ERGEBNISBAND

PINA

Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

PINA

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt PINA aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts PINA erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 6
1.1 Ausgangslage 6
1.2 Zielgruppen und Projektinnovationen 7
1.2.1 Ablauf und Inhalte Programmvarianten 8
1.2.2 konzeptionelle Abgrenzung der PINA Programmvarianten zum Regelpräventionsangebot RV Fit der Deutschen Rentenversicherung 12
1.3 Ziele 14
1.4 Projektakteure und deren organisatorischen Aufgaben 14
1.4.1 Projektkoordination 14
1.4.2 kooperierende Projektpartner 14
1.4.3 wissenschaftliche Projektbegleitung 15
1.4.4 Projektakteure 15
1.5 wissenschaftliche Projektbegleitung 15
1.5.1 Methoden wissenschaftliche Begleitstudie 16
1.5.2 Befragung von Präventionsteilnehmenden 16
1.5.3 Eingangs- und Abschluss-Assessments von Präventionsteilnehmenden 16
1.5.4 Online-Befragung von beteiligten Unternehmen 16
1.5.5 Interviews und Fokusgruppen beteiligter Akteursgruppen 17
1.5.6 Synthese und Analyse von Routinedaten und Statistiken 17

2 Evaluationsergebnissedes Modellprojekts 18
2.1 Befragung von Präventionsteilnehmenden 18
2.2 Eingangs- und Abschluss-Assessments von Präventionsteilnehmenden 19
2.3 Online-Befragung von beteiligten Unternehmen 22
2.4 Interviews und Fokusgruppen beteiligter Akteursgruppen 22
2.5 Synthese und Analyse von Routinedaten und Statistiken 24
2.5.1 Daten/Statistiken der Deutschen Rentenversicherung 24
2.5.2 Daten/Statistiken der GesundheitsTicket GmbH 25
2.5.3 Monetäre Aufwandsanalyse 25
2.6 Zielerfolgsbeurteilung 25

3 Erkenntnisse innovativer (Teil-)Ansätze und deren Wirkungen 28
3.1 Präventionscoaches 28
3.2 Assessments 28
3.3 Individualisierung (u.a. persönliches Präventionsbudget) 29
3.4 Flexibilisierung der Prävention 29
3.5 Sozialraumorientierung durch Wohn- und Arbeitsortnähe 30
3.6 Incentivierung von Unternehmen 30
3.7 Bewerbung von PINA 30
3.8 Programmvariante BUSINESS 31

4 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 33
4.1 Begriffsklärung Verstetigung 33
4.2 Einordnung der Evaluationsergebnisse als künftige Verstetigungsoption im Verstetigungsprozess 33

5 Aussicht auf Übertragbarkeit von (Teil-)Ansätzen für die bundesweite Implementation ins Regelgeschäft 35

6 Projektlimitationen 36

7 Anlagen 38
7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 38
7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 38
7.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeiner Ablauf PINA Programmvarianten 8

Abbildung 2: Gründe für die Wahl der spezifischen Präventionsleistung 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Berufsbezogene Dimension 20

Tabelle 2: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Psychische Dimension 21

Tabelle 3: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Dimension Funktionsfähigkeit, Bewegung und körperliche Aktivität 22

Danksagung

Wir danken allen Mitarbeitenden der involvierten Rentenversicherungen, der Präventions-anbieter, den Versicherten und Unternehmen für ihre Unterstützung und Teilnahme am Modellprojekt PINA. Weiterhin bedanken wir uns bei den involvierten studentischen Hilfs-kräften vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Cha-rité – Universitätsmedizin Berlin für ihre Unterstützung bei der wissenschaftlichen Beglei-tung des Modellprojekts.

Dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales danken wir für die Möglichkeit innovative Ansätze in der Prävention durch die finanzielle Förderung im Rahmen des Bundespro-gramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ erproben zu konnten.

Erstellt von:

Kristin Gärtner

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Abteilung Rehabilitation und Gesundheitsförderung

Standort Berlin

Postanschrift: 15228 Frankfurt (Oder)

Martin Brünger und Sebastian Bernert

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Berlin, den 15. Juni 2025

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten mit ersten gesundheitlichen Einschränkungen zu erhalten, Chronifizierungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen entgegenzuwirken und einer potentiellen Erwerbsminderung frühzeitig und effektiv vorzubeugen, bietet die Deutsche Rentenversicherung (DRV) neben Rehabilitations- auch Präventionsleistungen an. Diese in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB VI gesetzlich verankerten und nach dem Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ nach §9 Abs. 1 SGB VI erbrachten Leistungen, haben insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und dessen Auswirkungen (alternde Belegschaften, Zunahme von Beschäftigten mit bedingter Gesundheit und Funktions- und Teilhabeeinschränkungen, Fachkräftemangel) eine große Bedeutung. So können frühzeitige medizinische und multiprofessionelle Interventionen bei verhaltens- bzw. lebensstilbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen positive Auswirkungen auf die Gesundheit und damit auf die Beschäftigungsfähigkeit haben.

Leider blieb die Beantragung und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch die Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, trotz leichtem Anstieg in den vergangenen Jahren, in der Modellregion Berlin-Brandenburg in den Jahren vor Beginn des Modellvorhabens PINA noch immer hinter den Erwartungen zurück.

Um die Inanspruchnahme zu verbessern, akquirieren und beraten viele Rentenversicherungsträger über den Firmenservice Unternehmen, um damit versicherte Beschäftigte mit Präventionsbedarf auf die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung aufmerksam zu machen. Doch obwohl die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen für viele Unternehmen inzwischen eng mit der Sicherung der eigenen Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit verbunden ist, zeigte auch diese Strategie nur begrenzten Erfolg, insbesondere bei den in der Region Berlin-Brandenburg weit verbreiteten kleinen und mittelständischen Unternehmen.

Laut einer Studie von Spyra (2018) zur berufsbegleitenden Prävention in klein und mittelständigen Unternehmen waren laut der befragten Akteure Information und Wissen zu Prävention, das Erkennen und Ansprechen des Bedarfs sowie die konkrete und längerfristige Umsetzung, große Herausforderungen für die Präventionsinanspruchnahme.

Neben einer noch nicht-ausreichenden Sensibilisierung für das Thema und fehlender Bekanntheit der Präventionsleistung auf Beschäftigten- und Unternehmensseite, dem damals noch vermehrt bürokratischen Antragsverfahren sowie bestehenden Informations- und Wissensdefiziten, liegen die Hauptursachen für die geringe Inanspruchnahme vor allem in der bisherigen Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention sowie in der „Gemeinsamen Richtlinie der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ vom 28.06.2018 niedergelegten Organisation und Ausgestaltung. Zudem noch in der Erreichbarkeit der Rehabilitationseinrichtungen (Spyra, 2018). So lässt sich annehmen, dass sich die Teilnahme an einer Präventionsleistung unter anderem für viele Versicherte nur schwer mit ihrer Erwerbsarbeit vereinbaren lässt, insbesondere wenn sie im Schicht- oder Außendienst tätig seien oder zusätzlich zu ihren beruflichen auch familiären Verpflichtungen nachkommen müssen. Zudem wurde angemerkt, dass bei Versicherten Ängste vor Stigmatisierungen und Kündigungen bestünden und das Beschäftigungsverhältnis, die Einstellung von Arbeitgebern bezüglich der Inanspruchnahme von Prävention Barrieren seien und häufig Indikatoren für das Erkennen des Präventionsbedarf unklar seien (Spyra, 2018). Hinzu kann die Sorge kommen, dass die Teilnahme an einer Präventionsleistung noch weitere negative Auswirkungen nach sich ziehen könnte wie beispielsweise Mehrarbeit nach Rückkehr oder Mehrarbeit für Kollegen während der eigenen Abwesenheit.

Auf der anderen Seite bringt in diesem Zusammenhang die Teilnahme von einzelnen Beschäftigten an Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen einen Ausfall der Arbeitskraft und damit finanzielle Einbußen aufgrund der Verpflichtung nach § 9 Entgeltfortzahlungsgesetz mit sich. Die Motivation Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Prävention anzuregen, kann dementsprechend eine weitere wesentliche Barriere darstellen. So beispielsweise

für bestimmte klein- und mittelständige Unternehmen sowie weiteren Arbeitgebern, die den Ausfall von einzelnen Beschäftigten nicht oder nur schwer ersetzen können, insbesondere wenn sie auf diese aufgrund von Arbeitsauftragserledigung und wirtschaftlichen Überleben angewiesen sind. Für eine erfolgreiche Inanspruchnahme von Präventionsleistungen benennt Spyra (2018) adressatengerechte Informationen, sozialraumorientierte Erreichbarkeit von Präventionsangeboten sowie bedarfsgerechte und individuelle Lösungen für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen und deren Belegschaft zu finden. In Anlehnung daran hat die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Expertinnen und Experten aus Verwaltung, Praxis, Forschung und dem betrieblichen Kontext niedrigschwellige, sozialraumorientierte und zeitlich flexible Programmvarianten, ergänzend zum bestehenden Regelpräventionsangebot RV Fit mit stärkerer Ausrichtung an die individuellen Bedarfe sowie eine finanzielle Unterstützungsleistung für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen entwickelt und erprobt, um so den Barrieren der Inanspruchnahme entgegenzuwirken und möglichst vielen Versicherten Prävention zugänglich zu machen.

1.2 Zielgruppen und Projektinnovationen

Systematische Übersichtsarbeiten zeigen positive Effekte von Coaching auf die Gesundheit bei Interventionen (Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014). So wurden bei spezifischen Zielgruppen psychologische, physiologische und verhaltensorientierte Langzeiteffekte im präventiven Setting für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen gefunden (Cheng & Chan, 2009; Duijts et. al, 2008; Linden, Butterworth & Prochasca, 2010). In Anlehnung daran und unter Berücksichtigung der von Spyra im Jahr 2018 identifizierten Barrieren, wurden für die Zielgruppe der versicherten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit ersten gesundheitlichen Einschränkungen drei Programmvarianten: DO IT YOURSELF (DIY), DO IT YOURSELF- ONLINE (DIY-O) und BUSINESS unter Einsatz von Präventionscoaches und Präventionscoachinnen, Assessments zur Präventionsbedarfsfestellung und eines persönlichen Präventionsbudgets entwickelt, implementiert und evaluiert.

Die Programmvariante DIY wurde besonders für Versicherte aus Klein- bis Mittelständigen Unternehmen konzipiert, da diese häufig keine für die Teilnahme notwendige Gruppengröße im Unternehmen akquirieren oder freistellen können. Hier setzte sich die Gruppe der Präventionsteilnehmenden aus Personen verschiedener Unternehmen zusammen, welche die Schulungstage bei einem Präventionsanbieter erhielten.

Die Programmvariante DIY-O ist ein voll digitales Angebot über eine Gesundheitsplattform, die nach dem Medizinproduktegesetz zertifiziert sind und im Kontext der Reha-Nachsorge bereits von den Rentenversicherungsträgern anerkannt wurden. DIY-O richtete sich besonders an Versicherte, welche einen barrierearmen Zugang zur Prävention benötigen und/ oder ihren Sozialraum in Regionen mit schlechter Mobilitätsanbindung zu oder nicht-flächendeckenden Präventionsanbieterstrukturen der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung stehen. Die Gruppe der Präventionsteilnehmenden setzte sich ebenfalls aus Personen verschiedener Unternehmen zusammen.

Die Programmvariante BUSINESS wurde für Unternehmen konzipiert, welche eine für die Teilnahme notwendige Gruppengröße akquirieren und freistellen können. Die Programmvariante konnte im Unternehmen oder beim Präventionsanbieter durchgeführt werden. Die Gruppe der Präventionsteilnehmenden setzte sich dementsprechend ausschließlich aus Personen eines Unternehmens zusammen. Zusätzlich wurde ein Präventionssiegel entwickelt, welches die an der BUSINESS Programmvariante teilgenommenen Unternehmen zur Außenwirkung beispielsweise auf ihrer Homepage platzieren konnten.

Bis zum heutigen Tag können Unternehmen keine finanzielle Unterstützung bei Freistellung von einzelnen Beschäftigten erhalten, welche an einer Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen. Speziell für die Zielgruppe der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen wurde die Arbeitgeberausgleichzahlung (AGZ) konzipiert, implementiert und erprobt. Alle Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen erhielten auf Antrag eine Arbeitgeberausgleichzahlung in Höhe von bis zu 300 EUR insgesamt für jeden einzelnen freigestellten Beschäftigten, um entstandene wirtschaftliche Belastungen abzufedern und die Motivation zur Ansprache zur Präventionsinanspruchnahme ihrer Belegschaft anzuregen.

1.2.1 Ablauf und Inhalte Programmvarianten

Die drei Programmvarianten: DO IT YOURSELF, DO IT YOURSELF- ONLINE und BUSINESS sind wie in der nachstehenden Grafik mit Beginn des Ärztlichen Check Up´s zur Feststellung des Präventionsbedarf, wie folgt einheitlich abgelaufen (siehe Abbildung 1):

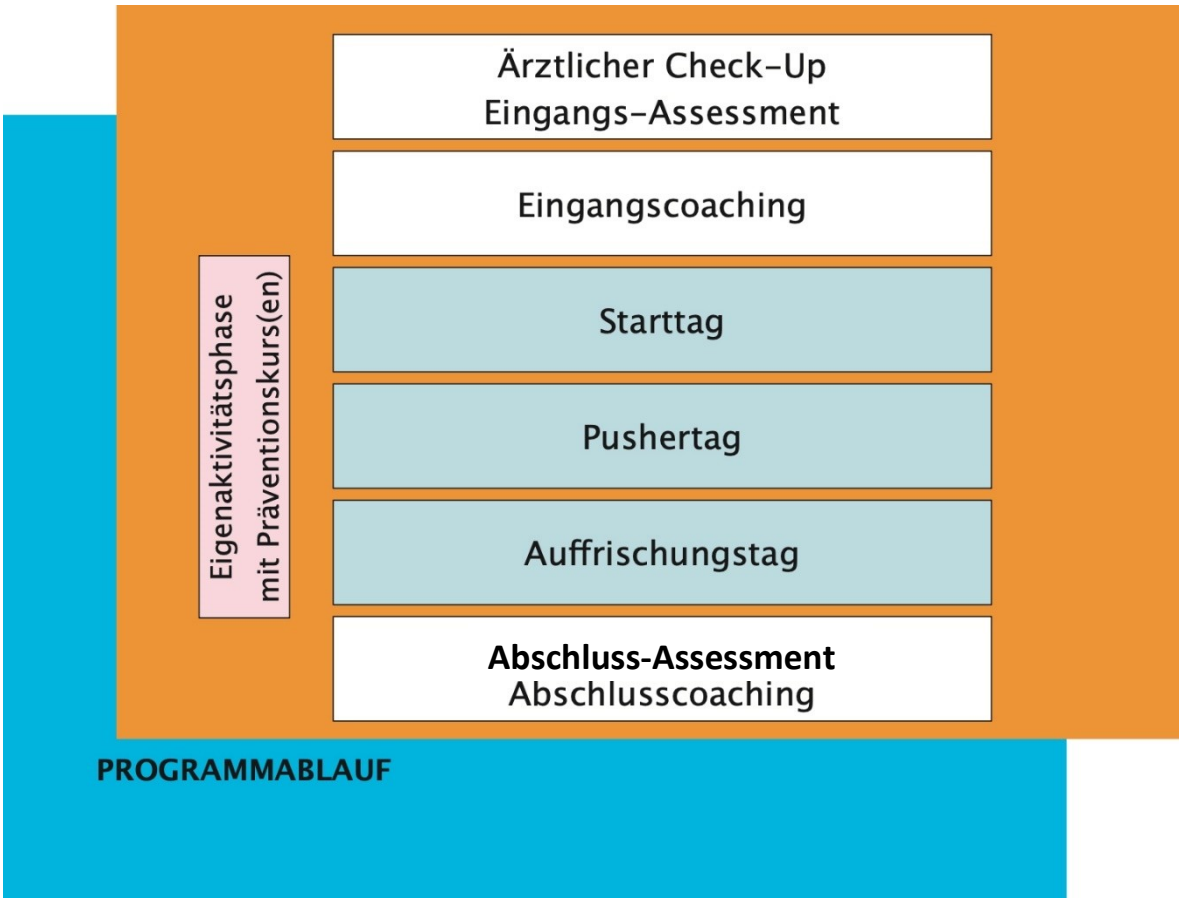


Abbildung 1: Allgemeiner Ablauf PINA Programmvarianten

1.2.1.1 inhaltliche Umsetzung Ärztlicher Check Up und Eingangs-Assessment

Der ärztliche Check-Up bildete als Einzeltermin den Auftakt in die Programme DO IT YOURSELF/DO IT YOURSELF-ONLINE und BUSINESS. Dieser wurde hauptsächlich von einem Arzt/einer Ärztin der Präventionseinrichtung durchgeführt und hatte einen zeitlichen Umfang von etwa 45-60 Minuten, inklusive Vor- und Nachbereitung.

Inhalte des ärztlichen Check-Up sind:

- ➔ Durchführung einer ärztlichen Anamnese, körperlichen Untersuchung sowie bei Bedarf ergänzenden Diagnostik zur Erhebung des Ganzkörperstatus
- ➔ Ggf. erste Auswertung des standardisierten Assessments zur Erhebung gesundheitsförderlicher und- schädlicher Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Suchtmittelkonsum, Bewegung, Umgang mit Stress/Entspannungsfähigkeit (entfällt bei Durchführung des Check-Ups durch Hausarzt/Hausärztin, in diesen Fällen erfolgt die Auswertung des Assessments ausschließlich im Rahmen des Eingangscoachings)

Ziele des ärztlichen Check-Up waren:

- ➔ Ausschluss Rehabilitationsbedarf
- ➔ Ermittlung des individuellen Präventionsbedarfs
- ➔ Ermittlung individueller Präventionsschwerpunkte (ärztliche Präventionsempfehlungen)

Bei der Online-Variante von DO IT YOURSELF übernahmen der Hausarzt/die Hausärztin den ärztlichen Check-Up. Als Untersuchungsgrundlage diente der Ü35 Check-Up und es sollten zusätzliche

Kosten für die Versicherten durch sogenannte Igel-Leistungen vermieden werden. Der Hausarzt/die Hausärztin dokumentierte seine/ihre Untersuchung in einem ärztlichen Befundbericht, den sie an den Präventionsanbieter übersandten und für den sie seitens des zuständigen RV-Trägers vergütet wurden (Honorarabrechnung). Die durchführende Präventionseinrichtung von DO IT YOURSELF-ON-LINE war angehalten die Untersuchungsergebnisse des Hausarztes/der Hausärztin abzuwarten, anschließend durch den Einrichtungsarzt zu sichten und ggf. mit dem/der Versicherten telefonisch oder per Live Video Session Rücksprache zu halten. Der Einrichtungsarzt übergab die Ergebnisse aus dem ärztlichen Check-Up und ggf. dem Assessment zur weiteren Maßnahmenplanung an den Präventionscoach bzw. die Präventionscoachin.

Das Assessment wurde den Versicherten im Vorfeld des ärztlichen Check-Up seitens des Präventionsanbieters digital oder als Papierfragebogen zur Verfügung gestellt. Es war von ihnen ausgefüllt, digital oder postalisch, an den Präventionsanbieter zu übermitteln, so dass es zu Beginn der Prävention bereits beim Anbieter vorlag.

1.2.1.2 inhaltliche Umsetzung Eingangscoaching

Das Eingangscoaching erfolgte als Einzeltermin nach dem ärztlichen Check-Up und wurde vom Präventionscoach durchgeführt. Es stand den Präventionsanbietern frei, das Coaching am Tag des ärztlichen Check-Up zu terminieren bzw. erst im Anschluss an den Starttag durchzuführen. Für das Coaching standen den Präventionscoaches inklusive Vor- und Nachbereitungszeit 90 min zur Verfügung. Das Coaching fand bei DO IT YOURSELF in der Einrichtung und bei DO IT YOURSELF-ONLINE digital als Video-Live-Session statt; in der Variante BUSINESS war eine Durchführung optional beim Präventionsanbieter oder vor Ort im Unternehmen möglich.

Inhalte des Eingangscoachings waren:

- ➔ Informationen geben, einholen und abgleichen
- ➔ Präventionsziele festzulegen
- ➔ Ableitung „SMART“er Präventionsziele auf Basis der Ergebnisse aus ärztlichem Check-Up und Assessment
- ➔ Festlegung eines persönlichen Präventionsplans, einschl. Findung für in der Eigeninitiativphase geeigneter Gesundheitskurse
- ➔ Initiale Motivierung und Stärkung der Eigenverantwortung

Die Ziele für das Eingangscoachings bestanden darin, den Auftrag zu klären, ggf. Grenzen des Präventionscoachings aufzuzeigen, Mitwirkungspflichten zu vereinbaren, den Ablauf und Grundsätze zu beschreiben, die von den Präventionsteilnehmenden bereitgestellten Informationen und der ärztlichen Einschätzung mit den persönlichen Präventionszielen des Teilenehmenden abzugleichen, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, vom Teilnehmenden die individuellen Präventionsziele und Umsetzungsschritte selbst bestimmen zu lassen und dies in einem ressourcenorientierten, motivationsfördernden und individuellen Präventionsplan mit dem Teilnehmenden zu vereinbaren und festzuhalten.

1.2.1.3 inhaltliche Umsetzung Starttag

Der vom Präventionscoach, ggf. unter Hinzunahme von weiteren Experten und Expertinnen, durchgeführte Starttag fand in der Programmoption DO IT YOURSELF je nach Variante ganztägig ambulant in den Präventionseinrichtungen oder bei DO IT YOURSELF- ONLINE ganztägig digital, in der Variante BUSINESS vor Ort in den Unternehmen oder in der Präventionseinrichtung statt.

Inhalte des Starttages waren:

- ➔ Eine allgemeine Einführung in die Prävention der Deutschen Rentenversicherung
- ➔ Jeweils eine theoretische und praktische Einheit in den Bereichen Bewegung und Umgang mit Stress/Entspannung, ggf. Umgang mit Alltagssuchtmitteln
- ➔ Ernährungscoaching – begleitend zu den Mahlzeiten Frühstück und Mittagessen sowie zur Kaffeepause

Des Weiteren erhielten die Teilnehmenden Hinweise für die Gestaltung aktiver Pausen. Im Ernährungscoaching wurden interaktiv, welche gesunden Snacks für den Arbeitsalltag geeignet sind mit

den Teilnehmenden sowie welche gesundheitsbewusste Ernährung bereits am Vortag ohne viel Aufwand für Frühstücks- oder Mittagspause, abseits von Imbiss und Co, zubereitet werden können, besprochen.

Ziele des Starttages waren der Überblick über den Programmablauf sowie das Schaffen einer Basis für gesundheitsförderliches Verhalten durch die Vermittlung einführender theoretischer Grundlagen zum aktuellen Wissensstand in den Präventionsbereichen. Die Präventionsteilnehmenden reflektierten ihr eigenes Verhalten hinsichtlich der vorgestellten Informationen und schätzen sowohl allgemeine als auch individuelle Risikofaktoren ein, mit dem Ziel der Sensibilisierung für gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag und Arbeitsalltag. Der Starttag diente der Einführung zur Entwicklung individueller Gesundheits- und Selbstkompetenzen sowie der Aktivierung und Förderung der Umsetzungsmotivation für die darauffolgende Eigenaktivitätsphase. Der jeweils direkt an eines der Handlungsfelder aus den Präventionsbereichen anschließende Praxistransfer ermöglichte Selbsterfahrung, Erwerb von Umsetzungskompetenz und Motivation zur eigenständigen Anwendung.

1.2.1.4 inhaltliche Umsetzung Eigenaktivitätsphase mit Telefonberatung

In der Eigenaktivitätsphase arbeiteten die Versicherten auf der Basis der im Starttag vermittelten Inhalte eigenverantwortlich an der Umsetzung ihres persönlichen Präventionsplans und dem Erreichen ihrer individuellen Präventionsziele. Für Rückfragen und dem Zwecke des Kontakthaltens vereinbarten Präventionscoaches und die Teilnehmenden Telefontermine beispielsweise während und zum Abschluss der Eigenaktivitätsphase. Bei Bedarf und mit Zustimmung der Teilnehmenden zur e-Kommunikation, konnten die Präventionsteilnehmenden mit ihren Anliegen/Fragen auch zusätzlich per E-Mail/Chat/Videokonferenzen durch den Präventionscoach unterstützt werden. Als zeitlicher Aufwand wird hier für die gesamte Eigenaktivitätsphase eine durchschnittliche Gesprächszeit von 30 Minuten pro Teilnehmenden angesetzt.

Inhalte der Eigenaktivitätsphase sind:

- ➔ Anwendung der im Starttag vermittelten Inhalte im Alltag
- ➔ Durchführung geeigneter Präventionskurse und Anwendung der vermittelten Inhalte

Ziele der Eigenaktivitätsphase sind:

- ➔ Umsetzen des persönlichen Präventionsplans
- ➔ Arbeit an den individuellen Präventionszielen
- ➔ Abbau gesundheitsschädlichen und Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens
- ➔ Motivationserhalt und Förderung der Zielerreichung

Für die Durchführung geeigneter Gesundheitskurse standen den Teilnehmenden ein persönliches Präventionsbudget in Höhe von 250 € zur Verfügung. Dieses war bedarfsorientiert in qualitätsgesicherte Angebote zu investieren. Folgende Angebote kamen in Betracht:

- ➔ Präventionsangebote, die nach §20 SGB V zertifiziert sind
- ➔ Reha-Sport und Reha-Nachsorge-Angebote, die nach §17 Abs.1 SGB VI zugelassen sind
- ➔ Angebote von im Behinderten- und Rehabilitationssportverband organisierten Anbietern
- ➔ Angebote des Deutschen olympischen Sportbundes
- ➔ Angebote mit Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“, „Pluspunkt Gesundheit“ oder „Sport pro Fitness“
- ➔ Angebote in (idealerweise nach DIN EN 17229/DIN 33961 zertifizierten) Fitnessstudios, durchgeführt von Fitnesstrainern mit Trainerschein A-Lizenz, die mindestens 8 Termine a 45 min umfassen und unabhängig von einer Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden können
- ➔ Angebote zur Stressbewältigung, Entspannung bzw. Resilienzförderung in psycho-therapeutischen Instituten oder Praxisgemeinschaften
- ➔ BfArM-zertifizierte oder anderweitig qualitätsgeprüfte digitale Angebote

Das persönliche Präventionsbudget wurde über ein so genanntes Gesundheitsticket (GT) in Form eines Gutscheins durch die Deutschen Rentenversicherung über einen externen Dienstleistungsanbieter organisiert. Die Teilnehmenden konnten sich auf einer Online-Plattform der „GesundheitsTicket GmbH“ über im Projekt zugelassene Präventionskurse informieren und entsprechend ihres

Präventionsschwerpunktes, sowohl Online-Kursangebote als auch Präsenz-Kursangebote auswählen und ihr Gesundheitsticket bei zugelassenen Präventionskursanbietern einlösen.

1.2.1.5 inhaltliche Umsetzung Pushertag

Der vom Präventionscoach durchgeführte Pushertag fand sechs Wochen nach Start der Eigenaktivitätsphase je nach Programmvariante ganztägig ambulant in der Präventionseinrichtung, ganztägig digital bzw. in der Variante BUSINESS ggf. vor Ort im Unternehmen statt.

Inhalte des Pushertages waren:

- ➔ Erfahrungsaustausch zu den ersten 6 Wochen der Eigeninitiativphase
- ➔ Reflektion erlebter Barrieren und Förderfaktoren gesundheitsförderlichen Verhaltens
- ➔ Durchführung weiterer theoretischer und praktischer Einheiten in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Umgang mit Stress/Entspannung

Ziele des Pushertags waren die Festigung bestehender Inhalte und Vermittlung weitergehender theoretischer und praktischer Inhalte gesundheitsförderlichen Verhaltens der Präventionshandlungsfelder, Reflexion von Umsetzungsförderfaktoren und Umsetzungshemmnissen mit Findung von Handlungsalternativen durch Erfahrungsaustausch sowie Motivationserhalt und Motivationsförderung für die eigenständige Umsetzung der zweiten Hälfte der Präventionsleistung.

1.2.1.6 inhaltliche Umsetzung Auffrischungstag

Der vom Präventionscoach durchgeführte Auffrischungstag fand nach Ablauf der 12-wöchigen Eigenaktivitätsphase je nach Programmvariante ganztägig ambulant in der Einrichtung, ganztägig digital bzw. in der Variante BUSINESS ggf. vor Ort im Unternehmen statt.

Inhalte des Auffrischungstags waren:

- ➔ Erfahrungsaustausch zur Prävention
- ➔ Reflektion erlebter Barrieren und Förderfaktoren gesundheitsförderlichen Verhaltens
- ➔ Durchführung abschließender theoretischer und praktischer Einheiten in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Umgang mit Stress/Entspannung

Ziele des Auffrischungstages waren eine abschließende Reflexion der Präventionsmaßnahme mit ihren Ergebnissen hinsichtlich der anfänglichen Zielsetzung, die Vertiefung und Erweiterung der theoretischen und fachpraktischen Kompetenzen zu den Präventionsbereichen sowie das Festigen der erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen für einen langfristigen Transfer in den Berufs- und Lebensalltag als dauerhafte Verhaltensänderung.

1.2.1.7 inhaltliche Umsetzung Abschlusscoaching mit Abschluss-Assessment

Das Abschlusscoaching erfolgte ebenfalls als Einzeltermin gesondert nach dem erfolgten Auffrischungstag. Für das Coaching standen den Präventionscoaches inklusive Vor- und Nachbereitungszeit 60 min zur Verfügung. Das Coaching fand in der Programmoption DO IT YOURSELF je nach Variante in der Einrichtung oder digital statt und konnte in der Variante BUSINESS optional auch im Unternehmen durchgeführt werden.

Inhalte des Abschlusscoachings waren:

- ➔ Überprüfung des Präventionserfolgs in relevanten Bereichen – des Erreichens der gesetzten „SMART“en Präventionsziele – unter Zuhilfenahme des Eingangs-Assessments und erneutem Ausfüllen des Assessments (Vorher-Nachher-Abgleich)
- ➔ Findung förderlicher Umsetzungsstrategien nach Beendigung der Prävention und Motivierung zum Weitermachen

Ziele des Abschlusscoachings waren das Überprüfen der Erreichung des Präventionsziels auf Basis der erreichten Ergebnisse in der Eigenaktivitätsphase durch Abgleich und gemeinsame Auswertung des Eingangs-Assessments vom Beginn und Abschluss-Assessments der Präventionsleistung in den relevanten Präventionsbereichen, die Festigung der Motivation zum Ausbau und zur Fortführung der

erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen durch Identifikation und selbstbestimmte Festlegung eines erfolgreichen Selbstmanagement zum Transfer in den unbegleiteten Alltag.

Das Abschluss-Assessment wurde den Teilnehmenden im Vorfeld des Coachings seitens des Präventionsanbieters digital oder als Papierfragebogen zur Verfügung gestellt. Es war von ihnen ausgefüllt, digital oder postalisch, an den Präventionsanbieter zu übermitteln, so dass es zum abschließenden Coaching bereits vorlag.

1.2.1.8 inhaltliche Umsetzung Arbeitgeberausgleichzahlung

Die Arbeitgeberausgleichzahlung erfolgte auf versichertenbezogenen Antrag durch den Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin, welche nachweislich für einzelne oder alle Programmtage (Start-/Pusher-/ Auffrischungstag) einer der Programmvarianten freigestellt wurden in Höhe bis zu 300 EUR. Nach Überprüfung und Abgleich der Angaben des AGZ-Antrags mit den Angaben zur Präventionsteilnahme des jeweiligen Versicherten seitens des durchführenden Präventionsanbieters wurden für jeden teilgenommenen Programmtag 100 EUR an den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin ausgezahlt.

Inhalte des AGZ-Antrags waren:

- ➔ Angabe Teilnahme Starttag und Teilnahmedatum
- ➔ Angabe Teilnahme Pushertag und Teilnahmedatum
- ➔ Angabe Teilnahme Auffrischungstag und Teilnahmedatum
- ➔ Angaben zum Arbeitgeber, Ansprechpartner und Kontodaten

- ➔ sozialversicherungsbezogene Angaben von dem bzw. der Versicherten

Ziele der Arbeitgeberausgleichzahlung waren die finanzielle Unterstützung von Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen zur Verpflichtung der Lohnfortzahlung nach §9 Entgeltfortzahlungsgesetz, um somit die Motivation zur Ansprache der Belegschaft zur Inanspruchnahme von Prävention zu fördern.

1.2.2 konzeptionelle Abgrenzung der PINA Programmvarianten zum Regelpräventionsangebot RV Fit der Deutschen Rentenversicherung

Das Regelpräventionsangebot RV Fit, welches seit Juni 2020 bundesweit, festgelegt im „RV Fit Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention“ (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV], 2020), für Versicherte auf Antrag kostenlos zur Verfügung steht, erfolgt multiprofessionell in Kleingruppen von 12-15 Präventionsteilnehmenden. Insgesamt umfasst RV Fit vier Phasen, die zeitlich unmittelbar nacheinander in einer DRV eigenen oder für Prävention zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden. RV Fit kann stationär oder ambulant mit einer ungefähren Mindestgesamtdauer von 6,25 Monaten in Anspruch genommen werden.

Die Phasen unterteilen sich in eine Start-/Trainings-/Eigenaktivitäts- und Auffrischungsphase.

Die Startphase erfolgt drei Tage ganztägig ambulant oder regulär fünf bzw. in bestimmten Einrichtungen bis zu sieben Tagen stationär. Hier erfolgt zu Beginn eine ärztliche Untersuchung zur Feststellung des Präventionsbedarfs. Anschließend entwickelt das multiprofessionelle Präventionsteam partizipativ mit dem Präventionsteilnehmer bzw. der Präventionsteilnehmerin einen Präventionsplan. Präventionsteilnehmende erhalten dann in Gruppen modular Schulungs- und Trainingseinheiten in den Bereichen Selbstmanagement, Bewegung, Entspannung, Ernährung und Risikofaktoren.

Darauffolgend beginnt eine 12-wöchige berufsbegleitende ambulante Trainingsphase, in welcher die Teilnehmenden ein bis zweimal in der Woche berufsbegleitend Kurse entsprechend ihres Präventionsplans absolvieren. Die Durchführung der Trainingsphase wird entweder von Trägern der Rentenversicherung selbst betrieben oder wie in der Start- und Auffrischungsphase durch Einrichtungen mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht sowie durch Anbieter, welche bereits für die DRV Nachsorgeleistungen nach § 17 Abs. 1 SGB VI erbringen.

In der anschließenden 12-wöchigen Eigenaktivitätsphase sollen die Präventionsteilnehmenden, die in der Start- und Trainingsphase vermittelten Verhaltens- und Lebensstiländerungen

eigenverantwortlich im Lebensalltag umsetzen und selbstständig trainieren beispielsweise durch regelmäßigen Sport wie Joggen.

Im Anschluss daran erfolgt eine Auffrischungsphase, welche einen Tag ganztägig ambulant oder drei Tage stationär durchgeführt wird. Hier werden die in den vorherigen Phasen besprochenen Inhalte und erworbenen Kompetenzen nochmal aufgefrischt, Erfahrungen zur Lebensstiländerungen lösungsorientiert reflektiert, um die Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten nachhaltig zu stärken.

Die Startphase und die Auffrischungsphase werden in der Regel rentenversicherungseigenen Rehabilitationseinrichtungen oder in für Prävention zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht, durchgeführt.

Die Durchführungseinrichtungen der RV Fit Start-/Trainings- und Auffrischungsphase werden stetig ausgeweitet, sind zum aktuellen Zeitpunkt jedoch noch nicht flächendeckend bundesweit in allen Regionen vorhanden, da geeignete wohnort- bzw. arbeitsplatznahe Angebote fehlen. Außerdem können bei Versicherten familiäre Situationen oder arbeitsbedingte Gründe vorliegen, welche die Teilnahme an einer mehrwöchigen berufsbegleitenden Leistung erschweren. Für diesen Personenkreis wurden so genannte Kompaktangebote entwickelt, welche die oben beschriebenen Module in komprimierter Form in den dafür zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden.

Konzeptionelle Neuerung der im Projektzeitraum entwickelten und erprobten Programmvarianten DIY, DIY-O und BUSINESS als ambulant durchgeführte Variante war als erstes die Reduktion der Phasen (keine eigenverantwortliche Phase) auf eine drei-monatige Gesamtlaufzeit mit verringerter Anzahl an Programmtagen bzw. Schulungs- und Trainingstagen (Start-/Pusher-/Auffrischungstag).

Zudem gab es für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen die Möglichkeit vor Ort im Unternehmen die drei Programmtage ihrer Belegschaft anbieten zu können, wofür Unternehmen bei Abschluss ein Präventionssiegel erhalten haben.

Bis auf wenige Ausnahmen wurde in der Durchführung auf das bisherige multiprofessionelle Präventionsteam wie in der Regelpräventionsleistung durchgeführt, verzichtet und stattdessen hauptsächlich die drei Schulungs- und Trainingstage modular durch einen in der jeweiligen Einrichtung tätigen Präventionscoach oder Präventionscoachin umgesetzt. Präventionscoaches hielten als primärer Ansprechpartner über die gesamte Präventionsleistung hinweg Kontakt zu den Präventionsteilnehmenden. Insbesondere wirkten sie bei der selbstbestimmten Präventionszielfindung, Findung angemessener Umsetzungsschritte sowie förderlich auf die Erreichung des individuellen Präventionsziels hin und agierten als Bindeglied zwischen Teilnehmenden, der Deutschen Rentenversicherung und betrieblichen Akteuren. Die Coaches waren von der Grundprofession her ausgebildete Sport-/Physio- oder Bewegungstherapeuten und konnten Zusatzkenntnisse in den Bereichen Entspannungstechniken und Ernährung nachweisen.

Weiterhin wurde der individuelle Präventionsbedarf in den Präventionsdimensionen Beruf, Psyche, Ernährung, Suchtmittelkonsum und Bewegung durch das neu entwickelte Assessment zusätzlich zum Ärztlichen Check Up identifiziert. Zudem gab es mehrere Möglichkeiten zur Durchführung des Ärztlichen Check Up´s. So konnten die Präventionsteilnehmenden bei DIY-O einen Hausarzt aufsuchen, beim Präventionsanbieter vor Ort oder bei einem Präventionsanbieter ein mobiles Ärztliches Check Up nutzen, welche beispielsweise ihren Unternehmenssitz in Regionen hatten, die weniger gut zum Präventionsanbieter erreichbar waren.

Der Einsatz des persönlichen Präventionsbudgets flexibilisierte die Inanspruchnahmemöglichkeiten von Präventionskursangeboten in der Eigenaktivitätsphase über das Angebot innerhalb der für die Trainingsphase von RV Fit zugelassenen Einrichtungen hinaus, indem zusätzlich qualitätsgesicherte Angebotsstrukturen Nutzbar waren. Beispielsweise wie der, der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV), was so den Präventionsteilnehmenden besser ermöglichte an arbeits- oder wohnortsnahen sowie auf ihren Bedarf abgestimmten Präventionskursen teilnehmen zu können. Des Weiteren wurde die Motivation und Umsetzung in der Eigenaktivitätsphase zusätzlich durch die Telefonberatung gefördert.

1.3 Ziele

Ziel des Modellvorhabens war es mittels der zuvor beschriebenen Projektinnovationen in der Region Berlin-Brandenburg eine Steigerung von Präventionsantragszahlen und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu erreichen.

Ganz konkret wurde eine Vervierfachung der Präventionsantragszahlen mit n= 1200 mit insgesamt n= 800 tatsächlich in Anspruch genommenen Präventionsleistungen, jeweils zur Hälfte mit n= 400 der durchgeführten Präventionsleistungen RV Fit und den PINA Programmvarianten innerhalb der 2-jährigen Erprobungsphase (01.09.2021 bis 31.08.2023) des Modellvorhabens angestrebt.

1.4 Projektakteure und deren organisatorischen Aufgaben

1.4.1 Projektkoordination

Die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg als projektkoordinierender Zuwendungsempfänger zeichnete sich verantwortlich für die Konzeption, Antragstellung, Entwicklung und Umsetzung sowie für die im Rahmen des Projekts anfallenden organisatorischen, koordinativen und administrativen Aufgaben, einschließlich der Mittelverwaltung, Auszahlung der AGZ und Berichterstattung. Der projektkoordinierende Zuwendungsempfänger übernahm die projektbezogene Kommunikation mit folgenden Projekthauptakteuren: den kooperierenden Rentenversicherungen, der wissenschaftlichen Projektbegleitung und den Präventionsanbietern sowie dem externen Dienstleister GesundheitsTicket GmbH für den Einsatz des persönlichen Präventionsbudgets. Das Projektpersonal setzte sich aus einer projektkoordinierenden Reha-Fachberaterin in Teilzeit und Reha-Fachberaterinnen mit unterschiedlichen Teilzeitarbeitsvereinbarungen in Höhe 1,5 Gesamtvollzeitäquivalentstellen, wovon eine mit einem Stellenanteil von 50 Prozent bei der DRV Bund aufgrund des hohen Projektverwaltungsaufwands tätig war sowie einem Hauptsachbearbeiter in Teilzeit zusammen.

Zu den Hauptaufgaben gehörten die Entwicklung, Planung, Koordinierung, Steuerung und Überwachung von Projektprozessen, Versichertenakquise durch Flyer, proaktive Anschreibeaktionen, Unternehmenspräsentationen sowie Bewerbung durch den Firmenservice, die Präventionsanbieterakquise und deren Projektzulassung, die Gewinnung und Auftragsvergabe des externen Dienstleisters für den Einsatz des persönlichen Präventionsbudgets, Arbeitgeberausgleichzahlungen und Verleihung des Präventionssiegels.

1.4.2 kooperierende Projektpartner

Die kooperierenden Projektpartner Deutsche Rentenversicherung Bund und Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unterstützten die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg bei der Projektdurchführung jeweils durch einen festen Ansprechpartner für die Belangen des Projekts und nahmen regelmäßig an Projektaustauschformaten und projektbezogenen Veranstaltungen teil.

Zu ihren Hauptaufgaben gehörten die Mitarbeit bei der Entwicklung der Programmvarianten des Präventionsangebots, die Zusteuerung bzw. der Einschluss von eigenen Versicherten in das Angebot und Anerkennung der ins Projekt eingeschlossenen Präventionsträger der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg und die enge Zusammenarbeit mit dem koordinierenden Zuwendungsempfänger und Projektakteuren in der Projektumsetzung, insbesondere der damit verbundenen Entwicklung und Anwendung eines geeigneten internen Umsetzungsverfahrens für Antrags- und Abrechnungsangelegenheiten, Prüfung und Rückmeldung an den projektkoordinierenden Zuwendungsempfänger von beantragten Arbeitgeberausgleichzahlungen zur Auszahlungsanweisung sowie den Erhalt von Routinedaten und Dokumentation von relevanten Daten für die wissenschaftliche Projektevaluation.

1.4.3 wissenschaftliche Projektbegleitung

Die wissenschaftliche Projektbegleitung, durchgeführt vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité — Universitätsmedizin Berlin —, arbeitete eng mit dem koordinierenden Zuwendungsempfänger für die Belange der Gesamtbewertung (Evaluation) des PINA Präventionsangebots zusammen und nahmen regelmäßig an Projektaustauschformaten und projektbezogenen Veranstaltungen teil.

Zu ihren Hauptaufgaben für die wissenschaftliche Gesamtbewertung gehörten die Prozessdatenanalyse zu Zugang und Inanspruchnahme, die Erhebung von Parametern zu gesundheitsbezogenen Faktoren, Arbeitsfähigkeit, subjektive Erwerbsprognose, Wahrnehmung zur Nutzung und Bewertung des Angebots durch standardisierte Befragungen, die Planung, Durchführung und Auswertung leitfadengestützter Interviews, eine Aufwandsanalyse zu den inkrementellen Kosten, Entwicklung und Auswertung des Assessments und die Erstellung eines wissenschaftlichen Berichts.

1.4.4 Projektakteure

Die GesundheitsTicket GmbH als externer Dienstleister stellte dem koordinierenden Zuwendungsempfänger ein Netzwerk zu Anbietern von Präventionskursen über eine Online-Plattform (Landing-Page) und die Gesundheitstickets für die versicherten Präventionsteilnehmenden bereit. Weiterhin unterstützte der Dienstleister die Projektumsetzung durch feste Ansprechpartner und nahm regelmäßig an Projektaustauschformaten und projektbezogenen Veranstaltungen teil.

Zu den Hauptaufgaben gehörten die Prüfung und Kennzeichnung von Präventionskursanbietern nach Projektvorgaben aus dem bestehenden Netzwerk, die Neuakquise und Zulassung von nach Projektvorgaben geeigneten Präventionskursanbietern, die Bereitstellung von für alle am Projekt beteiligten Rentenversicherungen separaten Accounts, die Pflege und Aktualisierung der Landing-Page, den Abrechnungsprozess des Gesundheitstickets und die Unterstützung von Präventionsteilnehmenden bei der Findung von geeigneten Präventionskursen.

Die Präventionsanbieter unterstützten die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg bei der Projektdurchführung jeweils durch mindestens einen festen Ansprechpartner für die Belangen des Projekts und nahmen regelmäßig an Projektaustauschformaten und projektbezogenen Veranstaltungen teil.

Zu ihren Hauptaufgaben gehörten die Mitarbeit bei der Entwicklung der Programmvarianten des Präventionsangebots, Schaffung von internen organisatorischen Umsetzungstrukturen und Durchführung der Programmvarianten des PINA Präventionsangebots, Kommunikation mit den beteiligten Rentenversicherungsträgern sowie die Mitwirkung bei der Entwicklung von projektrelevanten Dokumenten.

1.5 wissenschaftliche Projektbegleitung

Für die wissenschaftliche Begleitstudie wurden in Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten der DRV Berlin-Brandenburg ein Datenschutzkonzept, Einwilligungserklärungen und Studieninformationen für die Studienteilnehmenden konzipiert und finalisiert. Eine datenschutzrechtliche Würdigung durch den Datenschutzbeauftragten der DRV Berlin-Brandenburg erfolgte am 17.08.2021 und 21.10.12021. Von allen Teilnehmenden wurde eine schriftliche informierte Zustimmung eingeholt. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit Voten vom 16.09.2021 und 28.09.2021 genehmigt (EA4/203/21).

Am 14.10.2021 wurde die Studie prospektiv vor Rekrutierungsbeginn im Deutschen Register für Klinische Studien registriert (DRKS00026737, UTN U1111-1269-7982). Bei Bedarf wurde der Eintrag aktualisiert. Die Bearbeitung des Forschungsprojekts folgte der Leitlinie und Empfehlung zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (Hoffmann et al., 2019).

1.5.1 Methoden wissenschaftliche Begleitstudie

Die Evaluation von PINA folgte einem Multi-Methoden-Ansatz unter Einbezug quantitativer und qualitativer Erhebungen sowie der Nutzung von Routinedaten. Es wurden Präventionsteilnehmende der PINA Präventionsvarianten BUSINESS, DO IT YOURSELF und DO IT YOURSELF-ONLINE berücksichtigt und für einen Teil der Analysen auch Teilnehmende von RV Fit.

1.5.2 Befragung von Präventionsteilnehmenden

Sämtliche Versicherte mit Bewilligung einer Präventionsleistung durch die beteiligten Rentenversicherungsträger, welche ihren Hauptwohnsitz in Berlin oder Brandenburg hatten, wurden schriftlich zu drei Zeitpunkten vor, während und nach Ende der Präventionsleistung mit der Bitte um Beantwortung eines strukturierten Fragebogens gebeten. Den ersten Fragebogen (t0) erhielten die Präventionsteilnehmenden mit dem Bewilligungsbescheid der Präventionsleistung, den zweiten Fragebogen (t1) fünf Monate nach t0 (RV Fit) bzw. drei Monate nach Antritt der Präventionsleistung (PINA) und den dritten Fragebogen (t2) jeweils weitere drei Monate später. Die unterschiedliche Definition des Zeitpunkt t1 begründet sich in der unterschiedlichen Dauer der Präventionsangebote RV Fit (ca. sechs Monate) und PINA (ca. drei Monate). Die ausgefüllten Fragebögen wurden inklusive der Einwilligungserklärung an die DRV Berlin-Brandenburg zurückgeschickt und von dort zur Datenverarbeitung an die Charité weitergeleitet. Zur Erstellung und teilautomatisierten Einlesen der Fragebögen wurde die Befragungssoftware evasys verwendet. Zum ersten Befragungszeitpunkt wurden u.a. Gründe für die Beantragung einer Präventionsleistung und Informationsquellen erhoben, zum zweiten bzw. dritten Befragungszeitpunkt die Zufriedenheit, der subjektive Erfolg der Präventionsleistung und die Umsetzung von Präventionsinhalten im Arbeits- und Privatleben zur Beurteilung der subjektiven Wirksamkeit. Daneben wurden zu allen drei Zeitpunkten identisch die subjektive Arbeitsfähigkeit, der subjektive Gesundheitszustand, die subjektive Funktionsfähigkeit und die psychische Befindlichkeit erfasst, um Aussagen im Zeitverlauf treffen zu können.

1.5.3 Eingangs- und Abschluss-Assessments von Präventionsteilnehmenden

Das Assessment wurde den Präventionsteilnehmenden routinemäßig zu Beginn und am Ende der Präventionsleistung hinsichtlich verschiedener gesundheits- und präventionsbezogener Aspekte standardisiert bei den Präventionsanbietern befragt. Das Assessment wurde durch die Charité aus etablierten Instrumenten zur Erfassung präventionsrelevanter Merkmale in Rückkopplung mit den beteiligten Präventionsanbietern und Rentenversicherungsträgern zusammengestellt. Die inhaltsgleichen Assessments bestehen aus fünf Dimensionen mit jeweils vier bis acht Skalen der Dimensionen (1) berufsbezogene Dimension, (2) psychische Dimension, (3) Ernährung, (4) Suchtmittelkonsum und (5) Funktionsfähigkeit, Bewegung und körperliche Aktivität. Die Datenerfassung erfolgte entweder mittels eines Papierfragebogens oder einer vorprogrammierten Excel-Eingabemaske eigenständig durch die Teilnehmenden bzw. gemeinsam mit den Präventionscoaches zusammen. Die Rückmeldung an die Präventionsteilnehmenden erfolgte graphisch mithilfe von Smileys im Ampelsystem grün – gelb – rot. Diese Daten wurden von den Präventionsanbietern an die Charité übermittelt, wenn für die Datenübermittlung eine gesonderte Einwilligung durch die Präventionsteilnehmenden erfolgt war. Lagen von derselben Person sowohl Angaben aus dem Eingangs- als auch Abschluss-Assessment vor, wurden diese anonymisiert verknüpft, um den Verlauf von Präventionsbeginn zu Präventionsende personenbezogen darstellen zu können.

1.5.4 Online-Befragung von beteiligten Unternehmen

Weiterhin erfolgte eine strukturierte Onlinebefragung von Unternehmen, die für die Teilnahme ihrer Beschäftigten an PINA Arbeitgeberausgleichszahlungen erhalten hatten und wurden durch die DRV Berlin-Brandenburg kontaktiert und gebeten, eine Online-Befragung konzipiert durch die Charité auszufüllen. Für die standardisierte Online-Befragung wurde die Software evasys verwendet. Die Befragung umfasste allgemeine Bewertungen der Aspekte Gesundheit, Prävention und Arbeitssicherheit von Beschäftigten und spezifische Bewertungen von PINA hinsichtlich Zufriedenheit, Nutzen und Weiterempfehlung. Daneben wurden Merkmale der ausfüllenden Person (z.B. Funktion im

Unternehmen) bzw. zum Unternehmen (z.B. Unternehmensbranche und Unternehmensgröße gemäß Beschäftigtenzahl) erfasst.

1.5.5 Interviews und Fokusgruppen beteiligter Akteursgruppen

Die Charité führte leitfadengestützte Interviews und Gruppendiskussionen mit beteiligten Akteursgruppen, überwiegend per (Video-)Telefonie mit PINA-Präventionsteilnehmenden sowie relevanten Mitarbeitenden von Präventionsanbietern, Unternehmen und den beteiligten Rentenversicherungsträgern, durch. Alle Audioaufnahmen der Interviews und Fokusgruppen wurden durch ein hierfür spezialisiertes Transkriptionsbüro professionell nach dem Verfahren von Dresing & Pehl verschriftlicht (Dresing, Pehl, 2018). Hierbei wurden Angaben von Personen-, Unternehmens- und Ortsnamen anonymisiert. Der Transfer der Audioaufnahmen und Transkripte zwischen Charité und Transkriptionsbüro erfolgte über ein datenschutzgeprüftes, passwortgesichertes Verfahren. Die Transkripte wurden anschließend mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz mithilfe der Software MAXQDA 2022 ausgewertet. Hierbei wurden sowohl deduktiv als auch induktiv Kategorien gebildet (Kuckartz, 2022). Durch die DRV Berlin-Brandenburg wurden Unternehmen kontaktiert, deren Beschäftigte an BUSINESS teilgenommen hatten, mit der Bitte, sich bei der Charité für ein Interview in Bezug auf PINA zu melden. Insgesamt wurden durch die Charité acht Interviews mit neun für PINA verantwortliche bzw. koordinierende Personen aus acht Unternehmen geführt. Mit fünf Präventionsanbietern fanden am Ende des Erprobungszeitraums zwei Fokusgruppen statt. Hierbei waren Leitungspersonen (ärztliche oder kaufmännische Leitung) und Präventionscoaches anwesend. Mit zwei weiteren Präventionsanbietern wurden aus Termingründen Einzelinterviews durchgeführt. Weiterhin wurden Fokusgruppen und Interviews mit nahezu allen in PINA involvierten Personen der drei Rentenversicherungsträger am Ende des ersten Erprobungsjahres und nach Ende des Erprobungszeitraums durchgeführt. Zu den untersuchten Themen gehören die Motivation für die PINA-Inanspruchnahme, Wissen über PINA, organisatorische und inhaltliche Aspekte, die Zufriedenheit mit und der subjektive Erfolg sowie eine mögliche Verstetigung von PINA.

1.5.6 Synthese und Analyse von Routinedaten und Statistiken

Die Synthese und Analyse von Routinestatistiken zu den Präventionsleistungen erfolgte auf Basis von Routinedaten und weiteren Statistiken der beteiligten Rentenversicherungen. Es wurde die Anzahl der Präventionsanträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Präventionsleistungen im Vergleich von PINA und RV Fit im Zeitverlauf bestimmt. Ergänzend wurde u.a. die Inanspruchnahme von einzelnen PINA-Bausteinen (z.B. ärztlicher Check-Up) untersucht. Daneben wurden Statistiken zum persönlichen Präventionsbudgets von der GesundheitsTicket GmbH herangezogen, um die Inanspruchnahme von Präventionskursen aus dem Portfolio durch PINA-Präventionsteilnehmende zu analysieren. Hier wurden u.a. die gewählten Präventionsfelder, das Kurs-Setting (Präsenz vs. Online) und die entstandenen Ausgaben pro Person berücksichtigt. Ebenfalls basierend auf den Routinedaten wurde eine monetäre Aufwandsanalyse aus Sicht der beteiligten Rentenversicherungsträgern durchgeführt, um die für die Deutsche Rentenversicherung entstehenden Kosten von PINA mit RV Fit vergleichen zu können. Hierzu wurden die Kosten der Präventionsleistungen selbst (Zahlungen an Präventionsanbieter inklusive Corona-Pauschalen, Fahrtkosten, Arbeitgeberausgleichszahlungen u.a.) als auch der administrative Aufwand für die Verwaltung der Präventionsleistungen berücksichtigt.

2 Evaluationsergebnissedes Modellprojekts

Die folgenden Evaluationsergebnisse werden komprimiert aus dem Wissenschaftlichen Projektbericht „Modellprojekt zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme (PINA). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitung“ (Bünger et.al, 2025) berichtet. Detaillierte Ergebnisse können unter www.zenodo.org/records/14046832 eingesehen werden.

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes hatte die Aufgabe, die Erreichung der Zielsetzung zu prüfen und darüber hinaus die PINA-Präventionsangebote umfassend aus Sicht der Präventionsteilnehmenden, der Präventionsanbieter, der beteiligten Unternehmen und der Rentenversicherungsträger zu evaluieren.

Konkret wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Entwicklung der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Präventionsleistungen im Projektverlauf
- Gründe für die Beantragung einer Präventionsleistung
- Zufriedenheit mit PINA
- Subjektive Wirksamkeit von PINA
- Subjektive Veränderung des Gesundheitszustandes, der Funktionsfähigkeit und der Erwerbsfähigkeit während der Präventionsleistung
- Monetärer Aufwand für die Präventionsleistungen aus Sicht der Rentenversicherungsträger

2.1 Befragung von Präventionsteilnehmenden

Die Stichprobe der Befragung von Präventionsteilnehmenden umfasste insgesamt n=851 Personen, von denen n=167 am Präventionsangebot BUSINESS teilgenommen haben, n=101 an DIY/DIY-O und n=583 an RV Fit. Das mittlere Alter der Teilnehmenden von BUSINESS lag zu Beginn der Erhebung bei 47,3 Jahren (SD = 10,2), der Teilnehmenden von DIY/DIY-O bei 52,5 Jahren (SD = 4,4) und bei den Teilnehmenden von RV Fit bei 50,5 Jahren (SD = 9,1). In allen Präventionsangeboten war die Mehrheit der Teilnehmenden weiblich, mit einem Anteil von 72,0 % (BUSINESS), 65,7 % (DIY/DIY-O) und 76,0 % (RV Fit). Fast alle Teilnehmenden haben die deutsche Staatsangehörigkeit angegeben (98,0 % bis 99,4 %). In Bezug auf den höchsten Schulabschluss haben die etwa 60 % der Teilnehmenden in allen Präventionsangeboten das Abitur oder die Fachhochschulreife erworben, gefolgt von der mittleren Reife/Realschulabschluss mit einem Anteil von etwa einem Drittel. Der höchste berufliche Bildungsabschluss variiert ebenfalls: Die Teilnehmenden von BUSINESS und RV Fit weisen jeweils den höchsten Anteil mit Hochschulabschluss auf, während die Mehrheit der Teilnehmenden von DIY/DIY-O eine Lehre oder Facharbeiterausbildung aufwies. Der subjektive sozioökonomische Status mit einem Wertebereich von 1 (niedrigster Status) bis 10 (höchster Status) lag bei allen Gruppen im Bereich im Mittel bei 6,2 bis 6,4. Die meisten Teilnehmenden waren unbefristet beschäftigt (zwischen 92,9 % und 95,0 %), wobei die Mehrheit in Vollzeit arbeitete (zwischen 74,5 % und 82,4 %). Überstunden wurden in allen Gruppen überwiegend regelmäßig geleistet, mit einem hohen Anteil, der häufig oder manchmal Überstunden leistete.

Über 20 % der Teilnehmenden von DIY/DIY-O gaben an, in den letzten 5 Jahren Arbeitslosigkeit erlebt zu haben, bei BUSINESS und RV Fit lag der Anteil unter 10 %. Auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten variierten, wobei etwa ein Drittel der Teilnehmenden zwischen 1 und 6 Wochen arbeitsunfähig war. Unter allen Teilnehmenden gaben ca. 15 % an eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen in den letzten 12 Monaten an.

Teilnehmende aller Präventionsangebote nannten vorrangig die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes, die Vorbeugung von Erkrankungen (insbesondere Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen und Übergewicht), bestehende körperliche Beschwerden sowie eine Steigerung der Leistungsfähigkeit im Alltag und Beruf als Gründe für ihren Präventionsantrag. Persönlicher oder ärztlicher Rat spielte mit unter 10 % hierbei nur eine geringe Rolle. Bei BUSINESS

gab in 81,1 % der Fälle die Unterstützung durch die Arbeitsstelle den Ausschlag für die Wahl dieses Angebots, während dieses Motiv bei anderen Angeboten weniger bedeutend war (siehe Abbildung 2).

Die Zufriedenheit mit den Präventionsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum lag im Durchschnitt bei etwa 2 („zufrieden“) auf einer Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 5 („sehr unzufrieden“). Am besten wurde der Bereich Bewegung bewertet (1,8). Auch die einzelnen Bausteine der PINA-Angebote erhielten im Schnitt die Bewertung „zufrieden“. Besonders positiv wurden die Vollzeittage (Start-/ Pusher-/Auffrischungstag) bei BUSINESS und DIY / DIY-O bewertet (jeweils ca. 1,8). Insgesamt würden vier von fünf Teilnehmenden das absolvierte Präventionsangebot (wieder) wählen. Ablehnende Rückmeldungen bezogen sich meist auf den subjektiv hohen Zeitaufwand oder eine mangelnde Passung zu den persönlichen Bedürfnissen.

Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden bewerteten die Präventionsleistung bei allen drei Angeboten subjektiv als überwiegend erfolgreich. Rund vier von fünf Präventionsteilnehmenden gaben an, die während der Prävention erlernten Inhalte zumindest teilweise im Berufs- oder Privatleben anzuwenden.

Mehrere Indikatoren zum Gesundheits- und Erwerbszustand der Präventionsteilnehmenden zeigten im Verlauf der Präventionsleistung tendenziell Verbesserungen. Über die Hälfte der Befragten berichtete eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Die subjektive Arbeitsfähigkeit und die Funktionsfähigkeit im Alltag stieg im Zeitverlauf leicht an, während der Anteil an Personen mit psychischer Symptomatik nach Ende der Prävention im Vergleich zum Bewilligungszeitpunkt leicht abnahm. Diese Ergebnisse zur subjektiven Wirksamkeit zeigten sich im Grundsatz für alle Präventionsangebote im ähnlichen Ausmaß.

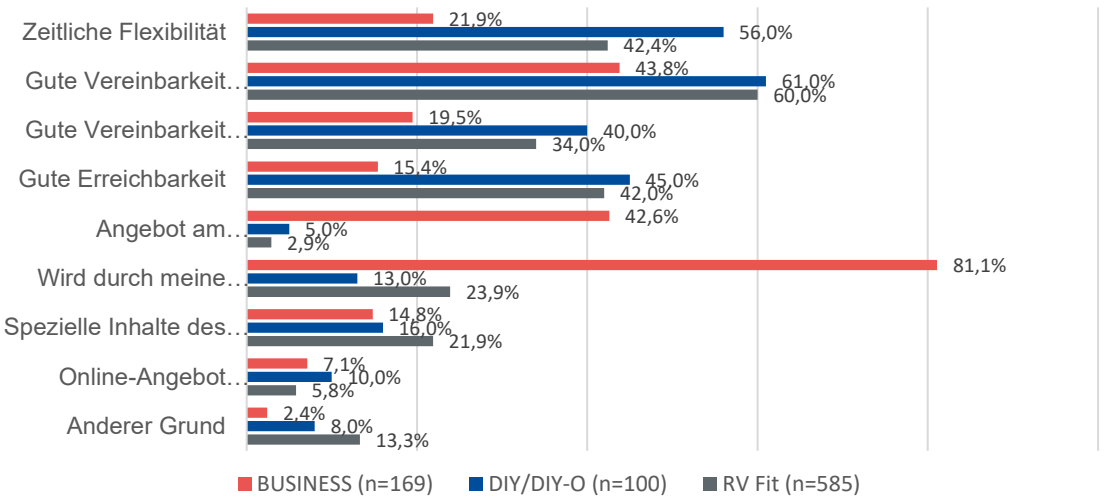


Abbildung 2: Gründe für die Wahl der spezifischen Präventionsleistung

2.2 Eingangs- und Abschluss-Assessments von Präventionsteilnehmenden

Für das Eingangs-Assessment wurden der Charité durch die beteiligten Präventionsanbieter Angaben von 188 PINA-Teilnehmenden übermittelt, für das Abschluss-Assessment von 153 Personen. Für 128 PINA-Teilnehmende liegen Angaben aus beiden Assessments vor.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass ein besonders hoher Präventionsbedarf zu Präventionsbeginn in den Bereichen Übergewicht, körperliche Aktivität und Bewegung, Kräftigung der Muskulatur und im Bereich Ernährung (v.a. Gemüsekonsum) vorlag. Für fast alle Bereiche zeigten sich Verbesserungen am Präventionsende. Besonders stark ausgeprägt sind diese bei Indikatoren der berufsbezogenen Dimension und in den Bereichen körperliche Aktivität, Kräftigung der Muskulatur, Obst- und Gemüsekonsum sowie Entspannungsfähigkeit. Hingegen wurden keine nennenswerten

Änderungen beim Fleischkonsum, beim Präsentismus und teilweise auch beim Umgang mit Stress festgestellt.

Bei der berufsbezogenen Dimension wies zu Präventionsbeginn nur etwa ein Zehntel der Teilnehmenden ein hohes Beeinträchtigungsniveau auf (rotes Smiley). Jedoch lag der Anteil an Personen mit mittlerer Beeinträchtigung (gelbes Smiley) um die 30 %, bei den beruflichen Belastungen sogar 50 % auf einem hohen Niveau. Im Bereich berufliche Belastungen zeigten sich auch die meisten Verbesserungen im Präventionsverlauf. Auch bei der derzeitigen Arbeitsfähigkeit gemessen und der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit zeigten sich etwas häufiger Verbesserungen als Verschlechterungen. Hingegen gab es beim Präsentismus erhoben mit einem Item keine Verbesserungen im Präventionsverlauf (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Berufsbezogene Dimension

Assessments	☺ Lachender Smiley		😐 Neutraler Smiley		☹ Trauriger Smiley		**‚Smiley'-Veränderung (n=128)** **Abschluss- vs. Eingangs-Assessment**		
Eingang n=188 Abschluss n=153	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**verbessert**	**gleich**	**verschlechtert**
Berufliche Belastungen (Würzburger Screening + UKS)	37,8%	50,0%	49,4%	39,9%	12,8%	10,1%	26,6%	64,0%	9,4%
Derzeitige Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score)	55,8%	66,9%	33,7%	3,0%	10,5%	10,1%	14,1%	73,4%	12,6%
Prognose Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala)	68,5%	77,7%	29,3%	21,6%	2,2%	0,7%	10,2%	83,6%	6,3%
Präsentismus (Skala nach Aronson)	58,0%	54,4%	30,9%	36,9%	11,0%	8,7%	10,9%	74,4%	14,7%

Bei Skalen der psychischen Dimension lagen insbesondere in den Skalen Entspannungsfähigkeit und psychische Befindlichkeit in einem hohen Beeinträchtigungsbereich. Für Umgang mit Stress und Bewältigungsverhalten lagen hingegen nur in Einzelfällen hohe Beeinträchtigungen vor (rotes Smiley). Jedoch war zusätzlich ein nennenswerter Anteil mit einem mittleren Beeinträchtigungsniveau zu verzeichnen (gelbes Smiley, je nach Skala 24 % bis 40 %). Für alle Skalen der psychischen Dimension zeigten sich im Mittel überwiegend Verbesserungen im Präventionsverlauf, insbesondere bei psychischer Beeinträchtigung und Entspannungsfähigkeit. In allen Skalen erhöht sich von Präventionsbeginn zu Präventionsende der Anteil an Personen, die ohne Beeinträchtigungen in diesen Skalen waren (grünes Smiley) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Psychische Dimension

Assessments	☺ Lachender Smiley		😐 Neutraler Smiley		☹ Trauriger Smiley		**‚Smiley'-Veränderung (n=135) Abschluss- vs. Eingangs-Assessment**		
Eingang n=188 Abschluss n=153	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**verbes-sert**	**gleich**	**ver-schlech-tert**
Psychische Befindlichkeit (PHQ-4)	64,2%	71,3%	27,3%	25,3%	8,6%	3,3%	13,2%	79,4%	7,4%
Umgang mit Stress (SCI-Skala)	66,7%	71,1%	32,8%	28,9%	0,5%	0,0%	8,9%	82,8%	8,2%
Entspannungsfähigkeit (Perceived Stress Questionnaire)	42,6%	52,7%	39,9%	34,5%	17,6%	12,8%	20,7%	66,7%	12,6%
Bewältigungsverhalten (ASKU)	75,8%	81,9%	23,7%	17,4%	0,5%	0,7%	11,9%	83,6%	4,4%

In der Dimension Ernährung und Body-Mass-Index (BMI) waren zu Präventionsbeginn viele Präventionsteilnehmende mit ungünstigem Ernährungsverhalten zu verzeichnen. Dies betrifft insbesondere den Gemüsekonsum mit 58 % Anteil (rotes Smiley). Auch der Konsum anderer Lebensmittel lag bei einem substanziellen Anteil an Präventionsteilnehmenden nicht in einem günstigen Bereich (gelbes oder rotes Smiley). Einen Body-Mass-Index von über 30 kg/m^2 (Adipositas) weist zu Beginn ein Fünftel auf (rotes Smiley), weitere 38% weisen einen BMI zwischen 25 und 30 auf (Übergewicht, gelbes Smiley). Bein Obst-, Gemüse- und Süßigkeitenkonsum zeigen sich zu Präventionsende Verbesserungen. Beim Fleischkonsum war hingegen keine Verbesserung zu verzeichnen. 9 % der Teilnehmenden konnten im Präventionsverlauf ihre BMI-Kategorie verbessern, insbesondere von der Kategorie Übergewicht zur Kategorie Normalgewicht (grünes Smiley).

Die Dimension Suchtmittelkonsum umfasst die Erhebung des Alkoholkonsums und des Rauchverhaltens erfasst über die Zigarettenrauchfrequenz pro Tag bzw. pro Woche und das Einstiegsalter. Zu Präventionsbeginn wiesen 19 % der Teilnehmenden ein problematischen Alkoholkonsum auf (rotes Smiley), weitere 22 % wiesen einen auffälligen Konsum auf (gelbes Smiley). Beim Zigarettenrauchen fielen 13 % der Teilnehmenden in die rote und weitere 6 % in die gelbe Kategorie. Bei beiden Suchtmittelarten gab es kaum Änderungen im Präventionsverlauf. Tendenziell zeigten sich geringfügige Verbesserungen am Präventionsende im Vergleich zum Präventionsbeginn.

Bei der Dimension Funktionsfähigkeit, Bewegung und körperliche Aktivität zeigte sich ein differenziertes Bild. Etwas mehr als die Hälfte der Präventionsteilnehmenden (54 %) wies zu Präventionsbeginn große Defizite im Bereich Kräftigung der Muskulatur auf, etwa ein Drittel große Defizite im Bereich körperliche Aktivität im Alltag (30 %). Beeinträchtigungen durch Schmerzen wiesen zu Präventionsbeginn 15 % auf, während die Funktionsfähigkeit im Alltag ebenfalls nur in Einzelfällen in größerem Ausmaß beeinträchtigt war.

Insbesondere für die Bereiche körperliche Aktivität im Alltag und Kräftigung der Muskulatur zeigten sich im Mittel deutliche Verbesserungen zu Präventionsende. Bei der ohnehin auf einem hohen Niveau befindlichen Funktionsfähigkeit im Alltag blieb das Funktionsniveau im Mittel zu Präventionsende in etwa auf dem gleichen Stand wie zu Präventionsbeginn (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingangs- und Abschluss-Assessment: Dimension Funktionsfähigkeit, Bewegung und körperliche Aktivität

Assessments	☺ Lachender Smiley		☺ Neutraler Smiley		☹ Trauriger Smiley		**‚Smiley'-Veränderung (n=135) Abschluss- vs. Eingangs-Assessment**		
Eingang n=188 Abschluss n=153	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**Eingang**	**Abschluss**	**verbessert**	**gleich**	**verschlechtert**
Funktionsfähigkeit im Alltag (DEGS)	78,4%	77,6%	20,0%	19,7%	1,6%	2,7%	9,2%	81,1%	9,9%
Beeinträchtigung durch Schmerzen (DEGS)	62,8%	72,0%	22,3%	14,7%	14,9%	13,3%	15,0%	73,8%	10,9%
Körperliche Aktivität im Alltag (EHIS-PAQ)	44,2%	51,0%	25,6%	23,8%	30,2%	25,2%	26,2%	62,4%	11,5%
Kräftigung Muskulatur (EHIS-PAQ)	33,0%	42,8%	12,8%	19,1%	54,3%	38,3%	31,7%	52,0%	16,6%

2.3 Online-Befragung von beteiligten Unternehmen

An der Online-Befragung von solchen Unternehmen, die Arbeitgeberausgleichszahlungen für die Freistellung ihrer an PINA teilnehmenden Beschäftigten erhielten, beteiligten sich Personen aus neun Unternehmen. Alle Fragen wurden von sämtlichen Teilnehmenden vollständig ausgefüllt. In der Befragung sind Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen repräsentiert: Neben Behörden und anderen öffentlichen Institutionen nahmen Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe, dem Baugewerbe sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen teil. Heterogen war auch die Unternehmensgröße: Jeweils drei Unternehmen haben weniger als 250 Beschäftigte, zwischen 250 und 749 Beschäftigte bzw. mindestens 750 Beschäftigte.

Der Rücklauf aus der Online-Befragung von Unternehmen war niedrig, kann jedoch ähnliche Erkenntnisse aus den geführten Interviews mit Personen aus beteiligten Unternehmen bestätigen und ergänzen (siehe Kapitel 2.4). Nach Einschätzung der befragten Personen liegen Gesundheitsförderung und Prävention von Beschäftigten auch in der Verantwortung der Unternehmen. Auch aus diesem Grund wurde die Teilnahme von Beschäftigten an PINA unterstützt. Am Häufigsten genannter Grund war die soziale Verantwortung gegenüber Beschäftigten.

PINA wurde überwiegend positiv in den Aspekten Zufriedenheit, Nutzen und Weiterempfehlung bewertet. Besonders gute Resonanz erzielte die Arbeitgeberausgleichszahlung als (Teil-)Kompensation für die Freistellung der Beschäftigten. Aus Unternehmenssicht dient PINA nicht nur der Prävention und Gesundheitsförderung der Beschäftigten, sondern kann auch ein positives Betriebsklima fördern, das Image des Unternehmens steigern und dabei unterstützen, Fachpersonal zu binden.

2.4 Interviews und Fokusgruppen beteiligter Akteursgruppen

Es wurden 41 Interviews und fünf Gruppendiskussionen mit Präventionsteilnehmenden und beteiligten Personen aus Unternehmen, Präventionsanbietern und Rentenversicherungsträgern durchgeführt. Insgesamt wurden 67 Personen in die Interviews oder Gruppendiskussionen eingebunden, darunter 29 Präventionsteilnehmende, neun für PINA verantwortliche Personen aus acht

Unternehmen, elf Personen von sieben verschiedenen Präventionsanbietern und 18 Mitarbeitende der drei Rentenversicherungsträger. Die meisten Interviews (n=36) wurden videogestützt durchgeführt. Neun Gespräche fanden telefonisch statt und eine Gruppendiskussion mit Beteiligten der Rentenversicherungsträger erfolgte in Präsenz.

Die interviewten Präventionsteilnehmenden äußerten sich überwiegend zufrieden mit den PINA-Präventionsangeboten. Besonders geschätzt wurden die praxisnahe und abwechslungsreiche inhaltliche Gestaltung sowie die fachliche Kompetenz der Präventionscoaches. Positiv hervorgehoben wurde zudem die flexible und alltagsnahe Umsetzung, die eine gute Integration in den beruflichen und privaten Alltag ermöglichte. Besonders deutlich wurde dies bei der BUSINESS-Variante. Hier wurde die Durchführung der drei Vollzeittage im Unternehmen vor Ort und die gemeinsame Teilnahme unter Mitarbeitenden besonders positiv bewertet. Häufig entwickelte sich eine förderliche Gruppendynamik, die teilweise sogar zu gemeinsamen sportlichen Aktivitäten über die Präventionsleistung hinausführte. Teilweise wurde zugleich berichtet, dass die Inhalte der Prävention subjektiv nicht immer spezifisch genug auf die individuellen Vorkenntnisse, Bedürfnisse und Lebensrealitäten ausgerichtet waren. Dies kann auch auf die Heterogenität der Zusammensetzung von Präventionsgruppen zurückgeführt werden. Zudem wurde von Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme der Abschlusscoachings berichtet.

Die Vielfalt der GesundheitsTicket-Präventionskursangebote und die Möglichkeit, diese in Absprache mit den Coaches individuell nach den eigenen Interessen auszuwählen, wurde geschätzt. Das breite Portfolio ermöglichte es, neue Angebote auszuprobieren. Auch die Qualität der Präventionskurse wurde gelobt. Gleichzeitig wurde die Nutzerfreundlichkeit der Plattform, insbesondere die Aktualität der angezeigten Kursangebote, die Auffindbarkeit der Kurse und die Ausführlichkeit der Kursbeschreibungen insbesondere zu Beginn der Erprobungsphase kritisiert. In einigen Regionen - insbesondere im Berliner Umland und in Brandenburg - wurde auch das teilweise fehlende wohnort- bzw. arbeitsplatznahe Angebot an passgenauen Präventionskursen bemängelt.

Die befragten PINA-Verantwortlichen in den Unternehmen begrüßten die Flexibilität von PINA, die geringere Anzahl an Freistellungstagen im Vergleich zu RV Fit und bei BUSINESS die Durchführung der drei Vollzeittage vor Ort im Unternehmen, auch wenn sich die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten im Unternehmen teilweise schwierig gestaltete. Bei BUSINESS wurde auch die gemeinsame Durchführung von Beschäftigtengruppen positiv bewertet. Die Ausgleichszahlung des Arbeitgebers wurde insbesondere von kleinen und mittleren Unternehmen sehr positiv bewertet. Die Höhe der Zahlung stellte zwar in der Regel keine vollständige Kompensation der Freistellung dar, wurde aber als durchaus angemessen bewertet. Teilweise wurden die Zahlungen direkt in das betriebliche Gesundheitsmanagement re-investiert. In Einrichtungen des öffentlichen Dienstes spielte der Arbeitgeberausgleich eine untergeordnete Rolle. Das Gütesiegel Prävention, das durch die DRV Berlin-Brandenburg verliehen werden konnte, wurde ebenfalls positiv gesehen, vor allem für die Außendarstellung und das Recruiting.

Die befragten Mitarbeitenden der beteiligten Präventionsanbieter bewerten insbesondere das Präventionsangebot BUSINESS sehr positiv. Die Anbieter schätzen es meist, dass eine Person (Präventionscoach bzw. Präventionscoachin) das Präventionsangebot nahezu vollständig eigenständig durchführen kann, während bei RV Fit meist unterschiedliches Personal zum Einsatz kommt. Gleichzeitig erfordert dies eine gute Dienstplanung der Präventionscoaches, insbesondere um die PINA-Vollzeittage durchführen zu können. Bei BUSINESS wurde geschätzt, dass die Präventionsgruppe bereits vorab über die jeweiligen Unternehmen gebildet wurde, während bei DO IT YOURSELF ähnlich wie bei RV Fit die Einzelanmeldungen erst durch die Präventionsanbieter zu einer Gruppe zusammengefasst werden mussten. Dies war bei DO IT YOURSELF teilweise zeitaufwändig, insbesondere zu Beginn des Erprobungszeitraums und bei der Online-Variante. Die Kontaktaufnahme mit den einzelnen Teilnehmenden vor Beginn der Präventionsleistung erwies sich teilweise als schwierig. Die bei BUSINESS häufig aufsuchende Durchführung der drei Vollzeittage im Betrieb erforderte eine gute Planung seitens der Präventionsanbieter. Manchmal waren längere Anfahrtswege notwendig. Dieser Aufwand wurde jedoch meist als in die betrieblichen Abläufe integrierbar angesehen. Besonders gelobt wurde das Eingangs-Assessment, das eine gute Einbindung der Teilnehmenden in das Präventionsangebot ermöglichte und den individuellen Gesundheitszustand anschaulich visuell darstellte. Das Abschluss-Assessment ermöglichte aus Sicht vieler Präventionsanbieter einen anschaulichen Vorher-Nachher-Vergleich und die Bewertung von Trainingserfolgen und noch bestehenden Defiziten in einzelnen Präventionsbereichen.

Die in PINA eingebundenen interviewten Mitarbeitenden der beteiligten Rentenversicherungsträger bewerteten die PINA-Präventionsangebote insgesamt ebenfalls positiv, vor allem die Variante BUSINESS.

2.5 Synthese und Analyse von Routinedaten und Statistiken

2.5.1 Daten/Statistiken der Deutschen Rentenversicherung

Gemäß den vorliegenden Statistiken wurden im 24-monatigen Erprobungszeitraum 3.504 Bewilligungen von DRV-Präventionsleistungen bei Versicherten mit Wohnort in Berlin oder Brandenburg durch die drei beteiligten Rentenversicherungsträgern ausgesprochen, hiervon 668 für BUSINESS, 259 für DO IT YOURSELF (DIY), 29 für DO IT YOURSELF-ONLINE (DIY-O) und 2.548 für RV Fit. Für diese Berechnung wurden solche Bewilligungen ausgeschlossen, die für eine PINA-Teilnahme bei einem Präventionsanbieter erteilt wurden, der aus betrieblichen Gründen das PINA-Präventionsangebot nicht mehr durchführen konnte. Für das Referenzjahr 2019 lagen nicht für alle drei Rentenversicherungsträger exakte Angaben vor. Aus den vorliegenden Informationen lässt sich jedoch ableiten, dass im Jahr 2019 etwa 400 bis 450 Bewilligungen für Versicherte mit Wohnort Berlin oder Brandenburg erfolgten waren. Damit übertrifft die Zahl an 3.504 Bewilligungen im Erprobungszeitraum die Zahl an Bewilligungen im Referenzjahr erheblich.

Die Anzahl an Präventionsanträgen von Versicherten mit Wohnort Berlin oder Brandenburg lag gemäß den vorliegenden Statistiken der drei beteiligten Rentenversicherungsträger im Erprobungszeitraum bei 4.700, hierunter 1.288 Anträge für PINA und 3.412 Anträge für RV Fit. Diese Zahl liegt somit erheblich über der im Projektantrag postulierten Anzahl an Präventionsanträgen für den Erprobungszeitraum von 1.200 Präventionsanträgen.

Für RV Fit lagen nicht von allen Rentenversicherungsträgern Statistiken zum Abschluss der Auffrischungsphase vor. Beispielhaft für einen Rentenversicherungsträger berechnet, nahmen 84 % der Personen mit einer BUSINESS-Bewilligung mindestens einen PINA-Präventionsbaustein tatsächlich in Anspruch, für DIY lag dieser Anteil bei 59 %. Für DIY-O kann aufgrund geringer Fallzahlen keine aussagekräftige Quote für die Inanspruchnahme berechnet werden. Bei RV Fit lag die Abschlussquote bei 63 % und somit niedriger als über alle PINA-Präventionsangebote kombiniert (75 % für alle drei Rentenversicherungsträger). Laut den zur Verfügung gestellten Statistiken wurden insgesamt trägerübergreifend 716 PINA-Leistungen abgeschlossen (DRV BB 354, DRV Bund 338, KBS 24).

Wenn eine Präventionsleistung angetreten wurde, zeigten sich zwischen BUSINESS und DIY keine größeren Unterschiede mehr bezüglich der weiteren Inanspruchnahme der einzelnen PINA-Bausteine. Ärztlicher Check-Up, Eingangscoaching und Starttag wurden von allen Bausteinen am häufigsten absolviert, am seltensten das Abschlusscoaching.

Beim Abschlusscoaching zeigte sich eine große Heterogenität der Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom jeweiligen Präventionsanbieter. Dies erklärt auch den Umstand, dass beim Abschlusscoaching als einzigem PINA-Baustein größere Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen BUSINESS und DIY festzustellen waren. Dies ist jedoch nicht auf die Zugehörigkeit zu BUSINESS oder zu DIY zurückzuführen, sondern auf unterschiedliche Präventionsanbieter, welche BUSINESS und/oder DIY angeboten hatten. Die Inanspruchnahmequote lag je nach Präventionsanbieter zwischen 27 % und 79 %. Würde man die Präventionsanbieter mit geringer Durchführung der Abschlusscoachings aus der Berechnung ausschließen, würde sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme-Quote zeigen.

Zudem fand eine Analyse der bewilligten Präventionsleistungen im Erprobungszeitraum nach den soziodemografischen Merkmalen Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit auf Basis der Daten von zwei beteiligten Rentenversicherungsträgern statt. Vergleicht man die soziodemografischen Daten über die drei Präventionsangebote, so zeigt sich, dass die BUSINESS-Teilnehmenden im Durchschnitt am jüngsten sind (45,9 Jahre), gefolgt von den DIY-Teilnehmenden (48,5 Jahre) und den RV Fit-Teilnehmenden (49,9 Jahre). Die Geschlechterverteilung in den Programmvarianten zeigt den höchsten Frauenanteil in RV Fit (72,5 %), gefolgt von BUSINESS (68,5 %) und DIY/DIY-O (64,9 %). Der Anteil der Teilnehmenden mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit unterschied sich zwischen

BUSINESS und RV Fit nur geringfügig (5,3 % vs. 5,4 %), während er in der Programmvariante DIY/DIY-O mit 12,2 % deutlich höher lag.

2.5.2 Daten/Statistiken der GesundheitsTicket GmbH

Die Auswertungen zur Nutzung des GesundheitsTicket beruhen auf Statistiken, die von der GesundheitsTicket GmbH zur Verfügung gestellt wurden. Demnach wurden 666 Präventionskurse von 464 PINA-Teilnehmenden gebucht (im Mittel 1,43 Kurse pro Person). Es haben 264 Personen einen Präventionskurs (57 %) und weitere 200 Personen zwei Präventionskurse absolviert (43 %).

Etwa 93% der Kurse wurden in Präsenz absolviert, 7 Prozent waren Online-Angebote. Dreiviertel der Kurse können dem Präventionsfeld Bewegung, 19,5% Stressbewältigung / Entspannung und 3,3 Prozent Ernährung zugeordnet werden.

2.5.3 Monetäre Aufwandsanalyse

Gemäß den zur Verfügung stehenden Daten lagen die mittleren Kosten, welche für die Rentenversicherungsträger anfallen, pro Präventionsleistung für BUSINESS bei 974 €, für DO IT YOURSELF bei 833 € und für RV Fit bei 885 €. Bei den PINA-Präventionsangeboten entfielen von dieser Gesamtsumme im Mittel 134 € auf die Arbeitgeberausgleichszahlungen und 114 € auf Zahlungen an die GesundheitsTicket GmbH für die Inanspruchnahme des persönlichen Präventionsbudgets unter Berücksichtigung sämtlicher Versicherter, die zumindest einen PINA-Baustein absolvierten. Zieht man in die Berechnung ausschließlich Präventionsteilnehmende heran, die zumindest einen Präventionskurs in Anspruch nahmen, entfielen im Mittel für BUSINESS-Teilnehmende 219,37 € und für DIY-Teilnehmende 221,99 € an Zahlungen an die GesundheitsTicket GmbH für die Inanspruchnahme des persönlichen Präventionsbudgets. Für den Fall, dass überhaupt Arbeitgeberausgleichszahlungen durch Unternehmen beantragt wurden, lag im Mittel die ausgezahlte Summe bei 252,20 € für BUSINESS-Teilnehmende und 263,16 € für DIY-Teilnehmende.

Der gegenüber RV Fit inkrementelle Verwaltungsaufwand für PINA wurde von einem Rentenversicherungsträger auf im Mittel 175 Minuten je Fall geschätzt. Dies entspricht einem monetären Aufwand von 101 €. Für einen anderen Rentenversicherungsträger wurden PINA-Mehraufwände von 215 Minuten je Fall geschätzt. Dies entspricht administrativen Mehraufwänden von im Mittel 124 €.

2.6 Zielerfolgsbeurteilung

Die drei modellhaften PINA-Präventionsangebote BUSINESS, DO IT YOURSELF und DO IT YOURSELF-ONLINE wurden durch die Rentenversicherungsträger in Rückkopplung mit Präventionsanbietern und der Charité konzipiert und während eines 24-monatigen Zeitraums in Berlin und Brandenburg erfolgreich implementiert und erprobt. Die Evaluation durch die wissenschaftliche Begleitung zeigte, dass das primäre Ziel des Modellprojekts – die Steigerung von Anträgen mit n = 4.700, Bewilligungen mit n = 3.504 und die Inanspruchnahme mit n = 716 abgeschlossenen PINA-Programmvarianten (alle beteiligten Rentenversicherungsträger) und n = 496 abgeschlossene Auffrischungsphase RV Fit (ein beteiligter Rentenversicherungsträger) von DRV-Präventionsleistungen – erreicht und sogar deutlich übertroffen werden konnte. Diese Steigerung ist umso positiver zu bewerten, als der Beginn des Erprobungszeitraums noch in die Pandemiezeit fiel.

Die Inanspruchnahme der PINA-Präventionsangebote im Falle einer Bewilligung fiel höher aus als diejenige von RV Fit. Dies gilt bei genauerer Betrachtung vor allem für das Angebot BUSINESS. Die Inanspruchnahme der einzelnen PINA-Bausteine fiel erwartungsgemäß zum Ende der Präventionsleistung hin niedriger aus als zu Beginn der Prävention. Während es für die meisten PINA-Bausteine kaum nennenswerte Unterschiede bei der Inanspruchnahme bei den beteiligten Präventionsanbietern zu verzeichnen gab, zeigten sich beim Abschlusscoaching erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme zwischen den einzelnen Präventionsanbietern. Dies deutet auf unterschiedliche organisatorische Gegebenheiten bzw. Abläufe bei den verschiedenen Präventionsanbietern hin. Zwei Präventionsanbieter zeigten jedoch erfolgreich, dass es selbst im Rahmen eines Modellprojekts möglich ist, annähernd bei 80 % der Präventionsteilnehmenden ein Abschlusscoaching tatsächlich

durchzuführen. Dies lässt erwarten, dass bei guter Organisation eine hohe Inanspruchnahme der einzelnen PINA-Bausteine über den gesamten Präventionszeitraum hinweg möglich ist.

Bei allen Präventionsangeboten nahmen deutlich mehr Frauen als Männer teil. Jedoch konnten bei den PINA-Präventionsangeboten mehr Männer erreicht werden als dies bei RV Fit der Fall war. Auch lag das mittlere Alter bei den PINA-Programmvarianten unter dem mittleren Alter bei RV. Für das Präventionsangebot DO IT YOURSELF lag zudem der Anteil an teilnehmenden Versicherten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit erheblich über dem Anteil bei RV Fit. Dies könnte dafürsprechen, dass über die PINA-Präventionsangebote weitere Versichertengruppen mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erreicht werden konnten.

Die Kosten für die modellhaften Präventionsleistungen lagen gemäß den vorliegenden Daten insgesamt auf einem in etwa vergleichbarem Niveau zu RV Fit. Die Administration der PINA-Leistungen von Antragsbearbeitung bis zur finalen Abrechnung bei den Rentenversicherungsträgern fiel gegenüber RV Fit ressourcenaufwändiger aus, wie dies bei Einführung einer neuen, modellhaften Leistung zu erwarten war. Im Falle eines Übergangs von PINA als Regelleistung ist davon auszugehen, dass die Administration optimiert werden kann.

Die Wirksamkeit von PINA wurde gemäß Analysen der Präventionsteilnehmenden-Befragung, der Eingangs- und Abschluss-Assessments und der geführten Interviews durch die Beteiligten als insgesamt hoch eingeschätzt. Für nahezu alle Präventionsbereiche zeigten sich Verbesserungen am Präventionsende gegenüber dem Präventionsbeginn, hierunter bei körperlicher Aktivität im Alltag, bei Kräftigung der Muskulatur, beim Ernährungsverhalten und bei der Entspannungsfähigkeit. Der Großteil der Präventionsteilnehmenden setzte die während PINA erlernten Inhalte bzw. Verhaltensweisen sowohl im beruflichen als auch privaten Alltag zumindest teilweise um. Ein direkter Vergleich der subjektiven Wirksamkeit zwischen PINA und RV Fit ist nur anhand der schriftlichen Befragung möglich, da die anderen Primärerhebungen studienbedingt auf PINA-Teilnehmende beschränkt waren. Diese Auswertungen deuten darauf hin, dass PINA und RV Fit in etwa eine vergleichbare subjektive Wirksamkeit aus Sicht der Präventionsteilnehmenden haben dürften. Dies ist insofern beachtenswert als PINA mit etwa drei Monaten Dauer nur halb so lange dauert wie RV Fit und die Anzahl an Freistellungstagen erheblich reduziert ist.

Ebenso fiel die Zufriedenheit mit den PINA-Präventionsangeboten und deren einzelnen Bausteinen aus Sicht aller Beteiligten insgesamt hoch aus. Der Großteil der Teilnehmenden würde das Angebot erneut wählen. Geschätzt wurden auch die Individualität und Flexibilität der PINA-Angebote, die stärkere Wohn- und Arbeitsortnähe, die Präventionscoaches mit Begleitung der Teilnehmenden über den gesamten Präventionszeitraum sowie die Assessments zu Beginn und Ende der Präventionsleistung. Die Vielfalt der Kursauswahl für die Eigenaktivitätsphase über die Plattform GesundheitsTicket wurde gelobt. Zugleich war die Usability der Plattform und die Auswahl vor allem in Berliner Randbereichen und in Brandenburg nicht für alle Teilnehmenden im wünschenswerten Maße gegeben, insbesondere zu Beginn der Erprobung.

Das Angebot BUSINESS erhielt eine besonders gute Bewertung sowohl durch die Präventionsteilnehmenden selbst als auch die beteiligten Unternehmen und Präventionsanbieter. Positiv bewertet wurden u.a. der verstärkte Einbezug von Unternehmen mit einer Steigerung der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch die Beschäftigten, das Gruppensetting mit positiver Gruppendynamik von Beschäftigten und das aufsuchende Angebot von PINA im Unternehmen vor Ort, welches die Vereinbarkeit der Inanspruchnahme mit dem Alltag gesteigert hat. Das von der Deutschen Rentenversicherung verliehene Gütesiegel Prävention war bei Unternehmen insbesondere zur Außendarstellung nachgefragt. Bei BUSINESS ist zudem hervorzuheben, dass im Falle einer Bewilligung die Abschlussquote deutlich über derjenigen von DO IT YOURSELF und von RV Fit lag.

Auch dem Präventionsangebot DO IT YOURSELF wurde ein hohes Potenzial zugesprochen, beispielsweise für Beschäftigte aus kleineren und mittleren Unternehmen, bei denen kein BUSINESS-Angebot zur Verfügung steht. Teilweise ergaben sich Organisationsschwierigkeiten, so hinsichtlich der zeitnahen Bildung einer bis zu 15-köpfigen Präventionsgruppe, die jedoch bei einer höheren Nachfrage als prinzipiell lösbar erachtet wurden.

Das digitale PINA-Präventionsangebot DO IT YOURSELF-ONLINE wurde während des Erprobungszeitraums weniger stark nachgefragt als ursprünglich erwartet. Da es Schwierigkeiten gab, Präventionsgruppen in einem adäquaten Zeitraum zusammenzustellen, wurde DO IT YOURSELF-ONLINE nicht über den gesamten zweijährigen Erprobungszeitraum angeboten. Die Implementation fiel

unmittelbar in die Zeit am Ende der Corona-Pandemie, was möglicherweise zu einer gewissen Online-Müdigkeit bei der Zielgruppe geführt hat. Grundsätzlich wird jedoch künftig ein Nachfragepotenzial für die Online-Variante von DO IT YOURSELF gesehen – insbesondere bei Personengruppen, denen eine Teilnahme an Präsenzangeboten nicht möglich ist (z.B. unzureichende Präventionsangebotsstrukturen in Wohn-/ Arbeitsortnähe, schlechte Mobilitätsanbindung, Schichtarbeit, Care-Arbeit). Ein Hinweis darauf ist die in den letzten Jahren zunehmende digitale Verfügbarkeit und digitale Inanspruchnahme von (Teilen von) DRV-Regelleistungen, hierunter die Trainingsphase von RV Fit und verschiedene Reha-Nachsorge-Leistungen wie IRENA, T-RENA und Psy-RENA.

3 Erkenntnisse innovativer (Teil-)Ansätze und deren Wirkungen

Aus den Evaluationsergebnissen ergeben sich Erkenntnisse zu Implikationen für die Weiterentwicklung von Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Diese werden folgend auf Basis von einzelnen Erfolgsfaktoren sowie spezifisch für die Programmvariante BUSINESS beschrieben.

3.1 Präventionscoaches

Der Einsatz speziell geschulter Präventionscoaches stellt ein zentrales Element der Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit in der Durchführung der Präventionsleistungen dar. Die kontinuierliche Betreuung ‚aus einer Hand' gewährleistet eine verlässliche Ansprechperson über den gesamten Verlauf der Prävention hinweg und bietet einen ‚roten Faden'. Diese personelle Kontinuität kann Vertrauen schaffen, die Beziehungsarbeit stärken und damit die individuelle Verbindlichkeit unter den Präventionsteilnehmenden erhöhen. Die Präventionscoaches sind im Präventionsprozess Ansprechpersonen für die meisten PINA-Bausteine (Vollzeittage, Eingangs- und Abschlusscoaching, telefonische Betreuung).

Darüber hinaus übernehmen die Präventionscoaches eine Schlüsselrolle in der strukturierten Zielarbeit: Gemeinsam mit den Teilnehmenden werden individuelle selbstbestimmte Präventionsziele formuliert und durch Findung angemessener Umsetzungsschritte in realistische, überprüfbare Teilziele gegliedert. Im weiteren Verlauf begleiteten die Coaches den Zielerreichungsprozess aktiv. Diese zielorientierte Begleitung trägt maßgeblich zur Förderung von Motivation, Selbstwirksamkeit und einem nachhaltigen Verhaltenstransfer bei.

3.2 Assessments

Das strukturierte Eingangs- und Abschluss-Assessment ist ein zentrales Instrument zur individuellen und zielgerichteten Gestaltung der Präventionsleistungen. Es dient zu Beginn der Prävention der systematischen Erfassung des gesundheitlichen Ausgangszustands und des Gesundheitsverhaltens der Präventionsteilnehmenden. Im Fokus stehen dabei die zentralen Handlungsfelder berufliche Belastungen, psychische Befindlichkeit inkl. Bewältigungsverhalten und Umgang mit Stress, Ernährung, Suchtmittelkonsum, sowie Funktionsfähigkeit, Bewegung und körperliche Aktivität. Auf dieser Basis wird ein ganzheitliches Bild erstellt.

Durch den Einsatz eines visuell leicht verständlichen Ampel-Smiley-Systems werden die Ergebnisse für die Teilnehmenden nachvollziehbar aufbereitet. Dieses Feedbacksystem ermöglicht eine erste Orientierung über bestehende gesundheitliche Belastungen bzw. problematisches Gesundheitsverhalten und unterstützt Präventionscoaches und die Präventionsteilnehmenden selbst dabei, zentrale Problembereiche zu identifizieren. Gemeinsam mit den Präventionscoaches können diese Ergebnisse zusammen mit den Befunden des ärztlichen Check-Ups genutzt werden, um realistische und individuell bedeutsame Gesundheitsziele zu formulieren, die im weiteren Verlauf der Präventionsleistung gezielt bearbeitet werden.

Das abschließende Ausgangs-Assessment am Ende der Prävention dient der Evaluation des Zielerreichungsgrads. Es macht anschaulich sichtbar, welche Fortschritte erzielt wurden, in welchen Bereichen Gesundheitsziele erfolgreich erreicht werden konnten und wo gegebenenfalls Zielanpassungen notwendig sind. Darüber hinaus bietet es eine Grundlage für Empfehlungen zu weiterem gesundheitsförderlichem Verhalten nach Präventionsende: Es unterstützt die Teilnehmenden dabei, gesundheitsförderliche Aktivitäten zu identifizieren, die langfristig in ihren beruflichen bzw. privaten Alltag integriert werden können. Somit leisten die Assessments einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Prävention. Präventionsanbieter äußerten die Absicht, diese Assessments auch in der Regelversorgung einzusetzen.

3.3 Individualisierung (u.a. persönliches Präventionsbudget)

Die Möglichkeit, Präventionskurse individuell nach eigenen Interessen und Bedürfnissen auszuwählen, kann eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Prävention darstellen. Eine solche selbstbestimmte Vorgehensweise fördert nicht nur die Eigenverantwortung, sondern kann sich positiv auf Motivation, Selbstwirksamkeit, Aufrechterhaltung und langfristig gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen auswirken. Die interessen- und bedarfsorientierte Auswahl von Präventionskursen trägt dazu bei, dass sich die Präventionsteilnehmenden mit den Inhalten besser identifizieren können und diese als persönlich relevant erleben. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitsförderliches Verhalten auch tatsächlich langfristig in den Alltag integriert werden kann.

Zudem kann das große Portfolio an Präventionskursen dazu dienen, neue gesundheitsfördernde Aktivitäten überhaupt kennenzulernen und dann ggf. zu verstetigen. Im Erprobungszeitraum des Modellprojekts PINA wurde die Eigenaktivitätsphase über die Plattform GesundheitsTicket abgewickelt. Zukünftig wäre es auch denkbar, dass es eine DRV-eigene Plattform für die Vermittlung von zertifizierten Präventionskursen gibt, ggf. in Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Eine solche Präventionskurssuche könnte potenziell auch mit dem Präventionsportal der DRV www.rv-fit.de verbunden werden. Im Falle einer Implementierung in die Regelversorgung ist u.a. auf klarere Kursbeschreibungen und detailliertere Darstellungen der Kursstruktur, auf präzisere Filterfunktionen und auf eine verbesserte mobile Darstellung der Kursplattform zu achten als dies während der Erprobungsphase der Fall war. Zudem wurde ein einheitliches Buchungssystem von Präventionskursen angeregt, dass die Weiterleitung auf unterschiedliche externe Anbieterseiten vermeidet.

3.4 Flexibilisierung der Prävention

Die Beantragung und erfolgreiche Inanspruchnahme von Präventionsleistungen hängen wesentlich davon ab, wie gut sie sich in den Alltag der Zielgruppe integrieren lassen. Gerade Erwerbstätige stehen häufig vor der Herausforderung, berufliche, familiäre und persönliche Verpflichtungen mit gesundheitlichen Angeboten zu vereinbaren. Starre Strukturen mit festgelegten Zeitfenstern stellen dabei eine wesentliche Zugangshürde dar und können potenziell interessierte Personen von der Teilnahme abhalten oder diese erschweren (Spyra, 2018). Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass eine Flexibilisierung der Präventionsangebote sinnvoll sein kann, um Zugänge zu erleichtern und die Teilhabe zu erhöhen.

Besonders wirkungsvoll war in diesem Zusammenhang die Kombination aus drei einzeln Vollzeittagen sowie frei wählbaren Präventionskursen bei einer gegenüber RV Fit in etwa halbierten Gesamtdauer von circa drei Monaten. Diese modulare Struktur ermöglichte es den Präventionsteilnehmenden, ihre Präventionsleistung an die eigenen zeitlichen Ressourcen und individuellen Bedürfnisse anzupassen. Durch die vereinfachte Integration in den Berufs- und Familienalltag wurden Barrieren gesenkt und die Entscheidung zur Antragstellung und Teilnahme erleichtert. Ein weiterer Vorteil flexibler Präventionsformate liegt in ihrer größeren Passung zur Lebenswirklichkeit vieler Versicherter. Während klassische Programme wie RV Fit einen festen Ablauf und eine strukturierte Gruppenteilnahme über längere Phasen vorgeben, erlaubt das flexible PINA-Modell ein höheres Maß an Selbstbestimmung. Dies fördert nicht nur die Autonomie der Teilnehmenden, sondern auch ihre Identifikation mit dem Präventionsangebot – was sich positiv auf Motivation, Bindung und letztlich auch auf den Erfolg der Präventionsleistung auswirkt.

Insgesamt kann konstatiert werden: Flexible Präventionsangebote mit modularen Komponenten und Wahlfreiheit können eine niedrigschwellige, alltagsnahe und teilnehmendenorientierte Alternative zu starreren Programmen sein. Sie erhöhen die Vereinbarkeit mit beruflichen und privaten Verpflichtungen, senken Zugangshürden und steigern die Teilnahmebereitschaft insbesondere in Zielgruppen, die mit klassischen Formaten bisher schwer zu erreichen waren. Dazu zählen unter anderem Personen in Schicht- oder Wechseldiensten, mit wechselnden Arbeitsorten, mit familiären Pflege- oder Betreuungsverpflichtungen (Care-Arbeit) oder mit eingeschränkter Mobilitätsanbindung.

3.5 Sozialraumorientierung durch Wohn- und Arbeitsortnähe

Die gezielte Ausweitung der Zahl der Präventionsanbieter – sowohl für die Vollzeittage bzw. Coachings als auch für die Präventionskurse in der Eigenaktivitätsphase – erhöhte die örtliche Verfügbarkeit und machte Prävention durch größere Nähe zum Wohn- oder Arbeitsort alltagskompatibler. Durch die Einbindung zusätzlicher Anbieter wird die örtliche und auch zeitliche Verfügbarkeit der Präventionsangebote deutlich erhöht. Teilnehmende erhalten eine breitere Auswahl an Präventionskursen, die in räumlicher Nähe zu ihrem Wohn- oder Arbeitsort stattfinden. Die bessere Erreichbarkeit reduziert die notwendige Planungs- und Reisezeit und macht Prävention damit deutlich alltagskompatibler. Darüber hinaus stärkt eine größere Angebotsvielfalt auch die Möglichkeit zur passgenauen Kurswahl: Teilnehmende können aus einem breiteren Spektrum an Inhalten, Formaten und Veranstaltungszeiten wählen – und so besser auf gesteckte Gesundheitsziele, persönliche Interessen und berufliche oder private Rahmenbedingungen reagieren. Diese individuelle Anschlussfähigkeit stärkt das Gefühl von Selbstbestimmung und Relevanz, was sich positiv auf die Motivation zur nachhaltigen Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens auswirken kann.

3.6 Incentivierung von Unternehmen

Die Arbeitgeberausgleichszahlung stellt ein Instrument zur Incentivierung[1] und Entlastung von Unternehmen dar. Sie dient als finanzieller Ausgleich für die Entgeltfortzahlung und kann dadurch die Hemmschwelle zur Freistellung von Mitarbeitenden reduzieren und damit in Unternehmen die grundsätzliche Bereitschaft fördern, Präventionsmaßnahmen aktiv zu unterstützen. Ein besonders positiver Effekt zeigt sich, wenn Unternehmen die Arbeitgeberausgleichszahlungen nicht nur als Kompensation betrachten, sondern sie – wie in einigen Fällen dokumentiert – gezielt in die betriebliche Gesundheitsförderung re-investieren. Diese Re-Investition in eigene Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) führt zu einem multiplikativen gesundheitsförderlichen Nutzen: Die Wirkung der individuellen Präventionsmaßnahme wird betriebsintern verstärkt, indem sie in ein umfassenderes Gesundheits- und Präventionskonzept eingebettet wird. Damit trägt die Arbeitgeberausgleichszahlung nicht nur zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen bei, sondern unterstützt indirekt auch den Transfer der gesundheitsförderlichen Effekte zurück in den betrieblichen Alltag – was letztlich sowohl den Beschäftigten als auch dem Unternehmen zugutekommt. Eine mögliche Weiterentwicklung der Arbeitgeberausgleichszahlung könnte darin bestehen, diese für kleine und mittlere Unternehmen überproportional zu gestalten, da dort sowohl der Bedarf als auch der Nutzen besonders hoch eingeschätzt werden. Für größere Unternehmen hingegen könnte die Zahlung reduziert werden oder ganz entfallen.

3.7 Bewerbung von PINA

Schriftliche Kontaktierungen von Versicherten durch die Deutsche Rentenversicherung mit Hinweisen auf das DRV-Präventionsangebot zeigte eine deutliche Resonanz und trugen dazu bei, dass in der räumlichen Umgebung von Präventionsanbietern im Verlauf des Erprobungszeitraums genügend Anmeldungen für DO IT YOURSELF resultierten, um zeitnah Präventionsgruppen zusammenstellen zu können. Daher war dieses Vorgehen im Rahmen eines Modellprojekts zur Erprobung eines innovativen Präventionsangebotes zielführend. Allerdings war die Kontaktierung einer großen Anzahl an Versicherten erforderlich, um einen hinreichenden Effekt dieser Aktionen zu bewirken. Zudem ist das Auswahlkriterium räumliche Nähe nicht beliebig in der Fläche skalierbar und auf Dauer nicht das geeignetste Auswahlkriterium für die selektive Bewerbung von DRV-Präventionsangeboten. Vielmehr sollte der vorliegende Präventionsbedarf als Kriterium im Vordergrund stehen.

Möglicherweise könnten auf Basis von Routinedaten, die der DRV ohnehin vorliegenden, wie beispielsweise Krankengeldzahlungen oder Arbeitsunfähigkeitszeiten, Versicherte bedarfsgerecht ausgewählt und kontaktiert werden. Dies erfolgt für andere Anlässe teilweise bereits anhand des sogenannten Risikoindex Erwerbsminderungsrente, der in einem Indexwert verschiedene

[1] Anreiz für Zusatzleistungen, welche die Motivation bzw. Bereitschaft steigern sollen.

Routinedatenangaben von Versicherten vereint (Bethge et al., 2011). Noch zielgenauer könnten Kooperationen der Rentenversicherung mit Krankenkassen sein, um beispielsweise anhand von Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Zeiten von Arbeitslosigkeit gezielt Versicherte zu informieren, bei denen mutmaßlich ein Präventionsbedarf vorliegt.

Auch der Ü45-Check, der Präventions- und Rehabilitationsbedarf strukturiert erfasst, könnte zukünftig dazu beitragen, die Nachfrage nach DRV-Präventionsleistungen bedarfsgerechter zu gestalten. Es existieren mehrere Ü45-Check-Modellprojekte, bei denen teilweise auch die in PINA kooperierenden Rentenversicherungsträger beteiligt waren (Bitzer, Flaig, 2020; Kalski et al., 2023; Burchardi et al., 2025). Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung ist die flächendeckende Einführung eines solchen Ü45-Checks verankert (CDU, 2025). Jedoch ist die genaue Ausgestaltung des Ü45-Checks in der Regelversorgung aktuell noch unklar.

Besonders wichtig für die Nachfrage nach PINA hat sich neben der Bewerbung durch die Rentenversicherungsträger (sowohl bei Versicherten als auch Unternehmen) jedoch das persönliche und betriebliche Umfeld von Versicherten gezeigt. Gab es unter Kolleginnen und Kollegen bzw. im Familien- und Freundeskreis gute Erfahrungen mit PINA, so erwies sich dies als starker Anreiz für Versicherte, ebenfalls ein PINA-Präventionsangebot zu beantragen. Besonders bedeutsam für eine erfolgreiche Bewerbung von PINA ist somit eine große Zufriedenheit und wahrgenommene Wirksamkeit der Präventionsleistung, die an andere weitergetragen wird.

3.8 Programmvariante BUSINESS

Die speziell auf den betrieblichen Kontext zugeschnittene PINA-Programmvariante BUSINESS hat zusätzliche Erfolgsfaktoren aufgezeigt. Diese Aspekte, etwa die innerbetriebliche Bewerbung, die Rekrutierung von Beschäftigtengruppen, die positive Gruppendynamik unter Mitarbeitenden, die Durchführung vor Ort im Unternehmenssetting, könnten zudem auch für eine Weiterentwicklung bestehender Angebote wie RV Fit nutzbar gemacht und dort gezielt integriert werden.

Die im Folgenden genannten Faktoren haben dazu beigetragen, dass die Nachfrage nach BUSINESS groß war und dass die Antrittsquote bei BUSINESS-Teilnehmenden deutlich über derjenigen von RV Fit und DO IT YOURSELF lag. Diese Aspekte tragen auch der Rolle der Deutschen Rentenversicherung in der Nationalen Präventionskonferenz Rechnung, einen Fokus von Präventionsangeboten auf das Setting betriebliche Lebenswelten zu legen.

Innerbetriebliche Bewerbung:

Der aktive Einbezug der Unternehmen in die Bewerbung von PINA, insbesondere durch für die Gesundheit von Beschäftigten zuständige Unternehmenspersonen, führte zu größerer Reichweite, Nachfrage und auch Akzeptanz der Präventionsleistung unter Beschäftigten. In vielen Fällen löste die Antragstellung einzelner Mitarbeitender einen Domino-Effekt aus, der zu nachfolgendem Interesse bei weiteren Kolleginnen und Kollegen führte.

Gruppenangebote für Beschäftigtengruppen:

Das gemeinsame Absolvieren des Präventionsangebots von Beschäftigten förderte die Gruppendynamik und stärkte das betriebliche Miteinander – auch unter Beschäftigten, die im Arbeitsalltag sonst nicht regelmäßig miteinander in Kontakt stehen. Vielfach entwickelte sich sowohl in der Eigenwahrnehmung als auch in der Wahrnehmung der Unternehmen und Präventionsanbieter eine positive Dynamik, die teilweise in der Etablierung weiterer gemeinschaftlicher sportlicher Aktivitäten auch über die Präventionsleistung hinausführte.

Um künftig auch kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) besser zu erreichen, könnte die Bildung überbetrieblicher Gruppen benachbart gelegener Unternehmen eine geeignete Strategie darstellen. Gerade bei KMU kann es eine Herausforderung darstellen, viele Mitarbeitende auf einmal für die Teilnahme an Präventionsleistungen freizustellen. Bei Bedarf ließen sich für überbetriebliche Gruppen temporär geeignete Räumlichkeiten anmieten. Zur besseren Umsetzung von BUSINESS-Angeboten in der Fläche wäre zudem der verstärkte Einsatz mobiler Teams von Präventionscoaches sinnvoll.

Damit könnten insgesamt potenziell mehr kleinere und mittlere Unternehmen erreicht werden. Zugleich könnten die Unternehmen von einer stärkeren Netzwerkbildung profitieren.

Aufsuchende Durchführung im Unternehmen:

Die Durchführung der Vollzeittage der Präventionsleistung und teils weiterer PINA-Bausteine direkt am Arbeitsplatz senkten die Barriere zur Antragstellung und Teilnahme am Präventionsangebot und ermöglichten eine einfache Integration in den Berufsalltag, da Wege entfielen. Zwar unterschieden sich die räumlichen Gegebenheiten je nach Unternehmen, jedoch konnte in der Regel eine geeignete Räumlichkeit für die Durchführung von BUSINESS gefunden werden. Teilweise fanden die Vollzeittage jedoch auch beim Präventionsanbieter statt.

Gütesiegel Prävention:

Das Gütesiegel stieß bei Unternehmen auf positive Resonanz – insbesondere im Hinblick auf die Außendarstellung, etwa im Recruiting. Auch unternehmensintern kann es eine positive Wirkung entfalten. Sollte das Gütesiegel in die Regelversorgung überführt werden, könnte eine noch präzisere Definition der Vergabekriterien erfolgen. So wäre es sinnvoll, analog zu etablierten Qualitätssiegeln wie „Beruf & Familie“ einen Gültigkeitszeitraum festzulegen. Dies könnte dazu beitragen, den Anreiz für Unternehmen, sich langfristig aktiv an der Unterstützung von Präventionsangeboten zu beteiligen, nachhaltig zu sichern.

4 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

4.1 Begriffsklärung Verstetigung

In Anlehnung an die Definition von Herten, Meyer-Frieß, Müller und Seidel (2022) des Ergebnisberichts „Strategien und Ansätze zur Förderung von Nachhaltigkeit und Verstetigung von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune“ ist Verstetigung ein „Prozess hin zu einer nachhaltigen Wirkung einer Intervention der […] Prävention und bezieht sich auf die strukturelle, organisationale, personelle und/oder finanzielle Ebene. […]. Der Verstetigungsprozess ist durch eigenes Handeln beeinflussbar und zielt darauf ab, dass nachhaltige Wirkungen […] entstehen.“ (S. 24), um die Präventionsintervention oder einzelne nachhaltig wirkende innovative Bestandteile daraus, nach Projektende fortzuführen. Ab wann eine nachhaltige Wirkung als andauernder Zustand erreicht wird, konnte in diesem Rahmen nicht definiert werden.

Es wurde mittels der eingeschlossenen Literatur „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ (Kooperationsbund Gesundheitliche Chancengleichheit [KGC], 2017) operationalisiert, dass Nachhaltigkeit und Verstetigung gleichzusetzen sind und berichtet, dass Verstetigung in vier Umsetzungsstufen erfolgt. In Stufe eins wird der Bedarf für die Maßnahme festgestellt und festgelegt, welche gesundheitsbezogenen Lagen damit verändert werden sollen. In Stufe zwei wird die Maßnahme konzipiert und durchgeführt. Stufe drei wird erreicht, wenn Ergebnisse und Daten so dokumentiert wurden, dass diese als erfolgreich evaluiert wurden. Der Nachweis einer erfolgreichen Evaluation einer innovativen Präventionsintervention oder einzelnen Bestandteilen daraus, ist Ausschlaggebend für einen fortlaufenden Verstetigungsprozess innerhalb der Deutschen Rentenversicherung, um die Stufe durch Implementation ins Regelgeschäft abschließen zu können. Stufe vier beschreibt das Weiterentwickeln nach erfolgreicher Implementation ins Regelgeschäft, um neue Bedarfe zu erkennen und so daran auszurichten (Herten et al., 2022).

4.2 Einordnung der Evaluationsergebnisse als künftige Verstetigungsoption im Verstetigungsprozess

Bezugnehmend auf die beschriebenen Umsetzungsstufen des Kooperationsbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) ist die dritte Stufe durch die erfolgreiche Projektevaluation erreicht. Im fortlaufenden Verstetigungsprozess werden die Evaluationsergebnisse der innovativ erprobten (Teil-)Ansätze in die entsprechende Expertengruppe für Prävention (EGPRAE) zur Weiterentwicklung von Prävention und damit verbundenen für Prävention relevanten Gremienstruktur getragen, um den vollständigen Abschluss der Stufe im Sinne einer Implementation von (Teil-)Ansätzen ins Regelgeschäft anzustreben. Im Allgemeinen sprechen die Ergebnisse dafür, dass insbesondere die PINA Programmvariante BUSINESS das Regelpräventionsangebot RV Fit der Deutschen Rentenversicherung künftig ergänzen und weitere Zielgruppen erschließen könnte. Vor allem der Einbezug von Unternehmenspersonen mit Zuständigkeit für Mitarbeitergesundheit als weiteres erfahrungsbezogenes Projekt-Outcome, der aufsuchende Charakter und die proaktive innerbetriebliche Ansprache, führte im zweijährigen Erprobungszeitraum zu einer Steigerung der Präventionsinanspruchnahme.

Das Präventionsangebot vor Ort wurde insgesamt positiv bewertet, aufgrund einer sehr guten Vereinbarkeit der Präventionsinanspruchnahme mit dem persönlichen und beruflichen Alltag. Insbesondere könnte dadurch die Inanspruchnahme unter Berücksichtigung von fehlenden flächendeckenden DRV-Angebotsstrukturen in bestimmten ländlichen Regionen gesteigert werden. Ebenso könnte die BUSINESS Präventionsvariante speziell auf Beschäftigte ab 45 ausgerichtet werden und somit eine zusätzliche Strategie durch ein aufsuchendes ärztliches Angebot im Rahmen des verpflichteten Angebots zum Ü45-Check der DRV darstellen, um gezielt proaktiv diese Personengruppe anzusprechen. Zudem hatte die Gruppenbildung aus Beschäftigten eines Unternehmens weiterführende gesundheitsförderliche Effekte und führte beispielsweise zur Initiierung von betrieblichen Sport- bzw. Aktivgruppen.

Das eingesetzte Assessment kann einen wichtigen Beitrag für Beschäftigte darstellen, Unsicherheiten abzubauen, ob ein Präventionsbedarf und in welchen Feldern dieser vorliegt. Denkbar ist, das Assessment auf der RV Fit- oder Firmenservice-Homepage frei zugänglich zu machen, sodass Versicherte

die Möglichkeit haben ihren Präventionsbedarf festzustellen, was sich förderlich auf die Entscheidung zur Stellung eines Präventionsantrags auswirken sowie weitere Personengruppen erschließen und einen Nutzen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen darstellen kann. Ebenfalls haben die Präventionsanbieter den Einsatz des Assessments positiv bewertet und berichtet diese weiter nutzen zu möchten. Hier könnten die für Beschäftigtengesundheit zuständigen Unternehmenspersonen im Rahmen gezielt auf die Nutzungsmöglichkeit hinweisen.

Das im Rahmen der Programmvariante verliehene Präventionssiegel der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg war zudem seitens der Unternehmen sehr nachgefragt und kann somit einen weiteren motivationalen Faktor darstellen Beschäftigtengruppen zu bilden.

Die durch die Zuwendung geförderte innovative finanzielle Unterstützung für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen in Form von Arbeitgeberausgleichzahlungen stellte für Unternehmen einen Anreiz dar, ihre Beschäftigten zur Teilnahme an der Präventionsleistung (PINA Programmvarianten) zu ermutigen, war jedoch vorrangig in Unternehmen mit für Beschäftigtengesundheit zuständigen Personen nicht der ausschlaggebende Grund für das Interesse am BUSINESS- Programm teilzunehmen.

5 Aussicht auf Übertragbarkeit von (Teil-)Ansätzen für die bundesweite Implementation ins Regelgeschäft

Aufgrund der zahlreichen gesetzlichen Änderungen in den vergangenen Jahren zur Herstellung und Erhalt der Erwerbstätigkeit, hat die Deutsche Rentenversicherung in ihrem Auftrag der Förderung der beruflichen Teilhabe, klare Vorstellungen wie die Gegenwart und Zukunft von Prävention und Rehabilitation gestaltet werden kann im „Gemeinsamen Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung“ (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV], 2023) zur Weiterentwicklung von Prävention niedergelegt. Im Vordergrund steht Angebote zur Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben durch Leistungen, Handlungsstrategien und Entscheidungen am Ziel auszurichten, dass allen Versicherten entsprechend ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten eine bestmögliche Teilhabe ermöglicht werden kann. Anhand von evidenzbasierten Forschungs- und Modellprojekten werden die Leistungen stetig weiterentwickelt. Damit Präventionsleistungen in Anspruch genommen werden und wirksam sein können, sollen künftig Angebote besser an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen sowie räumlichen Gegebenheiten und Strukturen ausgerichtet werden.

Die erfolgreichen Evaluationsergebnisse des Modellprojekts PINA der Modellregion Berlin-Brandenburg stellen hier einen ersten wichtigen Beitrag gemäß des „Gemeinsamen Strategiepapiers der Deutschen Rentenversicherung“ für die Weiterentwicklung von Prävention zum Ausbau von Präventionsangeboten dar (DRV, 2023).

Voraussetzung für die Fortführung von (Teil-)Ansätzen der PINA Programmvariante(n) zum bestehenden Präventionsangebot bzw. deren Übernahme in das bestehende Präventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung RV Fit, wäre in weiteren Verstetigungsschritten eine entsprechende Anpassung des „RV Fit Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention“ (DRV, 2020) und der „Gemeinsamen Richtlinie der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ vom 28.06.2018 niedergelegten Organisation und Ausgestaltung notwendig.

Beim dem im Rahmen des Projektes PINA aus den Reha-Budgets der beteiligten Rentenversicherungsträger finanzierten persönlichen Präventionsbudget in Form eines Gesundheitstickets, handelte es sich um eine Geldleistung nach §11 SGB I, die den Versicherten mittelbar durch die Finanzierung von Präventionskursen zukam und somit seitens der beteiligten Deutschen Rentenversicherungen zu Gunsten der Versicherten erbracht wurde. Die bundeseinheitliche Übernahme dieser Entgeltleistung in den Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherung bzw. ins Regelgeschäft würde eine entsprechende gesetzliche Normierung und die Anpassung der oben erwähnten Präventionsrichtlinie erfordern. Gesetzt den Fall, müsste sich zudem noch die Frage gestellt werden, ob und inwieweit Versicherte nach § 50 SGB X zur Kostenerstattung bei nur teilweiser Inanspruchnahme von Präventionskursen herangezogen werden müssten bzw. könnten.

Trotz großem Interesse seitens der am Modellprojekt beteiligten Rentenversicherungsträger können aufgrund der aktuellen Rechtslage Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen finanzielle Mittel nur als "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" erhalten (siehe § 50 SGB IX); für Leistungen zur Prävention gibt es zum aktuellen Zeitpunkt noch keine entsprechende gesetzliche Regelung. Die Übernahme von Ausgleichszahlungen im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Prävention in den Leistungskatalog bzw. ins Regelgeschäft würde eine entsprechende gesetzliche Erweiterung beim Katalog der "ergänzenden Leistungen" vor entsprechender Berücksichtigung im Reha-Budget der Rentenversicherungsträger erfordern.

6 Projektlimitationen

Überwiegend hatten die im Modellprojekt durchführenden Präventionscoaches keine zertifizierte Weiterbildung zum Coach bzw. zur Coachin. Um Präventionscoaching künftig qualitätsgesichert ins Regelgeschäft zu implementieren, sollten einheitlich ausgebildete Coaches eingesetzt werden. Dafür wurde speziell ein Curriculum im Rahmen des Projekts erstellt.

Innerhalb der Projektumsetzung konnte der Zeitpunkt ab wann eine nachhaltige Wirkung erreicht wird im Sinne eines länger andauernden Zustands, unter Umständen nicht ausreichend zeitlich eindeutig abgegrenzt werden. Dies ist begründet in teilweise heterogenen Start- bzw. Beendigungszeitpunkten bei Inanspruchnahme des persönlichen Präventionsbudgets, insbesondere wenn es Schwierigkeiten gab einen geeigneten Präventionskurs zu finden, sonstigen Gründen wie nachholbare Kurs-Fehlzeiten oder zusätzlicher Inanspruchnahme eines weiteren Präventionskurses mit späterem Startzeitpunkt.

Literaturverzeichnis

Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F., Spyra, K. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. *Bundesgesundheitsblatt, 54(11).* 1221-1228.

Bitzer, E., Flaig, S. (2020): Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben frühzeitig erkennen. *Public Health Forum, 28(2).* 103-106.

Brünger, M., Bernert, S. (2025). *Modellprojekt zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme (PINA). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitung.* https://doi.org/10.5281/zenodo.14046832

Burchardi, J., Gellert, P., Brünger, M. (2025): A work-related health check to identify the need for rehabilitation and peventive care (Check-Up 45+): A multicenter randomized controlled trial in general practice (PReHa45). *Deutsches Ärzteblatt Int, 122*. https://doi: 10.3238/arztebl.m2025.0055.

Butterworth, S., Linden, A., McClay, W. & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal Of Occupational Health Psychology*, *11*(4), 358–365. https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.4.358

CDU, CSU und SPD. (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. https://koalitionsvertrag2025.de

Cheng, A. S. & Chan, E. P. (2009). The Effect of Individual Job Coaching and Use of Health Threat in a Job-Specific Occupational Health Education Program on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Back Injury. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, *51*(12), 1413–1421. https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3181bfb2a8

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (Dezember 2020). *RV Fit Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention.* https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/04_Rehabilitation/03_Rahmenkonzepte/rahmenkonz_praev_rvfit.html

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). (Februar 2023). *Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation.* https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/Strategie_Rehabilitation_Praevention_DRV_2023.html

Dresing, T., Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg

Duijts, S. F. A., Kant, I., Van den Brandt, P. A. & Swaen, G. M. H. (2008). Effectiveness of a Preventive Coaching Intervention for Employees at Risk for Sickness Absence Due to Psychosocial Health

Complaints: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, *50*(7), 765–776. https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3181651584

Herten, B., Meyer-Frieß, K., Müller, N. & Seidel, J. (2022). *Strategien und Ansätze zur Förderung von Nachhaltigkeit und Verstetigung von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune. Ein Scoping Review. Ergebnisbericht.* Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin. https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-NVvI_2022

Hill, B., Richardson, B. & Skouteris, H. (2015). Do We Know How to Design Effective Health Coaching Interventions: A Systematic Review of the State of the Literature. *American Journal Of Health Promotion*, *29*(5), e158–e168. https://doi.org/10.4278/ajhp.130510-lit-238

Hoffmann, W., Latza, U., Baumeister, S. E., Brünger, M., Buttmann-Schweiger, N., Hardt, J., Hoffmann, V., Karch, A., Richter, A., Schmidt, C. O., Schmidtmann, I., Swart, E., van den Berg, N. (2019): Guidelines and recommendations for ensuring Good Epidemiological Practice (GEP): a guideline developed by the German Society for Epidemiology. *Eur J Epidemiol, 34(3).* 301-317.

Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education And Counseling*, *97*(2), 147–157. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.026

Kooperationsbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2017). *Kriterien für gute Praxis der sozialla-genbezogenen Gesundheitsförderung.* https://bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/kriterien-fuer-gute-praxis-soziallagenbezogenen-gesundheitfoerderung/

Kuckartz, U. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim,* Beltz Juventa.

Spyra, K. (2018). Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine exploratorische Studie in Berlin und Brandenburg. *DRV-Schriften 2018*, *Tagungsband 113*, 257-259.

7 Anlagen

7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme
Akronym	PINA
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
	Charité Berlin – Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.11.2019 bis 31.10.2024

7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

assaabloy.com (2022). ASSA ABLOY erhält das Gütesiegel Prävention der DRV-Berlin-Brandenburg. https://assaabloy.com/de/de/stories/news/assa-abloy-guetesiegel-praevention-drv-berlin-brandenburg

Bauer, E. (2021). Infoveranstaltung zum Pina-Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung. https://campusvital.de/de/event/info_pina-modellprojekt-drv

bundesprogramm-rehapro.de (2019). PiNA Rehabilitation fördern, stärken, besser machen!. https://bundesprogramm-rehapro.de/pina

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (2021, 28. September). Gute Vorsätze haben jetzt bessere Chancen [Pressemitteilung]. https://deutsche-rentenversicherung.de/BerlinBrandenburg/DE/Presse/Pressemitteilungen/aktuelle_Pressemitteilungen/Gute_Vorsaetze_haben_jetzt_bessere_Chancen.html

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (August 2023). Sonderausgabe Newsletter: Neue Präventionsangebote. https://deutsche-rentenversicherung.de/BerlinBrandenburg/DE/Services/Firmenservice/newsletter_firmenservices/Newsletter_Inhalte/Sondernewsletter_PINA.html

Huthmann, S., Amoah, D., Schwarz, B. (2022). Prävention attraktiver machen - Inanspruchnahme steigern! Mit „PiNA“, einem Projekt der Deutschen Rentenversicherung in Berlin und Brandenburg. Welt der Krankenversicherung, 1-2.

Huthmann, S. (2022). MUTIG IN DEN RING … gegen den mächtigen inneren Gegner: Mehr bewegen, besser entspannen und gesünder essen. Die Rentenversicherung hilft dabei. zukunftjetzt, 2. https://deutsche-rentenversicherung.de/KnappschaftBahnSee/DE/Aktuelles/Meldungen/2022/zj4-21_2022_02_01.html

ihre-vorsorge.de (2022). Präventionsangebot wird trotz Pandemie ernster genommen. https://ihre-vorsorge.de/gesundheit/nachrichten/praeventionsangebot-wird-trotz-pandemie-ernster-genommen

Lombardt (2022). Starke Gesundheitsangebote der Deutschen Rentenversicherung in Berlin und Brandenburg. https://regiohealth.news/article/das-modellprojekt-pina-der-deutschen-rentenversicherung-ist-ein-praeventionsangebot

medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de (2022). Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme (PiNA). https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/forschung/rehabilitationsforschung/verbesserung_der_praeventions_inanspruchnahme_pina/

rehadat-forschung.de (2019). PINA – Modellvorhaben zur Steigerung der Präventionsinanspruchnahme. https://rehadat-forschung.de/de/suche/index.html?rloaded&q=PINA&sort=score+desc+page=1&mode=detail

Schröder, A. (2024). Wir brachten Bewegung in den Alltag unser Mitarbeitenden. https://museumfuernaturkunde.berlin/de/museum/jobs-und-karriere/hier-arbeiten/betriebliches-gesundheitsmanagement

Schwarz, B. (2019). Projektdarstellung PINA Modelvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme. https://modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdaten/Projektdarstellung_PINA.html

Stecker, C. (2021). Innovative Modellvorhaben der Rentenversicherungsträger im ersten Förderaufruf des Bundesprogramms „rehapro“. Deutsche Rentenversicherung, 1, 16-30. https://www.researchgate.net/publication/350849690_Innovative_Modellvorhaben_der_Rentenversicherungstrager_im_ersten_Forderaufruf_des_Bundesprogramms_rehapro_Innovative_model_projects_of_the_German_pension_insurance_institutions_in_the_first_call_for_

7.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Bernert, S., Brünger, M. (2024, 14.-15. März). Motive und Informationsquellen für die Beantragung von und Zufriedenheit mit Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung [Konferenzpräsentation]. Zweite Fachkonferenz rehapro, Duisburg-Essen, Deutschland. https://belegung.uni-due.de/lsf/rds?state=verpublish&status=init&vmfile=no&modu-leCall=webInfo&publishConfFile=webInfo&publishSubDir=veranstaltung&veranstaltung.veranstid=397069&expand=719353

Bernert, S. et al. (2024). Motive und Informationsquellen für die Beantragung von und Zufriedenheit mit Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Fachkonferenz Gesundheit gemeinsam – Kooperationstagung der GMDS, DGSMP, DGEpi, DGMS und DGPH, German Medical Science. https://dx.doi.org/10.3205/24gmds563

Brünger, M. et al. (2024, 22.-23. Februar). Beweggründe und Informationsquellen für die Beantragung von Präventionsangeboten der Deutschen Rentenversicherung [Konferenzpräsentation]. 5. Charité- Versorgungskongress, Berlin, Deutschland.

Brünger, M. et al. (2024). Motive und Informationsquellen für die Beantragung von und Zufriedenheit mit Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften 2024, 130: 166-168. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/reha_kolloquium/TB-33Reha-Koll.html

Brünger, M., Bernert, S. (2024, 5. November). Modellvorhaben zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme (PINA). Welche Ansätze sind wirksam? [Präsentation]. 7. Fokusveranstaltung rehapro, Berlin, Deutschland.

Brünger, M., Bernert, S. (2025). Modellprojekt zur Verbesserung der Präventionsinanspruchnahme (PINA). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitung. https://doi.org/10.5281/zenodo.14046832

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages