

Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung

Work Place Health Promotion Programmes of the Statutory German Pension Insurance

Autoren

C. Meffert¹, O. Mittag¹, W. H. Jäckel^{1,2}

Institute

¹Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg i. Br.
²Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung am RehaKlinikum Bad Säckingen

Schlüsselwörter

- Prävention
- betriebliche Gesundheitsförderung
- deutsche Rentenversicherung

Key words

- prevention
- workplace health promotion
- German pension insurance

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1333220>
 Online-Publikation: 11.11.2013
 Rehabilitation 2013;
 52: 391–398
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Cornelia Meffert
 Abteilung Palliativmedizin
 Universitätsklinikum
 Freiburg i. Br.
 Robert-Koch-Straße 3
 79106 Freiburg
 cornelia.meffert@uniklinik-
 freiburg.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit der Änderung des § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI wurde der Rentenversicherung im Jahr 2009 die Möglichkeit eröffnet, auch ambulante medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte zu erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben. Seither wurden verschiedene betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung entwickelt und als Modellprojekte implementiert. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, diese Programme systematisch zu erfassen und nach aktuellem Kenntnisstand in einer Synopse vergleichend zu analysieren.

Methodik: Es wurde ein 8-seitiger „Erhebungsbogen zu betriebsnahen Präventionsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung“ entwickelt und an die Verantwortlichen der uns bekannten betriebsnahen Präventionsprogramme versandt.

Ergebnisse: Alle Programme sind indikationsübergreifend konzipiert und richten sich an Versicherte, die bereits unter ersten Gesundheitsstörungen leiden, ohne dass bereits Rehabilitationsbedarf besteht. Die konkreten Zielgruppen, die mit den jeweiligen Programmen angesprochen werden sollen, sind jedoch unterschiedlich (Schichtarbeiter, Pflegekräfte, ältere Arbeitnehmer etc.). Auch das Setting (ambulant oder stationär) sowie die Dauer der Maßnahmen differieren zwischen den einzelnen Programmen.

Schlussfolgerung: Alle Programme nutzen die bereits vorhandenen Strukturen der Deutschen Rentenversicherung und bieten die präventiven Maßnahmen in rentenversicherungseigenen Reha-Zentren an. Wünschenswert wäre eine Verknüpfung dieser Leistungen mit innerbetrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangeboten anderer Sozialversicherungsträger.

Abstract

Background: In 2009, the amendment of § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI gave the German Pension Insurance the opportunity to provide outpatient medical treatments for insured people who have an occupation with particularly high risk of health. Ever since, the German Pension Insurance has developed various work place prevention programmes, which have been implemented as pilot projects. This article aims at systematically recording and comparatively analyzing these programmes in a synopsis which meets the current state of knowledge.

Methods: We developed an 8 page questionnaire focusing on work place prevention programmes by the German Pension Insurance. This questionnaire was sent to people in charge of all programmes known to us.

Results: All programmes have been drafted across indications. They are aiming at insured people who already suffer from first health disorders but who are not in imminent need of rehabilitation. However, the concrete target groups at which the specific programmes are aimed differ (shift workers, nurses, elderly employees). Another difference between the various programmes is the setting (in- or outpatients) as well as the duration.

Conclusion: All programmes are using existing structures offered by the German Pension Insurance. They provide measures in pension insurance owned rehabilitation centers. It would be desirable to link these performances with internal work place health promotion and offers of other social insurances.

Einleitung

Betriebliche Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Bereits 1986 wurde sie als wichtiger Teil der Politik der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Prozess formuliert [1]. Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und der Veränderungen der Arbeitswelt ist betriebliche Gesundheitsförderung heute – mehr als ein Viertel Jahrhundert später – wichtiger denn je zuvor. Zum einen führt der demografische Wandel in Deutschland zu älter werdenden Belegschaften in den Betrieben [2]. Weniger Nachwuchs und ein Mangel an gut ausgebildeten Facharbeitern sind die Folge [3]. Zusätzlich sorgt die Verlängerung der Lebensarbeitszeit („Rente mit 67“) zu einer Erhöhung der Erwerbsquote älterer Menschen. Zum anderen haben Veränderungen in der Arbeits- und Berufswelt (z.B. Arbeitsverdichtung, Kostendruck, Angst vor Arbeitsplatzverlust) in den letzten Jahrzehnten zu veränderten körperlichen, vor allem aber auch psychosozialen Belastungen von Beschäftigten geführt [4,5]. Monotone Arbeit, Arbeitsstress und Gratifikationskrisen gehen oftmals mit ungünstigen Erwerbsprognosen einher [6]. All diese Faktoren führen zu einem verstärkten Bedarf an präventiven Maßnahmen, die den Verbleib im Erwerbsleben fokussieren. Besonderes Gewicht kommt dabei der Prävention von Gesundheitsstörungen zu, die langfristig zu chronischer Krankheit und dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen könnten. Es gibt eine Reihe von Gründen, den Betrieben eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsförderung zuzuweisen [7]. Beschäftigte innerhalb eines Betriebes sind eine in sich weitgehend geschlossene Adressatengruppe, was die Chancen der (langfristigen) Beteiligung an entsprechenden Programmen erhöht. In Betrieben können bereits vorhandene Informationskanäle (z.B. Intranet) genutzt werden, um diese Gruppen zu erreichen [8]. Außerdem belegen Studien auch den wirtschaftlichen Wert betrieblicher Gesundheitsförderung (z.B. geringerer Krankenstand, höhere Produktivität [9]).

Nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI hat die Rentenversicherung die Möglichkeit, medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte zu erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben. Bis zur Änderung dieses Paragraphen im SGB VI waren solche Leistungen allerdings nur stationär möglich und richteten sich in erster Linie an Versicherte in körperlich sehr belastenden Berufen, wie z.B. im Bergbau oder in der Schwerindustrie. Seit der Änderung des § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, die am 1. Januar 2009 in Kraft trat, können präventive Maßnahmen nicht nur stationär, sondern auch ambulant angeboten werden [10]. Parallel zu dieser gesetzlichen Änderung hat die Rentenversicherung selbst ihre Verwaltungsrichtlinien zu dem entsprechenden Paragraphen dahingehend überarbeitet, dass als besonders belastende Erwerbstätigkeiten nicht nur körperlich schwere Arbeiten, sondern auch Tätigkeiten mit besonderer psychischer Belastung angesehen werden (z.B. hohe Anforderungen an Konzentration, Reaktionsvermögen und Verantwortung [11]). Darüber hinaus werden individuelle Kontextfaktoren, wie z.B. Übergewicht oder Suchtverhalten, bei der Beurteilung des Präventionsbedarfs berücksichtigt [10]. Mit dieser gesetzlichen Grundlage sind vorbeugende Angebote einer aktiven Gesundheitsförderung bei Risikogruppen möglich, die dazu beitragen sollen, dass chronische Erkrankungen gar nicht erst entstehen [12].

In Deutschland gibt es inzwischen eine Reihe von betriebsnahen Präventionsprogrammen der gesetzlichen Rentenversicherungs-

träger des Bundes und in den Ländern, die sich explizit an Versicherte mit einer spezifischen beruflichen Belastung richten, bei denen weder Reha-Bedarf noch ein akutmedizinischer Behandlungsbedarf vorliegt. Einige dieser Programme wurden bereits in einem Beitrag von Friemelt und Ritter [12] vorgestellt. Die Idee, möglichst alle betriebsnahen Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung (DRV) systematisch zu erfassen und nach aktuellem Kenntnisstand in einer Synopse vergleichend zu analysieren, entstand im März 2012 anlässlich des Satellitensymposiums „Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung“ auf dem 21. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Hamburg [13]. Der vorliegende Beitrag stellt die Ergebnisse dieser Erhebung vor.

Methodik

Es wurde ein 8-seitiger „Erhebungsbogen zu betriebsnahen Präventionsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung“ entwickelt, der in zumeist offenen, aber auch geschlossenen Fragen im Wesentlichen folgende Aspekte umfasst:

- ▶ Initiatoren/Förderer des Präventionsprogramms,
- ▶ Zielgruppe(n), Ein- und Ausschlusskriterien (und deren Operationalisierung),
- ▶ Ablauf des Programms,
- ▶ inhaltliche Schwerpunkte des Programms (und dahinter stehende Konzepte),
- ▶ Barrieren/Probleme auf Seiten der Beschäftigten und der Betriebe,
- ▶ wissenschaftliche Evaluation und
- ▶ Optimierungsmöglichkeiten für eine Weiterentwicklung des Programms.

Der Erhebungsbogen wurde an die Verantwortlichen folgender Programme versandt:

- ▶ BETSI – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern [14].
- ▶ GUSI – Gesundheitsförderung durch Selbstregulation und individuelle Zielanalyse [15, 16].
- ▶ FRESH – Freiburger Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege [17].
- ▶ FEE – Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit,
- ▶ KomPAS – Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen [18].
- ▶ Plan Gesundheit [19] und
- ▶ 1+12 – 1 Woche stationär und 12 Wochen ambulant.

Ergebnisse

◊ **Tab. 1** fasst die Programme der DRV zusammen, benennt die Initialdaten der Projekte, die Kostenträgerschaften und Initiatoren der verschiedenen Präventionsprogramme sowie die beteiligten Einrichtungen und Betriebe.

Prinzipiell können ausschließlich Beschäftigte an den Programmen teilnehmen, die bei dem jeweiligen Kostenträger versichert sind. Das heißt, für GUSI besteht die Voraussetzung, bei der DRV Bund oder der DRV Westfalen versichert zu sein. „Plan Gesundheit“ steht nur bei der DRV Rheinland Versicherten offen, an FEE kann nur teilnehmen, wer bei der DRV Mitteldeutschland versichert ist, und an 1+12 nur bei der DRV Baden-Württemberg Versicherte. Ausnahmen bilden das Programm BETSI, für das – neben den in ◊ **Tab. 1** genannten Kostenträgern – auch die DRV

Tab. 1 Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

Programm	Seit wann?	Kostenträger	Initiator/en	Beteiligte Einrichtungen	Beteiligte Betriebe
BETSI	05/2009	DRV Bund DRV Westfalen DRV Baden-Württemberg	DRV Bund DRV Westfalen DRV Baden-Württemberg	Klinik Lipperland, Bad Salzuflen Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde Klinik Königsfeld, Ennepetal Reha-Klinik Übrerruh, Isny Reha-Klinik Höhenblick, Baden Baden Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) Stuttgart, Reutlinger Therapie- & Analysezentrum GmbH (RTA) Vital-Center Daimler-Werk Reha-Zentrum Bad Salzuflen	Daimler, Sindelfingen*** Bosch, Reutlingen SWR Stuttgart und Baden Baden verschiedene Betriebe und Unternehmen mit Sitz in den Modellregionen
GUSI	04/2009	DRV Bund DRV Westfalen	DRV Bund und Reha-Zentrum Bad Salzuflen	Reha-Zentrum Bad Salzuflen	86 Betriebe aus der Region Ostwestfalen-Lippe (1/3 Dienstleistung, 1/3 Gesundheitswesen, 1/3 produzierende Betriebe) Universitätsklinikum Freiburg
FRESH	09/2010	DRV Bund	Pflegedirektion des Universitätsklinikums Freiburg, AQMS*, DRV Bund	Reha-Zentrum Bad Dürrenheim Klinik Hüttenbühl UNIFIT Freiburg (Trainingscenter)	Universitätsklinikum Freiburg
FEE	01/2011	DRV Mitteldeutschland	DRV Mitteldeutschland	Gesundheitspark Bad Gottleuba MEDICA-Klinik Leipzig	kleine und mittelständige Betriebe in Mitteldeutschland
KompAS	11/2010	DRV Rheinland-Pfalz	DRV Rheinland-Pfalz und Betriebsärzte	3-Burgen-Klinik Bad Münster ambulantes Reha-Zentrum Mombach ambulantes Reha-Zentrum Koblenz Bibewegt-Gesundheitszentrum Ingelheim	SCHOTT AG Mainz Aleris Aluminium Koblenz Boehringer Ingelheim**
Plan Gesundheit	01/2011	DRV Rheinland-pronova BKK Currenta	DRV Rheinland-pronova BKK Currenta	Klinik Roderbirken, Leichlingen Reha-Training Leverkusen ambulantes Reha-Center Eschler medicoreha Welsink GmbH	Tochterunternehmen der Firmen Bayer und Lanxess
1 + 12	Ende der 1990er Jahre	DRV Baden-Württemberg (stationäre Phase), Betrieb oder Krankenkasse (ambulante Phase)	DRV Baden-Württemberg	Reha-Klinik Übrerruh, Isny Federseeklinik, Bad Buchau Rehaklinik Sonnhalden, Donaueschingen verschiedene ambulante Reha-Zentren und private Anbieter	verschiedene Betriebe und Unternehmen mit Sitz in Baden-Württemberg

*AQMS = Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg

** Die Firma Boehringer Ingelheim ist hier insofern ein Sonderfall, als sie das Programm KompAS etwas abgewandelt und in FITSchi (FIT für die Schicht – Aktiv Erwerbstätigkeit erhalten) umbenannt hat. Im Unterschied zur regulären KompAS-Maßnahme findet bei FITSchi die ambulante Phase nicht in einem der beiden beteiligten ambulanten Reha-Zentren, sondern im betriebseigenen Gesundheitszentrum „Bibewegt“ statt

*** Auch bei der Firma Daimler findet die berufsbegleitende ambulante Phase in einer innerbetrieblichen Einrichtung statt

Rheinland und die DRV Niedersachsen die Kosten übernehmen, und das Programm FRESH, an dem auch bei der DRV Baden-Württemberg oder der Knappschaft versicherte Pflegekräfte teilnehmen können. Für KompAS gibt es insofern eine Sonderregelung, als auch Arbeitnehmer, die nicht bei der DRV Rheinland-Pfalz versichert sind, von dem Angebot profitieren können: Bei inhaltsgleicher Tätigkeit und identischem Belastungsprofil können die Kosten der KompAS-Maßnahme für bei Boehringer Ingelheim Beschäftigte von dem Betrieb übernommen werden.

Potenzielle Teilnehmer an den Präventionsmaßnahmen werden von den Betriebsärzten bzw. Betriebsräten angesprochen; teilweise erfolgt der Zugang auch über Vorgesetzte oder die Betriebsleitung. Eine große Rolle spielt ferner die Information über das Angebot durch eigene Kollegen („Mund-zu-Mund-Propaganda“). Im Programm FEE sind darüber hinaus Hausärzte in die Rekrutierung der Präventionsteilnehmer eingebunden. Im Rahmen des Programms GUSI dienen Info-Veranstaltungen durch die Klinikleitung des Reha-Zentrums und regelmäßige Betriebsbesuche dazu, Arbeitnehmer auf das Programm aufmerksam zu machen. Alle in diese Analyse einbezogenen Programme sind indikationsübergreifend konzipiert und richten sich an Versicherte, die

bereits unter ersten gesundheitlichen Störungen (z. B. unspezifische Rückenschmerzen) leiden, ohne dass bereits Reha-Bedarf besteht. Die Zielgruppen, die mit den jeweiligen Programmen angesprochen werden sollen, sind in **Tab. 2** dargestellt. BETSI ist hier insofern ein Sonderfall, als es ein Rahmenkonzept darstellt, das sich nicht an eine spezifische Zielgruppe (z. B. Schichtarbeiter) richtet, sondern innerhalb dessen verschiedene Modellprojekte stattfinden. Dazu gehören unter anderem die Programme GUSI und FRESH.

An den Programmen können grundsätzlich Versicherte teilnehmen, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben und bei denen eine Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe im Berufsleben droht. Beschäftigte, bei denen akutmedizinischer Behandlungsbedarf oder Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, kommen für die Teilnahme an den Präventionsprogrammen nicht in Frage. Operationalisiert werden diese Ein- und Ausschlusskriterien in der Regel durch die werksärztlichen Dienste der beteiligten Betriebe, die unterschiedliche Assessment- und Screening-Verfahren einsetzen (**Tab. 2**). Im Programm FEE, dessen Adressaten kleine und mittlere Betriebe ohne betriebsärztlichen Dienst sind, findet kein Assessment

Tab. 2 Zielgruppen, Ein- und Ausschlusskriterien und deren Operationalisierung.

Programm	Zielgruppen	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Operationalisierung	Assessment
BETSI	Personen, bei denen eine beginnende Funktionsstörung mit einer spezifischen beruflichen Gefährdung bzw. Belastung vorliegt	drohende Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe im Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit	akutmed. Behandlungsbedarf, Rehabilitationsbedürftigkeit, Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI, Anspruch auf med. Vorsorgeleistungen nach SGB V	durch Betriebs- und Werksärzte, sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung, Eingangsdiagnostik	differenziert je nach Standort und Rentenversicherungsträger
GUSI	Versicherte mit spezifischen persönlichen und beruflichen Belastungen, die sich zu einem Risikoprofil summieren, das die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst	WAI-Werte von 27–43, Risikomuster A oder B im AVEM, AU-Zeiten unter 42 Tage	WAI-Werte unter 27, AU-Zeiten über 42 Tage, manifeste Erkrankung und dadurch Akutbehandlungs- oder Reha-Bedarf (insbesondere F-Diagnosen)	medizinische, psychiatrische und berufsbezogene Diagnostik, AU-Zeiten-Erhebung	WAI, AVEM, HAKEMP 90, SCL-90, individuelle Präventionsziele
FRESH	Pflegekräfte, die am Universitätsklinikum Freiburg beschäftigt sind	AU-Zeiten > 15 und < 30 Tage im vergangenen Jahr, häufige kurze AU-Zeiten, unspezifische Rückenschmerzen, Alleinerziehende, Schichtdienst, pflegende Angehörige, Risiko eines Burn-Out, Arbeitnehmer über 50 Jahre	Reha-Bedarf, akutmedizinischer Behandlungsbedarf, Ausschlussgrund nach § 12 SGB VI	Identifikation durch betriebsärztlichen Dienst des Uniklinikums Freiburg, Klinik Hüttenbühl im Rahmen der Erstellung des Präventionsberichts, sozialmed. Dienst der Rentenversicherung	Testdiagnostik Klinik Hüttenbühl im Rahmen der Erstellung des Präventionsberichts für die Antragstellung kein Assessment
FEE	Beschäftigte in Klein- und mittelständigen Betrieben in Mitteldeutschland unter Berücksichtigung des § 31 SGB VI	Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben	Arbeitslosigkeit, lange Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsbedarf nach § 15 SGB VI	es werden die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI geprüft und im positiven Fall zur sozialmed. Entscheidung vorgelegt	
KompAS	Schichtarbeiter der bereits im Rahmen des BEM kooperierenden Betriebe	Anzeichen erster gesundheitlicher Störungen noch ohne patholog. Stellenwert, versicherungsrechtl. Voraussetzungen	vorliegender Rehabilitationsbedarf	Abfrage in ärztlicher Stellungnahme im Rahmen der Antragstellung durch den Betriebsarzt	WAI
Plan Gesundheit	Beschäftigte mit beruflichen Belastungsfaktoren ohne manifeste Krankheitsbefunde oder Funktionsstörungen, die eine medizinische Reha erforderlich machen würden	rentenversichert bei DRV Rheinland, krankenversichert bei BKK pronova, Altersobergrenze: 5 Jahre bis zur Rente, Präventionsleistungen sinnvoll und durchführbar	manifeste Erkrankungen, fehlende Trainingstauglichkeit, vorrangige Behandlungsbedürftigkeit, bestehende Stoffwechsellagen, Suchterkrankungen	zu Beginn ausführliche Bestandsaufnahme: Gesundheitsstatus? Besondere Risiken/Belastungen? Ausführliche med. Beratung durch den Betriebsarzt	WAI und ABI
1+12	Mitarbeiter, bei denen aus gesundheitl. Gründen ein Bedarf für frühzeitig einsetzende Leistungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit besteht	es muss eine beginnende Funktionsstörung mit spezifischer beruflicher Gefährdung/Belastung vorliegen	akutmed. Behandlungsbedarf, Rehabilitationsbedürftigkeit, Ausschlussgründe nach § 12 SGB VI, Anspruch auf med. Vorsorgeleistungen nach SGB V	Entscheidung durch den SMD	kein Assessment

WAI = Work Ability Index, AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, AU = Arbeitsunfähigkeit, HAKEMP = Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv, SCL-90 = Symptom-Checkliste, BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, ABI = Arbeitsbewältigungs-Index, SMD = sozialmedizinischer Dienst

statt, und auch im Programm 1+12 entscheidet der sozialmedizinische Dienst ohne ein Assessment, ob Beschäftigte das Präventionsangebot in Anspruch nehmen können.

Die Zahl der Urlaubstage, die von den Präventionsteilnehmern in die Maßnahme eingebracht werden müssen, differiert zwischen den Programmen. Während das Programm Plan Gesundheit keine Urlaubstage der Beschäftigten fordert, ist dies bei BETSI je nach Betrieb unterschiedlich geregelt. Für das Programm FRESH müssen die Pflegekräfte einen Urlaubstag einbringen, und bei KompAS sind es abhängig vom Arbeitgeber 1–3 Tage. GUSI beansprucht keine Urlaubstage, aber das Einbringen von Freizeit in Samstags- und Abendveranstaltungen.

Die erste Phase der Präventionsmaßnahme findet bei der Mehrzahl der Programme im stationären klinischen Setting statt, wobei KompAS mit 10 Tagen am zeitintensivsten ist. Im Programm FEE haben Präventionsteilnehmer die Alternative, die Initialphase entweder stationär oder ganztags ambulant durchzuführen. Der Begriff „teilstationär“ bei FRESH ist so zu verstehen, dass die Teilnehmer ganztags stationär in der Reha-Einrichtung betreut werden und im Hotel übernachten (○ Tab. 3).

Für die ambulante Phase werden in der Regel DRV-eigene oder der DRV vertraglich verpflichtete Einrichtungen genutzt. Ausnahmen stellen das Programm FRESH dar, das die berufsbegleitende ambulante Nachsorge in einer Einrichtung des Universi-

Tab. 3 Ablauf der Präventionsprogramme.

Programm	Ablauf	Refresher-Tag	Eingangsdiagnostik	Abschlussdiagnostik
BETSI	das Rahmenkonzept lässt eine flexible Ausgestaltung zu; in der Regel: 2–3 Tage ganztags ambulant oder 7 Tage stationär, 6–12 Wo berufsbegleitend ambulant	½–2 Tage	medizinische ED, psychologische Testverfahren (WAI)	medizinische AD, psychologische Testverfahren (WAI)
GUSI	3 Tage ganztags ambulant, 7 Tage berufsbegleitend ambulant (7 Termine)	1 Tag (nach 4–5 Mo)	medizinische ED, Berufsanamnese, Abklärung des berufl. Umfeldes, psychol. Testverfahren (WAI, AVEM, HAKEMP 90, SCL-90) vor der Aufnahme in das Programm	medizinische AD, psychologische Testverfahren (WAI, AVEM, HAKEMP 90) am Ende der ambulanten Phase und nach 3, 6 und 12 Mo
FRESH	5 Tage teilstationär, 6–7 Wo berufsbegleitend ambulant, weiteres Angebot ist optional	1 Tag (nach ca. 5–6 Mo)	medizinische ED, psychologische Testverfahren (z. B. HADS, AVEM, WAI, HAKEMP 90) vor der Antragstellung	keine med. AD, aber psychologische Testverfahren (s. o.) am Auffrischungstag
FEE	6 Tage stationär oder 5 Tage ganztags ambulant, 12 Wo berufsbegleitend ambulant, 2x pro Wo, 6 Mo Erhaltungsphase	1 Tag (nach der Erhaltungsphase)	medizinische ED, Fragebogen in der wissenschaftlichen Evaluation	medizinische AD, Fragebogen in der wissenschaftlichen Evaluation
KompAS	10 Tage stationär, 8–12 Wo berufsbegleitend ambulant (16 Termine)	1 Tag (nach 6 Mo)	medizinische ED zu Beginn der stationären Phase	medizinische AD am Ende der stationären Phase
Plan Gesundheit	3 Tage ganztags ambulant, 16 Wo berufsbegleitend ambulant, 2 Termine/Wo, Bestätigungsphase: 20 Mo, Eigenverantwortungsphase: 36 Mo, Begleitung durch Präventionsmanager	nein, aber regelmäßige Gruppenveranstaltungen und Überprüfungstermine beim Betriebsarzt	medizinische ED vor Beginn der Initialphase	medizinische AD nach 12 und 24 Mo
1 + 12	7 Tage stationär (Kostenträger: DRV), 12 Wo berufsbegleitend ambulant (Kostenträger: Betrieb oder Krankenkasse), 3–6 Mo Eigentraining	2 Tage nach der Eigentrainingsphase	medizinische ED	medizinische AD

Wo = Wochen, ED = Eingangsdiagnostik, WAI = Work Ability Index, AD = Abschlussdiagnostik, AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, HAKEMP = Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv, SCL-90 = Symptom-Checkliste, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, Mo = Monate

tätsklinikums Freiburg durchführt (UNIFIT), sowie die Programme KompAS und BETSI, bei denen die ambulante Phase für die dortige Belegschaft in einem der teilnehmenden Betriebe stattfindet (Boehringer Ingelheim und Daimler). Im Programm 1 + 12 findet die ambulante Phase in der Regel in Reha-Einrichtungen statt, teilweise werden aber auch private Anbieter eingebunden (z. B. bei der Firma Brueninghaus Hydromatic GmbH in Horb) oder Trainingsangebote der AOK für die ambulante Phase genutzt (z. B. bei der Firma Prontor GmbH in Bad Wildbad). Laut des Rahmenkonzeptes, das die DRV ergänzend zu den Richtlinien und Anwendungsempfehlungen zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI erarbeitet hat, soll die Präventionsmaßnahme in erster Linie „informativ, aktivierende und motivationsfördernde Module“ enthalten [20]. Dazu gehören Bewegungstherapien, Vermittlung von Entspannungstechniken, Hilfestellung zur gesunden Ernährung und Nichtrauchertraining [20]. Wie aus **Tab. 4** ersichtlich ist, werden die Empfehlungen dieses Rahmenkonzeptes in allen hier dargestellten Programmen umgesetzt. Als theoretische Basis für den überwiegenden Teil der Präventionsprogramme dient das Züricher Ressourcen Modell (ZRM) [21]. Mit Ausnahme von FRESH werden alle Programme extern wissenschaftlich evaluiert (**Tab. 4**).

Teil unseres Erhebungsbogens waren Fragen nach Barrieren für interessierte Beschäftigte, an dem Programm teilzunehmen, nach Problemen auf Seiten der Betriebe, Arbeitnehmer für die Teilnahme freizustellen, und nach Optimierungsmöglichkeiten

für eine Weiterentwicklung des jeweiligen Programms. **Tab. 5** fasst die Antworten auf diese Fragen zusammen.

Neben einer einheitlichen Regelung der Kostenübernahme in der gesamten DRV wird als vordringliche Aufgabe die Planungssicherheit nach Abschluss der Modellprojekte durch ein entsprechendes Präventionsbudget gesehen. Als längerfristige Forschungsperspektive wird die Frage formuliert, ob durch präventive Leistungen das Reha-Inanspruchnahme-Verhalten verändert wird.

Diskussion



Steigende Leistungserwartungen an Arbeitnehmer bei gleichzeitig steigendem Durchschnittsalter der Belegschaften erhöhen den Bedarf an betriebsnaher Prävention und Gesundheitsförderung [24]. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird dieses Feld schon seit mehr als 10 Jahren besetzt [25, 26]. Seit 2009 kann auch die Deutsche Rentenversicherung ambulant durchgeführte präventive Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen [27]. Das Programm 1 + 12 wurde bereits Ende der 90er Jahre aufgelegt, d. h. lange vor der gesetzlichen Änderung im SGB VI. Weil damals präventiv ausgerichtete Leistungen im ambulanten Setting keine gesetzliche Grundlage hatten, wurde ein Programm konzipiert, in dem eine Woche stationäre Prävention durch die Rentenversicherung finanziert und im Anschluss daran 12 Wo-

Tab. 4 Inhaltliche Schwerpunkte, bisherige Teilnehmerzahlen und Evaluation.

Programm	Inhaltliche Schwerpunkte	Theoriegeleitetes Konzept	Teilnehmer	Externe wissenschaftliche Evaluation	Publikation/en
BETSI	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Ergonomie, Verhaltens- und Lebensstiländerung, psycholog. Intervention	ja, ZRM	N=86 in BW, alle anderen k. A. möglich	Institut für Reha-Forschung Norderney e. V. (IFR)	1 Kongressbeitrag [14]
GUSI	Bewegung, Entspannung, Stressbewältigung, Selbstmanagementtraining mit dem ZRM	ja, ZRM	N=187	Institut für Reha-Forschung Norderney e.V. (IFR)	3 Zeitschriftenartikel, 1 Buchbeitrag [15, 16, 22, 23]
FRESH	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung	ja, ZRM	N=43	keine	1 Zeitschriftenartikel [17]
FEE	Bewegung, Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung, Risikofaktoren	nein	N=77	Institut für Rehabilitationsmedizin, Uni Halle-Wittenberg	keine
KompAS	Bewegung, Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, arbeitsplatzbezogene Beratung	ja, ZRM	N=61	Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen	3 journalistische Beiträge
Plan Gesundheit	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Resilienzbildung, gruppenspezifische Effekte	nein	N=100	Hochschule Niederrhein, Forschungsbereich „Forschung und Routinedaten“, Krefeld	1 Zeitschriftenartikel [19]
1+12	Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Risikofaktoren, Ergonomie, Verhaltens- und Lebensstiländerung, psycholog. Intervention	nein	k. A. möglich	Universität Heidelberg, Universität Stuttgart	keine

Anm.: Die genannten Publikationen basieren nicht auf einer eigenen Literaturrecherche, sondern auf den Angaben in den Erhebungsbögen Risikofaktoren = gesundheitliche Risikofaktoren (z. B. Umgang mit Sucht), ZRM = Züricher Ressourcen Modell, BW = Baden-Württemberg

chen ambulante Präventionsleistungen von den beteiligten Betrieben oder den Krankenkassen bezahlt werden. Dieses Modell hat sich als praktikabel erwiesen: 1+12 ist inzwischen in der Routineversorgung etabliert und kann gewissermaßen als Vorläufer von BETSI (und damit aller anderen betriebsnahen Präventionsprogramme) angesehen werden.

Nach der Änderung des § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI wurden die Programme BETSI, GUSI, FRESH, FEE, KompAS und Plan Gesundheit entwickelt und als Modellprojekte implementiert. Ob diese Programme in die Routineversorgung übertragen werden, wird zum einen von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung abhängen, die bei fast allen Programmen etabliert ist. Zum anderen wird dafür aber auch ausschlaggebend sein, welches Budget die DRV für betriebsnahe Präventionsangebote zur Verfügung zu stellen bereit ist. In Bezug auf eine Übertragung der Modellprojekte in die Routineversorgung können dennoch bereits an dieser Stelle einige kritische Punkte benannt werden.

Problematisch erscheint die klare Definition von Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Programmen. Vonseiten der Rentenversicherung ist vorgesehen, dass einerseits ausschließlich Beschäftigte eingeschlossen werden sollten, bei denen eine spezifische berufliche Belastung vorliegt und sich eine beginnende Funktionsstörung abzeichnet. Andererseits sollten Arbeitnehmer keinen Zugang zu präventiven Maßnahmen erhalten, bei denen Reha-Bedürftigkeit oder/und die Notwendigkeit einer akutmedizinischen Behandlung diagnostiziert werden [10]. In Präventionsangeboten der Rentenversicherung können demnach nur Beschäftigte einbezogen werden, die sich auf dem schmalen Grat zwischen beginnender Funktionsstörung und Reha-Bedürftigkeit befinden.

Ein weiteres Problem stellt die Zuständigkeit des Kostenträgers dar: Während am Programm BETSI nicht nur Versicherte der DRV Bund, der DRV Westfalen und der DRV Baden-Württemberg, sondern auch Versicherte der DRV Rheinland und der DRV Nieder-

sachsen teilnehmen können, steht die Maßnahme KompAS nur Versicherten der DRV Rheinland-Pfalz offen. So können einige Betriebe, die sich am Projekt KompAS beteiligen (wie z. B. die SCHOTT AG in Mainz) wegen ihrer geografischen Nähe zum Bundesland Hessen nur einem Teil ihrer Beschäftigten die Teilnahme an der Präventionsmaßnahme anbieten – für Versicherte der DRV Hessen findet keine Kostenübernahme statt. Auch höher qualifizierte Arbeitnehmer, wie z. B. Schichtführer, die (als ehemalige Angestellte) bei der DRV Bund versichert sind, können trotz erfüllter Einschlusskriterien nicht an der Maßnahme teilnehmen – es sei denn, der Betrieb übernimmt die Kosten. Deshalb wäre es wünschenswert, die verschiedenen Präventionsprogramme dahingehend zu vereinheitlichen, dass eine Kostenübernahme durch die Deutsche Rentenversicherung gewährleistet ist – unabhängig davon, von welcher DRV das Projekt initiiert und durchgeführt wird.

Ein kritischer Punkt ist auch die Frage nach der Eigenleistung der Präventionsteilnehmer. Wie viel Urlaub oder freie Tage eingebracht werden müssen und ob und in welcher Höhe für die Maßnahme Zuzahlungen geleistet werden müssen, könnte über alle Programme hinweg einheitlich geregelt werden.

Die Präventionsprogramme der DRV richten sich in der Regel an große Unternehmen, mit Ausnahme der Programme GUSI, FEE und 1+12, die auch kleine und mittelständige Betriebe im Fokus haben. Dass große Industrieunternehmen ein höheres Augenmerk auf betriebliche Gesundheitsförderung richten als kleine und mittelständige Betriebe, ist bekannt [28]. Umso wichtiger wäre es, kleine und mittelständige Betriebe in die Programme der DRV einzubinden und auch deren Belegschaften Zugang zu präventiven Maßnahmen zu ermöglichen.

Alle hier dargestellten Programme nutzen – zumindest für die Initialphase – die bereits vorhandenen Strukturen der Rentenversicherung und bieten die präventiven Maßnahmen in rentenversicherungseigenen Reha-Zentren an. Dies ist insofern sinn-

Tab. 5 Barrieren, Probleme und Optimierungsmöglichkeiten.

Programm	Barrieren für interessierte Beschäftigte	Probleme auf Seiten der Betriebe	Optimierungsmöglichkeiten
BETSI	Schichtdienst	Schichtdienst, Erhöhung der Fehlzeitenstatistik, Inhalte und Hintergründe des Präventionsangebots nicht immer bekannt	Motivationsunterstützung zur Absolvierung der Eigentrainingsphase, z. B. Kostenbeteiligung der Versicherten und bei Erfolg Rückerstattung, Problem Krankheitsstatistik: Versicherter gilt als arbeitsverhindert, Beteiligung verschiedener Kostenträger muss möglich sein (z. B. Krankenkassen, Arbeitgeber), präzise Zugangsvoraussetzungen definieren, Optimierungsmöglichkeiten inhaltlicher Art
GUSI	das „Psycho-Vorurteil“ (d. h. das Vorurteil, GUSI sei ein psychosomatisches Präventionsprogramm)	Betriebe brauchen frühzeitige Planung, insbesondere solche, bei denen Wochenend- und Schichtarbeit anfällt (z. B. Kliniken)	Modifikation des Programms für wohnortferne Betriebe, stationäre Phase kombiniert mit ambulanter wohnortnaher Phase; einheitliche und wechselseitige Kostenübernahme in der gesamten Deutschen Rentenversicherung
FRESH	Eigenbeteiligung von 50,- € (10,- € pro Tag) ist zu hoch bzw. abschreckend, Termine zu häufig	keine	keine
FEE	ambulantes Trainingszentrum zu weit vom Wohn- bzw. Arbeitsort entfernt, Freistellung durch Arbeitgeber für Initialphase	Lohnfortzahlung	Einbeziehung aller Rentenversicherungsträger in ein einheitliches Präventionsprogramm
KompAS	familiäre/private Situation, Versicherung bei anderem RV-Träger	in Phasen saisonaler oder phasenhaft hoher Arbeitsbelastung entsprechend hoher Personalbedarf	Ausweitung auf Versicherte mit hoher Belastung außerhalb des Schichtbetriebs
Plan Gesundheit	Rentenversicherungspflicht bei der DRV Bund	keine	Übertragung des derzeitigen „Goldstandards“ in eine Routineversorgung
1+12	Schichtproblematik, kein ambulantes Reha-Zentrum in der Nähe des Wohn- oder Arbeitsortes, keine Freistellung der Mitarbeiter bei kleineren und mittleren Unternehmen	die Arbeitnehmer sind nicht krank, daher sieht der Arbeitgeber die Notwendigkeit nicht, Fehlzeitenstatistik wird erhöht, kleine Betriebe können Mitarbeiter nicht entbehren	Beteiligung verschiedener Kostenträger (GKV, GRV, Arbeitgeber) muss möglich sein, Ausbau von ambulanten Reha-Zentren in der Fläche, Motivationsunterstützung zur Absolvierung der Eigentrainingsphase, z. B. Kostenbeteiligung des Betriebs und bei Erfolg Rückerstattung

voll, als in den Reha-Einrichtungen die notwendige Kompetenz und die Infrastruktur für Präventionsleistungen vorhanden sind [16]. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit in Reha-Zentren präventive Angebote differenziert und zielgruppenspezifisch ausgestaltet werden können. Ein kritischer Punkt ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Präventionsteilnehmer Teil des Alltagsgeschehens in der Reha-Einrichtung sind oder als eigene Gruppe geführt werden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluationen – und somit die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der einzelnen Programme – waren nicht Inhalt unserer Erhebung. Inwiefern es empfehlenswert ist, für präventive Maßnahmen ein klinisches Setting zu wählen, kann deshalb an dieser Stelle nicht beantwortet werden, sollte jedoch im Rahmen einer Versteigerung der Programme kritisch diskutiert werden. Nicht zuletzt wird dies auch eine Kostenfrage sein – selbst wenn zukünftig tatsächlich 5% des Reha-Budgets in Präventionsmaßnahmen fließen sollten [29]. Denkbar und wünschenswert wäre aus unserer Sicht eine Verknüpfung von Präventionsleistungen der DRV mit innerbetrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangeboten anderer Sozialversicherungsträger.

Limitationen

Wir haben im Erhebungsbogen danach gefragt, ob – abgesehen von den hier genannten Programmen – weitere betriebsnahe

Präventionsprogramme der DRV bekannt seien. Diese Frage wurde durchgehend verneint. Auch unsere eigenen Recherchen ergaben keinerlei Hinweise auf darüber hinausgehende Programme. Möglicherweise gibt es dennoch einzelne Präventionsprogramme regionaler Rentenversicherungen, über die bislang nicht publiziert worden ist. Der vorliegende Beitrag erhebt deshalb nicht den Anspruch der Vollständigkeit.

Kernbotschaft

Alle betriebsnahen Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung nutzen die Versorgungsstrukturen der Reha in Deutschland und bieten die Leistungen in rentenversicherungseigenen Reha-Zentren an. Die Ausgestaltung der einzelnen Programme ist insbesondere in Bezug auf die Dauer und das klinische Setting der Initialphase jedoch sehr unterschiedlich, d. h., es besteht eine hohe Varianz in der praktischen Umsetzung. Positiv zu bewerten ist, dass fast alle Programme extern wissenschaftlich evaluiert werden. Für eine Übertragung der Modellprojekte in eine Routineversorgung werden die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Begleitung ausschlaggebend sein. Wünschenswert wäre eine Verknüpfung von Präventionsleistungen der DRV mit innerbetrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangeboten anderer Sozialversicherungsträger.

Danksagung

Wir danken Herrn Friemelt, Herrn Hartschuh, Herrn Hinke, Herrn Professor Karoff, Frau Dr. Kulick, Herrn Dr. Olbrich, Herrn Ritter, Frau Dr. Rosner, Herrn Theißen und Frau Thoma für ihre bereitwillige Auskunft über ihre Präventionsprogramme. Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des KompAS-Projekts entstanden, das von der DRV Rheinland-Pfalz gefördert wird.

Interessenkonflikt: Die Autoren sind betraut mit der Evaluation des Projekts KompAS. Darüber hinaus besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- 1 Broding HC, Kiesel J, Lederer P et al. Betriebliche Gesundheitsförderung in Netzwerkstrukturen am Beispiel des Erlanger Modells – „Bewegte Unternehmen“. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 425–432
- 2 Bullinger H-J, Buck H. Demographischer Wandel und die Notwendigkeit, Kompetenzsicherung und Entwicklung in der Unternehmung neu zu betrachten. In: Jochmann W, Gechter S, Hrsg. Strategisches Kompetenzmanagement. Teil 1. Berlin: Springer; 2007: 61–77
- 3 Ahrens D, Schott T. Arbeitsbedingte Erkrankungen und betriebliches Gesundheitsmanagement – eine betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Betrachtung. Expertise für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2003
- 4 Siegrist J, Dragano N. Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2008; 51: 305–312
- 5 Krämer A, Hossain Khan M, Thier R et al. Erhöhter selbstwahrgenommener Stress und als hoch empfundene Arbeitsbelastungen. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2011; 46: 25–33
- 6 Dragano N, Schneider L. Psychosoziale Arbeitsbelastungen als Prädiktoren der krankheitsbedingten Frühberentung: Ein Beitrag zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs. *Rehabilitation* 2011; 50: 28–36
- 7 Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 2010
- 8 Fleig L, Lippke S, Wiedemann AU et al. Förderung von körperlicher Aktivität im betrieblichen Kontext. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2010; 18: 69–78
- 9 Slesina W, Bohley S. Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Schott T, Hornberg C, Hrsg. Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011: 619–633
- 10 Moser N-T, Fischer K, Korsukéwitz C. Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle ergänzen bewährte Konzepte. *Rehabilitation* 2010; 49: 80–86
- 11 Deutsche Rentenversicherung Bund. Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Richtlinien zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit vom 5. Sept. 1991 in der Fassung vom 23.09.2008. Berlin: DRV Bund; 2008, verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_31ANL3 (aufgerufen 3.5.2012)
- 12 Friemelt G, Ritter J. Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun? *Rehabilitation* 2012; 51: 24–30
- 13 Deutsche Rentenversicherung Bund. Tagungsband, „Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen“, 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. DRV-Schriften 2012
- 14 Kittel J, Fröhlich SM, Kruse N et al. Beschäftigungsfähigkeit teilhaborientiert sichern (Betsi): Erste Ergebnisse aus den Modellprojekten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“, 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 14. bis 16. März 2011 in Bochum. DRV-Schriften 2011; 247–248
- 15 Storch M, Olbrich D. Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In: Knörzer W, Rupp R, Hrsg. Gesundheit ist nicht alles – was ist sie dann? Hohengehren: Schneider-Verlag; 2011
- 16 Olbrich D, Ritter J. Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®. *Praktische Arbeitsmedizin* 2010; 20: 33–35
- 17 Thoma J, Buchstor B, Feuchtinger J et al. Präventionsprogramm FRESH. In der Balance bleiben. *Die Schwester Der Pfleger* 2011; 6: 548–551
- 18 Keck M. Konzept einer 10-tägigen Kombinierten Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen (KompAS). Fotodruck. Bad Münster am Stein: Drei-Burgen-Klinik; 2010
- 19 Schmitz-Losem J, Schüller R. Plan Gesundheit – ein Plan, der aufgeht. *Die BKK* 2012; 4: 172–176
- 20 Moser N-T, Fischer K. Prävention – eine Strategie zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit. *RVaktuell* 2009; 56: 345–350
- 21 Storch M, Krause F. Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcenmodell ZRM. Bern: Huber; 2007
- 22 Olbrich D, Baake E. Präventionsprogramm GUSI – Gesundheitsförderung mit Haltungszielen. *KU Gesundheitsmanagement* 2012; 1: 22–25
- 23 Olbrich D, Baake E. Das Präventionsprogramm GUSI® – Ein innovatives Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Bund. *KU Gesundheitsmanagement* 2011; 1: 58–61
- 24 Letzel S, Stork J, Tautz A. 13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 319–322
- 25 GKV-Spitzenverband. Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2010
- 26 Köpke K-H. Betriebliche Gesundheitsförderung als mögliche Vorstufe wirksamer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2012; 51: 2–9
- 27 Karoff M, Huber D, Karoff J et al. DGRW-Update: Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen. Was gibt es Neues in der kardiologischen Rehabilitation? *Rehabilitation* 2010; 49: 207–216
- 28 Beck D, Schnabel P-E. Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 222–227
- 29 Buschmann-Steinhage R. Budgetprobleme in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2012; 51: 81–88