine nikotinhaltige e-Zigaretten, nikotinhaltige Stoffe in Verdampfungsgeräten, Wasserpfeifentabak etc.). Idealerweise (d. h. nicht als Voraussetzung zum Beleg des gesundheitlichen Nutzens gemäß 1.1) wird dieses Ergebnismaß 30 Tage, 6 Monate und wenn möglich auch nach 12 Monaten nach dem Rauchstopp gemessen.

Für digitale Angebote zur Förderung des Nichtrauchens gelten die Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches entsprechend den Anforderungen für nicht-digitale Angebote gemäß Kapitel 5.4.4. (Präventionsprinzip 1). Die Einweisung in die jeweilige digitale Anwendung und ggf. das e-Coaching-Manual ist als Teil der fachpraktischen Kompetenzen nachzuweisen.

Präventionsprinzip: Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum

Alkohol kann bei langfristig fortschreitendem Konsum sowohl negative physische wie auch psychosoziale Einflüsse auf ein Individuum haben (siehe Kapitel 5.4.4 des Leitfadens Prävention).

Risikoreicher Alkoholkonsum ist oft schambehaftet und die Angst vor Stigmatisierung kann rasch ansteigen. Dies wiederum kann dazu führen, dass der Alkoholkonsum mehr und mehr auch im Versteckten stattfindet. Teilnehmende an digitalen Interventionen im Bereich des risikoreichen Alkoholkonsums nennen nebst den gängigen Vorteilen wie etwa den 24 Stundenzugang auch die verminderte Angst vor Stigmatisierung und die Möglichkeit zur Hilfe durch eine Fachperson trotz sozialer Distanz. Viele Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum ziehen es vor, ihren Konsum vorerst möglichst selbstständig reduzieren bzw. beenden zu wollen und wählen gerade deshalb

¹⁰ Daneben können auch eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung bei der Rauchentwöhnung als sekundäre Ergebnismaße hinzugezogen werden. Unter der Selbstwirksamkeit wird in diesem Zusammenhang die Zuversicht verstanden, um auf Zigaretten verzichten zu können. Zur detaillierten Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung kann z. B. die Selbstwirksamkeits-Skala zur Rauchentwöhnung erfasst werden (Jäkle, C., S. Keller, E. Baum & H. D. Basler (1999). Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. Diagnostica. Jg. 45(3). S. 138-146). Bei der Aktivierung des sozialen Netzwerkes hinsichtlich der Umsetzung der Abstinenzintention kann die Anzahl nahestehender Personen, denen vom konkreten Plan mit dem Tabakrauchen aufhören zu wollen erzählt wird und die Zahl jener nahestehender Personen, die im Notfall bei zu hohem Tabakrauchgelüsten kontaktiert werden können, ermittelt werden.

eine digitale Intervention. So weist eine Metaanalyse darauf hin¹¹, dass sowohl risikoreich Trinkende mit mittleren Alkoholkonsummengen (14/21 Standardgetränke für Frauen/Männer bis 35/50 Standardgetränke pro Woche) wie auch solche mit hohen Alkoholkonsummengen (mindestens 35/50 Standardgetränke pro Woche) von entsprechenden digitalen Gesundheitsinterventionen profitieren können. Allerdings tranken die meisten Personen in der stark konsumierenden Untergruppe dieser Studie nach wie vor riskante Mengen. Verglichen mit den jeweiligen Kontrollen reduzierten Personen in den Interventionsgruppen um 5 Standardgetränke pro Woche mehr ihren Konsum und wiesen einen rund doppelt so häufigen Erfolg auf. Als Erfolg wurde ein Konsum von unter 14 Standardgetränken für Frauen bzw. 21 Standardgetränken bei Männern pro Woche angenommen.

Der gesundheitliche Nutzen von digitalen Angeboten zur Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum muss sich in einem der in Tabelle 8 aufgeführten Erfolgsmaße zeigen. Da risikoreicher Alkoholkonsum häufig als Coping-Mechanismus¹² für weitere Probleme angewandt wird, muss im Angebot deutlich sichtbar auf Angebote der Suizidprävention sowie auf regionale Angebote der Suchtprävention (Infotelefon und Einrichtungssuche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA) verwiesen werden.

Tabelle 8 Erfolgskriterien für Maßnahmen zur Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum

Kriterium zur Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum	Beschreibung
	<i>Zielgruppe Jugendliche</i>
Reduktion von Rauschtrinken	Reduktion von Konsumereignissen, bei denen 4 (Mädchen) bzw. 5 (Jungen) oder mehr alkoholische Standardgetränke bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen getrunken werden.
Reduktion von Risikoreichem Alkoholkonsum gemäß AUDIT-C	Reduktion des Summenwerts in der Kurzversion des Alcohol Use Disorder Identification Test AUDIT-C ¹³ bei Mädchen auf <3 und bei Jungen auf <4.

¹¹ Riper, H., A. Hoogendoorn, P. Cuijpers, E. Karyotaki, N. Boumparis, A. Mira, G. Andersson, A. H. Berman, N. Bertholet, G. Bischof, M. Blakers, B. Boon, L. Boß, H. Brendryen, J. Cunningham, D. Ebert, A. Hansen, R. Hester, Z. Khadjesari, J. Kramer, E. Murray, M. Postel, D. Schulz, K. Sinadinovic, B. Suffoletto, C. Sundström, H. de Vries, P. Wallace, R. W. Wiers & J. H. Smit (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Med.* Jg. 15(12). e1002714. Online unter: doi:10.1371/journal.pmed.1002714.

¹² Knutsche, E., R. Knibbe, G. Gmel & R. Engels (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review.* Jg 25(7), S. 841–861. Online unter: doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.002

¹³ Rumpf H. J., T. Wohlert, J. Freyer-Adam, J. Grothues & G. Bischof (2013). Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res.* Jg. 19(3). S.121–127. Online unter: doi:10.1159/000342331.

Kriterium zur Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum	Beschreibung
	<i>Zielgruppe Erwachsene</i>
Reduktion der wöchentlichen Trinkmenge	Reduktion der Menge an konsumierten Alkoholstandardgetränken pro Woche auf <14 für Frauen und <21 bei Männern.
Reduktion von Rauschtrinken	Reduktion von Konsumereignissen bei der 4 (Frauen) bzw. 5 (Männer) oder mehr alkoholische Standardgetränke bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen getrunken werden. Dadurch können das Herz-Kreislauf-Risiko bzw. das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle gesenkt werden. Oberhalb von 4 bzw. 5 Standardgetränken nimmt das Risiko gemäß Studien exponentiell zu. Entsprechend steigt das Risiko ab 4 bzw. 5 Standardgetränken immer deutlicher für jedes einzelne zusätzliche alkoholische Standardgetränk.
Reduktion von risikoreichem Alkoholkonsum gemäß AUDIT-C / AUDIT	Der Summenwert in der Kurzversion des Alcohol Use Disorder Identification Test AUDIT-C ¹⁴ liegt bei Frauen bei <3 und bei Männern <4. Alternativ kann auch die ausführliche Version des AUDITs verwendet werden ¹⁵ . Dort liegen die Schwellen um nicht mehr risikoreich Alkohol zu konsumieren bei Frauen bei <7 und bei Männern bei <8.

Für digitale Angebote zur Vermeidung von risikoreichem Alkoholkonsum gelten die Qualifikationsanforderungen an die die Mindestunterstützung anbietende Person und – sofern vorhanden – an e-Coaches entsprechend den Anforderungen für nicht-digitale Angebote gemäß Kapitel 5.4.4. (Präventionsprinzip 2). Die Einweisung in die jeweilige digitale Anwendung und ggf. das e-Coaching-Manual ist als Teil der fachpraktischen Kompetenzen nachzuweisen.

¹⁴ Rumpf, H (1999). Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Screening-Verfahrens zur Entdeckung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch in der medizinischen Basisversorgung. Kiel.

¹⁵ Babor, T., J. Higgins-Biddle, J. Saunders, M. Monteiro (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2nd Edition. Geneva: World Health Organization (WHO).