

Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung

Einleitung

1 Die Interventions-Methode

1.1 GUSI

Die zunehmende Verbreitung chronischer Gesundheitsstörungen ist nicht nur ein individuelles, sondern auch ein zunehmend gesundheitsökonomisches Problem. Es kommt durch Krankheitsfolgen zur Abnahme der Leistungsfähigkeit und somit auch zu negativen Konsequenzen für Betriebe, Unternehmen und die Sozialversicherung. Berücksichtigt man zusätzlich die demografische Entwicklung mit der Notwendigkeit, ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben zu halten (Ilmarinen, 2005) wird klar, dass Akutbehandlung und Rehabilitation für diese Aufgaben nicht ausreichen. Es besteht ein breiter Konsens über die zunehmende Bedeutung der Prävention für Beschäftigte, Unternehmen und die sozialen Sicherungssysteme gleichermaßen. Beruf und Arbeit sind zentrale Lebensbereiche eines Menschen (Siegrist, 1996). Durch Veränderung von Arbeitsbedingungen mit zunehmender Arbeitsverdichtung, Komplexität und der Zunahme psychomentaler und sozioemotionaler Arbeitsbelastungen ist es zu einer Veränderung der arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren gekommen, die durch einen Wechsel von der physischen hin zur psychischen Beeinträchtigung charakterisiert sind. Dies zeigt sich u. a. im Anteil der Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung, bei denen psychische Erkrankungen mit 35 % bei Männern und 40 % bei Frauen seit Jahren die häufigsten Berentungsgründe sind (Olbrich et al., 2009).

Die Möglichkeiten der Rentenversicherung, ihren Versicherten präventive Leistungen anzubieten, waren aufgrund gesetzlicher Regelungen bisher sehr begrenzt. Um nunmehr auch präventive Leistungen für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung zu ermöglichen, wurde zum 01.01.2009 eine gesetzliche Veränderung umgesetzt, die es ermöglicht, erwerbstätigen Versicherten präventive Leistungen anzubieten, wenn es besondere gesundheitsgefährdende, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Faktoren gibt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund, Westfalen und Baden-Württemberg entwickelten darauf-

hin unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Bund ein gemeinsames Rahmenkonzept zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Versicherten („Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern – BETSI; DRV Bund 2008).

Auf der Grundlage des BETSI-Rahmenkonzeptes wurde das Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI“ entwickelt (Olbrich, 2008). Das GUSI-Präventionsprogramm eignet sich für Beschäftigte, die Risikofaktoren haben, durch die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird, andererseits noch nicht manifest erkrankt sind, so dass die Indikation für Akutbehandlung oder Rehabilitation nicht gegeben ist. Risikofaktoren beziehen sich einerseits auf spezifische berufliche Belastungen oder Gefährdungen (z. B. Publikumsverkehr, Schichtarbeit, Führungsfunktion), andererseits auf persönliche Risikofaktoren (z. B. Alleinerziehende, zunehmend bedeutsam pflegende Angehörige und ältere Beschäftigte). Weitere Zielgruppen sind Beschäftigte mit absehbaren oder beginnenden Funktionsstörungen (z. B. auffällige AU-Zeitenentwicklung).

Das GUSI-Präventionsprogramm umfasst drei Bausteine, die aufeinander abgestimmt sind:

1. Die Teilnehmer erlernen das ressourcenorientierte Selbstmanagementtraining auf der Grundlage des Zürcher Ressourcenmodells (ZRM-Training).
2. Zur Förderung der parasympathischen Aktivierung erlernen die Teilnehmer die progressive Muskelentspannung, in die die individuellen ZRM-Haltungsziele eingebettet werden.
3. Bewegungstherapie umfasst einen aktiven und kommunikationsfördernden Anteil (Nordic-Walking) und die Förderung der Körperwahrnehmung für alltägliche Bewegungsabläufe, die im Tagesablauf eingebettet sind. Als besonders geeignet hierfür hat sich die Nowo-Balance-Methode erwiesen (May & May-Ropers, 1990).

Erste Ansprechpartner für Beschäftigte sind Betriebsmediziner, die durch Betriebsbesuche und mit Medien über das GUSI-Programm informiert wurden. Zur vorbereiteten Diagnostik in der „Initialphase“ kommen die Beschäftigten in die Reha-Klinik. Die Initialphase beinhaltet eine basismedizinische, psychosoziale und berufsbezogene Diagnostik und umfasst ca. 3 Std. Wenn Indikation zur Prävention gegeben ist, wird der Präventionsantrag der Versicherten, gemeinsam mit einem in der Reha-Klinik erstellten Präventionsbefundbericht, dem Rentenversicherungsträger zur Verfügung gestellt. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen durch die Rentenversicherung wird die Leistung bewilligt und ein entsprechender Bescheid erstellt. Die berufsbegleitenden GUSI-Gruppen sind geschlossene Gruppen von 10 bis max. 15 Teilnehmern. Das Programm gliedert sich in eine 3-tägige teil-

stationäre Trainingsphase A (jeweils donnerstags bis samstags, 8.30 bis 17.00 Uhr). Die Trainingsphase B umfasst insgesamt 7 Folgeabende von jeweils 2,5 Std. Nach ca. 5 Monaten (individuelle Absprache in den jeweiligen Gruppen) wird ein Refresher-Samstag (9.30 bis 16.00 Uhr) angeboten.

1.2 Das Zürcher Ressourcen Modell ZRM

Das *Zürcher Ressourcen Modell* ist die theoretische Basis für das ZRM-Training, ein manualisiertes Selbstmanagement-Training, das Anfang der 90er Jahre von Frank Krause und Maja Storch für die Universität Zürich entwickelt wurde (Storch & Krause, 2007). Das ZRM-Training versteht sich als psychoedukatives Verfahren, das Menschen darin unterrichtet, wie sie ihre Handlungssteuerung optimieren und ihre intrinsische Motivation für die Zielerreichung aktivieren können. Das *Zürcher Ressourcen Modell* beruht auf wissenschaftlich abgesicherter Theoriebildung, das ZRM-Training wird bei verschiedenen Klientengruppen laufend auf seine Wirksamkeit untersucht. Auf der Internet-Seite www.zrm.ch finden sich unter dem Link «Wirksamkeitsstudien» entsprechende Informationen. Das ZRM-Training eignet sich für die Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen, für den Einsatz in Gruppen genauso wie im Einzelsetting. Es kann sowohl im Rahmen von Psychotherapien ambulant und stationär verwendet wie auch in pädagogischen Kontexten oder für betriebswirtschaftliche Themen als Coaching-Tool genutzt werden. Das ZRM-Training ist als störungsunspezifische, allgemeinpsychologische Psychoedukation konzipiert, die es Menschen ermöglicht, ihre Ziele in Handlung umzusetzen, egal, ob es sich um das Ziel handelt, die Hausaufgaben täglich zu erledigen, selbstbewusster aufzutreten oder die Work-Life-Balance in den Griff zu kriegen. Die Tatsache, dass das ZRM-Training nur einen formalen Rahmen vorgibt und dass die Inhalte von den Klienten frei eingebracht werden können, macht es universell einsetzbar.

Das *Zürcher Ressourcen Modell* verfolgt, wie im Namen schon angedeutet, einen Ressourcenansatz, denn Ressourcenaktivierung gilt als einer der wesentlichen Wirkfaktoren erfolgreicher Psychotherapie (Gassmann & Grawe, 2006). Was ist unter «Ressourcen» zu verstehen? In den Sozialwissenschaften wurde der Begriff «Ressource» von Badura (1981) eingeführt. Der Begriff wird aktuell etwas inflationär gebraucht und nicht immer präzise definiert (Schiepek & Cremers, 2003). Von Hurrelmann (1991), von Hornung und Gutscher (1994) sowie von Gutscher, Hornung und Flury-Kleuber (1998) liegen jedoch brauchbare Modelle vor, um den Ressourcenbegriff zu präzisieren und das Zusammenspiel von personalen, im Individuum und sozialen, in der Umwelt liegenden Ressourcen genauer zu klären. Im *Zürcher Ressourcen Modell* verwenden wir einen *neurobiologischen Ressourcenbegriff*. Demnach gilt als Ressource alles, was wohladaptive neuronale Netze aktiviert und entsprechende Ziele fördert. Eine

ausführliche Begründung des neurobiologischen Ressourcenbegriffs im ZRM findet sich bei Storch & Krause (2007) sowie bei Storch (2002a).

Auch die Thematik der Motivation – die für Selbstmanagement-Techniken deswegen von zentraler Bedeutung ist, weil Menschen sich in ihrem Rahmen aus sich selbst heraus motivieren müssen – kann neurobiologisch gefasst werden. Die Neuropsychologen Berntson und Cacioppo stellten dies in einem kürzlich erschienenen Artikel mit dem Titel: «The neuroevolution of motivation» zusammenfassend dar. Sie schreiben: «Motivation is not a property of the nervous system; it is a construct designed to organize or account for complex psychological and behavioral manifestations or outputs of neural systems» (2008, S. 192). Mit anderen Worten: Der Begriff Motivation wurde erfunden, um eine ganz bestimmte Verfassung von neuronalen Systemen zu beschreiben. Es handelt sich hierbei, so weiß man aus der Motivationspsychologie, um eine Verfassung, in der ein Ziel nachhaltig verfolgt wird und die in den optimalen Fällen auch noch mit positiven Gefühlen verbunden ist. Das *Zürcher Ressourcen Modell* erzeugt diese motivierte Verfassung mit einem neuartigen Zieltyp, den so genannten *Haltungszielen*, welche sich nicht nur auf die bewusste Ebene der Informationsverarbeitung beziehen, sondern auch unbewusste Ebenen des psychischen Systems gezielt aktivieren. Um solch ein Haltungsziel zu entwickeln, benötigt man Wissen über Sprache und deren Verarbeitung auf unbewussten Ebenen des psychischen Systems.

1.3 ZRM-Haltungsziele

Eine gängige Lehrmeinung zur Zielformulierung, auf die wir bei unseren Weiterbildungsveranstaltungen immer wieder treffen, ist die, dass Ziele konkret formuliert werden müssten, um handlungswirksam zu werden. Diese Lehrmeinung speist sich aus zwei Quellen: zum einen aus der Tatsache, dass es in der Vergangenheit die Verhaltenstherapie war, die sich mit konkreten Vorsätzen befasst hat, die in Handlung überführt werden sollten, und zum anderen aus der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, wo Locke und Latham mit ihren Untersuchungen zur überlegenen Wirksamkeit von konkreten Zielen im Vergleich zu unklaren «do your best»-Zielen großen Einfluss auf die Goal-setting-Theorie ausgeübt haben (Überblick bei Latham, 2007). Im ZRM-Training wird zur Erzeugung von intrinsischer Motivation mit einem anderen Zieltypus gearbeitet, nämlich nicht mit konkreten, sondern mit allgemeinen Zielen (Storch, 2009a).

Diese Unterscheidung wurde in einem Zweig der Forschung untersucht, die sich mit dem Thema «Ziele» befasst; hier werden verschiedene Zieltypen danach kategorisiert, ob sie eher konkret und spezifisch oder eher abstrakt und allgemein formuliert sind. (Einen Überblick gibt Emmons, 1996.) Die Absicht, selbstbewusster aufzutreten, würde sich, konkret formuliert, zum Beispiel in

einem Ziel wie dem folgenden äußern: «Bei der nächsten Kollegienversammlung stelle ich den Antrag, dass auf dem Schulfest eine Live-Band spielt.» Dieselbe Absicht, allgemein formuliert, könnte so aussehen: «Ich vertrete meine Meinung, und zwar klar und selbstbewusst.» Allgemein formulierte Ziele haben aus psychologischer Sicht mehrere Vorteile. Sie werden stärker als zum eigenen Selbst gehörend erlebt als abstrakt formulierte Ziele. Sie sind außerdem typischerweise mit starken Emotionen verbunden (McClelland et al., 1989). Gollwitzer (1987) bezeichnet diesen Zieltypus als «Identitätsziele» und beschreibt diese als «unstillbar». Unstillbar ist dieser Zieltypus insofern, als Identitätsziele ihre Gültigkeit und ihren richtungsweisenden Charakter unter Umständen ein ganzes Leben lang behalten können. Dieser Zieltypus und seine Auswirkungen auf die intrinsische Motivation haben bisher zu wenig Beachtung gefunden. Kuhl (2001) kritisiert an der traditionellen Motivationsforschung, dass sie sich zu wenig um diesen Typus des umfassenden persönlichen Ziels kümmere, in Bezug auf den er von «life goals» spricht (S. 277).

Die Möglichkeiten, wie Ziele formuliert werden können, lassen sich in einem Koordinatensystem abbilden.

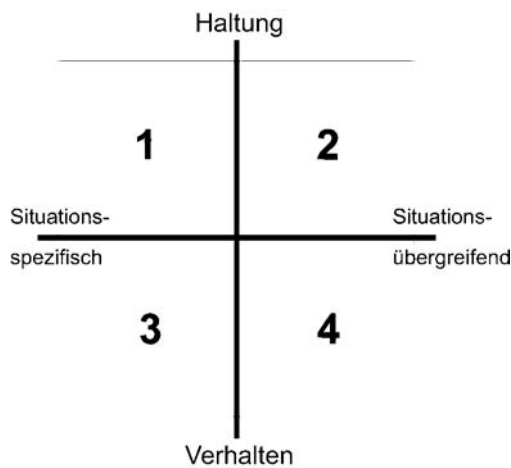


Abb. 1 Zieltypen

Ziele lassen sich einmal danach kategorisieren, ob sie situationspezifisch oder situationsübergreifend formuliert sind. «Ich möchte in meiner praktischen Fahrprüfung ruhig und konzentriert sein» wäre ein ausgesprochen situationspezifisches Ziel, das sich nur auf eine halbe Stunde des gesamten menschlichen Lebens bezieht. «Ruhig und gelassen gehe ich Herausforderungen an» ist am anderen Ende dieses Kontinuums angesiedelt. Den Geltungsbereich von derartigen Zielen geben Kursteilnehmende typischerweise mit «immer» an. Sie gelten

situationsübergreifend und bei den meisten Menschen auch weit in die Zukunft hinein, unter Umständen ein Leben lang. Ein erwachsener Kursteilnehmer, der schon viele Jahre *Zen* praktizierte, hat im Rahmen eines ZRM-Trainings das situationsübergreifende Ziel «Ich bin» formuliert. An diesem Beispiel wird unmittelbar deutlich, welchen umfassenden Charakter Ziele entwickeln können, wenn sie am situationsübergreifenden Pol angesiedelt sind.

Ziele lassen sich außerdem danach kategorisieren, ob sie als *Haltungsziel* oder als *Verhaltensziel* formuliert sind. Ziele auf der Haltungsebene beschreiben in einer allgemeinen Formulierung eine bestimmte innere Verfassung, welche zwar bestimmte Verhaltensweise zur Folge hat, diese aber in der Zielformulierung selbst nicht thematisiert. «Ich bin die Ruhe selbst» wäre ein solches Haltungsziel, das eine Haltung beschreibt, mit der ein Kursteilnehmer in bestimmten Situationen (oder immer) an die Welt herangehen möchte. «Wenn mir Harald auf dem Pausenhof das nächste Mal wieder blöd kommt, atme ich dreimal tief durch, bevor ich antworte», stellt auf der *Verhaltensebene* eine mögliche Konkretisierung dieses *Haltungsziels* dar. In den meisten psychotherapeutischen Verfahren, die sich explizit mit dem Thema «Ziele formulieren» befassen, wird empfohlen, die Ziele der KlientInnen unbedingt so schnell wie möglich zu konkretisieren. Die Zielformulierungen bewegen sich daher bei herkömmlichen Methoden meistens in den Quadranten 3 oder 4, je nachdem, ob ein situationspezifisches oder ein situationsübergreifendes Ziel formuliert wurde.

Im ZRM-Training gehen wir einen anderen Weg. Die Ziele werden, um Motivation zu erzeugen, als *allgemeine Haltungsziele* und nicht als konkrete Verhaltensziele formuliert. Bei den meisten KlientInnen muss dies gar nicht explizit gefordert werden, da diese ohnehin das, was ihnen am Herzen liegt, zunächst als Haltungsziel formulieren. «Ich möchte endlich mal wieder Freude im Leben haben», oder: «Ich möchte selbstbewusster werden», sind typische Zielformulierungen, die PsychotherapeutInnen zu Beginn der Arbeit zu hören bekommen. Warum eine intrinsische Motivation mit konkreten Zielen nicht gelingen kann, erläutert das funktionsanalytische PSI-Modell des Motivationspsychologen Kuhl (2010; Koole & Kuhl, 2003, Martens & Kuhl, 2004). Durch das Befassen mit konkreten Verhaltenszielen wird – insbesondere dann, wenn sie schwierig sind – ein System des Gehirns aktiviert, das mit der Verminderung positiver Gefühle verbunden ist. Kuhl nennt dieses System das *Absichtsgedächtnis*. Es ist an einen rationalen, denkbetonten Funktionsmodus gekoppelt. Dieser Funktionsmodus entspricht dem, was man alltagssprachlich den *bewussten Verstand* nennt. Zur Erzeugung von intrinsischer Motivation werden jedoch starke positive Gefühle benötigt (Seo et al., 2004). Diese jedoch entspringen wiederum nicht dem bewussten Verstandessystem, sondern dem Bewertungssystem des unbewusst arbeitenden Extensionsgedächtnisses. Und dieses unbewusste System wird durch bildhafte, metaphorische und schwelgerische Formulierungen

(oft an der Grenze zum Kitsch) eher angeregt als durch trockene, realistische und konkrete Vorsätze (Kuhl & Strehlau, 2009). Die realistische, konkrete Handlungsebene wird im Verlauf des ZRM-Trainings natürlich auch bearbeitet, aber erst in der Phase der präaktionalen Vorbereitung, nachdem die motivationale Basis gesichert ist. Ein ausführliches Fallbeispiel zum Thema Lerncoaching findet sich bei Storch (2009b).

Typische ZRM-Haltungsziele sehen folgendermaßen aus:

- Mein Vulkan sprüht rote Funken (Selbstbewusstseins-Thema).
- Ich atme im Fluss des Lebens (Stressmanagement-Thema).
- Ich starte durch und packe an (Arbeits-Thema).
- Ich wende mich der Sonne zu (Affektregulations-Thema).
- Ich steuere das Schiff meines Lebens und bin der Kapitän (Selbstwirksamkeits-Thema).
- Ich öffne mich der Männerwelt (Partnersuche).
- Ich lasse mein Licht strahlen und fülle damit den Raum (Ausstrahlungsthema).

2 Die Studie

2.1 Probanden

Am GUSI Programm können alle aktiv Rentenversicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen teilnehmen. Die sogenannten „versicherungsrechtlichen Voraussetzungen“ werden im Vorfeld durch die Reha-Klinik mit Hilfe der Sozialversicherungsnummer geklärt. Weitere Teilnahmevoraussetzung sind Risikofaktoren, die die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussen und in Bezug zu Arbeit und Beruf stehen. Diese sind unter 1.1 beschrieben.

Zunächst wurden Betriebe in der Region gezielt angesprochen, besucht und über das GUSI-Präventionsprogramm informiert. Der Zugang zum GUSI-Programm wurde sodann in einem ersten Schritt durch den Betriebsarzt eingeleitet. Entweder veranlasste der Betriebsarzt die Antragstellung durch den Versicherten oder interessierte Mitarbeiter konnten sich an den Betriebsarzt wenden, der formlos auf dem Antragsformular für die Rentenversicherung die Indikation bestätigte.

Nach Indikationsstellung durch den Betriebsarzt melden sich die Teilnehmer im Reha-Zentrum Bad Salzuflen an und vereinbaren einen individuellen Termin zur Eingangsdiagnostik („Initialphase“).

Das Reha-Zentrum Bad Salzuflen liegt in einem relativen Ballungsraum mit einem Einzugsgebiet von 300000 Menschen. Im Umfeld sind Dienstleistungsunternehmen sowie insbesondere Betriebe der Elektroindustrie, Möbelindustrie, Gesundheitswirtschaft und Textil- und Bekleidungsindustrie angesiedelt. Aufgrund von Erfahrungen aus einem früheren Modellprojekt bestanden bereits

gute Kontakte zu Betriebsmedizinern in der Region, weshalb das Interesse der Betriebsmediziner an dem GUSI-Präventionsprogramm und deren Unterstützung zu sichern war. Insgesamt wurden bei Betriebsbesuchen potentiell ca. 25000 Beschäftigte angesprochen. Bei derzeit 119 Interessenten in der Initialphase entspricht dies einer Inanspruchnahmequote von 0,5%. Die Übereinstimmung bei der Indikationsstellung durch die Betriebsärzte und nach ausführlicher Diagnostik in der Reha-Klinik liegt nach der Untersuchung von 115 interessierten Beschäftigten bei 84%. Die 19 interessierten Beschäftigten, die für die GUSI Präventionsgruppe nicht geeignet waren, bedurften entweder weiterer somatischer Diagnostik (2 Fälle), psychiatrischer Behandlung (4 Fälle) oder psychosomatischer Rehabilitation (13 Fälle). Das Durchschnittsalter der 96 Teilnehmer liegt bei 46 Jahren, 54% sind Frauen, 46% Männer. 47% der Teilnehmer arbeiten in Gesundheitseinrichtungen; 36% in produzierenden Betrieben und 17% in Dienstleistungsbetrieben.

Ab Mai 2009 wurden die ersten Untersuchungen in der Rehaklinik durchgeführt. Die erste GUSI Präventionsgruppe begann am 2. Juli 2009. Bisher wurden 6 GUSI Gruppen mit insgesamt 81 Teilnehmern durchgeführt. Von diesen haben sich alle an der t1 Messung beteiligt, 84% an der t2 75% an der t3 (3 Monate) und 69% an der t4 Messung (6 Monate). Es hat bisher in der Trainingsphase A und B keine drop-outs gegeben. Der Refreher-Samstag wurde von den bisher möglichen 40 Teilnehmern von 85% genutzt.

2.2 Design

Es handelt sich um eine naturalistische Studie, wobei die Interventionsgruppe aus konsekutiv aufgenommenen Teilnehmern besteht, bei denen die Indikation für das GUSI Präventionsprogramm gegeben war, die Bewilligung durch die zuständige Rentenversicherung vorlag und der Gruppenbeginn mit dem persönlichen und beruflichen Zeitplan der Teilnehmer vereinbar war. Die Gruppengröße lag zwischen 12 und 15 Teilnehmern. Es handelte sich um geschlossene Gruppen. Das Präventionsteam bestand aus einem Arzt, Psychologinnen und Ärzten, die jeweils zu zweit das ZRM Training durchführten, einer Bewegungstherapeutin und einer Trainerin für progressive Muskelrelaxation. Kontrollgruppe waren für die Messzeitpunkte t1 (Beginn der Intervention) und t2 (Abschluss der Trainingsphase B im GUSI Präventionsprogramm bzw. Abschluss der stationären psychosomatischen Rehabilitation) stationäre psychosomatische Reha-Patienten, die nach Alter und Geschlecht parallelisiert wurden.

Gemessen wurde zu Beginn der GUSI Präventionsgruppe (t1), nach Abschluss der Trainingsphase B (i.d.R. nach 8 Wochen; bei 2 Gruppen waren jeweils 2 Wochen Ferienzeit dazwischen, so dass es hier 10 Wochen waren) (t2), 3 Monate (t3) und 6 Monate (t4) nach Abschluss der Trainingsphase B.

An Messinstrumenten wurden u. a. eingesetzt: HAKEMP 90 (Fragebogen zur Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (Kuhl, 1990); AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) (Scharschmidt & Fischer, 2001) und der WAI (Work-Ability-Index) (Hasselhorn & Freude, 2007). Es wurden medizinischen Basisdaten ohne apparative Zusatzdiagnostik erhoben.

Der **WAI** dient zur Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. Er kann dazu beitragen, dass frühzeitig Handlungsbedarf identifiziert wird und auf dieser Grundlage Präventionsmassnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in die Wege geleitet werden. Der WAI umfasst 10 Fragen, die die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, den Gesundheitszustand und die Leistungsreserven eines Beschäftigten betreffen. Diese Fragen werden sieben WAI Dimensionen zugeordnet und mit Punkten versehen. Es resultiert ein Gesamtergebnis zwischen 7 und 49 Punkten. WAI-Werten zwischen 28 und 43 sind ein Indikator für Präventionsleistungen. Beschäftigte mit WAI-Werten über 43 bedürfen im Regelfalle keiner Interventionen, solche mit WAI-Werten unter 28 benötigen entweder Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation.

Der **HAKEMP 90** dient zur Erfassung der Selbststeuerungskompetenzen und der Affektregulation unter Belastung und Bedrohung. Insgesamt umfasst der HAKEMP 90 drei Skalen, für die vorliegende Untersuchung wurden hiervon zwei verwendet, Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) und prospektive Handlungsorientierung (HOP). Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen. Jeder Situation folgen zwei Antwortalternativen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die zweite Alternative lageorientiertes Verhalten erfasst. Daraus ergeben sich für jede Skala die Möglichkeit der Handlungsorientierung und der Lageorientierung. Bei der Skala 1 sind dies die Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) und die Lageorientierung nach Misserfolg (LOM). Ein Wert in Richtung HOM weist auf die Fähigkeit hin, nach Misserfolg zu einem Affektwechsel in der Lage zu sein, der Selbstberuhigung erlaubt. Ein Wert in Richtung LOM verweist auf persistierendes Verharren im negativen Grübeln und damit die Unfähigkeit zum Affektwechsel.

Bei Skala 2 werden auf der einen Seite die Handlungsorientierung prospektiv (HOP) erfasst, sowie die Lageorientierung bei der prospektiven Planung (LOP). Ein Wert in Richtung HOP deutet darauf hin, dass schnell und leicht positiver Affekt mobilisiert werden kann, der Aktivierung und Selbstmotivierung hin auf ein zu erreichendes Ziel erlaubt. Ein Wert in Richtung LOP deutet darauf hin, dass die Person angesichts einer schwierigen Aufgabe im Denken verharret und Schwierigkeiten hat, sich selber zum Starten zu bringen; die Selbstmotivierungskompetenz ist schwach ausgeprägt.

Der **AVEM** ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren, das der Erfassung relativ stabiler Verhaltens- und Erlebensmerkmale einer Person dient, die als individuelle Ressourcen in die Auseinandersetzung mit beruflichen Anforderungen eingehen. Die mittels des AVEM erfassten individuellen Verhaltens- und Erlebensweisen gegenüber der Arbeit können entweder als Risiko- oder Schutzfaktoren für die Gesundheit angesehen werden. Der Fragebogen erfasst Selbsteinschätzungen zu 11 Merkmalen, die für jede Person ein individuelles Profil ableiten lassen. Hieraus ergeben sich 4 typische Muster arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebens, die unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsgefährdung als nicht gesundheitsgefährdend oder als Risikomuster eingeschätzt werden:

- Muster „G“ steht für Gesundheit, einem angemessenen Umgang mit Arbeitsbelastungen.
- Muster „S“ steht für „Schonung“ und spricht für eine hohe Distanzierungsfähigkeit der Betroffenen hinsichtlich Arbeitsbelastungen bei gleichzeitig geringer Resignationstendenz.
- Risikomuster „A“ beschreibt Verhaltensweisen mit gesundheitlichen Risiken. In Anlehnung an das sogenannte Typ A Verhalten kardiologischer Patienten zeigen Personen mit diesem Muster ein übermässiges berufliches Engagement ohne die Fähigkeit, sich hinreichend distanzieren zu können. Das Risikomuster A erinnert an Konzepte von Menschen mit „Arbeitssucht“ und geht einher mit einem eingeschränkten subjektiven Lebensgefühl und niedriger Lebenszufriedenheit.
- Risikomuster „B“ ist ebenfalls gesundheitsgefährdend und hat inhaltliche Ähnlichkeit mit dem Burn-out Phänomen. Es gibt kaum positiv bewertete Dimensionen: Menschen mit Risikomuster B haben eine hohe Resignationstendenz bei fehlender Distanzierungsfähigkeit, Widerstands- und Bewältigungsfähigkeiten sind eingeschränkt, Ressourcen nur gering aktivierbar.

Zur t3 Messung nach 3 Monaten wurde ein selbstgefertigter Fragebogen mit 8 Fragen beigefügt, in dem die Teilnehmer Angaben zu ihrer persönlichen Einschätzung über Umfang und Nutzen des GUSI Präventionsprogramms machen.

2.3 Ergebnisse

Das GUSI – Präventionsprogramm wurde in der Region Ostwestfalen mit einem Einzugsgebiet von 300.000 Einwohnern in Betrieben unterschiedlicher Größe mit insgesamt ca. 25.000 Beschäftigten vorgestellt. Bei der Vorstellung mit anwesend waren in der Regel Personalvorstände bzw. Geschäftsführung, Betriebsärzte und Personalräte. Flyer unterstützten die persönliche Information. Es wurde deutlich, dass diese spezifische und persönliche Information der Betriebe und Unternehmen erforderlich ist, da ohne die Einbindung der Unternehmens-

leitung keine Umsetzung denkbar ist. In diesem Kontext wurde auf die individuellen Probleme der einzelnen Betriebe eingegangen; z. B. frühzeitige Informationen für die Dienstplanung in der Krankenpflege, um bei Wochenend- und Nachtdiensten die Teilnahme am GUSI-Präventionsprogramm berücksichtigen zu können. Besondere Bedeutung hatte die Vorstellung des ZRM Trainings in den Betrieben, und die damit einhergehende Information über die Bedeutung individueller Haltungsziele. Es zeigte sich, dass durch diesen persönlichen Kontakt und inhaltlichen Austausch das Präventionsprogramm GUSI den Betrieben zu vermitteln war und unter Beachtung der strukturellen Rahmenbedingungen aller Akteure durchführbar ist. Die Inanspruchnahme – Quote liegt derzeit bei ca. 0,5%. Betriebsärzten kommt eine zentrale Funktion zu. Diese sind die ersten Ansprechpartner für Beschäftigte und können so eine erste Indikationsstellung vornehmen. Die hohe Übereinstimmung der betriebsärztlichen und klinischen Indikationsstellung von 84% spricht für die Qualität der betriebsärztlichen Versorgung in Unternehmen.

Der als Screening – Instrument eingesetzte WAI erwies sich als wichtiges Hilfsmittel für die Indikationsstellung: 72,2% der GUSI – Präventionsteilnehmer hatten eine noch gute bzw. mäßige subjektive Arbeitsfähigkeit. 14,8% hatten eine schlechte Arbeitsfähigkeit und 12,9% eine sehr gute Arbeitsfähigkeit. Die Zahlen der „Extremgruppen“ sprechen dafür, dass eine klinische Diagnostik in der Initialphase besonders bedeutsam ist, da hier differenzierte und individuelle Einzelentscheidungen nötig sind, die durch screenings nicht zu leisten wären. Der Verlauf der GUSI-Teilnehmer mit einer schlechten Arbeitsfähigkeit (WAI Werte < 28) wird abzuwarten sein: auch wenn niemand aus dieser Gruppe das Präventionsprogramm GUSI abgebrochen hat, bleibt doch die Frage nach den Langzeiteffekten, und ob für diese Teilnehmer die Art der Intervention ausreichend war.

Im Verlauf zeigten die Teilnehmer eine kontinuierliche Verbesserung ihrer WAI – Werte: lag der durchschnittliche WAI – Wert zu Beginn der GUSI – Prävention bei 32, war er nach 3 und 6 Monaten stabil bei 41, so dass aus einer mäßigen eine subjektiv gute Arbeitsfähigkeit entstanden war. Im Vergleich hierzu hatten psychosomatische Reha-Patienten initiale WAI – Werte von 22, die nach Ende der Reha auf 29 angestiegen waren.

Bedeutsame Effekte fanden sich im Hinblick auf die Förderung der Handlungsorientierung nach Misserfolgserleben und dem Umgang mit dabei entstehenden negativen Affekten. Die Teilnehmer lernten, selbstgesetzte Ziele zu verfolgen und umzusetzen. Im HAKEMP zeigte sich, dass die positiven Effekte des GUSI – Programms nach 3 und 6 Monaten weiter zunahmen. Im Vergleich zu GUSI – Präventionsteilnehmern haben psychosomatische Reha-Patienten schon initial deutlich niedrigere HAKEMP – Werte, deren Veränderung durch die Reha nicht so ausgeprägt ist wie dies bei den GUSI – Teilnehmern der Fall ist.

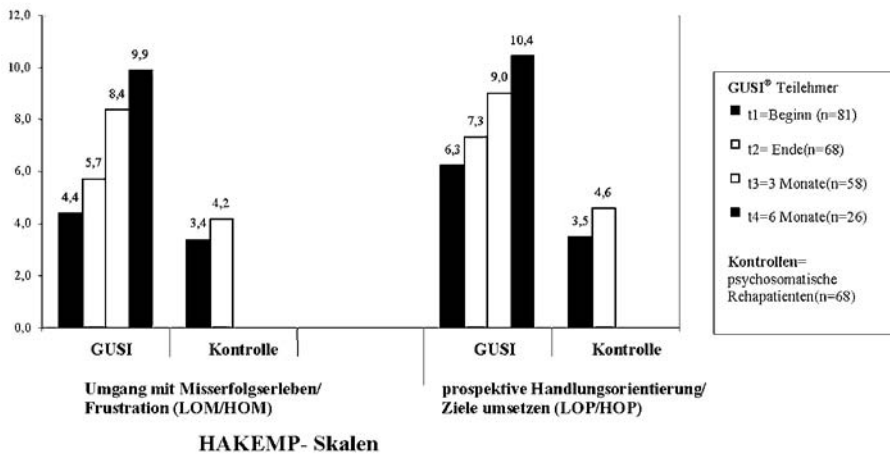


Abb. 2 HAKEMP-Entwicklung bei GUSI-Gruppe und Kontrollgruppe

Der Verlauf der AVEM – Muster zeigte eine bemerkenswerte Entwicklung: Initial fand sich bei 7,5 % ein Muster G und bei 27,3 % ein Muster S. Es überwogen mit 60 % die Risikomuster A und B, dabei das Risikomuster B mit 41 % dominierend. Direkt nach Ende der Trainingsphase des GUSI – Programms nahm der Anteil der Teilnehmer mit Risikomuster B noch zu (60,8 %). Bei der t3 – Messung nach 3 Monaten zeigte sich ein gänzlich verändertes Bild: 17,2 % hatten jetzt ein Muster G, 39,1 % ein Muster S. Lediglich 26 % waren noch den Risikomustern A oder B zuzuordnen.

Bei Nachbefragung der Teilnehmer zu ihrer persönlichen Meinung zum GUSI – Präventionsprogramm (parallel zu den Evaluationsbögen zur Messzeit t3) gaben 50 % an, der Gesamtumfang des GUSI – Programms sei genau richtig gewesen, 43 %, sie hätten sich noch mehr Zeit gewünscht. Auf die Frage, wie sehr ihnen ihre GUSI – Präventionsmaßnahme genutzt habe, gaben 72 % an, viel oder sehr viel. 57 % gaben an, sie könnten heute besser mit Belastungen, schwierigen Situationen und ihren Beschwerden umgehen als vor der GUSI – Prävention. Die Umsetzung im privaten Alltag wurde von 78 % als sehr gut bis befriedigend eingeschätzt, die Umsetzung im beruflichen Bereich von 61 %.

Bei Analyse der medizinischen Basisdaten fand sich ein unerwarteter Effekt:

obwohl im GUSI – Präventionsprogramm keine spezifisch handlungsorientierten auf die Ernährung bezogenen Elemente mit enthalten waren, zeigte sich eine kontinuierliche Reduktion des Durchschnittsgewichts der Teilnehmer: bei einem initialen Durchschnittsgewicht von 80,8 kg war dies nach Abschluss der Trainingsphase B (t2) bei 78 kg und nach weiteren 3 Monaten (t3) auf 73 kg zurückgegangen.

3 Diskussion

Das GUSI-Präventionsprogramm ist ein Modellprojekt zur Implementierung von präventiven Leistungen durch die Deutsche Rentenversicherung für aktiv rentenversichert Beschäftigte. Es gelang in einem Zeitraum von 6 Monaten mit persönlicher Information der wichtigsten Akteure (Geschäftsführungen, Personalvorstände, Personalräte, Betriebsmediziner, Beschäftigte) das GUSI-Präventionsprogramm in Betrieben bekannt zu machen und Beschäftigte für die Teilnahme zu gewinnen. Die scheinbar geringe Inanspruchnahmequote von 0,5% ist in Anbetracht des Umfangs des Programms und nach vorliegenden Erfahrungen mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und anderen präventiven Leistungen z. B. durch Krankenkassen, gut. Besonders erfreulich ist, dass kein Teilnehmer die GUSI Präventionsgruppe abgebrochen hat, was für den schon initial hohen Grad an Motivation der Teilnehmer spricht. Durch das im GUSI-Programm erlernte ZRM-Training und dem selbst entwickelten persönlichen Haltungsziel gelingt es den Teilnehmern, ihre negativen Affekte besser zu regulieren und ihre prospektive Handlungsorientierung zu erhöhen. Dies führt nicht nur zu einer Steigerung bewussten gesundheitsförderlichen Verhaltens mit vermehrter Bewegungsaktivität und verbesserter Stressbewältigung, sondern hat darüber hinaus auch erwünschte gesundheitsförderliche „Nebeneffekte“ (Gewichtsreduktion). Offenbar hat die Fähigkeit von Menschen, negative Affekte schneller und besser herunterregulieren zu können nicht nur Auswirkungen auf die berufliche sondern auch auf die persönliche Handlungsfähigkeit, so dass die Selbstwirksamkeit zunimmt. Besonders erfreulich ist hierbei, dass gerade diese Fähigkeit auch ohne „Experten-Unterstützung“ durch kontinuierliche Anwendung des Erlernten im Alltag die weitere Generalisierung fördert: die Zunahme der HAKEMP- Werte der handlungsorientierten Skalen dokumentieren dies eindrucksvoll. Die mit dem AVEM gemessenen Muster sind initial relativ stabile Verhaltens- und Erlebensmerkmale eines Menschen, so dass kurzfristige Veränderungen nicht zu erwarten waren. Erstaunlich war deshalb die deutliche Musterverschiebung im Verlauf: nach initialer Zunahme des Risikomusteranteils kam es nach 3 Monaten zu einer völligen Umkehr: aus dem Überwiegen der Risikomuster A und B wurden nun Muster ohne gesundheitsgefährdendes Potential: dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass die Teilnehmer mit ihren ZRM-Haltungszielen kontinuierlich im Alltag „gearbeitet“ haben und es ihnen gelang, eine ressourcenorientierte Haltung zu Anforderungen in Arbeit und Beruf zu finden. Dass der Anteil des Musters „S“ besonders hoch war interpretieren wir als neu gewonnene Fähigkeit der GUSI Teilnehmer, sich von übermäßigen beruflichen Belastungen gesund distanzieren zu können bei gleichzeitiger Zunahme des Erlebens sozialer Unterstützung, einer besseren sozialen Vernetzung und Verbesserung der Lebenszufriedenheit. So haben sich aus den GUSI Gruppen heraus vielfältige Formen sozialer Vernetzung entwickelt: von GUSI

Stammtischen über Internet-Austausch bis zu GUSI Gruppenbüchern mit Bild und individuellen ZRM-Haltungszielen aller Gruppenteilnehmer als gemeinsame Erinnerungshilfe. Dies unterstützt auch den Rückgang der initial erhöhten Resignationstendenz. Wir möchten das Muster „S“ nicht – wie die Autoren – als „Schonmuster“ benennen wollen, weil dies negativ stigmatisiert ist, obwohl es zur Gesundheitsförderung beiträgt. Vielmehr beschreibt das Muster S die Fähigkeit von Menschen, sich gut zu schützen – insofern möchten wir den Begriff des „Schutzmusters“ verwenden. Hierfür spricht auch, dass es in anderen Berufsgruppen mit hohen Belastungen bei gesunder Bewältigung ihrer Arbeitsanforderungen einen hohen Anteil an Muster „S“ Betroffenen gibt, wenngleich das Muster „S“ unter motivationspsychologischen Gesichtspunkten durchaus „ambivalent“ ist: es kann einerseits Ausdruck eines gelassenen Umgangs mit überzogenen Anforderungen sein, andererseits aber Hinweis auf einen möglichen beginnenden „inneren Rückzug“ (Voltmer et al., 2007).

Die Ergebnisse zeigen, dass das GUSI-Präventionsprogramm sehr gute Effekte im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung von Beschäftigten erzielt. Die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse legen nahe, dass das GUSI-Präventionsprogramm mit zeitlicher Begrenzung und berufsbegleitend im Hinblick auf das von der Rentenversicherung definierte Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit frühzeitig zu sichern, gut einsetzbar ist. Präventive Projekte bedürfen eines langen Atems; insofern wird in den folgenden Jahren zu prüfen sein, inwieweit durch Präventionsangebote der Rehabilitationsbedarf gesenkt werden kann. Bedenkt man, dass die häufigsten und teuersten chronischen Erkrankungen (Diabetes, verschiedene Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufleiden und psychische Störungen, insbesondere depressive Erkrankungen) durch präventive Maßnahmen, die Verhaltensveränderungen bei Menschen erreichen können, zu verhindern oder zumindest hinausgezögert werden können (Goldgruber & Ahrends 2009), so unterstreicht dies die Bedeutung der Ergebnisse. Besonders möchten wir auf die Bedeutung des ZRM-Trainings hinweisen: Ohne ein passendes und stabiles Haltungsziel sind Effekte auf der Verhaltensebene – wenn überhaupt – so doch oft nicht nachhaltig. Die Daten der Gewichtsreduktion von GUSI Teilnehmern zeigen, dass durch ein gutes individuelles Haltungsziel jedes Teilnehmers „Nebeneffekte“ zu erreichen sind, die direkt auf die Verhaltensebene ausstrahlen. Dies sollte bei der Planung von präventiven Angeboten bedacht werden, die derzeit überwiegend auf die Verhaltensebene fokussieren.

Literatur

Badura, B. (1981). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp.

- Berntson, G.G. & Cacioppo, J.T. (2008). The neuroevolution of motivation. In: J. Y. Shah & W.L. Gardner (Hrsg.), *Handbook of motivation science*. New York: Guilford, S. 188–200.
- Emmons, R. (1996). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292–300.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interaction. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Goldgruber, J., Ahrens, D. (2009) *Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. Review über die betriebliche Gesundheitsförderung und Primärprävention*. Prävention und Gesundheitsfürsorge, 4, 83–95
- Gollwitzer, P.M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In: H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften*. Springer: Berlin, S. 176–189.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleuber, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neuner (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer, S. 49–72.
- Hasselhorn, H.M. & Freude, G. (2007) *Der Work Ability Index – ein Leitfaden*. Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: P. Schwenkmezger und L. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke, S. 65–87.
- Hurrelmann, U. (1991). *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz.
- Ilmarinen, J. (2005). *Towards a longer worklife*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Koole, S. & Kuhl, J. (2003). In search of the real self. A functional perspective on optimal self-esteem and authenticity. *Psychological Inquiry*, 14, 43–49.
- Kuhl, J. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie. Motivation, Emotion und Selbststeuerung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Strehlau, A. (2009). Handlungspsychologische Grundlagen des Coaching: Anwendung der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen. In: B. Birgmeier (Hrsg.), *Coachingwissen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 171–182.
- Latham, G. (2007). *Work motivation. History, theory, research, and practice*. Thousand Oaks: Sage.
- May, G. & May-Ropers, C. (1990). *Balance und Bewegung* Stuttgart: Gustav-Fischer.
- Martens, J.-U. & Kuhl, J. (2004). *Die Kunst der Selbstmotivierung*. Frankfurt am Main: Kohlhammer.
- McClelland, D.C., Koestner, R. & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690–702.
- Olbrich, D. (2008). *Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse. Das GUSI Präventionsprogramm im Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Lipperland & Klinik am Lietholz*. Unveröffentl. Manuskript, Rehazentrum, Bad Salzuflen.

- Olbrich, D., Fischer, K. & Irle, H. (2009). *Bedeutung des Rückenschmerzes aus sozialmedizinischer Sicht*. *Tägliche Praxis*, 50, 347–356.
- Scharschmidt, U. & Fischer, A. W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT Verlag, S. 147–194.
- Seo, M. Feldman Barrett, L.F. & Bartunek, J.M. (2004). The role of affective experience in work motivation. *Academy of Management Review*, 29, 423–439.
- Siegrist, J. (1996) *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe
- Storch, M. (2002a). Die Bedeutung neurowissenschaftlicher Forschung für die psychotherapeutische Praxis, Teil I: Theorie. *Psychotherapie*, 7 (2), 281–294.
- Storch, M. (2002b). *Das Geheimnis kluger Entscheidungen*. Zürich: Pendo.
- Storch, M. (2009a). Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation. In: B. Birgmeier (Hrsg.), *Coachingwissen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 183–206.
- Storch, M. (2009b). Hausaufgaben! Oder lieber nicht? Wie mit somatischen Markern Selbststeuerungskompetenz gelernt werden kann. In: U. Hermann (Hrsg.), *Neurodidaktik. Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen*. Beltz: Weinheim, S. 207–227.
- Storch, M. & Krause, F. (2007, 4. Aufl.). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM*. Huber: Bern.
- Voltmer, E., Kieschke, U. & Spahn, C. (2007). *Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben bei Ärzten im dritten bis achten Berufsjahr*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 244–257.