



Das Präventionsprogramm GUSI® -

große Effekte mit Arbeitsplatzbezug

***Daten aus dem
BETSI Abschlussbericht 2012***

Quelle: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V.

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation / Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progression oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten / Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

* nach Leppin (2010)

**GUSI Ansatz =
Risikoprävention**

GUSI =

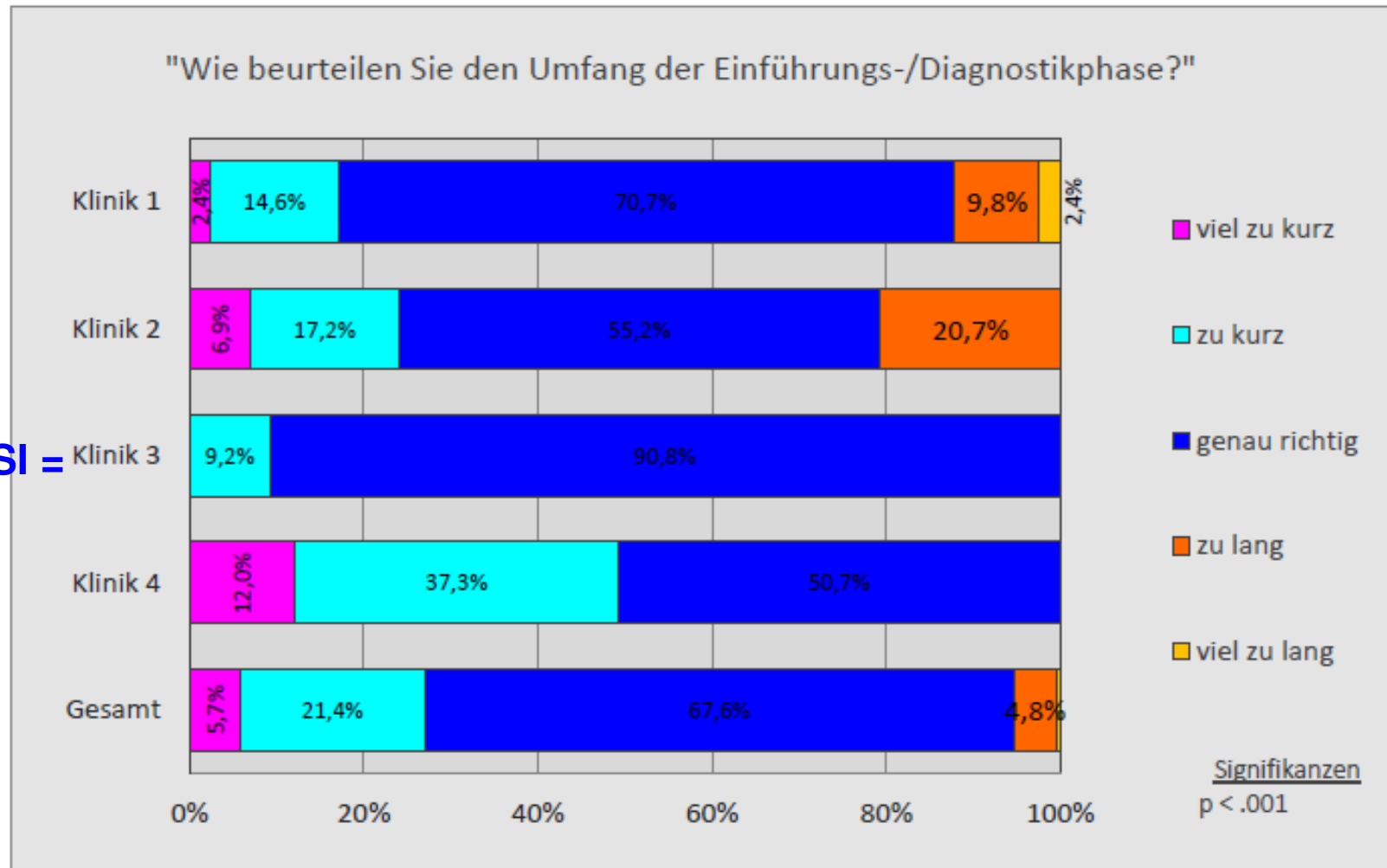


Abbildung 24: Beurteilung des Umfang der Einführungs-/Diagnostikphase

Mehr als 90 % der GUSI Teilnehmer (Klinik 3) schätzen die 3 stündige Diagnostikphase als „genau richtig“ ein!

Idee und Anspruch des Betsi Rahmenkonzepts.....

In diesem Rahmenkonzept werden Ein- und Ausschlusskriterien, Zugangswege, Abläufe, Inhalte und Ziele konkretisiert. Die Leistungen sollen Elemente der medizinischen Rehabilitation enthalten und dem ganzheitlichen Ansatz der Rehabilitation entsprechen. Sie sollen dazu beitragen, absehbare Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben bei den Personengruppen zu vermeiden, die speziellen sozialen, beruflichen oder familiären Belastungen unterliegen. Ohne diese Intervention würden die Belastungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Bedarf an Teilhabeleistungen und insbesondere zu Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung führen.

Nach Einschätzung der Betriebsärzte wäre ca. jeder zweite Betsi-Teilnehmer später ein Fall für die Rehabilitation geworden (50,7%).

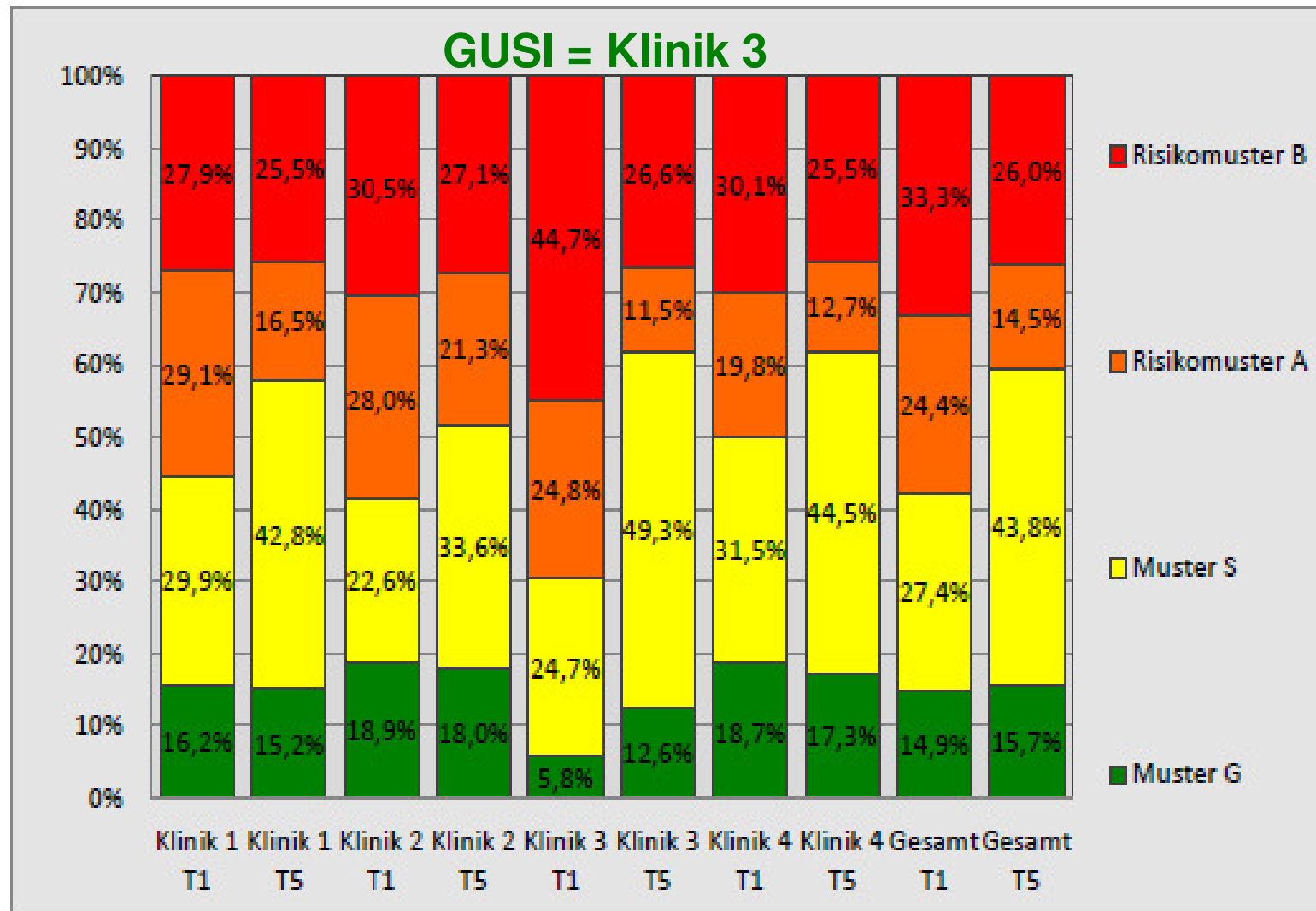
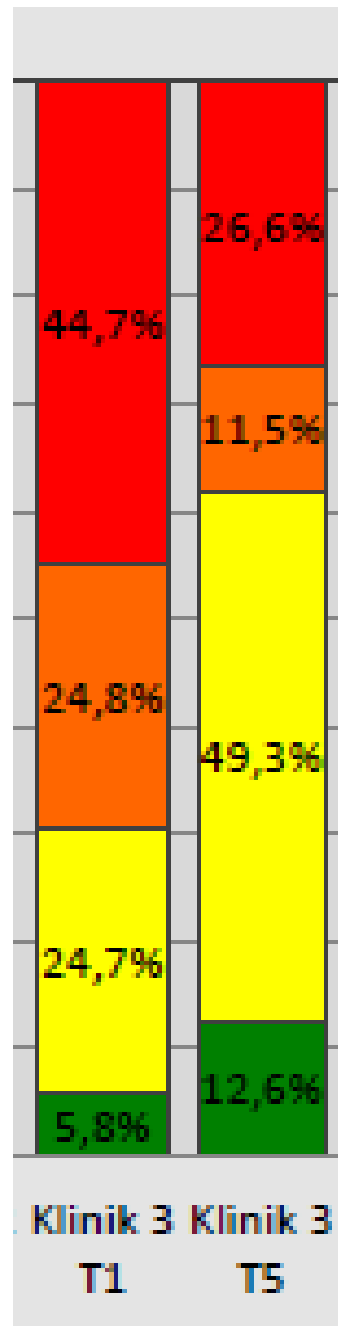


Abbildung 16: Arbeitsbezogene Verhalten- und Erlebensmuster zu Betsi-Start und 1 Jahr später

Die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster haben sich ebenfalls in allen Kliniken verbessert. Durchschnittlich zeigen 58% der teilnehmenden Arbeitnehmer zu Beginn der Betsi-Maßnahme ein Risikomuster im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben. Ein Jahr nach Betsi-Start hat sich diese Zahl auf 42% verringert. Klinik 3 lag mit 70% ungünstiger Muster zu T1 und mit nur noch 38% ungünstiger Muster zu T5 deutlich über dem Durchschnitt und konnte die Risikomuster in sehr großem Umfang reduzieren. Die anderen Kliniken konnten in 10-15% der Fälle ein Risikomuster in ein unbedenkliches Muster verändern.



70% Risikomuster für gesundheitliche
Gefährdung zu Beginn bei GUSI –
Teilnehmern reduzieren sich auf 38%
Risikomuster nach 1 Jahr!
(gemessen mit dem AVEM Fragebogen)

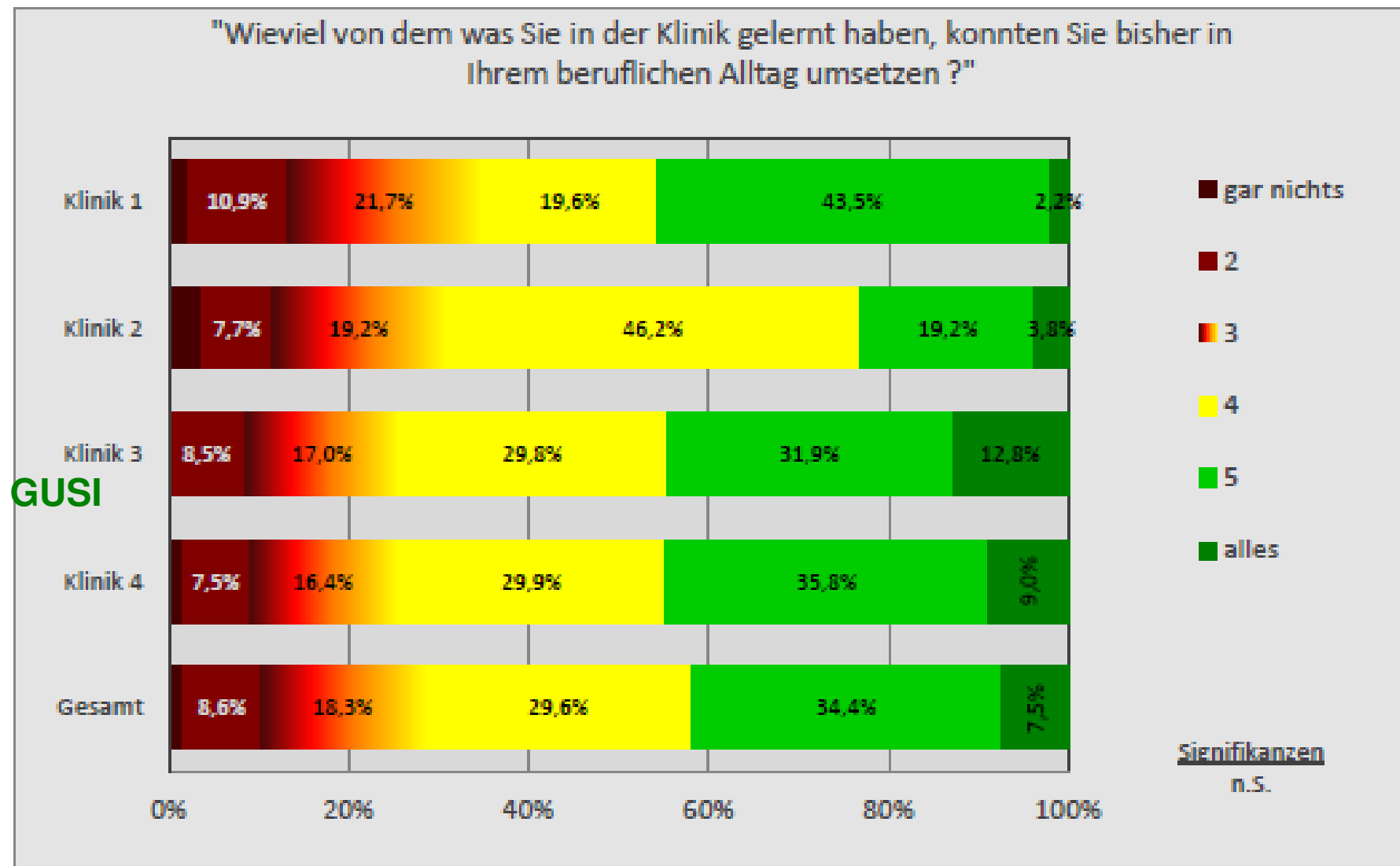


Abbildung 26: Umsetzbarkeit in den beruflichen Alltag

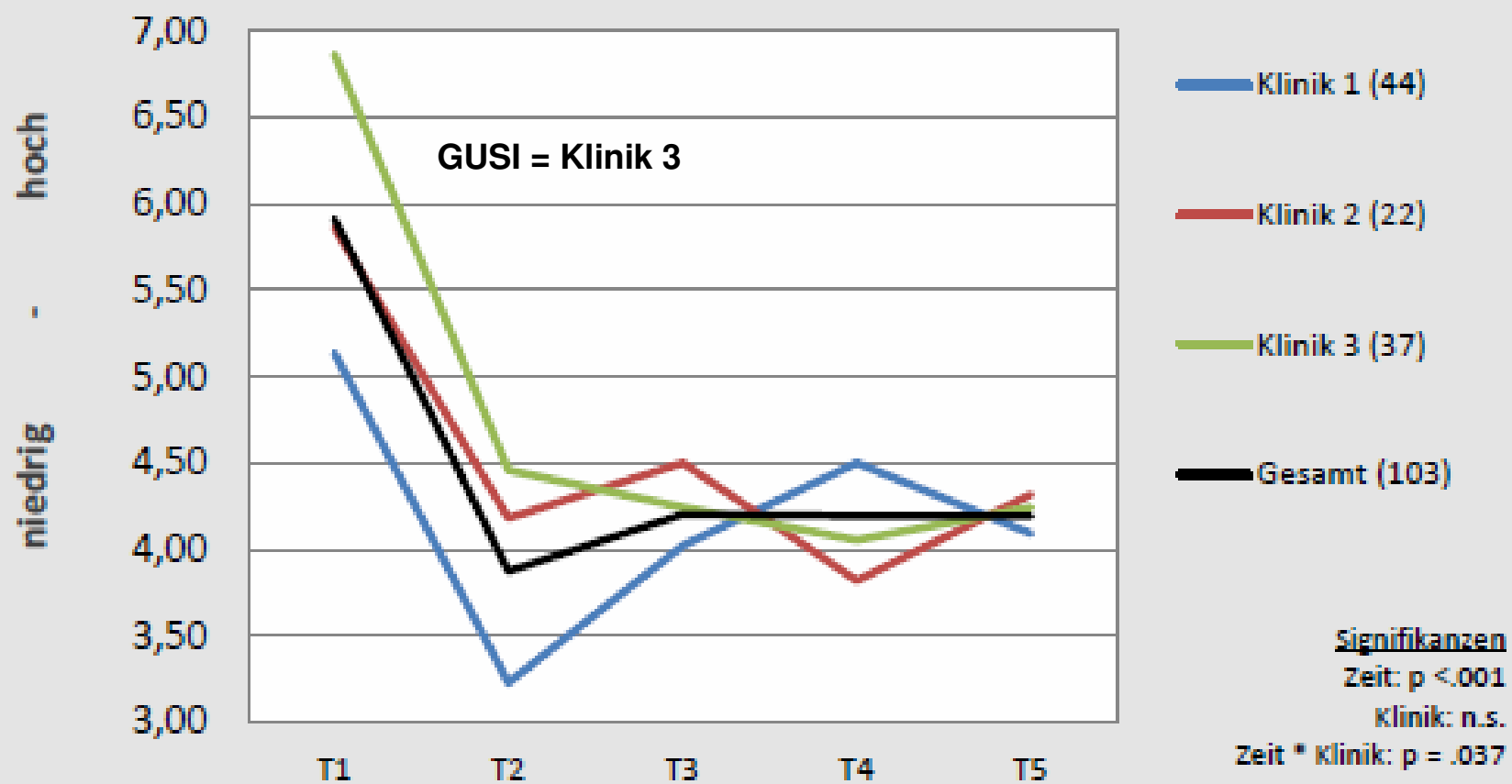


Abbildung 30: Depressivität im zeitlichen Verlauf
(niedrig = 0 – hoch = 21)

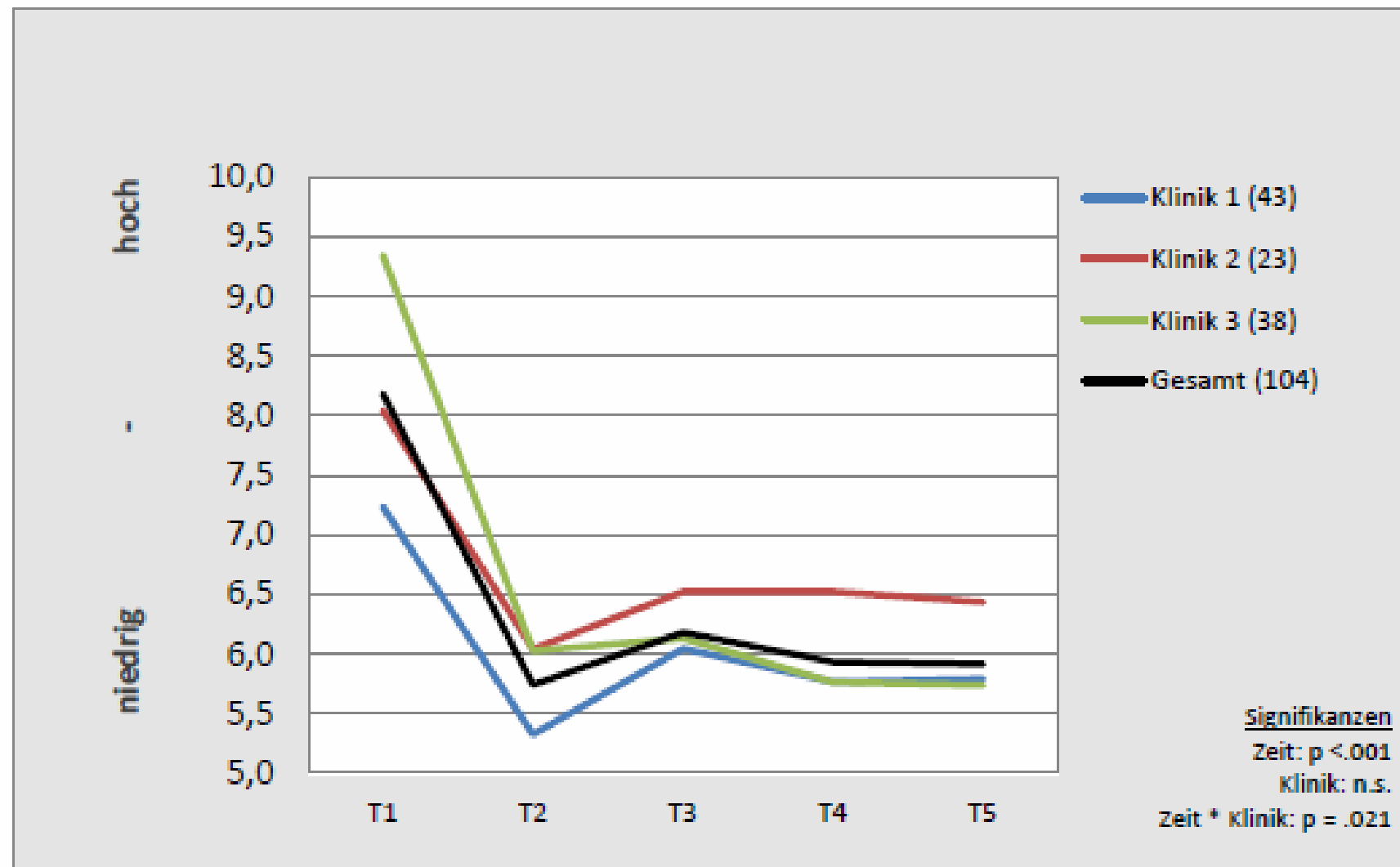


Abbildung 31: Ängstlichkeit im zeitlichen Verlauf
(niedrig = 0 – hoch = 21)

Nach dem biopsychosozialen Modell werden viele körperliche Beschwerden auch durch psychische und soziale Faktoren determiniert. Neben dem schon erwähnten Stressempfinden werden deswegen auch depressive und ängstliche Störungen als Risikofaktoren diskutiert. Bei der Veränderung der HADS-Werte konnte Klinik 3 mit einer Reduzierung der Ängstlichkeit um 33% und der Depressivität um 24% konzeptbedingt große Veränderungen Ergebnisse erzielen. In Klinik 2 verbesserten sich diese beiden psychischen Risikofaktoren um jeweils ca. 14%. In Klinik 1 beide um etwa 10%.

GUSI reduziert die Ängstlichkeit um 33% und die Depressivität um 24% - nachhaltig!

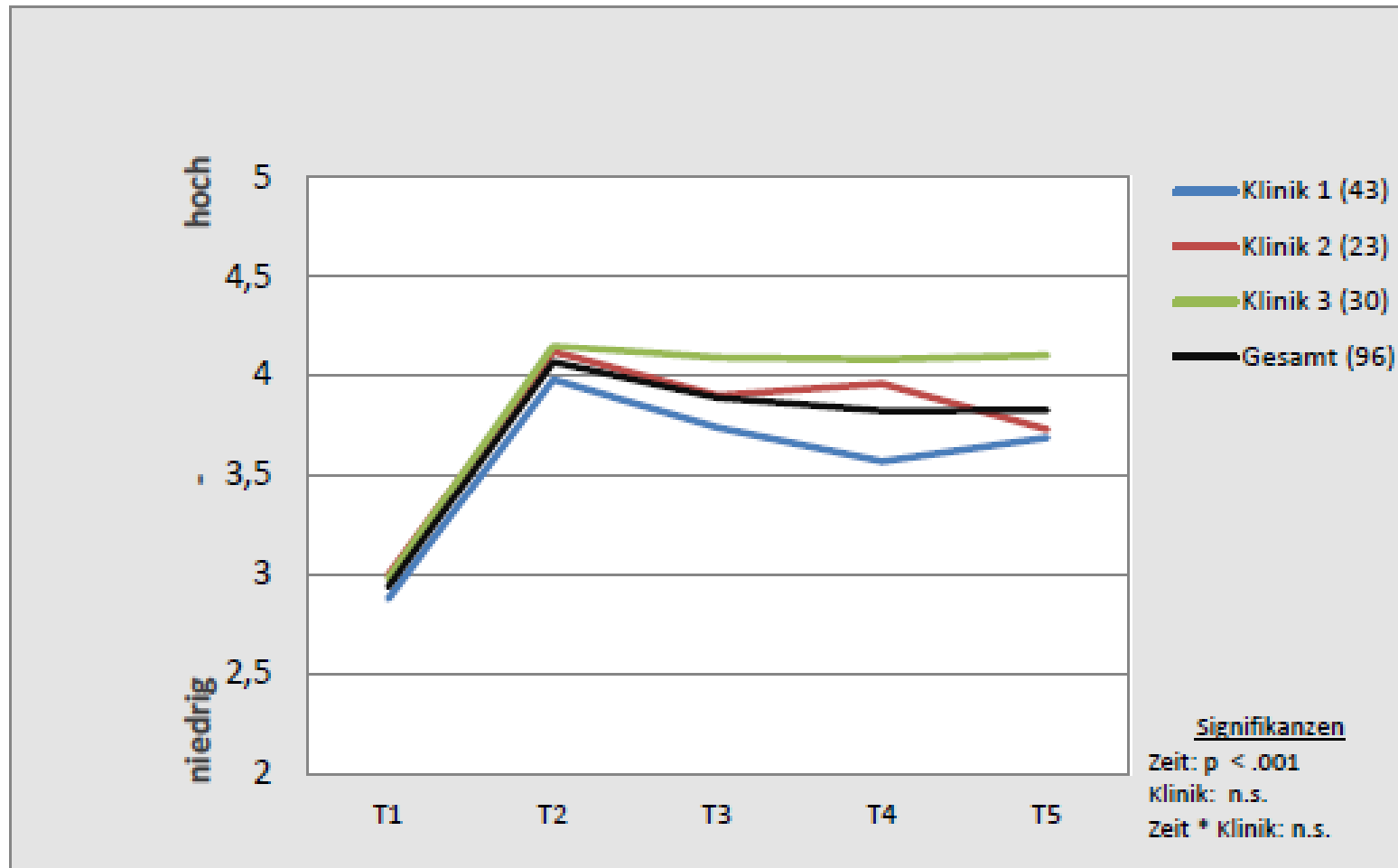


Abbildung 34: Veränderungsbereitschaft: Handlung im zeitlichen Verlauf
(niedrig = 1 – hoch = 5)

Höchste Effektstärke (SES=1,19) für anhaltende
Veränderungsbereitschaft gesundheitsförderlichen
Verhaltens bei GUSI – Teilnehmern!

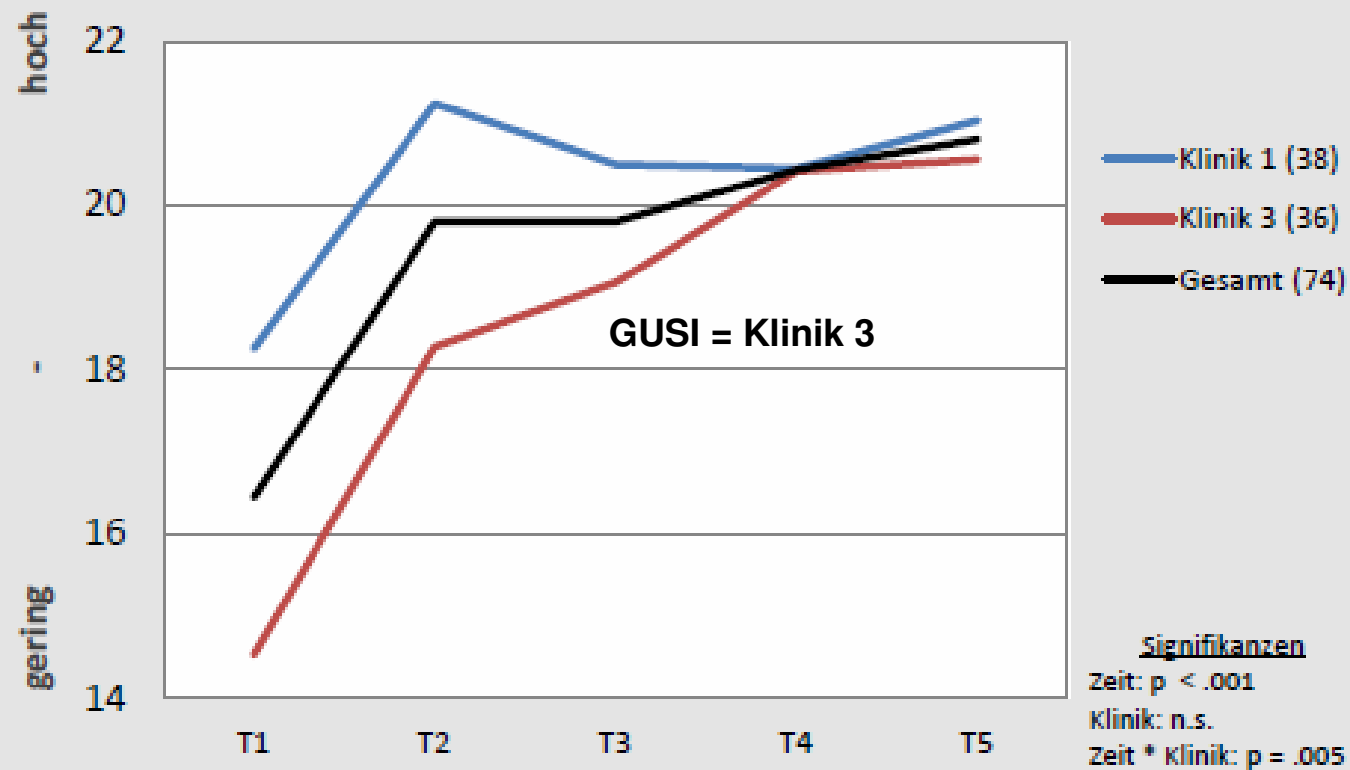


Abbildung 37: Selbstregulation im zeitlichen Verlauf
(gering = 0 – hoch = 0-36)

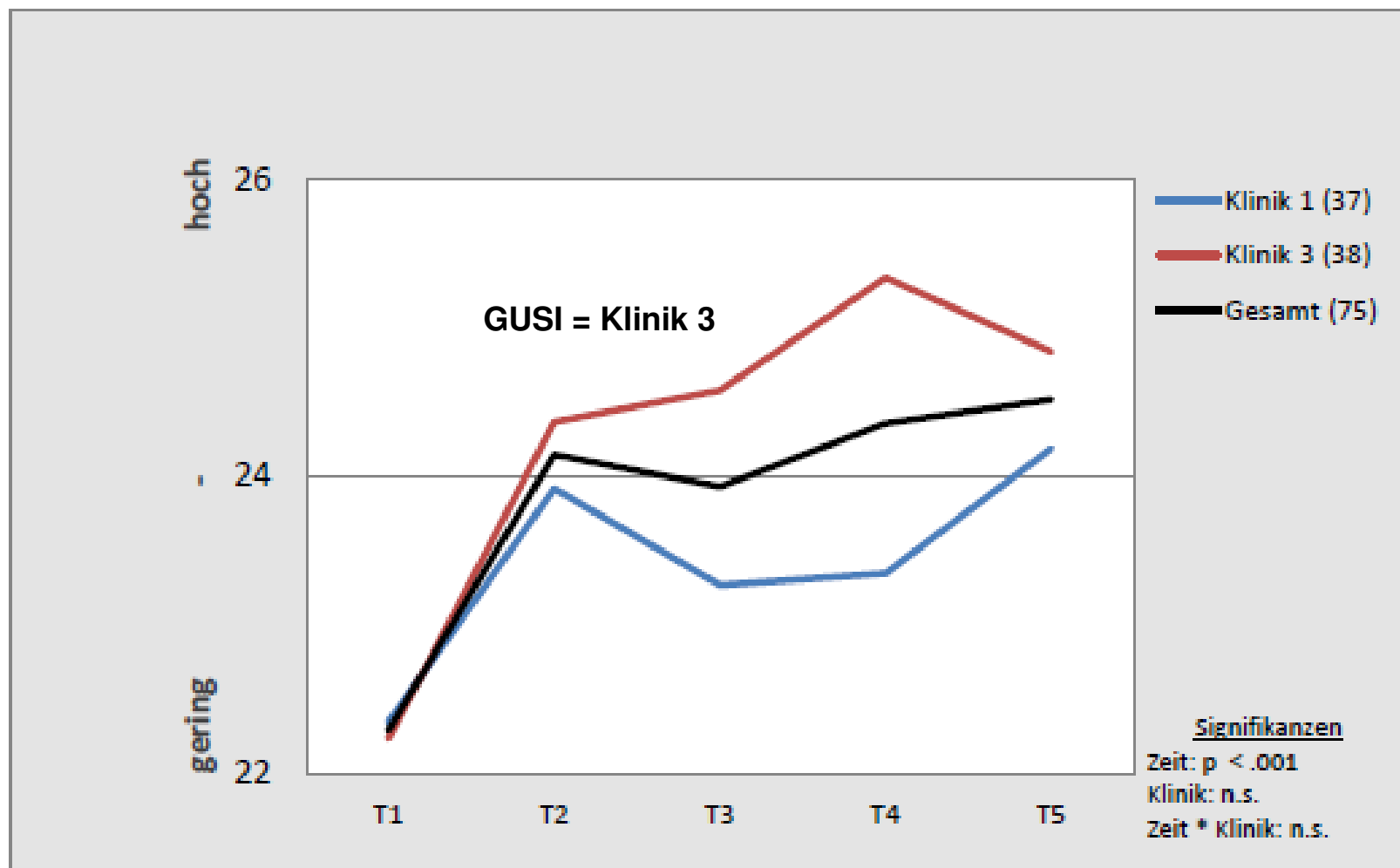


Abbildung 39: Zielumsetzung im zeitlichen Verlauf
(gering = 0 – hoch = 36)

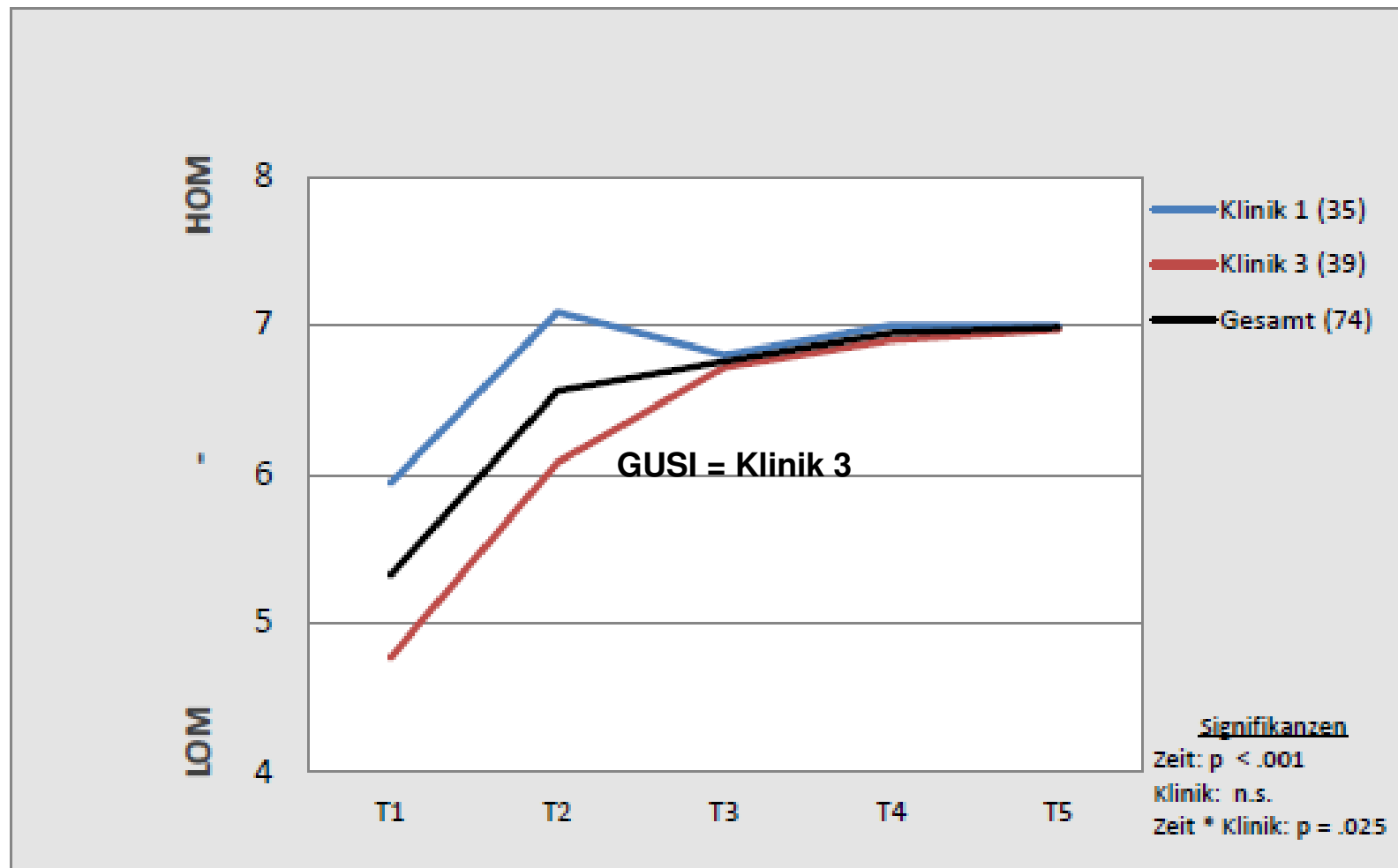


Abbildung 43: Misserfolgsbezogene Handlungsorientierung im zeitlichen Verlauf
(LOM = 0 – HOM = 12)

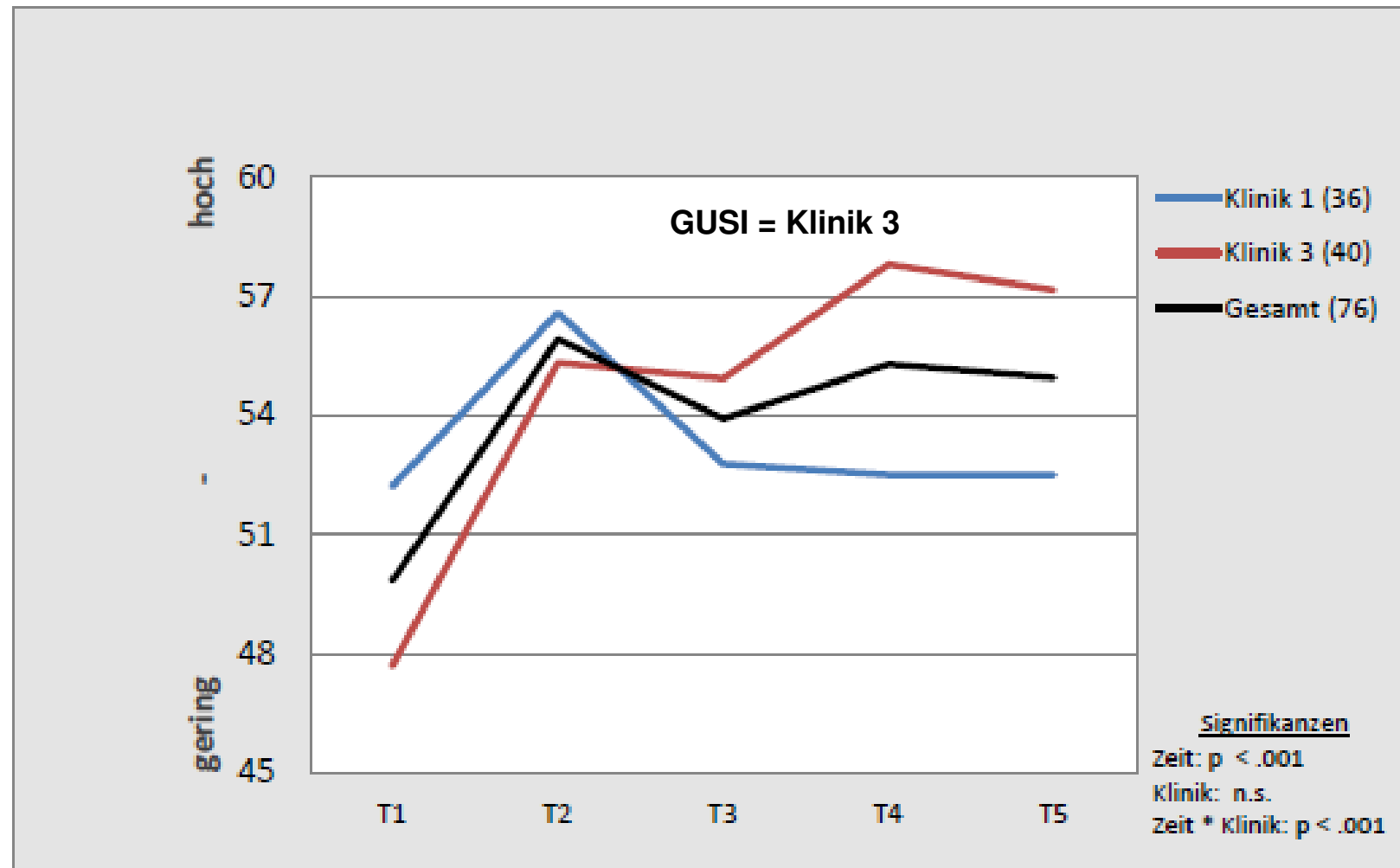


Abbildung 44: Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität im zeitlichen Verlauf
(gering = 12 – hoch = 84)

Großer Effekt ($SES=0,83$) hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung für sportliche Aktivitäten bei GUSI Teilnehmern!

„Wie schätzen Sie die Wirksamkeit bei den von Ihnen rekrutierten Versicherten ein?“

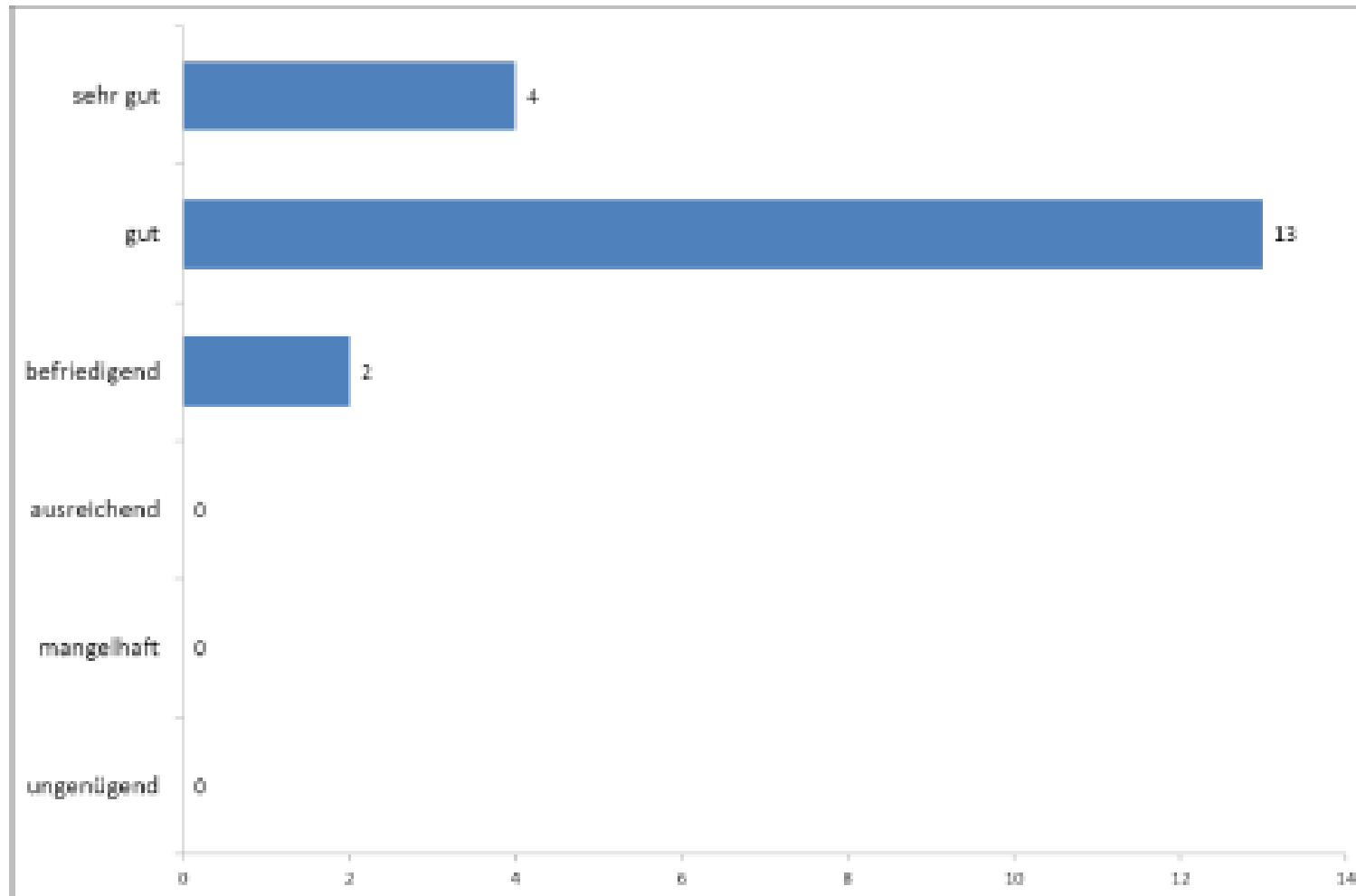


Abbildung 51: Wirksamkeit von Betsi aus Sicht der Betriebsärzte
Anhand von Schulnoten (Häufigkeiten, N = 19)

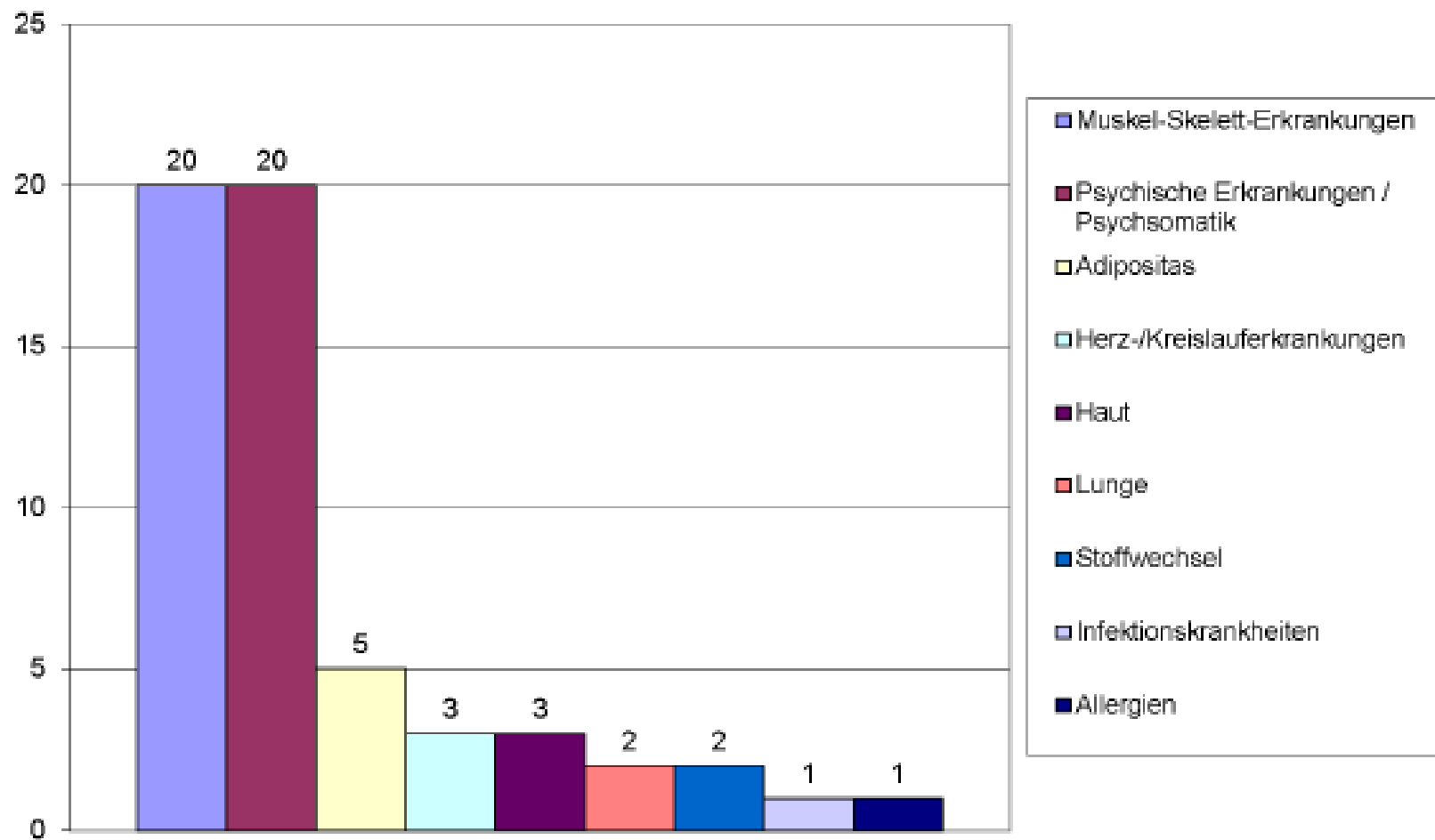


Abbildung 55: Hauptgesundheitsprobleme in den teilnehmenden Betrieben
aus Sicht der Betriebsärzte, unabhängig von der Position, an derer das Gesundheits-
problem genannt wurde (Häufigkeiten)

GUSI wirkt und hat erhebliche Effekte mit einem hohen Arbeitsplatzbezug.....

Dem vom Gesetzgeber geforderten Bezug zur Arbeitssituation der Teilnehmer einer Präventionsleistung nach §31 SGB IV wird durch die vorliegenden Betsi-Modellprojekte Rechnung getragen. Die positiven Effekte der Präventionsprogramme korrespondiert mit einer deutlich verbesserten subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Der Anteil an Mitarbeitern, die mit einer großen Wahrscheinlichkeit bis zur altersbedingten Berentung im Erwerbsleben verbleiben, konnte durchschnittlich von 50% auf rund 90% deutlich gesteigert werden. Darüber hinaus konnte nach Einschätzung der Betriebsärzte aufgrund der Betsi-Teilnahme die Wahrscheinlichkeit einer späteren Reha-Antragsstellung deutlich reduziert werden.

**Quelle: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V.
Betsi –Abschlussbericht 2012**