

sozialen und professionellen Unterstützung sowie der Familiendynamik und Funktionalität im Fokus steht (vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid u. Plass 2011)

Im Verlauf der Beratung findet eine Verknüpfung der Informationen zur Erkrankung mit lebens- und familiengeschichtlichen Erfahrungen auf dem Hintergrund der Familiendynamik und ein Verständnis der Erkrankung und der Paar- und Familiendynamik aus einer psychodynamischen, mehrgenerationalen Perspektive statt. Das klinische Vorgehen, welches präventive und therapeutische Elemente enthält, wird ausführlicher im Manual beschrieben, welches eine breite Anwendung ermöglicht (vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid u. Plass 2011).

Der CHIMPs-Ansatz ist in prospektiven und kontrollierten Studien gut evaluiert. In den Evaluationsergebnissen konnte gezeigt werden, dass sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und ihre soziale Unterstützung nach der CHIMPs-Intervention, im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe, aus den Perspektiven der Patienten und der Kinder signifikant verbessern und diese über ein Jahr weitgehend stabil bleiben (Wiegand-Grefe, Werkmeister, Bullinger, Plass u. Petermann 2012). Die Effektstärken ( $d = .40$ , Patientenperspektive,  $d = .46$  Kinderperspektive) sind als mittlere Effekte zu bewerten. Ebenso verringern sich die psychischen Auffälligkeiten der Kinder (Wiegand-Grefe, Cronemeyer, Plass, Schulte-Markwort u. Petermann 2013) und es zeigen sich bessere Krankheitsbewältigungsstrategien der Eltern (Wiegand-Grefe, Cronemeyer, Halverscheid, Redlich u. Petermann 2013). Für die Wirksamkeit der CHIMPs-Intervention stellen die von den Kindern selbst berichtete verbesserte Lebensqualität und die verbesserte psychische Gesundheit nach der Intervention ein gewichtiges Indiz dar.

Abschließend erwähnt werden soll eine Pionierstudie zur Wirksamkeit einer pädagogischen Jugendhilfemaßnahme bei Kindern

psychisch kranker Eltern (Büttner et al. 2011). In der mit teilstationärer Erziehungshilfe bei Kindern mit elterlicher Psychopathologie eine vergleichbare Wirksamkeit erzielt wurde wie bei Kindern mit gesunden Eltern. Diese Jugendhilfe-Maßnahme erreichte in Familien mit psychisch kranken Elternteilen vergleichbare Wirkungen wie bei nicht-betroffenen Familien.

### Fazit

Kinder psychisch kranker Eltern sind als eine Hochrisikogruppe im letzten Jahrzehnt stärker ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit gerückt (Mattejat, Lenz u. Wiegand-Grefe 2011). In den letzten Jahren sind in Deutschland eine Reihe von Angeboten zur Unterstützung betroffener Familien mit einem breiten inhaltlichen Spektrum entstanden, die von der Organisation von Ferienfreizeiten bis hin zu therapeutisch angeleiteten Gesprächsgruppen reichen. Familienorientierte Ansätze erscheinen besonders geeignet (Foster et al. 2012, Krumm, Becker u. Wiegand-Grefe 2013). Zukünftig wird es darum gehen, eine flächendeckende Routineversorgung zu implementieren, um eine breite und nachhaltige Versorgung der Kinder sichern zu können.

### 2.3.5 Das Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®“

Dr. Dieter Olbrich

#### Einführung

Die Arbeit ist ein zentraler Lebensbereich des Menschen. In den letzten Jahren ist ein Anstieg psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im Arbeitsleben zu verzeich-

nen, die im Kontext beruflicher Veränderungen diskutiert werden und durch die es zum Auftreten stressassoziierter arbeitsbezogener Gesundheitsstörungen kommt (Badura et al. 2005). Der Begriff „Burnout Syndrom“ nimmt breiten Raum in der Presse ein, sodass schon von einer „Mode-Diagnose Burnout“ (Kaschka et al. 2011) gesprochen wird.

Diese zunehmende Verbreitung chronisch psychischer Gesundheitsstörungen ist zunehmend nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesundheitsökonomisches Problem, das erhebliche Auswirkungen auf die medizinischen Versorgungssysteme hat. So ist bei der Deutschen Rentenversicherung seit 2006 eine kontinuierliche Zunahme der Bewilligung für stationäre Leistungen zur psychosomatischen Rehabilitation zu verzeichnen, bei gleichzeitig kontinuierlicher Zunahme der Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund von psychischen Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung 2012). Berücksichtigt man zusätzlich die demografische Entwicklung, mit der Notwendigkeit, ältere Mitarbeiter länger im Erwerbsleben zu halten (Ilmarinen 2005) wird klar, dass Akutbehandlung und Rehabilitation allein für diese Aufgabe nicht ausreichen.

Der parallele Anstieg von psychosomatischen RehaMaßnahmen und Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen hängt neben anderen Faktoren damit zusammen, dass psychosomatische Rehabilitation erst zu einem Zeitpunkt durchgeführt wird, an dem die Rehabilitationsprognose so ungünstig ist, dass eine Rückkehr ins Erwerbsleben in vielen Fällen nicht mehr gelingt. Bei Analyse von Mitarbeitern in der psychiatrischen Rehabilitation wurde im Hinblick auf Stressfaktoren festgestellt, dass weniger die Arbeitstätigkeit an sich Haupteffekte in Bezug auf Stress bewirkt, als vielmehr Organisationsvariablen, die mit beruflichen Gratifikationskrisen zusammenhängen (Siegrist 1996) und Personenvariablen, die mit Selbstwirksamkeitserwartungen zusammenhängen (Queri et al 2012). Dies be-

deutet, dass einerseits gute Organisations- und Führungsmodelle präventiven Charakter für das Entstehen von psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben haben, andererseits eine Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens vorbeugenden Charakter für stressbezogene Beschwerden hat. Dies spricht dafür, dass bei allen präventiven Maßnahmen sowohl Verhaltensprävention (Personenvariablen) als auch Verhältnisprävention (betriebliche Organisationsstrukturen, Arbeitsplatzeinrichtung etc.) gemeinsam im Auge behalten werden sollten, um optimale Effekte zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund gibt es zwar einen breiten Konsens, dass präventive Maßnahmen im Arbeitsleben sinnvoll und angezeigt sind, aber kaum eine Diskussion darüber, in welchem Rahmen dies geschehen soll. Da die Rentenversicherung über ein Netz von Rehabilitationseinrichtungen verfügt war politischer Wille, Prävention im Rahmen bestehender Strukturen anzubieten; hier ist die Rentenversicherung bedeutsamer Akteur.

Die Möglichkeiten der Rentenversicherung, ihren Versicherten präventive Leistungen anzubieten, waren aufgrund gesetzlicher Regelungen bis Ende 2008 sehr begrenzt. Durch eine Änderung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI wurde hier eine rechtliche Grundlage für die Durchführung von Präventionsleistungen geschaffen. Danach können ambulante oder stationäre Leistungen für Versicherte erbracht werden, deren Erwerbsfähigkeit durch typische Risiken ungünstig beeinflusst wird. (Frie-melt u. Ritter 2012).

### **Das Rahmenkonzept „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern – Betsi®“**

Nach Schaffung der rechtlichen Grundlagen durch den modifizierten § 31, SGB VI haben die Deutsche Rentenversicherung Bund, Westfalen und Württemberg ein Rahmenkonzept erstellt, in dem die Erwartungen an präven-

tive Leistungen, die Durchführung und die wesentlichen Ziele beschrieben werden. Das Rahmenkonzept ist unter dem Titel „Beschäftigungsfähigkeit, teilhabeorientiert sichern – Betsi®“ publiziert. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008)

In diesem Konzept wird bewusst nur der Rahmen für die Durchführung von Präventionsleistungen beschrieben, um in Modellprojekten den beteiligten Rentenversicherungsträgern Gestaltungsspielräume einzuräumen, unterschiedliche Handlungsansätze zu erproben und deren Wirksamkeit in der Praxis zu überprüfen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und Westfalen gingen hier den Weg, ihre Angebote allen Betrieben mit Standorten in einer Modellregion anzubieten. Die Programme sollten berufsbegleitend durchgeführt werden im Rahmen eines modularen Vorgehens, wobei eine Initialphase, eine berufsbegleitende Trainingsphase und eine Nachsorgephase vorgesehen sind.

Auf der Grundlage dieses Rahmenkonzepts ist dann am Rehabilitationszentrum in Bad Salzuflen das Präventionsprogramm GUSI® (ein Praxismodell für präventive Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen) entwickelt worden (Olbrich u. Baake 2011).

Grundlagen von GUSI® sind:

- Es handelt sich dabei um ein präventives Angebot für Versicherte mit einem erkennbaren Risikoprofil, durch das die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird. Das Risikoprofil beschreibt Belastungen vorwiegend im psychosozialen Bereich. Trotzdem ist es nicht eine, auf eine Indikation beschränkte Prävention, sondern wird für Beschäftigte, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, angeboten, bei denen ein solches Risikoprofil erkennbar ist. Es handelt sich also nicht um eine „psychosomatische Prävention“.
- GUSI® ist ausdrücklich keine Krankenbehandlung, schon gar keine Behandlung

einer psychischen Erkrankung. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist besonders auf das Problem der Stigmatisierung und Etikettierung zu achten (Walter et al. 2008). GUSI® ist ein spezifisches Trainingsprogramm zur besseren Bewältigung psychosozialer Belastungen in Beruf und Alltag und richtet sich an Menschen mit subklinischen Befindlichkeitsstörungen und nicht an Patienten mit F-Diagnosen (ICD-10).

Die Betonung dieser beiden Faktoren in der Information an Betriebe, Beschäftigte und Betriebsmediziner soll dazu beitragen, jede Form von Stigmatisierung zu vermeiden.

### Kommunikation mit Betrieben und Betriebsmedizinern

In der sogenannten „Initialphase“ haben wir unser GUSI®-Präventionsprogramm direkt in Unternehmen und Betrieben der Region vorgestellt. Parallel haben wir auf Tagungen und Kongressen die Inhalte präsentiert und Informationsmaterial entwickelt, das sowohl Versicherten als auch Betriebsärzten zur Verfügung steht.

Ansprechpartner im Betrieb sind die Betriebsärzte, die die erste „Screeningfunktion“ haben. Sie dokumentieren nach persönlichem Kontakt mit einem Beschäftigten, dass sie GUSI® für indiziert halten. Um den administrativen Aufwand so gering als möglich zu halten, reicht für die Dokumentation eine Bestätigung auf dem Betsi®-Antragsformular.

Die Betriebsmediziner sind neben Geschäftsführungen, Personalabteilungen und Sozialpartnern über die Zielgruppen für GUSI® informiert.

Präventionszielgruppen sind aktiv Rentenversicherte, bei denen neben spezifisch beruflichen Belastungen oder Gefährdungen (z. B. Schichtarbeit, vorwiegend Publikumsverkehr, lange Anfahrtswege u. a.) auch persönliche Risikofaktoren (Alleinerziehende, pflegende

Angehörige u. a.) vorhanden sind, die zu Beschwerden führen können.

Ergänzend stehen objektive Daten zur Beschreibung des Risikoprofils zur Verfügung:

Zum einen sind dies auffällige AU-Zeiten-Entwicklungen, zum anderen Kennwerte in spezifischen Fragebögen. Wir setzen als Screeninginstrument bei allen Interessenten den Work-Ability-Index (WAI) ein (Hasselhorn u. Freude 2007). Im WAI schätzen Arbeitnehmer ihre „subjektive Arbeitsfähigkeit“ ein. In der Kurzform umfasst er zehn Fragen, die die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, den Gesundheitszustand, die Leistungsreserven und die Perspektive eines Mitarbeiters betreffen. Diese Fragen werden sieben WAI-Dimensionen zugeordnet und mit Punkten versehen.

Dabei werden die folgenden Punktbereiche beschrieben:

- 44–49 steht für eine sehr gute subjektive Arbeitsfähigkeit. Hier besteht kein Interventionsbedarf.
- 37–43 steht für eine gute subjektive Arbeitsfähigkeit. Hier ließe sich bei entsprechendem Risiko die Arbeitsfähigkeit mit präventiven Leistungen unterstützen.
- 28–36 steht für eine niedrige subjektive Arbeitsfähigkeit. Hier ist in jedem Falle eine Verbesserung erforderlich, entweder durch präventive Leistungen oder ggf. durch Behandlung.
- 7–27 steht für eine schlechte subjektive Arbeitsfähigkeit. In der Regel geht es hier darum, die Arbeitsfähigkeit mit geeigneten Behandlungsmaßnahmen wieder herzustellen. Es ist vom Vorliegen einer Erkrankung auszugehen.

GUSI® Teilnehmer haben WAI Werte zwischen 28 und 43, Werte unter 27 sind ein Ausschlusskriterium. Die Betriebsmediziner und Betriebe, die den WAI im Rahmen ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements einsetzen, können das Screening-Instrument selbst nutzen; ansonsten wird diese Aufgabe bei der Diagnostik

in der Rehaklinik übernommen. Ein weiteres Ausschlusskriterium für die Teilnahme am GUSI®-Präventionsprogramm sind mehr als 42 AU-Tage im vorangegangenen Halbjahr.

### Inhalte des GUSI®-Präventionsprogramms – die Trainingsmodule

Gesundheitsförderung setzt eine „salutogenetische Sichtweise“ voraus und arbeitet ressourcenorientiert, zur Förderung persönlicher Stärken (Hurrelmann et al. 2010). Gesundheitsförderung gelingt dann, wenn es zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen von Menschen kommt, verbunden mit positiven Affekten. Es geht nicht um externe Affirmationen, sondern darum, dass Menschen zur Steigerung ihrer Selbstwirksamkeit und Förderung ihrer Handlungsorientierung zumindest einen für sie persönlich „guten Grund“ finden, um sich berufsbegleitend an Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beteiligen und diese auch in ihren Alltag einzubauen. Gelingt dies, so kommt es zu einer besseren Selbstregulation (Abb. 2-4). Hierdurch wird die Handlungsfähigkeit auch in schwierigen Situationen gefördert und damit auch das persönliche Gesundheitsverhalten (Bengel u. Jerusalem 2009).

Im GUSI®-Präventionsprogramm werden 3 Trainingsmodule vermittelt:

- Die Teilnehmer erlernen ein ressourcenorientiertes Selbstmanagement-Training (ZRM®-Training).



Abb. 2-4 Selbstregulation und Handlungsfähigkeit

- Wir vermitteln ein abgestimmtes Entspannungstraining auf der Grundlage der progressiven Muskelentspannung (PM); dieses nimmt Bezug auf die im ZRM®-Training entwickelten persönlichen Motto-Ziele.
- Drittes Modul ist Bewegungstherapie. Als aktive Bewegung bieten wir Nordic Walking an, die Körperwahrnehmungsschulung orientiert sich an den Prinzipien der funktionalen Körpertherapie (bewusstes Bewegen im Alltag) und der Achtsamkeit.

### Ressourcenorientiertes Selbstmanagementtraining mit dem ZRM®

Das **Zürcher Ressourcenmodell (ZRM®)** ist theoretische Basis für das ZRM®-Training. Es handelt sich hierbei um ein manualisiertes Selbstmanagement-Training, das in den 90er Jahren von Storch und Krause entwickelt wurde (Storch u. Krause 2007). Das ZRM®-Training ist ein psychoedukatives Verfahren, das Menschen darin unterrichtet, ihre Handlungssteuerung zu optimieren und ihre intrinsische Motivation für die Zielerreichung zu fördern. Es ist theoretisch fundiert und bei verschiedenen Gruppen auf ihre Wirksamkeit hin untersucht worden. Es handelt sich um einen ressourcenorientierten Ansatz, der sich durch drei Merkmale als besonders geeignet für präventive Angebote auszeichnet:

- **Integration:**  
Im ZRM®-Training werden verschiedene Ansätze aus der psychologischen Theorie und Praxis integriert.
- **Ressourcenorientierung:**  
Dieses Merkmal betont die Verschiebung von der Pathogenese zur Salutogenese. Statt Defizite auszugleichen, geht es um die Entwicklung persönlicher Ressourcen.
- **Transfereffizienz:**  
Durch Motivation, Training in der Gruppe, Freude am Training und rasche Anwendbarkeit ist das ZRM®-Training gut im Alltag nutzbar. Es fördert eine größtmögliche

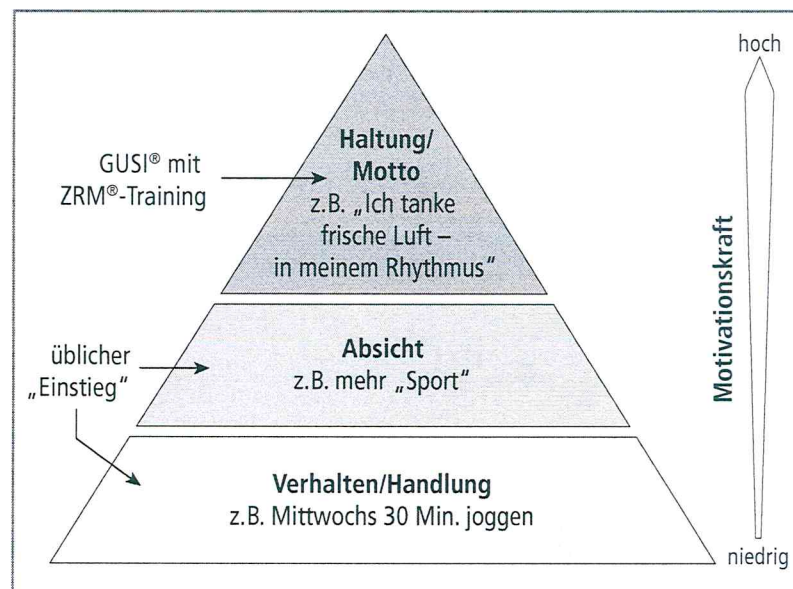
Expertenunabhängigkeit der Teilnehmenden. Typisch für den Selbstmanagementansatz ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Im ZRM®-Training erarbeiten sich die Teilnehmenden ein persönliches Motto (Haltungsziel), das sie dabei unterstützt, konkreten Handlungszielen zur Umsetzung im Alltag zu verhelfen. Die Spannweite von möglichen Zielen reicht von der Durchführung von Mitarbeitergesprächen im Betrieb, über den besseren Umgang mit konflikthafter Situationen am Arbeitsplatz bis zum Wunsch, die persönliche Work-Life-Balance besser in den Griff zu bekommen.

Das ZRM®-Training ist manualisiert und wird in 5 Phasen vermittelt:

In der **Phase 1** erkunden die Teilnehmer eigene (unbewusste) Bedürfnisse und lernen, diese mit bewussten Motivbildungen abzugleichen. Sie erfahren, dass Motive bewusste Vorsätze, Bedürfnisse in der Regel unbewusst sind und möglicherweise mit den bewussten Motivbildungen kollidieren. Ziel der ersten Phase ist der Abgleich zwischen bewusstem Motiv und unbewusstem Bedürfnis. Nach der ersten Phase verfügen die Teilnehmer über ein bewusstes, gut kommunizierbares Motiv und kennen ihr aktuelles Thema.

In **Phase 2** wird aus dem aktuellen Thema das „persönliche Mottoziel“ (Haltungsziel) entwickelt. Haltungsziele sind kongruent zu einer Persönlichkeit und insofern „Identitätsziele“. Sie sind in der Zielpyramide (Abb. 2-5) hoch angesiedelt und haben eine hohe Motivationskraft. Mottoziele sollen Teilnehmern dabei helfen, ihre Motive in unterschiedlichem Kontext handlungswirksam werden zu lassen und Vorsätze auch in die Tat umzusetzen. Nach Abschluss der 2. Phase hat jeder Teilnehmer sein Mottoziel formuliert und kann mit diesem weiter arbeiten. Das Mottoziel als persönliches Haltungsziel ist dabei mit positiven Affekten aufgeladen. Die Teilnehmer haben gelernt, unwillkürliche körperliche Reaktio-



**Abb. 2-5** Schematische Darstellung der Zielpyramide mit ZRM®-Haltungszielen

nen bei sich wahrzunehmen und deren Bedeutung für motivationale Prozesse zu verstehen (somatische Marker).

In **Phase 3** füllen sich die Teilnehmer ihren „Ressourcenpool“. Mit Ressourcen wird im ZRM®-Training alles bezeichnet, was Teilnehmern dabei hilft, in ihrer mit dem Mottoziel beschriebenen Zielhaltung zu bleiben. Der Ressourcenpool hilft, das Ziel im Alltag zu verankern. In dieser Phase ist der Wille, die Intention, etwas zu verändern, vorhanden. Die Inhalte des persönlichen Ressourcenpools fördern die Umsetzung in konkrete Handlungsprozesse. Als Ergebnis dieser Phase kennen die Teilnehmer ihre persönlichen Ressourcen, unterstützen diese durch persönliche Erinnerungshilfen, haben Kenntnisse über das bewusste und insbesondere unbewusste Lernen (Priming) und nutzen alle Möglichkeiten, ihr persönliches Motto in den Alltag einfließen zu lassen.

In **Phase 4** lernen die Teilnehmer mit ihren Ressourcen gezielt zu handeln. Dies ist nicht nur im beruflichen, sondern auch im persönlichen Alltag relevant. Das Stressablaufmodell hilft ihnen dabei, verschiedene, alltägliche Situationen in sogenannte „Situationstypen“ zu

differenzieren, in denen Ressourcen gezielt entwickelt oder eingesetzt werden sollen. Die Teilnehmer werden sensibilisiert für Situationen, in denen sie schon in ihrer Zielhaltung sind (A-Situationen), sie lernen, sich auf schwierige, vorhersehbare Situationen (B-Situationen) gezielt vorzubereiten und unvorhersehbare, schwierige Situationen (C-Situationen) schneller zu bewältigen. Durch bewusstes Üben im Alltag wird eine weitere Verstärkung des Mottoziels erreicht.

In **Phase 5** wird anhand typischer Situationen aus dem Berufsleben der Prozess vertieft, reflektiert und weitergeübt. Die sozialen Ressourcen der Gruppe werden genutzt, die Vernetzung der Gruppenmitglieder über das Training hinaus gefördert. In dieser Phase lernen die Teilnehmer, so oft wie möglich in ihrer Zielhaltung auf der Basis ihres persönlichen Mottozieles (Storch 2009) zu sein. Die Teilnehmer haben gelernt: nicht WAS ich mache ist entscheidend, sondern WIE (in welcher Haltung) ich es mache.

### Motivation, Handlung und Haltungsziele

Motivation beschreibt eine innere Verfassung von Menschen, in der ein Ziel nachhaltig ver-

folgt wird und im besten Fall auch noch mit positiven Gefühlen verbunden ist. Anders ausgedrückt: es sollte sich für den Betroffenen lohnen, dieses Ziel zu erreichen. Nur dies stellt sicher, dass gute Vorsätze auch in Handlung umgesetzt werden. Das ZRM®-Training fördert die Motivation von Menschen, sich im Alltag entsprechend eines persönlichen Mottos (Haltungszieles) zu verhalten.

Haltungsziele sind spezielle Zieltypen, die nicht nur die bewusste Ebene der Informationsverarbeitung ansprechen (Denken), sondern auch die unbewusste Ebene des psychischen Systems (Fühlen) mit einbeziehen und diese aktivieren. Um ein persönliches Mottoziel zu entwickeln, benötigt man Wissen über Neurobiologie, Motivationspsychologie, den bewussten Einsatz von Sprache und die Arbeitsweise der unbewussten Ebene des psychischen Systems beim Lernen. In der Regel gehen Menschen davon aus, dass Ziele konkret formuliert sein müssten, um handlungswirksam zu werden. Andererseits wissen wir, dass diese Art Ziele oft nicht umgesetzt werden, es bei guten Vorsätzen bleibt, weil es Zielkonflikte gibt, die Menschen in ihrer Handlungssteuerung beeinträchtigen (Storch u. Olbrich 2011). Aus diesem Grund wird im ZRM®-Training ein persönliches, übergeordnetes Haltungsziel („Motto“) entwickelt und damit gearbeitet. Das individuelle Mottoziel seinerseits hilft Handlungszielen dabei, auch umgesetzt zu werden. Beispielsweise würde die Absicht, selbstbewusster aufzutreten in eine konkrete Handlungszielformulierung gefasst, wie folgt lauten können: „Bei der nächsten Personalversammlung werde ich aufstehen und einen Antrag formulieren, dass wir dieses Jahr wieder ein Betriebsfest machen“.

Dieselbe Absicht in ein persönliches Motto gekleidet könnte wie folgt lauten:

„Im Vertrauen auf meine Stärke, äußere ich mich klar und selbstbewusst“. Dies würde dann natürlich nicht nur für die konkrete Situation der Personalversammlung zum Tragen

kommen, sondern auch in anderen Situationen des Berufs- und Alltagslebens, in denen es darum ginge, sich klar zu äußern.

Diese allgemein formulierten Haltungsziele haben aus psychologischer Sicht viele Vorteile: Sie werden stärker als persönlich und zum eigenen Selbst gehörend erlebt, sind in der Regel mit sehr starken positiven Gefühlen verbunden und haben einen übergeordneten Charakter. Man nennt sie deshalb auch „Identitätsziele“. Solche inneren Haltungen werden möglicherweise ein ganzes Leben lang beibehalten. Ihr besonderer Vorteil liegt darin, dass sie eine sehr hohe Motivationskraft haben und dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass Vorsätze auch in Handlung umgesetzt werden in unterschiedlichen Lebensbereichen deutlich erhöhen.

Typische „Mottoziele“ sind:

- „Mit meinem Adlerblick behalte ich den Überblick und genieße meine Freiheit“ (Selbstwirksamkeitsthema)
- „Mit wachen Sinnen öffne ich mich für Neues“ (Arbeitsthema)
- „Ich genieße die Faszination des Augenblicks“ (Achtsamkeit)

## Struktur und Ablauf des GUSI®-Präventionsprogramms

### Initialphase

Erste Ansprechpartner für Beschäftigte sind Betriebsmediziner, Personalabteilungen oder beratende Dienste. Der Betriebsarzt informiert den Mitarbeiter über das GUSI®-Präventionsprogramm und stellt eine erste Indikation zur Teilnahme. Eine körperliche Untersuchung ist dabei nicht zwingend erforderlich. Es handelt sich um ein erstes „Screening“. Wichtigste Aufgabe des Betriebsarztes ist die Beratung und soweit als möglich der Ausschluss behandlungsbedürftiger Krankheiten. Bei positiver Indikationsstellung dokumentiert er dies mit Stempel und Unterschrift auf dem Antragsformular für die Rentenversicherung.

Danach setzt sich der Mitarbeiter telefonisch mit der Rehaklinik in Verbindung, wo ein individueller Diagnostik-Termin von ca. dreistündiger Dauer vereinbart wird. Die Diagnostik beinhaltet einen medizinischen, einen berufsbezogenen und einen psychosozialen Teil. Die psychosoziale Diagnostik umfasst schwerpunktmäßig Themen des persönlichen und beruflichen Umfeldes sowie den individuellen Umgang mit beruflichen Belastungen, Einschätzung der persönlichen Belastbarkeit und aktuellen Beschwerden. Nach der Diagnostikphase wird die abschließende Präventionsindikation gestellt. Bei positiver Indikation wird durch den untersuchenden Arzt ein Präventionsbefundbericht erstellt, der zusammen mit dem Präventionsantrag des Versicherten an die Rentenversicherung weitergeleitet wird. Bei fehlender Übereinstimmung mit der betriebsärztlichen Indikationsstellung wird für den Betriebsmediziner ein Befundbericht erstellt, in dem alternative Handlungsempfehlungen gegeben werden. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen durch die Rentenversicherung wird von dort ein Bescheid an den Versicherten und in Kopie an die Rehaklinik versandt.

Das eigentliche GUSI®-Präventionsprogramm wird dann in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt, an der mindestens 10, maximal 15 Personen teilnehmen. Durch die zweistufige Indikationsstellung wird sichergestellt, dass geeignete Versicherte in die Prävention kommen.

Der Grad an Übereinstimmung zwischen Betriebsärzten und Klinik liegt bei 73 %.

Bei Analyse der negativen Indikation zeigt sich in 34 % der Fälle Rehabilitationsbedarf wegen einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung, bei 30 % ambulanter Behandlungsbedarf (ambulante Richtlinienpsychotherapie oder fachärztliche Behandlung). Häufigste zuvor nicht diagnostizierte Erkrankungen waren depressive Störungen

und Angsterkrankungen. Schließlich war bei rund 10 % der Fälle eine ausführliche körperliche Diagnostik unklarer Befunde erforderlich. Rund 13 % gaben nach einer positiven Indikationsstellung für präventive Leistungen an, dass sie doch keine Motivation zur Teilnahme hätten.

### Ablauf der Trainingsphasen

Das GUSI®-Präventionsprogramm beginnt mit der **Trainingsphase A**, die an drei Tagen teilstationär in Anbindung an die Rehaklinik durchgeführt wird. Von Donnerstag bis Samstag wird jeweils von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr trainiert. Der Einbezug des Samstags fördert die Akzeptanz in den Betrieben deutlich, weil dadurch lediglich zwei Freistellungstage für das Training erforderlich sind. Am Mittwoch der Folgeweche wird zwischen 18.00 Uhr und 20.30 Uhr die Trainingsphase A abgeschlossen.

Nach Abschluss der Trainingsphase A verfügen die Teilnehmer über die Fähigkeit, das ressourcenorientierte Selbstmanagementtraining im Alltag einzusetzen, ihr persönliches Mottoziel anzuwenden und zu vertiefen und in konkreten Situationen zu erproben. Sie sind in der Lage, hierauf abgestimmt die progressive Muskelentspannung zu nutzen. Durch die Einführung in die Bewegungstherapien ist sichergestellt, dass das Nordic Walking sachgemäß praktiziert wird und die achtsame Bewegung im Alltag in die „normalen Handlungsabläufe“ eines Tages eingebaut werden kann. Einige Teilnehmer nutzen die Möglichkeit zur medizinischen Trainingstherapie (MTT).

In der **Trainingsphase B** schließen sich insgesamt sechs Mittwochabende an, die thematisch in Bewegung und Entspannung sowie Vertiefung des ressourcenorientierten Selbstmanagement-Trainings strukturiert sind. Hier geht es um Erfahrungsaustausch und vertieftes Lernen. In dieser Übergangsphase rückt die Handlungsorientierung wieder mehr in den Vordergrund, d. h. die Teilnehmer erproben



an konkreten Situationen ihres Berufsalltags die Anwendbarkeit des von ihnen entwickelten persönlichen Mottozieles. Der letzte Mittwochabend dient dem Transfer und der Integration. Nach Absprache mit der Gruppe wird ca. fünf Monate später ein Refresher-Samstag durchgeführt.

### Ergebnisse

Seit Juli 2009 werden kontinuierlich GUSI®-Präventionsgruppen durchgeführt. Es fand eine interne und externe Evaluation statt. Messzeitpunkte waren: Beginn des GUSI®-Präventionsprogramms, nach Abschluss der Trainingsphase B (8 Wochen), sowie drei, sechs und zwölf Monate später.

Neben dem oben beschriebenen Work-Ability-Index wurden als Untersuchungsinstrumente eingesetzt:

- Erhebung medizinischer Basisdaten, hier u. a. das Gewicht.
- *HADS-D* (Hospital Anxiety and Depression Scale; Hermann-Lingen et al. 2011): erfasst Ängstlichkeit und Depressivität.
- *HAKEMP-90* (Kuhl 2001): ein Fragebogen, der die Haltungsorientierung misst. Zum einen ist dies die Fähigkeit von Menschen, sich nach Misserfolgen selbst zu beruhigen. Die im Kontext negativer Erlebnisse auftretenden negativen Affekte sollten rasch herunter reguliert werden, um wieder handlungsfähig zu werden. Lageorientierung (= LOM) spricht für eine geringe Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, Haltungsorientierung (= HOM) für eine hohe Fähigkeit. Bei Werten von mehr als 5 ist von einer Haltungsorientierung auszugehen. Zum anderen misst der *HAKEMP-90* die Fähigkeit, prospektiv Ziele zu verfolgen und im Auge zu behalten. Auch hier wird zwischen Lageorientierung (= LOP) und Haltungsorientierung (= HOP) unterschieden.
- *AVEM* (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster; Scharschmidt u. Fischer 2001): Es handelt sich um einen berufs-

bezogenen Selbstauskunftsbogen, in dem vier typische Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens auf berufliche Belastungen beschrieben werden, die unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsgefährdung als entweder nicht gesundheitsgefährdend oder als Risikomuster eingeschätzt werden:

- *Muster G* steht für gesunden Umgang mit Belastungen bei gutem beruflichen Engagement und guter Fähigkeit, sich zu distanzieren.
- *Muster S* ist als „Schonmuster“ beschrieben worden. Aufgrund unserer Erfahrungen und anderer Ergebnisse wäre der Begriff „Schutzmuster“ angemessener (Olbrich u. Baake 2011). Es beschreibt ein nicht gesundheitsgefährdendes Verhalten, das dadurch gekennzeichnet ist, dass Menschen mit diesem Muster ein hohes Maß an innerer Distanzierungsfähigkeit gegenüber Arbeitsbelastungen haben, bei insgesamt gutem Arbeitsengagement und guter Lebenszufriedenheit.

Weiter werden zwei Risikomuster beschrieben, die als Hinweis für gesundheitliche Gefährdungen gelten:

- *Risikomuster A* ist gekennzeichnet durch ein überhöhtes Arbeitsengagement bei geringer Distanzierungsfähigkeit und eher geringer Lebenszufriedenheit. Es hat Anklänge an die früher beschriebenen Konzepte von „Arbeitssucht“.
- *Risikomuster B* orientiert sich an „Burnout-Phänomenen“. Es ist charakterisiert durch eine hohe Resignationstendenz bei geringer Arbeitszufriedenheit, geringem Arbeitsengagement und geringer Distanzierungsfähigkeit gegenüber beruflichen Anforderungen. Die Lebenszufriedenheit ist gering.

Schließlich wurden die Teilnehmer des GUSI®-Präventionsprogramms nach ihrer *Selbsteinschätzung* gefragt. Es ging um die Fragen der

Nützlichkeit, des Umfangs und der Anwendbarkeit des Erlernten in Alltag und Beruf.

### Allgemeine Daten

Es wurden bisher insgesamt 82 Betriebe besucht. Die Betriebsgröße variierte zwischen 8 und 6 500 Beschäftigten.

37,6% der Betriebe waren Gesundheits- oder sonstige soziale Einrichtungen, 35,9% Dienstleistungsunternehmen, hier insbesondere Banken, Versicherungen und Kommunalverwaltungen sowie 26,5% Produktionsbetriebe.

Bezogen auf die theoretisch erreichte Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter liegt die Inanspruchnahmequote für das GUSI®-Präventionsprogramm bei 0,5%.

Reflektiert man diese Zahl vor dem Hintergrund der Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung in Unternehmen, so ist sie als gut zu bezeichnen. Wenn lediglich 10% der Betriebe organisierte Maßnahmen der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung umsetzen (Walter et al. 2008), diese sich in der Regel auf klar definierte körperliche Beschwerden fokussieren (Blutdruckmessungen, Bewegung etc.) ist verständlich, dass ein neues präventives Angebot für psychosoziale Belastungen („Stress“) nicht so leicht angenommen wird. Andererseits bedeutet dies aber auch, dass für Budget-Kalkulationen der Rentenversicherung die vorläufig genannten Zahlen für präventive Leistungen durchaus realistisch sind (Buschmann-Steinhage 2012).

Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt mit 46,7 Jahren etwas niedriger als das Durchschnittsalter von Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation.

Das Programm wird überwiegend von Frauen genutzt (62%). Dies deckt sich mit der Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitation; hier ist der Frauenanteil noch höher. Möglicherweise spielen hier geschlechtsspezi-

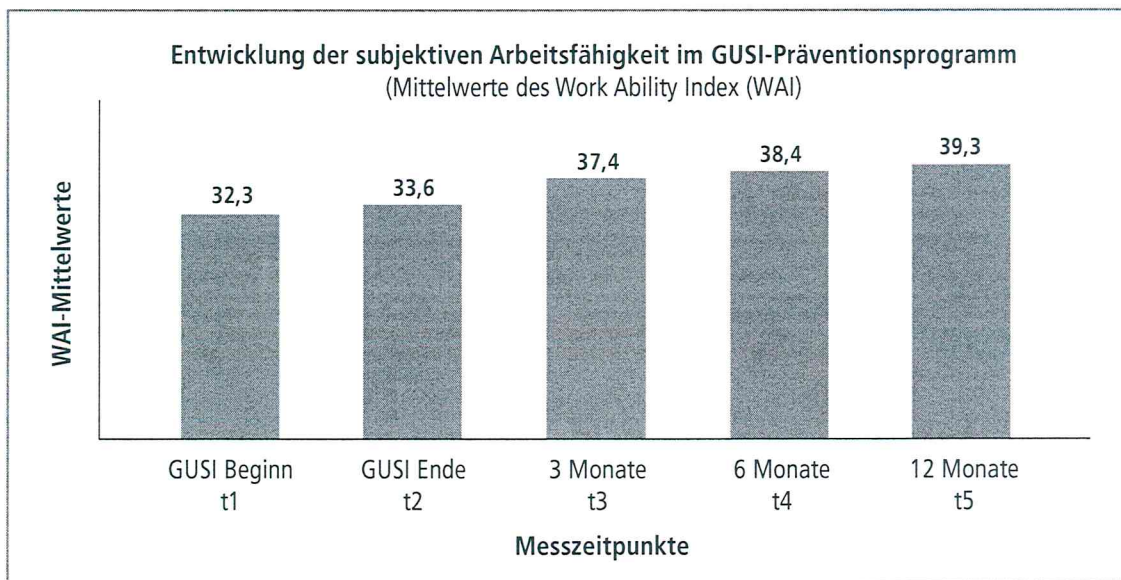
fische, persönliche Haltungen bei der Nutzung von Angeboten, die auch auf das seelische Wohlbefinden fokussieren, eine Rolle.

Die Übereinstimmungsquote (73%) mit den Betriebsärzten hinsichtlich einer positiven Indikation ist gut. Die Rolle der Betriebsärzte lässt es oft nicht zu, dass Mitarbeiter über seelische Befindlichkeiten ausreichend offen sprechen, so dass zu erwarten ist, dass manifeste psychische Erkrankungen in diesem Kontext nicht diagnostiziert werden. Hinzu kommt, dass in der betriebsärztlichen Weiterbildung dem Erkennen und Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten kein Modul gewidmet ist. Kein Teilnehmer hat das Programm abgebrochen. Die Teilnahmequote an Refresher-Samstagen lag bei über 80%.

### Weitere empirische Einzelbefunde

Die durchschnittliche subjektive Arbeitsfähigkeit im WAI lag zu Beginn des GUSI®-Präventionsprogramms bei 32,3 Punkten (Abb. 2-6). Dies spricht für eine durchschnittlich niedrige subjektive Arbeitsfähigkeit. Vergleicht man allerdings die Daten mit einer nach Geschlecht und Alter parallelierten Gruppe von psychosomatischen Rehabilitanden, so liegt deren Durchschnittswert von 22 Punkten deutlich im Bereich einer schlechten subjektiven Arbeitsfähigkeit und zeigt, dass es sich um zwei unterschiedliche Populationen hinsichtlich der sozialmedizinischen Beeinträchtigung handelt. Am Ende der Trainingsphase B der GUSI®-Präventionsmaßnahme nach 8 Wochen steigt der WAI-Wert leicht auf 33,6, um dann nach weiteren drei Monaten auf 37,4 zu steigen. Die Teilnehmer befinden sich nun im Bereich einer guten subjektiven Arbeitsfähigkeit, die nach sechs und zwölf Monaten weiter ansteigt und zuletzt einen Wert von 39,3 erreicht.

Dies zeigt, dass die Teilnehmer das Gelernte regelmäßig eingesetzt haben, Lernerfolge ein-



**Abb. 2-6** Entwicklung der subjektiven Arbeitsfähigkeit im GUSI®-Präventionsprogramm

getreten sind und sich dies in einer besseren subjektiven Arbeitsfähigkeit widerspiegelt.

Im AVEM zeigten zu Beginn des GUSI®-Präventionsprogramms 68 % der Teilnehmer Risikomuster, wobei mit 41 % das Risikomuster B dominierte. Hier kam es nach Abschluss von GUSI® zu keiner wesentlichen Veränderung. Drei Monate später trat dann eine Umkehr der Muster auf: Es waren nun 57 % nicht mehr gesundheitsgefährdende Muster, der Anteil am Risikomuster B hatte sich auf 23 % reduziert. Nach einem Jahr hielt dieser Trend an und es fanden sich lediglich noch 24 % Risikomuster. Der Anteil am Risikomuster B hatte sich mit 20,7 % halbiert. Am häufigsten war Muster S (68,9 %) (Abb. 2-7).

Die Teilnehmer haben gelernt, sich von beruflichen Belastungen besser zu distanzieren, ohne dass hierunter die Qualität ihrer Arbeit gelitten hätte. Dies zeigte sich auch in der Erhebung objektiver sozialmedizinischer Parameter wie AU-Zeiten:

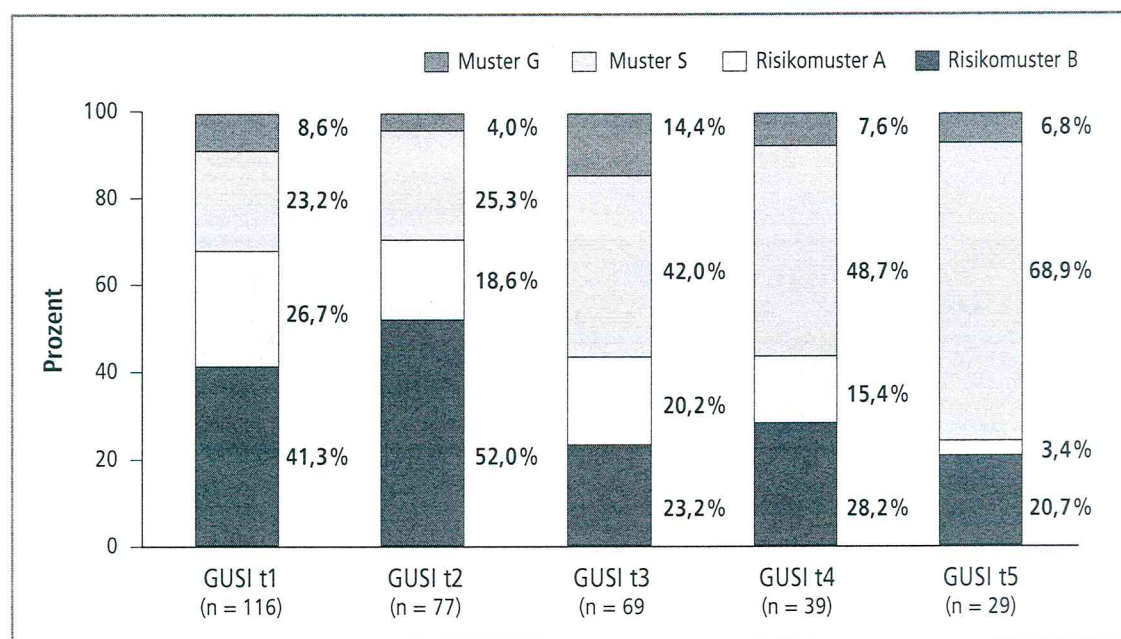
Hatten die GUSI®-Teilnehmer ein Jahr vor GUSI® mit durchschnittlich 10,4 AU-Tagen schon einen eher geringen Krankenstand, so

sank dieser ein Jahr nach GUSI® nochmals auf 7,1 Tage.

Bei Teilnehmern des GUSI®-Präventionsprogramms reduziert sich die allgemeine Ängstlichkeit um 33 % und die Depressivität um 24 %, wobei dieser Effekt über ein Jahr stabil blieb (Institut für Rehabilitationsforschung Norderney 2012).

Hinsichtlich des Selbstwirksamkeitserlebens und der Handlungsfähigkeit zeigten sich deutliche Veränderungen:

Die Teilnehmer lernten, negativen Affekt schneller herunter zu regulieren und sich so selbst zu beruhigen. Dies führte zu einer Steigerung der Handlungsfähigkeit. Im HAKEMP-90 waren nach Ende des GUSI®-Programms sowohl bei Misserfolgsereignissen als auch bei der prospektiven Zielorientierung deutliche Erhöhungen zur Selbstberuhigung und zur prospektiven Handlungsorientierung nachweisbar. Dieser Effekt nahm im Laufe des Jahres weiter zu. Bezogen auf einzelne Aktivitäten war dies auch nachweisbar für konkrete Handlungen: so zeigte sich ein statistisch großer Effekt hinsichtlich der Selbstwirksam-



**Abb. 2-7** Entwicklung der Muster im Fragebogen zum Erfassen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) bei GUSI®-Teilnehmern

keitserwartung für sportliche Aktivitäten bei den GUSI®-Teilnehmern (SES 0,83).

Die Verbesserung des allgemeinen Bewegungsverhaltens und der Bewegungshäufigkeit führte schließlich „nebenbefundlich“ zu einem Effekt bei den erhobenen medizinischen Parametern:

Das durchschnittliche Körpergewicht von GUSI®-Teilnehmern reduzierte sich im Verlauf eines Jahres um durchschnittlich vier Kilogramm und dies, obwohl Ernährungsberatung nicht Bestandteil des Präventionsprogramms war. Neben der besseren und häufigeren Bewegung ist ein besserer Umgang mit Stress für diesen Befund zu diskutieren.

Schließlich gaben die Teilnehmer in ihrer persönlichen Einschätzung an, dass ihnen die GUSI®-Präventionsmaßnahme sehr viel bzw. viel genutzt habe (72%). 73% gaben an, sie könnten alles oder fast alles von dem im GUSI®-Präventionsprogramm Erlernten in ihrem beruflichen Alltag umsetzen.

### Perspektiven für präventive Leistungen durch die Rentenversicherung

Das GUSI®-Präventionsprogramm zeigt, dass präventive Leistungen der Rentenversicherung machbar und effektiv sind. Allerdings erfordert dies eine „neue Rentenversicherungsphilosophie“: Aus der eher „abwartenden Rehaklinik“ sollte zukünftig eine „abholende und beratende Rehaklinik“ werden, die aktiv auf Betriebe zugeht und präventive Möglichkeiten aufzeigt. Dazu ist es notwendig, Betriebe aktiv aufsuchend anzusprechen und zu informieren, für Fragen zur Verfügung zu stehen und in der Region „präsent zu sein“.

Es zeigt sich, dass der Einsatz von Screening-Instrumenten, hier insbesondere der WAI, in Verbindung mit einer zeitlich begrenzten klinischen Diagnostik zielsicher geeignete Präventionsteilnehmer identifiziert.

Präventive Leistungen sind für die Rentenversicherung ein neues Feld. Verständlicherweise wird daher seitens der Rentenversiche-

rung auf eine klare Abgrenzung präventiver Leistungen durch die Rentenversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen und die betriebliche Gesundheitsförderung als Aufgabe der Unternehmen geachtet. Hier gibt es Schnittstellen, die allerdings gut aufeinander abgestimmt werden könnten.

Das Betsi<sup>®</sup>-Rahmenkonzept beschreibt die Inhalte und die Zugangswege für aktiv rentenversicherte Beschäftigte in präventive Leistungen der Rentenversicherung. Die aus dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten resultierenden Leistungen könnten mit einem avisierten prozentualen Anteil von 1 % des Rehabudgets gut finanziert werden. Insofern ist davon auszugehen, dass präventive Leistungen zum Regelangebot der Rentenversicherung werden könnten, auch wenn zum jetzigen Zeitpunkt eine abschließende Entscheidung diesbezüglich noch nicht gefallen ist.

Da rentenversicherte Mitarbeiter nicht immer im Umfeld von Rehakliniken leben, bedarf es der Modifikation präventiver Programme. Das GUSI<sup>®</sup>-Präventionsprogramm wird derzeit modellhaft für Beschäftigte der Deutschen Telekom angeboten. Für Pflegekräfte der Universität Freiburg lief ein modifiziertes Präventionsprogramm auf der Basis von GUSI<sup>®</sup> (FRESH). Bei der Identifikation

geeigneter Teilnehmer wird es auch hilfreich sein, wenn zukünftig nicht nur körperliche Gefährdungsanalysen von Arbeitsplätzen erstellt werden, sondern auch Gefährdungen durch psychische Belastungen für verschiedene Arbeitsplätze beschrieben werden. Dies ist ein Projekt, das derzeit von der Bundesanstalt für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin (BAUA) bearbeitet wird (Beck et al. 2012).

Das GUSI<sup>®</sup>-Präventionsprogramm wird nicht die psychosomatische Rehabilitation entbehrlich machen, lässt aber erwarten, dass der Bedarf für psychosomatische Rehabilitation abnimmt oder zumindest die Inanspruchnahme hinausgeschoben werden kann.

Verhaltenspräventive Angebote wie das GUSI<sup>®</sup>-Präventionsprogramm sollten immer auch mit Angeboten der Verhältnisprävention verbunden werden. Hier wiederum schließt sich der Kreis zu Unternehmen und Betriebsmedizinern, die in ihrer Funktion für die Anregung und Begleitung verhältnispräventiver Leistungen wichtige Ansprechpartner sind und für Unternehmen, die sich Fragen der Führungskultur, Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung und Bereitstellung eines qualifizierten betrieblichen Gesundheitsmanagements verpflichtet fühlen sollen.