

# Evidenzregister Grüne Liste Prävention – Analyse der gelisteten wirksamkeitsgeprüften Programme

## Evidence Register Green List Prevention: Analysis of the listed effectiveness-tested programmes



Autorinnen/Autoren

Ricarda Brender<sup>1</sup>, Katharina Bremer<sup>1</sup>, Antje Kula<sup>1</sup>, Frederick Groeger-Roth<sup>2</sup>, Ulla Walter<sup>1</sup>

### Institute

- 1 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Germany
- 2 Niedersächsisches Justizministerium, Landespräventionsrat Niedersachsen, Hannover, Germany

### Schlüsselwörter

Prävention und Gesundheitsförderung, Evidenzbasierung, Evidenzregister, Maßnahmen, Psychische Gesundheit

### Key words

Prevention and health promotion, evidence-based, evidence register, measures, mental health

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86: 474–482

DOI 10.1055/a-2308-7256

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Ricarda Brender  
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Germany  
[brender.ricarda@mh-hannover.de](mailto:brender.ricarda@mh-hannover.de)

 **Zusätzliches Material** finden Sie unter  
<https://doi.org/10.1055/a-2308-7256>

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** In der Prävention und Gesundheitsförderung existiert eine Vielzahl an Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Eine Möglichkeit, den Akteur\*innen evidenzbasiertes Handeln in der Praxis zu erleichtern, sind online verfügbare Evidenzregister mit passgenauen wirksamkeitsgeprüften Maßnahmen. Die Grüne Liste Prävention ist ein solches Register und bietet eine Übersicht zu wirksamkeitsgeprüften Programmen in Deutschland, aktuell mit dem Fokus auf psychosoziale Gesundheit.

**Ziel** Ziel ist es, (a) die Charakteristika der verfügbaren und evaluierten Programme zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu analysieren, (b) Schwerpunkte und unterrepräsentierte Bereiche der Grünen Liste Prävention zu identifizieren und (c) die Suchfunktionen des Registers zu optimieren.

**Methode** Die Erfassung der charakteristischen Merkmale erfolgte anhand der vorhandenen Oberkategorien der Register-einträge, diese wurden von mindestens zwei Personen in einem induktiven Verfahren in Unterkategorien ausdifferenziert. Darüber hinaus wurden deduktiv Kategorien zu inhaltlichen und umsetzungsrelevanten Aspekten ergänzt. Die gebildeten Ober- und Unterkategorien wurden mittels spezifischer Merkmalsausprägungen operationalisiert. Anhand eines Erhebungsbogens wurden alle Einträge analysiert und deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse** Die 102 gelisteten Programme (Stand: 2/2024) adressieren nicht nur die primäre Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, sondern auch sekundäre Zielgruppen (vor allem Lehrkräfte und Erziehungsberechtigte). Einen Schwerpunkt bilden Sozial- und Lebenskompetenzprogramme sowie Schulungen für Erziehungsberechtigte. Verhaltenspräventive Programme zu den Themen Gewalt (inkl. Mobbing) (63,7%), Sucht (46,1%) und/oder psychische Gesundheit (35,3%) sind häufig vertreten, während Ernährung und/oder Bewegung (4,9%) kaum repräsentiert sind. Die meisten Programme (88,2%) lassen sich den Förderkriterien der gesetzlichen Krankenkassen (§20a SGB V) zuordnen. Potenziale zu digitalen Umsetzungsformen und weiteren Umsetzungsaspekten wurden identifiziert.

**Schlussfolgerung** Deutlich wird, dass die Grüne Liste Prävention eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen bündelt und Potenziale zur Erweiterung bestehen. Die anwendungsfreundliche Aufbereitung von Wissen über wirksame Maßnahmen kann durch erweiterte Suchfunktionen optimiert werden, sodass ressourcenschonendes, evidenzbasiertes Handeln gestärkt wird.

## ABSTRACT

**Background** In the areas of prevention and health promotion, there is a large number of measures for children and adolescents. One way of facilitating evidence-based action for those involved in these tasks is by making available online evidence registers with customised, effectiveness-tested measures. The Green List Prevention is such a register and offers an overview of evidence-based programmes in Germany, currently with a focus on psychosocial health.

**Objective** The aims of this study were (a) to analyse the characteristics of the available and evaluated programmes on the psychosocial health of children and adolescents, (b) to identify priorities and underrepresented areas of the Green List Prevention and (c) to optimise the search functions of the register.

**Method** The characteristic features were recorded on the basis of the existing upper categories of the register entries which were differentiated into subcategories in an inductive procedure by at least two persons. In addition, deductive categories were added for relevant aspects concerning content and implementation. The upper and lower categories formed were operationalized with characteristic values. All entries were

analyzed by using a data sheet and were descriptively evaluated.

**Results** The 102 programmes listed (as of 2/2024) addressed not only the primary target group of children and youth, but also secondary target groups (mainly teachers and guardians). Social and life skills programmes as well as trainings for guardians represented a focus. Behavioral prevention programmes on the topics of violence (including bullying) (63.7%), addiction (46.1%) and/or mental health (35.3%) were frequently represented, whereas nutrition and/or physical activity (4.9%) were hardly represented. Most of the programmes (88.2%) could be assigned to the eligibility criteria of the statutory health insurers (§20a SGB V). Potentials digital implementation forms and further implementation aspects were identified.

**Conclusion** The Green List Prevention bundles a large number of different measures and that there is potential for expansion. Processing knowledge about effective measures in a user-friendly manner can be optimised through expanded search functions, so that resource-conserving, evidence-based action can be facilitated.

## Einleitung

Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) soll Gesundheitsrisiken vermeiden bzw. vermindern sowie die Resilienz und Ressourcen stärken [1]. In Deutschland existiert hierzu eine Vielzahl evaluierter Programme insbesondere zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und Vorbeugung von Problemverhaltensweisen [2]. Dies ist besonders für Kinder und Jugendliche relevant, da die Heranwachsenden vielfältige entwicklungsspezifische Herausforderungen bewältigen müssen, welche für die Gesundheit, die persönliche Entwicklung und das weitere Leben prägend sind [1].

Dennoch werden viele Maßnahmen neu entwickelt, ohne bestehende evaluierte Interventionen zu berücksichtigen. Dies führt zu einer Vielzahl an Programmen unklarer Güte; zudem ist für Akteur\*innen eine Übersicht über wirksame Programme erschwert [3]. Dabei liegen zahlreiche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Programmen vor, um die Anwendung wirkungsloser oder gar schädlicher Maßnahmen vermeiden zu können [4].

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie die Nationale Präventionskonferenz fordern seit langem den Einsatz wirksamer Maßnahmen [5] bzw. die Anwendung „evidenzbasierter Programme oder qualitätsgesicherter Ansätze“ [6, S. 14]. Jedoch besteht eine Lücke zwischen der Forderung nach Evidenz und der Realität [7]. In der Praxis werden Entscheidungen aufgrund vielfältiger Kriterien getroffen wie Zugänglichkeit, Informationsaufbereitung, Übertragbarkeit, Akzeptanz, Bereitschaft zur Evidenzrecherche, Befürchtungen von unerwünschten (Neben-)Wirkungen, technische und finanzielle Umsetzbarkeit im beruflichen Alltag [8]. Hinzu kommen persönliche Motivationen und Interessen, die im Entscheidungsprozess in Einklang gebracht und offengelegt werden müssen [9]. Um evidenzbasierte Entscheidungen zu erleichtern, ist es notwendig, wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise von Präventionsprogrammen praxis- und politikfreundlich aufzubereiten [3, 8].

Online-Evidenzregister bieten eine Möglichkeit für Akteur\*innen sowie Interessierte, sich über nachweislich wirksame PGF-Maßnahmen zu informieren und die für ihren Bedarf und Kontext passenden auszuwählen [10–12]. Solche Register können den Einzug evidenzbasierter Interventionen in die PGF-Praxis erleichtern [13]. Denn angesichts knapper Ressourcen stehen die Akteur\*innen vor der Herausforderung, die Suche nach passenden Programmen für ihren jeweiligen Anwendungskontext besonders effizient gestalten zu müssen [3, 14]. Dabei sollte eine sinnvolle Ressourcensteuerung in der Praxis jedoch immer das Kriterium der nachgewiesenen Evidenz auf Wirksamkeitsebene einschließen [3, 14], um nicht nur praktikable, sondern auch wirksame Maßnahmen zu etablieren.

Das öffentlich zugängliche, kostenfreie Evidenzregister *Grüne Liste Prävention* ([www.grüne-liste-prävention.de](http://www.grüne-liste-prävention.de)) ermöglicht es, evaluierte und effektive Präventionsprogramme zielgerichtet zu identifizieren. Andere deutsche Online-Datenbanken haben Evidenz nicht als wichtigstes Aufnahmekriterium. Das Memorandum zur Evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stuft die *Grüne Liste Prävention* als „best evidence“-Datenbank ein [9, S. 34].

Die *Grüne Liste Prävention* wurde 2011 von dem Landespräventionsrat Niedersachsen initiiert und nach den Vorbildern des US-amerikanischen Evidenzregisters *Blueprints for Healthy Youth Development* ([www.blueprintsprograms.org](http://www.blueprintsprograms.org)) und der niederländischen *Databank Effectieve Jeugdinterventies* ([www.nji.nl/interventies](http://www.nji.nl/interventies)) aufgebaut. Seit 2016 wird sie in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover gepflegt und weiterentwickelt. Der Aufbau des Evidenzregisters erfolgte im Rahmen des kommunalen Präventionssystems *Communities That Care* (CTC). Ziel von CTC ist die Förderung einer gesunden Entwicklung von Heranwachsenden sowie die Reduktion von Problemverhalten [15]. CTC unterstützt Kommunen bei der Auswahl bedarfsorientierter evidenzbasierter Pro-

gramme sowie bei der Implementation, Qualitätsentwicklung und Netzwerkbildung [15–17]. Einer US-amerikanischen Studie nach reduziert CTC das Problemverhalten; diese Effekte sind auf den verstärkten Einsatz wirkungsüberprüfter Programme zurückzuführen [18]. Ob dies im deutschen Kontext gleichermaßen gilt, wird derzeit in einem kontrollierten Studiendesign mit 42 Kommunen untersucht [17]. Die *Grüne Liste Prävention* wird inzwischen nicht nur auf kommunaler Ebene, sondern auch auf Landes- und Bundesebene sowie im Kontext der Forschung genutzt [19].

Die *Grüne Liste Prävention* bietet einen Überblick zu den aktuell verfügbaren, wirksamkeitsgeprüften PGF-Maßnahmen mit einem Fokus auf der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dabei handelt es sich um eine systematische Zusammenstellung der evidenzbasierten Programme in Deutschland. Diese werden hinsichtlich ihrer Konzept-, Umsetzungs- und Evaluationsqualität begutachtet und nur gelistet, wenn sie einer von drei Evidenzstufen zugeordnet werden können: (1) Effektivität theoretisch begründet, (2) Effektivität wahrscheinlich und (3) Effektivität nachgewiesen [20]. Die Aufnahme- und Bewertungskriterien sind auf der Webseite veröffentlicht. In den Registereinträgen werden Informationen z. B. zu Evaluation, Ziel, Risiko- und Schutzfaktoren, Zielgruppe, Methode und Ansprechpersonen gegeben. Diese Inhalte werden kontinuierlich überarbeitet und ergänzt. Es gibt zwei Zugangswege, um in den Aufnahmeprozess zu gelangen: anhand der frei zugänglichen Vorschlagsfunktion auf der Webseite oder durch Eigenrecherchen des Projektteams.

Ziel dieses Beitrags ist die Analyse der im Register enthaltenen wirksamkeitsgeprüften Programme, um (a) die Charakteristika der in diesem Register erfassten Grundgesamtheit von deutschlandweit verfügbaren und evaluierten Programme zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu analysieren, (b) neben den Schwerpunkten der *Grünen Liste Prävention* (z. B. Settings und Themen) besonders etwaige unterrepräsentierte Bereiche zu identifizieren, um anhand dieser „Angebotslücken“ Hinweise geben zu können, in welchen Bereichen wirkungsevaluierte Programme fehlen und (c) anhand der erfassten, charakteristischen Programmmerkmale die Suchfunktionen des Registers zu erweitern und damit den Akteur\*innen der PGF eine noch passgenauere, effizientere Programmauswahl zu ermöglichen.

## Methodik

Zur Analyse der Registerinhalte erfolgte im Februar 2024 eine systematische Charakterisierung der gelisteten Programme. Zuvor wurden zur Erweiterung der Suchfunktionen und zur Abbildung der Registerinhalte die zentralen Programmmerkmale (z. B. Zielgruppe, Handlungsfeld) aller gelisteten Programme erfasst. Die Kategorienbildung erfolgte durch zwei Personen (RB, KB); die Ergebnisse wurden mit zwei weiteren Personen (FGR, UW) diskutiert.

In einem iterativen Verfahren wurden die vorhandenen Oberkategorien der Registereinträge induktiv in Unterkategorien ausdifferenziert, z. B. die Kategorie „Zielgruppe“ in „primäre“ und „sekundäre Zielgruppe“, da etliche Programme primär die Zielgruppe Kinder- und Jugendliche adressieren, diese aber über sekundäre Einflusspersonen erreichen. Zudem wurden in einem deduktiven Verfahren Kategorien zu Inhalt, Methodik und umsetzungsrelevanten Aspekten ergänzt. Eine Kategorisierung der Methoden erfolgte

z. B. anhand des *Behaviour Change Wheel* [21], dessen Dimension „Intervention Functions“ verschiedene wirksame Interventionsmethoden zur Verhaltensänderung beim Individuum aufführt. Begriffe wie z. B. Setting wurden anhand der Definition der *World Health Organization* [22] ausdifferenziert.

Die Kategorienbildung der umsetzungsrelevanten Aspekte richtete sich nach den in der Forschung ermittelten zentralen Implementationskomponenten. Fixen et al. [23] ermittelten in ihrer Übersichtsarbeit als Komponenten die Auswahl des Personals, Schulung vor und während der Programmdurchführung, laufende Beratung und Betreuung durch den Anbietenden, Personal- und Programmevaluierung, unterstützende administrative Hilfe und Systeminterventionen. Die in der Implementationsforschung als Kernelement erfolgreicher Programmumsetzung geltende Qualifizierung des durchführenden Personals [23–26] wurde z. B. in Form von Multiplikator\*innenausbildung als Merkmal aufgenommen. Darüber hinaus ist als besonders seit der Corona-Pandemie relevante, aktuelle Entwicklung die digitale Programmumsetzung und -durchführung einbezogen worden [27]. Ebenso wurde die Förderfähigkeit der Programme durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) als Kategorie aufgenommen und anhand deren *Leitfaden Prävention* [28] zugeordnet, um Akteur\*innen Hinweise dazu geben zu können.

Die gebildeten Ober- und Unterkategorien wurden mit Merkmalsausprägungen weiter ausdifferenziert, z. B. die Kategorie „Dauer des Gesamtprogramms“ mit den Ausprägungen „bis 1 Std“, „bis 1 Tag“, „bis 1 Woche“, „mehrere Wochen“, „mehrere Monate“ und „mehrere Jahre“. Im nächsten Schritt wurden zur Analyse der Registerinhalte die Kategorien tabellarisch in einem Erhebungsbogen (siehe Supplement) zusammengestellt. Eine standardisierte Erfassung der Programmeinträge (sog. „Charakterisierung“) fand durch eine Person (RB) statt, eine zweite Person (KB) kontrollierte die Ergebnisse unabhängig davon, bei Differenzen erfolgte eine Konsensbildung. Sämtliche Charakterisierungen erfolgten in Microsoft Access. Alle Kategorien samt ihrer Merkmalsausprägungen wurden deskriptiv mit SPSS Statistics 27 ausgewertet und die relativen Häufigkeiten angegeben.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 14 Ober- und 33 Unterkategorien mit 230 Merkmalsausprägungen als Basis für die Analyse herausgearbeitet. ► **Tab. 1** gibt eine Übersicht über die erfassten Merkmale.

In der *Grünen Liste Prävention* sind 102 Programme gelistet (Stand 2/2024), 33 in Evidenzstufe 1, 40 in Evidenzstufe 2 und 29 in Evidenzstufe 3. Die meisten Interventionen sind primärpräventiv (82,4%).

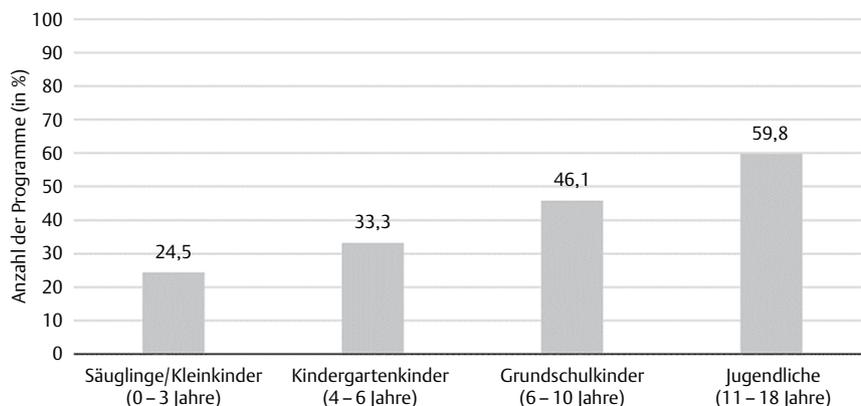
Die Programme lassen sich weitgehend den GKV-Förderkriterien zuordnen, lediglich bei 11,8% war dies nicht möglich. Es handelt sich dabei um Maßnahmen gegen sexuellen Missbrauch, Programme für straffällige Jugendliche sowie zur Prävention von Amokläufen.

Ausschließlich verhaltensbezogen ausgerichtet sind 91,2% der Programme, 7,8% weisen einen verhaltensbezogenen Schwerpunkt mit verhältnisbezogenem Anteil auf, und ein Eintrag umfasst ausschließlich verhältnispräventive Maßnahmen.

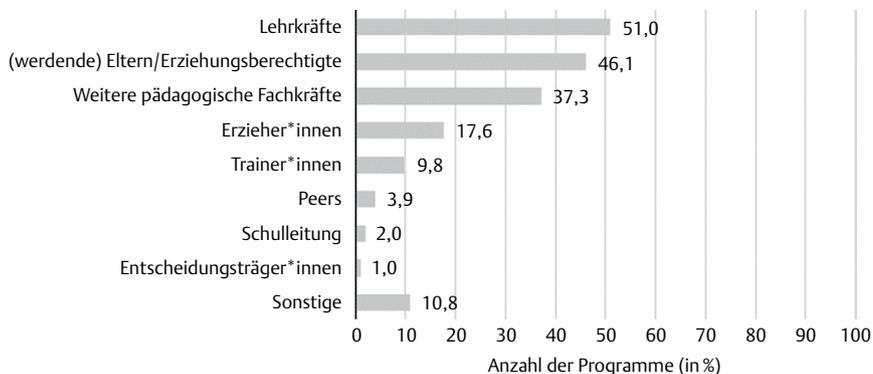
Das Altersspektrum der primären Zielgruppe reicht vom Säugling bis zur späten Adoleszenz, wobei sich die meisten Programme an Jugendliche (59,8%) richten und die wenigsten an Säuglinge und Kleinkinder (24,5%) (► **Abb. 1**).

► **Tab. 1** Übersicht der erfassten Charakteristika der *Grünen Liste Prävention* (eigene Darstellung)

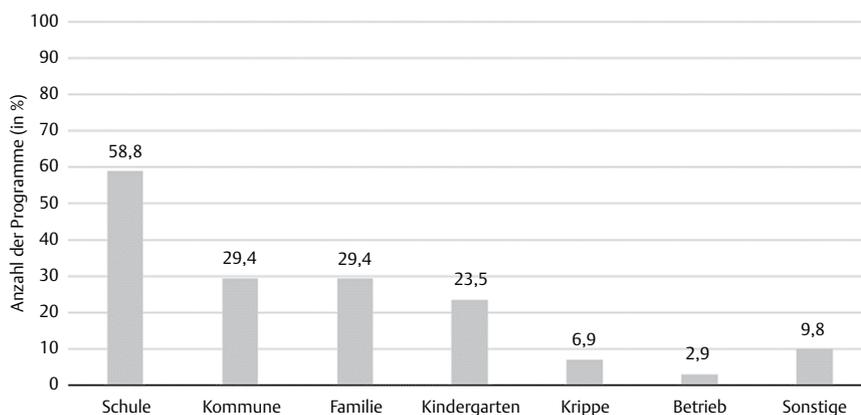
Oberkategorie	Unterkategorie	Merkmalsausprägung (Beispiele)
Präventionsansatz	Präventionsansatz (Krankheitsverlauf)	Primärprävention, Sekundärprävention, Tertiärprävention
	Präventionsansatz (Zielgruppe)	Universelle Programme, Selektive Programme, Indizierte Programme
	Präventionsansatz (Verhalten/ Verhältnis)	ausschließlich verhaltensbezogen, verhaltensbezogen mit verhältnisbezogenem Anteil, ausschließlich verhältnisbezogen
Interventionsebene	Zielebene der Intervention	Mikroebene (Individuum), Mesoebene (Institution), Makroebene (Gemeinde)
	Setting/Lebensumfeld	z. B. Krippe, Kita, Schule
Risiko- und Schutzfaktoren (Ziel)	Kinder & Jugendliche	Risikofaktoren: z. B. Entfremdung und Auflehnung, Früher Beginn von antisozialem Verhalten, Früher Beginn von Substanzkonsum. Schutzfaktoren: z. B. Moralische Überzeugungen und klare Normen, Soziale Kompetenzen, Religion
	Familie	Risikofaktoren: z. B. Geschichte des Problemverhaltens in der Familie, Probleme mit dem Familienmanagement, Konflikte in der Familie. Schutzfaktoren: Bindung zur Familie, Familiäre Gelegenheiten zur prosozialen Mitwirkung, Familiäre Anerkennung für prosoziale Mitwirkung
	Kita/Schule	Risikofaktoren: Lernrückstände/schlechte Schulleistungen, Fehlende Bindung zur Schule, Frühes und anhaltendes unsoziales Verhalten. Schutzfaktoren: Schulische Gelegenheiten zur prosozialen Mitwirkung, Schulische Anerkennung für prosoziale Mitwirkung
	Nachbarschaft/ Wohngegend	Risikofaktoren: z. B. Soziale Desorganisation, wenig Bindung zur Nachbarschaft, Fluktuation und Mobilität/häufiges Umziehen. Schutzfaktoren: Gelegenheiten zur prosozialen Mitwirkung, Anerkennung für prosoziale Mitwirkung
	keine Zuordnung von Risiko- und Schutzfaktoren möglich	
Zielgruppen	Primäre Zielgruppe	z. B. Kinder/Jugendliche, Migrationshintergrund, sozial Benachteiligte
		Alter der Zielgruppe: 0-18 Jahre
		Geschlecht: weiblich, männlich, trans/divers, alle Geschlechter
Zentrale Einflusspersonen (sekundäre Zielgruppe)	z. B. (werdende) Eltern/ Erziehungsberechtigte, Peers, Lehrkräfte	
Themenbereich	Handlungsfelder	z. B. psychische Gesundheit, Sucht, Gewalt inkl. Mobbing
	Problembereiche	z. B. Depression, Rauchen, Alkohol oder Drogen, Internetabhängigkeit
Programmtyp	Programmform	z. B. Sozial- und/oder Lebenskompetenztraining, Training für Erziehungsberechtigte, Training für pädagogische Fachkräfte
	Umsetzungsmethode	z. B. Wissensvermittlung, Individuelle Beratung, Einüben
Programmstruktur	Modulanzahl und -reihenfolge	vorgegebene Modulreihenfolge und -anzahl, auswählbare Modulreihenfolge und/ oder -anzahl, individuelle Ausgestaltung
	Gesamtprogrammdauer (für Teilnehmende)	z. B. bis 1 Std., bis 1 Tag, bis 1 Woche
	Durchführungsintervall	einmalig, wiederkehrend, kontinuierlich
Durchführungsmodalitäten	Durchführendes Personal	z. B. externes Personal, internes Personal (extern geschult), internes Personal (intern geschult)
	Train-the-Trainer-Qualifizierung (Multiplikator*innen)	ja, nein
	Digitale Schulung des Personals	z. B. ja, teilweise, nein
	Digitale Programmdurchführung	z. B. ja, das komplette Programm, teilweise, nur bestimmte Module
Durchführungsvoraussetzungen	Schulung des Personals	z. B. Teilnahme, Teilnahme mit Zertifikat, keine Schulung erforderlich
	Zeitraum der Personalschulung (Qualifikations-)Voraussetzungen	z. B. bis 1 Std., bis 1 Tag, bis 3 Tage
	Anforderungen an Ressourcen	ja, welche:..., nein, keine Vorgabe
	Anforderungen an Ressourcen	z. B. personelle Anforderungen, räumliche Anforderungen, finanzielle Anforderungen
Fortführung/ Nachhaltigkeit	Begleitung/Support nach dem Training	ja, nein, keine Angabe
	Angebot von Boostersessions für durchführendes Personal	ja, in Regelstruktur enthalten; ja, auf Nachfrage; nein; keine Angabe
	Angebot von Boostersessions für Teilnehmende	ja, in Regelstruktur enthalten; ja, auf Nachfrage; nein; keine Angabe
Rahmenbedingungen	Gesetzlicher Arbeitsauftrag	z. B. Frühe Hilfen (BKiSchG – KKG, §1), Jugendarbeit (SGB VIII, §11), Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (SGB VIII, §14)
	Förderfähigkeit (nach GKV-Förderkriterien)	Zuordnung zu Förderkriterien möglich, keine Zuordnung zu Förderkriterien möglich
Evaluation	Durchführungsinstitution der Evaluation	durch den Anbietenden; durch andere Institutionen; keine
	Publikationen	keine, eine, mehrere
		national, international
Evidenzstufe	(nach GLP)	noch nicht bewertet, Stufe 1, Stufe 2, Stufe 3
Verbreitung	(Verfügbarkeit)	Region, Bundesland, Deutschland, International



► **Abb. 1** Zielgruppen der Programme (n = 102) nach Altersklassen, Mehrfachnennungen möglich.



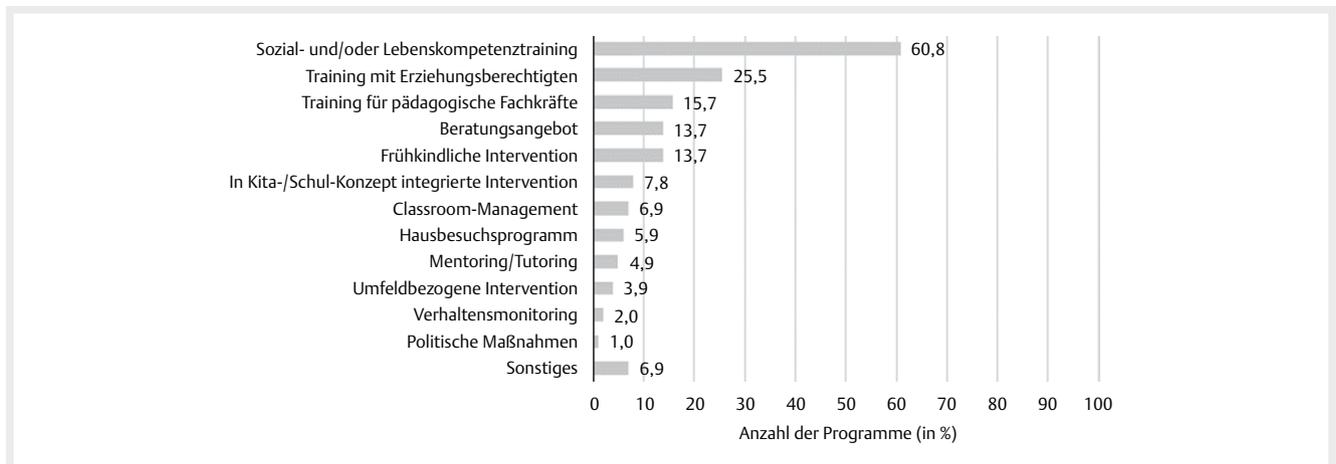
► **Abb. 2** Von den Programmen (n = 102) adressierte zentrale Einflusspersonen als sekundäre Zielgruppe, Mehrfachnennungen möglich.



► **Abb. 3** Von den Programmen (n = 102) adressierte Lebenswelten, Mehrfachnennungen möglich.

Sekundäre Zielgruppen sind vorrangig Lehrkräfte (51,0%), während Entscheidungsträger\*innen in der Kommune kaum adressiert werden (1,0%) (► **Abb. 2**).

Die meisten Programme in der *Grünen Liste Prävention* sind in der Lebenswelt Schule angesiedelt (58,8%), die wenigstens im Ausbildungsbetrieb (2,9%). (► **Abb. 3**).



► **Abb. 4** Programmformen der Präventionsprogramme (n = 102), Mehrfachnennungen möglich.

Häufige präventive Handlungsfelder bilden Gewalt und Mobbing (63,7 %), Sucht (46,1 %) und/oder psychische Gesundheit (35,3 %); hingegen sind Ernährung (2,9 %) und/oder Bewegung (2,0 %) erwartungsgemäß kaum aufgeführt.

Die Förderung sozio-emotionaler Fähigkeiten erfolgt vor allem über Sozial- und/oder Lebenskompetenztrainings (60,8%). Verhältnispräventive Ansätze wie umfeldbezogene Interventionen (3,9 %) und/oder politische Maßnahmen (1,0 %) sind in diesem Evidenzregister kaum enthalten (► **Abb. 4**).

Die Analyse berücksichtigt fünf Aspekte der Implementationsforschung. Die Ausbildung von eigenen Multiplikator\*innen vor Ort sehen etwa ein Viertel der Programme vor (24,5 %), die übrigen machen hierzu keine Angaben. Bei 33,3 % der Programme gibt es eine weiterführende Begleitung durch den Anbietenden. Booster-sessions für die Durchführenden bzw. für die Teilnehmenden bieten nur wenige Programme in der Regelstruktur (14,7 % bzw. 5,9 %) oder auf Nachfrage (9,8 % bzw. 2,9 %) an. Qualifikationsvoraussetzungen für Durchführende in den Einrichtungen nennen etwa ein Fünftel (22,5 %); dazu zählen eine spezifische Ausbildung (11,8 %), ein Studium (5,9 %), Berufserfahrung (3,9 %), die Arbeit als Fachkraft (2,9 %) und verschiedene andere Qualifikationen (5,9 %).

Schulungen für das durchführende Personal in digitaler Form erfolgen bei 17,6 % der Programme. Die Möglichkeit zur digitalen Programmdurchführung z. B. mittels Online-Kurs oder -Plattform besteht bei 10,8 % der Maßnahmen.

## Diskussion

Der Fokus der *Grünen Liste Prävention* liegt auf der Prävention von Substanzkonsum, Gewalt, Mobbing und delinquentem Verhalten. Dies ist bedingt durch die bisherige Förderung von Institutionen der Kriminalprävention und die Einbettung in das Präventionssystem *Communities That Care*. Die Risiko- und Schutzfaktoren dieser Problemverhaltensweisen decken sich weitgehend mit der psychischen Gesundheit. Die Programme werden sowohl im gesundheitsbezogenen als auch im kriminalpräventiven Bereich eingesetzt. Entsprechend besteht eine Anschlussfähigkeit an die Förderkriterien der GKV, denn 88,2 % der gelisteten Programme können die-

sen Kriterien zugeordnet werden, was hinsichtlich der Finanzierung besonders bedeutsam für Akteur\*innen sein kann.

Sozial- und Lebenskompetenztrainings für Kinder und Jugendliche, Elterntrainings, familienorientierte Frühinterventionen und schulbezogene Maßnahmen sind wirksame Ansätze mit guten Effekten [2, 4]. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der Analyse der *Grünen Liste Prävention* wider; so sind vor allem diese Präventionsansätze vertreten. Nach wissenschaftlichen Befunden aus verschiedenen PGF-Bereichen ist eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention besonders wirksam [29–32]. Die *Grüne Liste Prävention* sollte deshalb Programme mit einem verhältnisbezogenen Anteil deutlicher kennzeichnen. Denkbar wäre hier die Verwendung von Rosenbrocks Differenzierung in „verhältnisbezogene Verhaltensprävention“ [33]. Zudem sind generell vermehrt Evidenzen zu verhältnispräventiven Maßnahmen aufzulisten, um Akteur\*innen Empfehlungen zu wirksamen Veränderungen der Umweltbedingungen und Strukturen zu geben. Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt der Registereintrag zu verhältnispräventiven Maßnahmen zur Reduzierung der Verfügbarkeit von Alkohol im kommunalen Setting dar.

Der Einbezug spezifischer Implementationsaspekte ist für eine nachhaltige Programmumsetzung relevant [23–26, 34–36]. Dazu gehören u. a. zentrale Aspekte des Transfers in andere Kontexte, Programmtreue und kultursensible anstelle von pragmatischen Anpassungen [37, 38]. Die vorliegende Analyse konnte zeigen, dass einige der hier betrachteten zentralen Implementationskomponenten noch wenig umgesetzt bzw. beschrieben werden. Dies sollte den Programmanbietenden aus z. B. der Kriminalprävention, Gesundheit und Bildung widergespiegelt und im Diskurs erörtert werden. Ein derartiger settingbezogener und sektorenübergreifender Austausch dient der von Walter geforderten Qualitätsentwicklung in der PGF [39]. Je präziser die Kernkomponenten eines Programmes oder einer Maßnahme bekannt sind und definiert werden, desto erfolgreicher kann eine Intervention umgesetzt werden [23].

Die Digitalisierung hat den Bereich der PGF verändert und erweitert das Spektrum der Interventionen grundlegend [40]. Gerade während der Corona-Pandemie zeigte sich die große Relevanz von digitalen Angeboten, ebenso ihre Chancen und Herausforde-

rungen. Die Auswertung verdeutlicht, dass Potenziale der digitalen Programmumsetzung bestehen. Allerdings ist für manche Programme, wie für Hausbesuchsprogramme oder frühkindliche Interventionen, eine persönliche Teilnahme mit einer Betreuung vor Ort ein konzeptionell elementarer Bestandteil und kann in engem Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Maßnahme stehen. Die Wirksamkeitsnachweise für digital gestützte Angebote sind gegenwärtig eher rar. So existieren z. B. noch keine standardisierten Evaluationsmethoden für digitale Interventionen [41].

Die Analyse zeigt Potentiale der *Grünen Liste Prävention* hinsichtlich Erweiterungen um andere Themenbereiche (z. B. Ernährung, Bewegung, Klimagesundheit) und Zielgruppen (z. B. junge Erwachsene, ältere Menschen). Prinzipiell können Inhalte aus verschiedenen Bereichen der PGF in einem Evidenzregister gebündelt und Akteur\*innen ein umfassender Überblick über das evidenzbasierte Präventionsfeld ermöglicht werden. Aktuell erfolgt durch eine Förderung des Verbands der privaten Krankenversicherung eine Erweiterung des Evidenzregisters um die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung sowie um verhältnispräventive Maßnahmen und Settingansätze [42]. Anhand der hier identifizierten Kategorien sollen nun die erweiterten Suchfunktionen in das Evidenzregister eingefügt werden, um eine ressourcenschonende, zielgenaue Anwendung zu fördern.

Die Ausarbeitung gibt zum ersten Mal einen Überblick über die gelisteten Programme und deren Inhalte wie Zielgruppen, Präventionsthemen, Programmformen, Umsetzungsmethoden und Implementationsaspekte. Zugleich lassen die Analyseergebnisse Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit von Programmen zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu, die positive Ergebnisse in wissenschaftlichen Evaluationsstudien mit ausreichender Qualität haben und aktuell deutschlandweit für die Umsetzung verfügbar sind. Durch die zwei Zugangswege zum Register (kontinuierliche Recherche des Projektteams und Vorschlagfunktion auf der Webseite seit nunmehr 13 Jahren) sind die derzeit behandelten Themenbereiche im Register nahezu vollumfänglich erfasst.

Die Limitationen der Merkmalsbildung bestehen zum einen darin, dass neue Erkenntnisse der Forschung und aktuelle Entwicklungen (z. B. digitale Umsetzungsformen) eine Erweiterung erfordern. Zum anderen basiert die Methodik der Kategorienbildung lediglich auf den aktuellen Registereinträgen und wurde um einzelne literaturbasierte Aspekte ergänzt. Eine systematische Literaturrecherche zu wesentlichen Programmmerkmalen hätte möglicherweise weitere Erkenntnisse liefern können. Hinsichtlich des Nutzungsverhaltens der Akteur\*innen und der Wirksamkeit des Registers besteht aktuell eine Forschungslücke. Quantitative und qualitative Erhebungen könnten wichtige Erkenntnisse zur Anwendung des Evidenzregisters generieren. Dies ist besonders bedeutsam, da Akteur\*innen der Praxis der Relevanz von Evidenzbasierung mitunter skeptisch gegenüberstehen [8].

Die Forderung nach Evidenzbasierung befindet sich teilweise in einem wahrgenommenen Spannungsverhältnis mit den Leitprinzipien der Ottawa-Charta (Partizipation, Empowerment, Vernetzung und Kapazitätsentwicklung) [8]. Oft werden die Forschungsevidenzen nicht als unmittelbar handlungsleitend angesehen und somit seltener umgesetzt, die Handlungsentscheidungen richten sich vielmehr nach Interessenlage, Umsetzbarkeit und verfügba-

ren Ressourcen [8]. Dies kann dazu führen, dass Maßnahmen ohne Wirksamkeitsevaluation lediglich aufgrund von Machbarkeitsaspekten implementiert werden.

Um Evidenz und Praxis herausforderungen zu verbinden, wird eine frühzeitige Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft empfohlen [9]. Beispiele hierfür sind die kommunale Präventionsstrategie *Communities That Care* ([www.communities-that-care.de](http://www.communities-that-care.de)) sowie die Schulentwicklungsmethode *Schools That Care* ([www.finder-akademie.de/schools-that-care](http://www.finder-akademie.de/schools-that-care)) bzw. *Weitblick* ([www.weitblick.schule](http://www.weitblick.schule)), bei denen Akteur\*innen qualifiziert und befähigt werden Evidenz bei der Entscheidungsfindung vermehrt zu berücksichtigen. Insbesondere im Kontext solcher Präventionsstrategien kann die *Grüne Liste Prävention* als Evidenzregister einen wichtigen Beitrag zur Evidenzbasierung leisten.

## Fazit

Durch die systematische Analyse der Registerinhalte und die Erfassung der wesentlichen Programmmerkmale wurden (a) die Charakteristika der in Deutschland verfügbaren und evaluierten Programme zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verdeutlicht. Dieses ist besonders relevant, da die *Grüne Liste Prävention* in diesem Bereich nahezu die Grundgesamtheit dieser Programme erfasst. Somit bietet das Evidenzregister vertiefte Einblicke in das Spektrum der Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Es wurden (b) die Schwerpunkte der *Grünen Liste Prävention* sowie wenig repräsentierte Bereiche („Angebotslücken“) ermittelt. Dies bietet Akteur\*innen einen Überblick über die Ausrichtung des Registers und kann programmanbietenden und -entwickelnden Personen Entwicklungspotenziale aufzeigen. Außerdem wurde (c) eine Basis für die Ausdifferenzierung der Suchfunktionen der *Grünen Liste Prävention* geschaffen. In Hinblick auf die Erweiterung des Evidenzregisters um die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung sowie um verhältnispräventive Maßnahmen sind effiziente Suchfunktionen von besonderer Relevanz.

Diese Ausarbeitung verdeutlicht, dass die *Grüne Liste Prävention* eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen bündelt. Sie kann somit einen Beitrag zur evidenzbasierten Programmauswahl leisten und stellt mit den transparenten Bewertungskriterien selbst eine Art Prüfsiegel zur Qualitätssicherung von Maßnahmen dar. Die anwendungsfreundliche Aufbereitung des Wissens über Wirksamkeit von Maßnahmen und der leichte Zugang über dieses Evidenzregister ist angesichts der Vielzahl von Interventionen, einer umfangreicheren Studienlage und begrenzter Fachkräftenressourcen wichtiger denn je. Obwohl aktuell noch quantitativ messbare Informationen zum Nutzungsumfang und -verhalten des Registers fehlen, kann anhand von zahlreichen Rückmeldungen aus verschiedenen Anwendungskontexten davon ausgegangen werden, dass die *Grüne Liste Prävention* dazu beiträgt, die Lücke zwischen der theoretischen Forderung nach Evidenzbasierung und deren Anwendung in der PGF-Praxis weiter zu schließen. Es bleibt erforderlich, Evidenzbasierung als Prinzip in der PGF weiter zu stärken, gesundheitspolitisch zu fordern und gezielt zu fördern. Die *Grüne Liste Prävention* stellt hierfür einen wichtigen Baustein dar, um zur wirksamen Verbesserung gesundheitsförderlicher Lebensstile bei Kindern und Jugendlichen beizutragen.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Robert Koch-Institut (RKI). Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 – Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Berlin: RKI; 2021. DOI: 10.25646/9579
- [2] Beelmann A, Pfof M, Schmitt C. Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2014; 22: 1–14. DOI: 10.1026/0943-8149/a000104
- [3] De Bock F, Rehfuess E. Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 524–533. DOI: 10.1007/s00103-021-03320-1
- [4] Beelmann A, Böhm C, Görgen T, Groeger-Roth F, Lösel F, Marks E, Preiser S, Scheithauer H, Spiel C, Wagner U, Zick A. Entwicklungsförderung und Gewaltprävention für junge Menschen. Impulse des DFK-Sachverständigenrates für die Auswahl & Durchführung wirksamer Programme – Ein Leitfaden für die Praxis. Bonn: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention; 2018
- [5] Sachverständigenrat (SVR). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Berlin: Deutscher Bundestag; 2000
- [6] Nationale Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V (09.08.2018). Im Internet: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE\\_Fassung\\_vom\\_29.08.2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf); Stand: 24.10.2022
- [7] Antes G, Kunzweiler K, Töws I. Das medizinische Dilemma der Prävention- Evidenz, Nutzen, Chancen und Risiken. In: Rebscher H, Kaufmann S, Hrsg. Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei; 2016: 29–44
- [8] Trojan A, Kolip P. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, Hrsg. Prävention und Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer; 2020: 1–24. DOI: 10.1007/978-3-662-55793-8\_122-1
- [9] De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung – Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA; 2021
- [10] Means SN, Magura S, Burkhardt JT et al. Compartmenting rating paradigms for evidence-based program registers in behavioral health: evidentiary criteria and implications for assessing program. Eval Program Plann 2015; 48: 100–116. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2014.09.007
- [11] Rossmann C, Bußkamp A, De Bock F. Aufbau von Interventionsdatenbanken für mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung – methodische Überlegungen. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 544–551. DOI: 10.1007/s00103-021-03323-y
- [12] Axford N, Morpeth L, Bjornstad G et al. “What works” registries of interventions to improve child and youth psychosocial outcomes: A critical appraisal. Children and Youth Services Review 2022; 137: 106469
- [13] Mihalic SF, Elliot DS. Evidence-based programs registry: Blueprints for Healthy Youth Development. Eval Program Plann 2015; 48: 124–131. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2014.08.004
- [14] Beelmann A, Karing C. Implementationsfaktoren und -prozesse in der Präventionsforschung: Strategien, Probleme, Ergebnisse, Perspektiven. Psychologische Rundschau 2014; 65: 129–139
- [15] Walter U, Groeger-Roth F, Röding D. Evidenzbasierte Prävention für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Der Ansatz „Communities That Care“ (CTC) für Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2023; 66: 774–783. DOI: 10.1007/s00103-023-03725-0
- [16] Groeger-Roth F. Verfügbarkeit von evaluierten Präventionsprogrammen für Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen – die „Grüne Liste Prävention“. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, Hrsg. Versorgungs-Report 2015/2016. Stuttgart: Schattauer; 2016: 297–306;. DOI: 10.2378/uj2015.art08d
- [17] Röding D, Reder M, Soellner R et al. Evaluation des wissenschaftsbasierten kommunalen Präventionssystems Communities That Care: Studiendesign und Baseline-Äquivalenz intermediärer Outcomes. Präventive Gesundheitsf 2023; 18: 316–326. DOI: 10.1007/s11553-022-00972-y
- [18] Fagan AA, Hanson K, Briney JS, Hawkins JS. Sustaining the utilization and high-quality implementation of tested and effective prevention programs using the communities that care prevention system. Am J Community Psychol 2012; 49: 365–377. DOI: 10.1007/s10464-011-9463-9
- [19] Bremer K, Brender R, Groeger-Roth F et al. Grüne Liste Prävention – Eine Datenbank evidenzbasierter Präventionsprogramme. Gesundheitswesen 2022; 84: 864. DOI: 10.1055/s-0042-1753992
- [20] Groeger-Roth F, Hasenpusch B. Grüne Liste Prävention – Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm-Datenbank. Hannover: Landespräventionsrat Niedersachsen; 2011
- [21] Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions. Sutton: Silverback Publishing; 2014
- [22] World Health Organization. Ottawa charta for health promotion (21.11.1986). Im Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; Stand: 21.09.2023
- [23] Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005
- [24] Klaić M, Kapp S, Hudson P et al. Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. Implementation Science 2022; 17: 10. DOI: 10.1186/s13012-021-01171-7
- [25] Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. Am J Community Psychol 2008; 41: 327–350. DOI: 10.1007/s10464-008-9165-0
- [26] Durlak JA. Programme implementation in social and emotional learning: basic issues and research findings. Cambridge Journal of Education 2016; 46: 1–13. DOI: 10.1080/0305764X.2016.1142504
- [27] Zeeb H, Pigeot I, Schüz B et al. Digital Public Health – ein Überblick. Bundesgesundheitsbl 2020; 63: 137–144. DOI: 10.1007/s00103-019-03078-7
- [28] GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V (Fassung: 21.12.2022). Berlin: GKV-Spitzenverband; 2022
- [29] Bühler S, Kromeyer-Hauschild K, Graf C et al. Aktuelle Empfehlungen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Klin Padiatr 2016; 228: 1–10. DOI: 10.1055/s-0035-1559639
- [30] Dadaczynski K, Quilling E, Walter U. (Hrsg.). Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten. Göttingen: Hogrefe; 2018

- [31] Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J et al. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3: 45–63. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-067
- [32] Kauffeld S, Müller A, Schulte EM. Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Michel A, Hoppe A, Hrsg. *Handbuch Gesundheitsförderung bei der Arbeit*. Wiesbaden: Springer; 2021: 1–18
- [33] Rosenbrock R, Michel C. *Primäre Prävention – Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung*. Berlin: MWV; 2007
- [34] Kliche T, Post M, Pfitzner R et al. Transfermethoden der deutschen Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung im Förderschwerpunkt Präventionsforschung (BMBF). *Gesundheitswesen* 2012; 74: 240–249. DOI: 10.1055/s-0031-1275710
- [35] Peters DH, Adam T, Alonge O et al. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2013; 347: f6753. DOI: 10.1136/bmj.f6753
- [36] Theobald S, Brandes N, Gyapong M et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *The Lancet* 2018; 392: 2214–2228. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0)
- [37] Karing C, Beelmann A, Haase A. Herausforderungen von Präventionsarbeit an Grundschulen. *Präv Gesundheitsf* 2015; 10: 229–234. DOI: 10.1007/s11553-015-0494-1
- [38] Sundell K, Beelmann A, Hasson H, Thiele Schwarz von U. Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016; 45: 784–796. DOI: 10.1080/15374416.2015.1020540
- [39] Walter U. Qualitätsmanagement und -entwicklung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung: Stand, Herausforderungen und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 2022; 65: 310–318. DOI: 10.1007/s00103-022-03494-2
- [40] De Bock F, Spura A, Thaiss HM. Digitalisierung als Lernprozess in der Prävention und Gesundheitsförderung: Voraussetzungen, Chancen, Herausforderungen und praktische Ansätze. *Bundesgesundheitsbl* 2020; 63: 663–664. DOI: 10.1007/s00103-020-03155-2
- [41] Fischer F. Digitale Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung: Welche Form der Evidenz haben wir und welche wird benötigt? *Bundesgesundheitsbl* 2020; 63: 674–680. DOI: 10.1007/s00103-020-03143-6
- [42] Bremer K, Brender R, Groeger-Roth F, Walter U. Grüne Liste Prävention: Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren zur Erweiterung der Datenbank um Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 780–781. DOI: 10.1055/s-0043-1770500