

# Wege aus der BGF-Wirkungskrise

von Holger Pfaff, Mareike Pfaff und Kristina Schubin

## Abstract

**Eine der zentralen Zukunftsaufgaben von Betrieben** ist die Umsetzung wirksamer und nachhaltiger Prävention und Gesundheitsförderung. Anspruch und Wirklichkeit klaffen jedoch mitunter so weit auseinander, dass man von einer Präventionskrise im Sinne einer Wirkungskrise sprechen kann. Oft werden Maßnahmen implementiert, deren Wirksamkeit nicht belegt oder unbekannt ist oder die bei Weitem nicht alle Beschäftigten und zudem oft die falschen erreichen. Dies mindert die Gesamtwirkung der Prävention erheblich. Als Weg aus der Wirkungskrise wird ein Drei-Ziele-Rahmen der Prävention (kurz: Triple-Aim-Konzept) vorgeschlagen, der die Ziele Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit umfasst. Der Artikel plädiert für einen Paradigmenwechsel hin zu einem systemischen Präventionsansatz, der reichweitenstarke, belegt wirksame und nachhaltige Individual- und Kollektivmaßnahmen integriert.

**Schlüsselwörter:** Präventionskrise, systemische Prävention, evidenzbasierte Prävention, Nachhaltigkeit, Populationsgesundheit

**One of the key tasks for companies in the future** is to implement effective and sustainable prevention and health promotion. However, there is a huge gap between aspiration and reality at times – so much so that it seems legitimate to speak of a prevention crisis in the sense of an effectiveness crisis. Often, the effectiveness of implemented measures is unproven or unknown. Additionally, measures often do not reach all employees or they reach the wrong ones. This significantly reduces the overall impact of prevention. As a way out of the effectiveness crisis, a triple aim framework for prevention is proposed, including the goals of evidence-based prevention, sustainability and population health. The article suggests a paradigm shift towards a systemic approach to prevention that integrates far-reaching, effective and sustainable individual and collective interventions.

**Keywords:** prevention crisis, systemic prevention, evidence-based prevention, sustainability, population health

# 1 Die Präventionskrise

Die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung befindet sich trotz aller guten Bemühungen der Krankenkassen, der Betriebe, der Beschäftigten und des Staates in einer Krise – konkreter: in einer Wirkungskrise. Wir sprechen erstens von einer Wirkungskrise, weil die Wirksamkeit der vor Ort eingesetzten Präventionsmaßnahmen oft unbekannt, unklar oder unbelegt ist. Die belegten wirksamen Maßnahmen zeigen meist nur eine schwache bis moderate Wirkung und werden oft noch abweichend von der getesteten Form eingesetzt (Evidenzkrise). Wir sprechen zweitens von einer Wirkungskrise, weil die potenziell negativen Nebenwirkungen der Maßnahmen in Form von Nachhaltigkeitsproblemen und Ressourcenverbrauch nicht systematisch erfasst und bewertet werden (Nachhaltigkeitsintransparenz). Und wir sprechen drittens von einer Wirkungskrise, weil selbst im Falle des Einsatzes wirksamer Präventionsmaßnahmen oft nur ein kleiner bis mittlerer Teil der Belegschaft erfasst wird und meist der falsche, risikoarme Teil (Reichweitenkrise). Wir beschreiben die geschilderten Problemlagen und schlagen ein Triple-Aim-Konzept, also einen drei Ziele umfassenden Rahmen für die Prävention, als möglichen Lösungsansatz vor.

## 1.1 Evidenzkrise

Der beste Weg, unwirksame Präventionsmaßnahmen zu vermeiden, ist, nur Maßnahmen einzusetzen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich möglichst zweifelsfrei nachgewiesen wurde (hohe interne Validität), und zwar in einem Kontext, der eine Übertragbarkeit der in diesem Kontext nachgewiesenen Wirkung in Bezug auf den Zielbetrieb erlaubt (hohe externe Validität) (Trojan und Kolip 2021). In der betrieblichen Praxis ist dies jedoch nicht immer möglich und der Fall. Bei dieser Aussage müssen wir zwischen rein betrieblich initiierten Präventionsmaßnahmen und kassenbasierten Maßnahmen unterscheiden. Bei den betrieblich initiierten Maßnahmen werden zum Teil solche eingesetzt, die zwar sinnvoll erscheinen oder innovativ sind, aber nicht auf ihre Wirkung hin getestet wurden. So stellt im Bereich der Personalentwicklung der systematische Einsatz evidenzbasierter Maßnahmen noch nicht die Regel dar, obwohl erste Änderungen erkennbar sind (vergleiche zum Beispiel Hess et al. 2022). Inhaltlich weiter sind in diesem Punkt – zumindest formal – die gesetzlichen Krankenkassen, da individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen durch sie nur förderfähig sind, wenn ein „wissenschaftlicher

Nachweis der Wirksamkeit auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz“ (GKV-Spitzenverband 2023, 64) gegeben ist. Wie ist es jedoch um die Nutzung des vorhandenen evidenzbasierten Wissens sowie die Quantität und Qualität dieses Wissens bestellt?

Nach dem Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird evidenzbasiertes Wissen in der Prävention und Gesundheitsförderung nur unzureichend genutzt (de Bock et al. 2020). Will man dieses Wissen nutzen, stößt man bei der Verhaltensprävention auf eine durchaus befriedigende Evidenzlage, nicht jedoch bei der Verhältnisprävention. Zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) liegt zwar eine Vielzahl an Studien vor, aber die Evidenzlage bleibt insgesamt ausbaufähig (Pieper et al. 20219). Aus einem Meta-Review von 49 internationalen Reviews ging hervor, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von BGF – gemessen an „harten“ Evidenzkriterien – immer noch begrenzt ist (Barthelmes et al. 2019). Die gemessenen Effektstärken (Stärke der Wirkung einer Maßnahme) sind eher klein bis moderat. Inhaltlich zeigen die Studien, dass verhaltenspräventive Maßnahmen in vielen Fällen in kleiner bis mäßiger Weise Krankenstände reduzieren, Gesundheitsverhalten verändern und Arbeitsfähigkeit sowie Gesundheit verbessern können. Kombinierte Maßnahmen aus Verhaltens- und Verhältnisprävention sind – je nach Art des Gesundheitsverhaltens – wirksamer und effizienter im Vergleich zu isolierten Maßnahmen. Eine einheitliche Aussage wird in diesen Fällen durch die unterschiedlichen Handlungsfelder erschwert, wie zum Beispiel Ernährung, Suchtprävention, psychische Störungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen (ebenda). Die begrenzte interne und externe Validität der diesen Reviews zugrunde liegenden Studien mahnt jedoch zu Vorsicht. Die interne Validität dieser Studien, also der Grad, mit dem diese Studien zweifelsfrei eine bestimmte Wirksamkeit belegen (vergleiche Shekelle et al. 1999), ist bei verhaltenspräventiven Maßnahmen zwar oft in befriedigender Form gegeben, nicht aber bei verhältnispräventiven Maßnahmen (Franklin 2023). Auch die externe Validität, das heißt die Übertragbarkeit der durchgeführten Studien auf deutsche Verhältnisse und die Verhältnisse im Zielbetrieb, ist in den meisten Fällen nur eingeschränkt gegeben. So stammten in dem erwähnten Meta-Review von den analysierten 978 Einzelstudien lediglich 18 (zwei Prozent) aus Deutschland (Barthelmes et al. 2019).

Wir unterscheiden hinsichtlich der externen Validität von BGF-Maßnahmen folgende Qualitätsstufen: (1) keine Belege; (2) unzureichende Belege; (3) ausreichende Belege aus außerbetrieblichen Studien und Kontexten (zum Beispiel mit Studierenden durchgeführte Studien); (4) ausreichende Belege aus betrieblichen Studien und Kontexten (zum Beispiel Rückenschulung am Arbeitsplatz); (5) ausreichende Belege aus dem konkreten Zielbetrieb (zum Beispiel Rückenschulung im Zielbetrieb). Zieht man diese Qualitätsstufen zur Einordnung der vorhandenen wissenschaftlichen Belege heran, so liegen die Belege für Maßnahmen der Verhaltensprävention in der Regel auf Qualitätsstufe 3 oder 4. Bei Maßnahmen der Verhältnisprävention sind in vielen Fällen keine oder nur unzureichende Belege (Qualitätsstufe 1 oder 2) vorhanden. Dies liegt daran, dass zahlenmäßig weniger gute Studien zu verhältnispräventiven Maßnahmen durchgeführt werden (Stichwort: mangelnde Evaluationskultur). Hinzu kommt, dass die wenigen vorhandenen Studienergebnisse nicht ausreichend bei der Planung und Umsetzung von Verhältnismaßnahmen genutzt werden. Dieser geringe Nutzungsgrad ist nicht nur dem unter anderem geringen Wissensstand in der Praxis geschuldet (*de Bock et al. 2020*). Auch der Umstand, dass Verhältnisprävention in deutschen Betrieben sehr oft in einem ergebnisoffenen, partizipativen Prozess geplant wird (zum Beispiel in Gesundheitszirkeln), trägt dazu bei, dass meist einzigartige Lösungen kreiert werden, für die es keine vergleichbaren Wirksamkeitsstudien gibt (vergleiche auch *Beck und Lenhardt 2016*). Für diese einzigartigen Lösungen müssten im Idealfall betriebsinterne Evaluationen durchgeführt werden, um klären zu können, ob diese Einzellösungen wirklich gesundheitswirksam sind.

Auch wenn evidenzbasierte Maßnahmen ausgewählt und durchgeführt werden, kann immer noch eine Evidenzkrise gegeben sein – und zwar dann, wenn die Maßnahmen nicht getreu der ursprünglich getesteten Maßnahmeninhalte und -module erfolgen. Ist keine Programmtreue (englisch: *fidelity*) gegeben, weil das evidenzbasierte Programm in der Praxis nicht genauso durchgeführt wird, wie es getestet wurde, oder weil die Beschreibung der Maßnahme in den Studien mangelhaft erfolgte, kann nicht erwartet werden, dass sich die im Test festgestellte Wirkung auch in der konkreten Praxis zeigt. Evidenzbasierung setzt somit nicht nur eine evidenzbasierte Entscheidung, sondern auch eine evidenzbasierte, programmgetreue Durchführung voraus. Aufgrund mangelnder Transparenz wissen wir

kaum, ob und inwieweit evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen in der Praxis programmgetreu umgesetzt werden. Da es jedoch gängige Praxis ist, getestete Präventionsmaßnahmen so zu verändern, dass sie zu den örtlichen und kulturellen Gegebenheiten passen (englisch: *tailoring*), muss hier ein großes Fragezeichen gesetzt werden. Schließlich kann es die Wirkung beeinträchtigen, wenn wirksame Maßnahmelemente dem Tailoring zum Opfer fallen.

## 1.2 Nachhaltigkeitsintransparenz

Eine nachhaltige Prävention ist gegeben, wenn Gesundheitserhaltung und -förderung mit dem geringstmöglichen Ressourcenaufwand erreicht werden und die dabei auftretenden nachhaltigkeitsrelevanten Nebenwirkungen (zum Beispiel CO<sub>2</sub>-Emissionen) gering sind. Nachhaltigkeitsprobleme können aber auch bei geringem Ressourcenaufwand und geringen Nebenwirkungen entstehen und zu Ressourcenverschwendung führen – nämlich dann, wenn die erwartete Wirkung nicht eintritt oder nicht angemessen umgesetzt wird. In diesem Fall haben wir es mit einer Verschwendung von Maßnahmenressourcen zu tun. Es ist weiter anzunehmen, dass der Trend zur digitalen Prävention die Nachhaltigkeit der Prävention tendenziell verbessert, da zum Beispiel Reisetätigkeiten und gegebenenfalls Trainerkosten entfallen. Das Grundproblem in der betrieblichen Prävention ist, dass in den meisten Fällen keine Daten und keine Transparenz über den Grad der Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen vorhanden sind.

## 1.3 Reichweitenkrise

Die wirksamste und ressourceneffizienteste Präventionsmaßnahme nützt wenig, wenn sie nicht alle Beschäftigten erreicht, also eine große Reichweite besitzt. Betriebe gehen bei verhaltensbasierten Maßnahmen oft nach dem Angebotsprinzip vor oder führen oft nur in Problembereichen gezielt Maßnahmen durch, so dass im Ergebnis nicht alle Beschäftigten Präventionsmaßnahmen erhalten (*Beck und Lenhardt 2016*). Die systemweite Reichweite einer Maßnahme (vergleiche „Reach“ im RE-AIM Modell bei *Glasgow et al. 2019*) ist häufig entscheidend für die Gesamtwirkung einer Maßnahme oder eines Maßnahmen-Portfolios. Es gibt Belege dafür, dass BGF-Maßnahmen dann die Fehlzeiten senken, wenn sie eine große Reichweite aufweisen (*Pfaff et al. 2008*). Zur Verdeutlichung: Wenn eine ran-

domisierte, kontrollierte Studie in einem Betrieb von 1.000 Beschäftigten ergibt, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmenden eines Achtsamkeitstrainings mit 21 Fehltagen und den Probanden der Kontrollgruppe mit 23 Fehltagen gibt, liegt in Ansätzen eine evidenzbasiert wirksame Präventionsmaßnahme vor. Dies sagt jedoch noch wenig über die systemweite Wirkung dieser Maßnahme aus. Nimmt nur ein Bruchteil der Beschäftigten an einer so getesteten Maßnahme teil (zum Beispiel 50 von 1.000), was oft der Fall ist, dann liegt der Gesamtreduktionseffekt in Bezug auf die Fehltagelast für die Population der 1.000 Beschäftigten unter einem Prozent. Eine individuell wirksame Maßnahme ist somit nicht zwingend relevant für die Populationsgesundheit. Erst eine hohe Reichweite stark wirksamer Präventionsmaßnahmen führt zu einer deutlichen Verbesserung der Populationsgesundheit.

## 2 Der Drei-Ziele-Rahmen der Prävention

Der folgende Drei-Ziele-Rahmen der Prävention dient als Lösungsansatz zur Überwindung der Wirkungskrise. Dabei gehen wir – in grober Anlehnung an das Triple-Aim-Konzept der Gesundheitsversorgung (*Berwick et al. 2008*) – davon aus, dass eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung auf der Verfolgung von drei Zielen beruht: Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit (vergleiche **Abbildung 1**). Dieses Triple-Aim-Konzept bedeutet, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen evidenzbasiert, ressourcenschonend und populationsbezogen ausgerichtet sein sollten, um systemwirksam zu sein.

## 3 Evidenzbasierung als Ziel

Für die unbefriedigende Evidenzbasierung konkreter betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann (mehr zum Beispiel bei *Barthelmes et al. 2019*). Wir wollen ein Sieben-Punkte-Programm vorschlagen, das zum Präventionsleitfaden (*GKV-Spitzenverband 2023*) kompatibel ist. Seine Bestandteile sind die folgenden:

1. **Beschleunigung des Evidenzverfahrens:** Die evidenzbasierte Prävention (EbP) hinkt der gesellschaftlichen und technologischen Entwicklung systematisch hinterher (wir bezeichnen dies als

„EbP-lag“ beziehungsweise „EbM-lag“). Die Beschleunigung der wissenschaftlichen Evidenzgenerierung, zum Beispiel durch Vorabveröffentlichungen, Rapid Reviews und lebende Leitlinien, ist als agileres Verfahren zwar für das EbP-System revolutionär, ändert aber am Grundprinzip der Evidenzprüfung wenig (*Pfaff und Schmitt 2021*).

2. **Nutzung des kausalmechanistischen Ansatzes (EbM+ bzw. EbP+):** Bei diesem Ansatz wird das klassische Verfahren der Evidenzbasierung (EbM, EbP) um eine Sichtweise ergänzt, die konkrete Wirkmechanismen zwischen Maßnahme und Outcome mit nichtexperimentellen Methoden in den Blick nimmt. Neben Experimenten sind auch Quasi-Experimente, Beobachtungen und Zusammenhangsanalysen möglich, welche in der EbM bisher nicht akzeptiert wurden (*Greenhalgh et al. 2022*).
3. **Der theoriebasierte Ansatz (EbM+-Theorie):** Dieser neuere Ansatz ist neben dem EbM+-Ansatz am besten für praktische Lösungen im Betrieb geeignet. Der Ansatz besagt im Kern, dass Theorien, die in der wissenschaftlichen Gemeinschaft akzeptiert und zudem nachweislich empirisch überprüft sind, zur Planung und Gestaltung von Präventionsmaßnahmen genutzt werden dürfen, solange die Evidenzlage unzureichend ist (*Pfaff und Schmitt 2023*). Dieser Ansatz sollte vor allem dort zum Einsatz kommen, wo es auf Schnelligkeit ankommt und wo die Geschwindigkeit des Wandels sehr hoch ist.
4. **Nutzung evidenzbasierter Präventionsmodule:** Es werden standardisierte Präventionsmodule benötigt, die jeweils als ganzes Modul empirisch getestet wurden und in der Praxis mit hoher Programmtreue umgesetzt werden können. Diese Module können – auch im Rahmen eines partizipativen Ansatzes – zu einem Präventionsmaßnahmenpaket zusammengebaut werden. Zwecks Sicherstellung der getesteten Wirkung dürfen die Modulinhalt jedoch nicht, auch nicht partizipativ, geändert werden. Das Tailoring erfolgt über die Auswahl der Wirkungsmodule.
5. **Schaffung einer Evaluationskultur:** Es wird eine Evaluationskultur in deutschen Unternehmen benötigt, in deren Rahmen es normal ist, Experimente mit Interventions- und Kontrollgruppe durchzuführen (daran scheitern viele Evidenzstudien, wie wir aus eigener Erfahrung sagen können). Die Untersuchung der Implementierung sollte zur Regel gehören (*Proper und van Oostrom 2019*).
6. **Ausbau der Forschungsinfrastruktur:** Die arbeitswissenschaftlichen, -medizinischen, -psychologischen und -soziologischen Professuren an Universi-

Abbildung 1 Der Drei-Ziele-Rahmen der Prävention (Triple-Aim-Konzept)

Quelle: eigene Darstellung, G+G Wissenschaft 2024



Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten evidenzbasiert, ressourcenschonend und populationsbezogen ausgerichtet sein.

täten müssen – nach Jahren der Vernachlässigung – erheblich ausgebaut werden, um Kapazitäten für die Durchführung evidenzbasierter Studien zu schaffen. Das BAuA-Programm „Förderung der Forschung zur Gesundheit in der Arbeitswelt“ kann nur der Anfang sein. Als Vorbild könnte die staatliche Förderung des Ausbaus der Allgemeinmedizin an deutschen Universitäten dienen.

7. **Innovationsfonds für Präventionsforschung:** Wir benötigen eine intensive Förderung von Arbeitsforschung und Präventionsinnovationen in den Betrieben nach dem Erfolgsmodell des Innovationsfonds in der Versorgungsforschung (*Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss o. J.*).

Dieses Programm kann helfen, den Anteil der deutschen an den internationalen Studien zu heben, die Beliebigkeit der Präventionsmaßnahmen zu begrenzen und damit insgesamt die Wirkung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen.

## 4 Nachhaltigkeit als Ziel

Jede Präventionsmaßnahme ist mit Ressourcenverbrauch verbunden. Wie bereits erwähnt, spielen dabei

nicht nur Ressourcen wie Geld, Personal, Zeit und Sachmittel eine Rolle, sondern auch nachhaltigkeitsrelevante Größen wie der Energieverbrauch. In der Gesundheitsökonomie wird der Ressourcenverbrauch meist in Form von Kosten dargestellt. Sie sind ein wichtiger Aspekt, bilden jedoch den nachhaltigkeitsrelevanten Ressourcenverbrauch nicht vollständig ab, da die negativen Umwelteffekte oft externalisiert werden und daher in den Kosten nicht eingepreist sind. Überträgt man das Prinzip des *value-based healthcare* (Porter 2010) auf die Prävention, so geht es darum, den Wert einer Präventionsmaßnahme für Betroffene (hier: Beschäftigte) ins Verhältnis zum Aufwand zu setzen. Ressourcenschonende Prävention bedeutet nicht, auf eine Maßnahme zu verzichten, sondern eine ressourcenschonendere und -effizientere Alternative für ihre Realisierung zu wählen, etwa indem Vor-Ort-Präventionskurse digital angeboten werden. Das Ziel ist es, die gewünschte Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz und möglichst geringen Nebenwirkungen (zum Beispiel CO<sub>2</sub>-Emissionen) zu erreichen. Nachhaltigkeit wird dabei nicht nur durch Ressourceneffizienz und Nebenwirkungsarmut erreicht, sondern auch durch Erzielung der gewünschten Wirkung. Unwirksame Prävention verschwendet Ressourcen und ist somit nicht nachhaltig.

**Abbildung 2 Einteilung von Präventionsmaßnahmen nach dem Ressourcenaufwand und der Wirksamkeit in Bezug auf die Populationsgesundheit**



Effiziente Präventionsmaßnahmen kombinieren einen geringen Ressourceneinsatz mit hoher Wirksamkeit in Bezug auf die Populationsgesundheit. Hoher Aufwand bei geringer Wirksamkeit ist zu vermeiden.

## 5 Populationsgesundheit als Ziel

Die Präventionsakteurinnen und -akteure in den gesetzlichen Krankenkassen und den Betrieben sollten sich immer wieder bewusst machen, dass sie nicht Hüterinnen und Hüter der individuellen Gesundheit, sondern der Gesundheit einer Population (zum Beispiel Versicherte, Beschäftigte) sind. Aus Public-Health-Perspektive ist es ihre Aufgabe, das in Form von gesunden Versicherten oder gesunden Beschäftigten vorhandene Gesundheitsasset zu managen, auszubauen und zu erhalten. Wer diese Populationsperspektive nicht einnimmt, betreibt symbolische Prävention, jedoch keine systemwirksame Prävention. Wir möchten zur Erreichung des Ziels der Populationsgesundheit ebenfalls ein Sieben-Punkte-Programm vorschlagen:

- 1. Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention:** Die Verhältnisprävention wurde zu lange zugunsten der Verhaltensprävention vernachlässigt. Letztere passt zwar zum Individualisierungstrend, hat aber das Problem des *blaming the victim* und – wie gezeigt – ein prinzipielles Reichweitenproblem, das die Verhältnisprävention so nicht kennt.
- 2. Inanspruchnahme-Management:** Um die Reichweite verhaltensbezogener Maßnahmen zu erhöhen, ist es notwendig, die Inanspruchnahme dieser

Leistungen zu erhöhen, Abbruchraten zu verringern und dabei auftretende soziale Ungleichheiten durch zielgruppenspezifische Angebote (Stichwort: Präzisionsprävention) zu minimieren (Schubin et al. 2021; Robroek et al. 2021).

- 3. Präventionsmarketing:** Zur Verbesserung der Inanspruchnahme und des kollektiven Gefühls, dass man sich um die Mitarbeitenden kümmert, sowie zur Erzeugung einer Evaluationskultur sollte soziales Präventionsmarketing betrieben werden. Dies ergibt aber nur Sinn, wenn die betriebliche Prävention wirksam und nachhaltig ist. Rein symbolisches soziales Marketing ist nicht erstrebenswert. Durch soziales Marketing können wirksame, aber reichweiten schwache Maßnahmen reichweitenstark gemacht werden, wenn das Marketing zu einer erhöhten Inanspruchnahme dieser Maßnahmen führt.
- 4. Schaffung von Sekundärvorteilen:** Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel Achtsamkeitstrainings) haben nicht nur direkte Effekte (zum Beispiel Erhöhung der Achtsamkeit), sondern auch indirekte gesundheitliche Effekte (zum Beispiel schafft die Vernetzung mit den Teilnehmenden eines Trainingskurses gesundheitsförderliches Sozialkapital). Dies ist ein wünschenswerter Sekundärvorteil.
- 5. Integration von Gesundheits- und Versorgungsmanagement:** Selbst wenn Prävention und Gesundheitsförderung optimal gelingen, können sie nicht verhindern, dass Menschen psychisch oder

physisch krank werden. Die Versorgung dieser Beschäftigten dem Versorgungssystem zu überlassen, greift jedoch im Hinblick auf Nachhaltigkeit und systemische Handlungsfähigkeit von Betrieben zu kurz. Daher sollte diese Schnittstelle im Sinne eines integrierten betrieblichen Gesundheits- und Versorgungsmanagements (BGVM) aktiv gestaltet werden.

6. **Standardisierte Erfassung der Populationsgesundheit:** Eine Steuerung der Populationsgesundheit ist nur möglich, wenn die Zielgröße „Populationsgesundheit“ standardisiert und valide erfasst wird. Zur kollektiven Festlegung der einheitlichen Messung dieser Zielgröße ist ein Konsensusprozess aller Stakeholder nötig, etwa nach dem Vorbild der Erstellung von S3-Leitlinien in der Gesundheitsversorgung (Deckert et al. 2021).
7. **Präventionsportfolio und Portfoliomanagement:** Populationswirksames Präventionsmanagement benötigt als Steuerungshilfsmittel Präventionsportfolios, also eine Darstellung der umgesetzten und möglichen Präventionsmaßnahmen in einem zweidimensionalen Raum. Hierbei können die Dimensionen je nach Fragestellung immer wieder neu festgelegt werden. Mögliche Dimensionen sind zum Beispiel Evidenzbasierung, Populationsgesundheit und Ressourcenaufwand. Auf diese Weise können Portfolios (vergleiche **Abbildung 2**) erstellt werden. Das Portfoliomanagement entscheidet auf dieser Basis über die Zusammensetzung des zukünftigen Portfolios durch Ausbau, Optimierung und Streichung von Maßnahmen. Dazu werden zwei Instrumente benötigt: (a) pragmatische Evaluation bestehender und neu einzuführender Maßnahmen und (b) systematische Erfassung der Nutzerbewertungen, der Nutzerdaten und des Evidenzniveaus der Maßnahmen.

## 6 Fazit

In diesem Artikel wird die These vertreten, dass wir es in der Prävention mit einer Krise zu tun haben, die im Kern eine Wirkungskrise ist. Da mitunter eine große Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht, müssen alle Stakeholder in dieser Hinsicht neue (Denk-)Wege einschlagen. Ein Paradigmenwechsel hin zu einem systemischen Ansatz ist nötig, damit Prävention und Gesundheitsförderung ihr volles Potenzial entfalten können. Als Weg aus der Wirkungskrise wurde ein Dreiziele-Rahmen der Prävention (Triple-Aim-Konzept)

vorgeschlagen, der die Ziele Evidenzbasierung, Nachhaltigkeit und Populationsgesundheit umfasst. Die Erreichung dieser Ziele stellt die Betriebe, die Krankenkassen, den Staat und die Forschungsförderinstitutionen vor große Herausforderungen, die jedoch durch koordinierte Zusammenarbeit zum Wohle der Populationsgesundheit bewältigt werden können.

## Literatur

- Barthelmes I et al. (2019): iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Dresden: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)
- Beck D, Lenhardt U (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. Das Gesundheitswesen, Jg. 78, Heft 1, 56–62
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington JC (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs, Vol. 27, No. 3, 759–769
- de Bock F, Dietrich M, Rehfuess E (2020): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln: BZgA
- Deckert S et al. (2021): Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 160, 21–33
- Franklin P (2023): Worksite Health Promotion: Evidence on Effects and Challenges. In: Wahrendorf M, Chandola T, Descatha A (Eds.): Handbook of Life Course Occupational Health. Cham: Springer International Publishing, 469–492
- GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Glasgow RE et al. (2019): RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Frontiers in Public Health, Vol. 7, No. 64
- Greenhalgh T et al. (2022): Adapt or Die: How the Pandemic Made the Shift from EBM to EBM+ more Urgent. BMJ Evidence-Based Medicine, Vol. 27, No. 5, 253–260
- Hess M, Grund S, Weiss W (2022): HR-Analytics: Evidenzbasierte Personal- und Organisationsentwicklung. In: Hess M, Grund S, Weiss W (Hrsg.): Crashkurs Personalentwicklung: Mitarbeitende fördern und binden. München: Haufe, 375–400
- Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (o. J.): Förderprojekte; innovationsfonds.g-ba.de → Förderprojekte

- Pfaff H, Plath SC, Köhler T, Krause H (2008): Gesundheitsförderung im Finanzdienstleistungssektor. Prävention und Gesundheitsmanagement bei Banken und Versicherungen. Berlin: Edition Sigma
- Pfaff H, Schmitt J (2021): The Organic Turn: Coping with Pandemic and Non-Pandemic Challenges by Integrating Evidence-, Theory-, Experience-, and Context-Based Knowledge in Advising Health Policy. *Frontiers in Public Health*, Vol. 9, No. 727427
- Pfaff H, Schmitt J (2023): Reducing Uncertainty in Evidence-Based Health Policy by Integrating Empirical and Theoretical Evidence: An EbM+theory approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 29, No. 8, 1279–1293
- Pieper C, Schröer S, Eilerts AL (2019): Evidence of Workplace Interventions – A Systematic Review of Systematic Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16, No. 3553
- Porter ME (2010): What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, Vol. 363, No. 26, 2477–2481
- Proper KI, van Oostrom SH (2019): The Effectiveness of Workplace Health Promotion Interventions on Physical and Mental Health Outcomes – A Systematic Review of Reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 45, No. 6, 546–559
- Robroek SJW, Coenen P, Oude Hengel K (2021): Decades of Workplace Health Promotion Research: Marginal Gains or a Bright Future Ahead. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 47, No. 8, 561–564
- Schubin K, Pfaff H, Zeike S (2021): How Managers Perceive and (Do not) Participate in Health Promotion Measures – Results from a Cross-Sectional Mixed-Methods Survey in a Large ICT company. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, No. 9708
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J (1999): Developing Guidelines. *The BMJ*, Vol. 318, No. 7183, 593–596
- Trojan A, Kolip P (2021): Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1119–1141
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 29. Februar 2024)

## Die Autoren



**Univ.-Prof. Dr. phil. Holger Pfaff**, Jahrgang 1956, ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und des Zentrums für Versorgungsforschung in Köln. Er war von 2002 bis 2010 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, von 2006 bis 2012 erster Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und von 2016 bis 2019 Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds. Er ist zudem seit 2019 Honorarprofessor an der Macquarie University, Sydney.



**Mareike Pfaff, M.Sc.**, Jahrgang 1994, hat Psychologie mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Hamburg und der Universität Wien studiert. Seit 2022 ist sie am Institut für Organisationsdiagnostik & Sozialforschung in Köln als BGM-Beraterin tätig. Pfaff promoviert an der Universität Heidelberg (Abteilung für Arbeitsforschung und Organisationsgestaltung) über die gesundheitlichen Auswirkungen von selbstgefährdenden Bewältigungsstrategien im Kontext einer modernen und flexiblen Arbeitswelt.



**Dr. Kristina Schubin**, Jahrgang 1994, studierte Erziehungs-, Rehabilitations- und Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Organisationsentwicklung an der Universität zu Köln. Sie ist seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IMVR und systemische Beraterin. Neben der wissenschaftlichen Arbeit war sie als freiberufliche Beraterin im betrieblichen Gesundheitsmanagement tätig. Ihre Dissertation veröffentlichte sie zum Thema „Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung in deutschen Unternehmen“.

### Kontakt

Dr. Kristina Schubin, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität zu Köln, Eupener Str. 129, 50933 Köln, Telefon: 0221 47897157, E-Mail: kristina.schubin@uni-koeln.de