TATKRAFT

Gesund im Alter durch Betätigung
Programm zur Gesundheitsförderung

Reinhild Ferber (Projektleitung)
Herta Dangl
Annika Grote
Daniela Kölling
Dr. Ulrike Marotzki
Moreen Rach
Rainer Schmitt
Kathrin Weiß

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

EDITION VITA ACTIVA
eine Initiative von Aha ...

herausgegeben von

Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber

gefördert durch

DEUTSCHER VERBAND DER **ERGOTHERAPEUTEN** E.V. | DVE

Projekt-/Autorengruppe

Ende 2009 rief der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) eine Projektgruppe mit der Zielsetzung ins Leben, ein Programm zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu erstellen. Dieses Programm sollte auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und konkrete Handlungsanweisungen für die Umsetzung in der Praxis bieten. Für die geplante spätere Evaluierung des Programms an einer Hochschule musste der Aufbau auch methodisch wissenschaftlichen Kriterien genügen.

Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die acht Mitglieder der Projektgruppe so ausgewählt, dass jüngere und ältere Kollegen und Kolleginnen (bereits berentet) sowohl aus der praktischen Arbeit als auch aus der Forschung/Lehre vertreten waren. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass sie aus ganz Deutschland kamen.

Kontakt über: tatkraft@dve.info

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

TATKRAFT

Gesund im Alter durch Betätigung
Programm zur Gesundheitsförderung

Entwickelt durch eine Projektgruppe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten

Reinhild Ferber (Projektleitung)
Herta Dangl
Annika Grote
Daniela Kölling
Dr. Ulrike Marotzki
Moreen Rach
Rainer Schmitt
Kathrin Weiß

Das Gesundheitsforum

Schulz-Kirchner Verlag

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2012
ISBN 978-3-8248-0882-3
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2012
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner
Fachlektorat: Reinhild Ferber
Lektorat: Doris Zimmermann
Layout: Susanne Koch
Titelfotos: Archiv Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
Druck und Bindung: Elektra GmbH, Frankfurter Str. 24, D-65527 Niedernhausen
Printed in Germany

Dieses Buch ist auch als E-Book erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0909-7

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgebern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeber bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort zur Reihe . . . 9
Einleitung . . . 11
Zielgruppe . . . 13
Lebenssituation der Zielgruppe . . . 13
Eingrenzung der Zielgruppe . . . 14
Teilnahmevoraussetzungen . . . 14
Ausschlusskriterien . . . 14
Veranstaltungsort . . . 14

Ziel/Absicht . . . 15

Konzeptionelle Annahmen . . . 15
Ergotherapie und Gesundheitsförderung . . . 16
Salutogenese . . . 16
Werte und Überzeugungen der Ergotherapie . . . 17
Ergotherapeutische Modelle . . . 18

Inhalte des Programms – Module . . . 21
Das Programm „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung" . . . 21
Die Module . . . 22
Aufbau der Module und Umgang mit den Modulen . . . 23
Zielebene der Module . . . 24

Umsetzung und methodisches Vorgehen . . . 25
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität . . . 25
Preiskalkulation . . . 26
Möglichkeiten zur Senkung der Teilnehmerkosten . . . 26

Umfeldanalyse . . . 28
Standortpositionierung – Wie versteht sich das Programm? . . . 28
Kernmerkmale des Programms (Alleinstellungsmerkmal) – Was macht das Programm einzigartig und besonders? . . . 28
Zielgruppenanalyse unter regionalen Bedingungen . . . 29
Wer sind meine Mitbewerber? . . . 30
Nutzen des Programms für verschiedene regionale Akteure . . . 30

Einführung des Programms am Markt . . . 31
Zugang zur Zielgruppe . . . 31
Wie erfahren die Teilnehmer vom Programm? . . . 31
Aspekte, die bei der Bewerbung des Programms wichtig sind . . . 31
Kommunikationskanäle . . . 31
Kooperationspartner und mögliche Netzwerke . . . 32
Wer unterstützt das Programm ideell und finanziell? . . . 33
Grundsätze in der Partnergewinnung . . . 33
Den Netzwerkgedanken fördern . . . 33

Dokumentation/Evaluation . . . 35
Evaluationsinstrumente . . . 35
Programmunterlagen . . . 36
Nachfolgetreffen . . . 36

Vernetzung mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten . . . 36
Nutzen des Programms kommunizieren . . . 36

Qualifikation und Kompetenzen der Ergotherapeuten . . . 37
Kompetenzen . . . 37
Weitere Qualifikationen . . . 37
Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) . . . 38

Literaturverzeichnis . . . 39

Modulhandbuch Stand 1. Mai 2011 . . . 41
Die Module . . . 42
Liste der Anlagen . . . 43
Vorbereitung auf die Module . . . 44
Anlage 1: „Evaluationsbogen für die Teilnehmer" . . . 45
Anlage 1: „Evaluationsbogen für die Teilnehmer" . . . 46
Anlage 2: „Teilnehmerbefragung sechs Monate nach Programmende" . . . 48
Anlage 3: „Rückmeldebogen an den DVE" . . . 49

Basismodul 1 – Der erste Schritt zur Gesundheitsförderung . . . 55
Anlage 4: „Wie sind die Teilnehmer auf das Programm aufmerksam geworden?" – Bogen für die Moderatorin . . . 57
Anlage 5: „Modulüberblick und Wichtigkeit" . . . 58

Basismodul 2 – Kontakt mit anderen . . . 59
Anlage 6: „Interessencheckliste" . . . 63
Anlage 7: „Bedeutung von Freundschaft" . . . 65
Anlage 8: „Besuche" . . . 66

Basismodul 3 – Der Hände Werk . . . 67

Basismodul 4 – Carpe diem – Nutze den Tag . . . 71
Anlage 9: „Aktivitätstagebuch für zwei Tage" . . . 73
Anlage 10: „Aktivitätsanalyse" . . . 74
Anlage 11: „Rollencheckliste" . . . 75

Basismodul 5 – Gesundheit durch Betätigung . . . 77
Anlage 12: „Wortassoziationen" . . . 80

Wahlmodul 6 – Sicher im Alltag . . . 81
Anlage 13: „Optionaler Beobachtungsbogen für Aktivitäten" . . . 85
Anlage 14: „Checkliste Wohnraumanpassung" . . . 86
Anlage 15: „Änderungsbedarf" . . . 89

Wahlmodul 7 – Ernährung und Betätigung . . . 91
Anlage 16: „Übung zum Genießen" . . . 93

Wahlmodul 8 – Finanzen . . . 95
Anlage 17: „Geld kann … Geld kann nicht …" . . . 98
Anlage 18: „Geld kann … Geld kann nicht …" . . . 99
Anlage 19: „Wo kann ich sparen?" . . . 100
Anlage 20: „Um Geld zu sichern …" . . . 101

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Anlage 21: „Meine Kartenzahlungen" . . . 102
Anlage 22: „Meine Zahlungen per Dauerauftrag, Lastschrift etc.". . . . 103
Anlage 23: „Finanzielle Hilfestellungen" . . . 104
Anlage 24: „Tarife und Verbrauch" . . . 105
Anlage 25: „Reisen" . . . 106
Anlage 26: „Reisecheckliste" . . . 107

Wahlmodul 9 – Möglichkeiten der Unterstützung in der Umgebung . . . 109
Anlage 27: „Nutzung der Angebote aus der Umgebung" . . . 111
Anlage 28: „Wünsche für eine Unterstützung" . . . 112

Wahlmodul 10 – Ehrenamt und seine Organisation . . . 113
Anlage 29: „Ehrenamt" . . . 116

Wahlmodul 11 – Lebenslanges Lernen – Neue technische Medien . . . 117
Anlage 30: „Das wollte ich schon immer wissen und lernen" . . . 121
Anlage 31: „Teilen von Fähigkeiten" . . . 122

Basismodul 12 – Abschluss . . . 123
Anlage 32: „Fragen zum Abschluss" . . . 126
Anlage 33: „Liste für die Abschlussfeier: Wer – Was?" . . . 127

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Vorwort zur Reihe

„Jeder Mensch ist anders." Dies ist eine häufige Antwort auf die Frage, wie Ergotherapeutinnen bei einem bestimmten Krankheitsbild oder einem definierten Rehabilitationsziel vorgehen. Die Antwort bringt die therapeutische Haltung zum Ausdruck, sich ganz auf die Bedarfe und Ziele des Gegenübers einzustellen und in dieser Orientierung über die Wahl der Mittel, Medien und Methoden und somit auch über die spezifische Nutzung der Therapiezeit zu entscheiden.

Was die Antwort nicht reflektiert, ist, dass die Verfügbarkeit therapeutischer Ressourcen immer begrenzt ist. Zudem ist häufig nicht gesichert, ob die vorhandenen Ressourcen auch die tatsächlich sinnvollsten sind und ob sie den richtigen Umfang haben, um den Klienten zu unterstützen.

Die Anforderungen an moderne Therapieangebote wachsen unaufhaltsam. Gefordert werden ein effektiver und effizienter Einsatz der therapeutischen Mittel, die Nutzung therapeutischer Methoden auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, Klienten- und Ergebnisorientierung im therapeutischen Prozess, die Implementierung von Qualitätsmanagement sowie die Evaluation der therapeutischen Maßnahmen mit passenden Instrumenten, womit eine kontinuierliche Verbesserung des Angebotes gesichert werden soll.

Ergotherapeutische Programme bilden eine noch junge Entwicklungslinie in der internationalen Ergotherapie. Sie werden als eine mögliche Antwort auf die genannten komplexen Herausforderungen an gesundheitsbezogene Dienstleistungen gesehen, wobei die Zielindikation, Gemeindeorientierung und Modellbasierung eine besondere Rolle spielen (Mandel et al. 1999, Fazio 2001, Kielhofner 2008). In der deutschsprachigen Ergotherapie ist die Idee Programme zu entwickeln, mit der verstärkten Diskussion um gesundheitsförderliche und präventive ergotherapeutische Angebote in Gang gekommen (DVE 2006). Die bekanntesten Beispiele sind wohl Rückenschule und Gelenkschutzgruppe. Gerade diese Beispiele machen deutlich, dass die zur Programmentwicklung gehörende Abstraktion vom konkreten Klienten auf die Gruppe, zu der er gehört, auch für den Einzelnen einen Gewinn bringen kann: Von Anfang an ist der Therapieprozess auf spezifische Bedarfe und Ziele mit passenden Ressourcen eingerichtet, sodass man sich in der therapeutischen Arbeit auf das Wesentliche konzentrieren und dort die Zeit und Mittel einsetzen kann, die nachgewiesenerweise notwendig und sinnvoll sind.

Ergotherapeutische Programme – gleich ob in Therapie, Gesundheitsförderung oder Prävention – sind optimalerweise durch folgende Kennzeichen charakterisiert:

- Definition einer Zielgruppe
- Ergotherapeutische Bedarfsanalyse
- Planung und Implementierung einer auf diese Bedarfe zugeschnittenen Maßnahme in Form eines Problemlöseprozesses in mehreren Schritten
- Handbuch einschließlich Programmtheorie (Wirk- und Zusammenhangsannahmen)
- Prozess- und Ergebnisevaluation des Programms mit einer Auswahl passender Instrumente
- Evaluationsstudien
- Evidenznachweise

Die Reihe ERGOTHERAPEUTISCHE PROGRAMME ist die jüngste in der EDITION VITA ACTIVA. Wie für die Reihen ERGOTHERAPEUTISCHE ASSESSMENTS und ARBEITSANLEITUNGEN gilt: Programme, die in die Reihe aufgenommen werden, sollen über ein ausgearbeitetes Handbuch verfügen. Hiermit ist erstens gewährleistet, dass eine gründliche und strukturierte Einarbeitung und Durchführung im ergotherapeutischen Kontext durch Berufsangehörige möglich ist. Zweitens ist so eine wichtige Voraussetzung gegeben, diese Programme einem fortlaufenden systematischen Entwicklungs-, Erprobungs- und Validierungsprozess zu unterziehen.

Natürlich sollten Programme, die in dieser Reihe erscheinen, optimalerweise schon einen Erprobungsprozess durchlaufen haben und Evaluationsergebnisse vorweisen können. Dies ist jedoch keine Voraussetzung. Wer den Professionalisierungsstand der deutschen Ergotherapie kennt, weiß, dass eine derartige Auflage unrealistisch ist. Derzeit werden Programme bspw. im Rahmen von Bachelor- und Master-Arbeiten entworfen, allerdings fehlt es noch an Realisierungen bzw. Möglichkeiten zur Implementierung.

Die Reihen der EDITION VITA ACTIVA repräsentieren mit den in ihr erscheinenden Assessments, Befunderhebungsinstrumenten und Programmen einen bestimmten Entwicklungsschritt im Professionalisierungsprozess ergotherapeutischer Praxis: die Einsicht in die Notwendigkeit terminologischer Genauigkeit sowie standardisierter und wissenschaftlich überprüfter Vorgehensweisen. Insgesamt will VITA ACTIVA hiermit einen Beitrag zum kritischen Umgang mit Erhebungsinstrumenten und

zur Qualitätssicherung ergotherapeutischer Maßnahmen leisten. Nachfolgend werden Studien zu den in dieser Reihe erschienenen Instrumenten und Programmen erforderlich sein und hoffentlich auch angeregt.
Erst gut validierte Grundlagen, von denen es bisher noch zu wenige gibt, werden langfristig dazu beitragen, dass auch die deutschsprachige Ergotherapie bspw. im Rahmen größerer Forschungsprojekte ihren genuinen Beitrag zu Therapie-, Rehabilitations- und Präventionserfolgen evident nachweisen kann.

Die Herausgeber
Ulrike Marotzki, Christiane Mentrup, Peter Weber

Literatur

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) e. V. (2006). „Prävention und Gesundheitsförderung" in der Ergotherapie. Broschüre, Karlsbad.

Fazio, L. (2001). Developing occupation-centered Programs for the Community: A Workbook for Students and Professionals. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Kielhofner, G. (2008). Model of Human Occupation. Theory and Application. 4th ed., Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Mandel, D., Jackson J., Zemke, R., Nelson, L., Clark, F. (1999). Lifestyle Redesign. Implementing the Well Elderly Program. Betesda: The American Occupational Therapy Association Inc.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Einleitung

Das Leben fordert den Menschen täglich auf ein Neues heraus, weil es vielfältige Veränderungen bereithält, die vom Menschen erlebt und bewältigt werden müssen.

In einigen Phasen des Lebens sind diese Veränderungen besonders markant. Man spricht hier von Lebensübergangssituationen oder Transitionen[1]. So wird auch der Übergang zwischen Erwerbsleben und Ruhestand als einschneidende Situation dieser Art erlebt, die oft nicht leicht zu bewältigen ist. Der ältere Mensch muss mit den vielfältigen Anforderungen des Lebens, die eine Anpassungsleistung seinerseits notwendig machen, umgehen.

Um ältere Menschen in dieser Lebensphase zu unterstützen und ihre Gesundheit weitestgehend zu erhalten, wurde 2009 vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) eine Projektgruppe zur Entwicklung eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung älterer Menschen ins Leben gerufen.

Dieser Entwicklung vorausgegangen ist die stärkere Ausrichtung des DVE auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Einflüsse und der Entwicklungen im Ausland rückt dieses Thema stärker in den Fokus der Berufsgruppe.

Der DVE veröffentlichte 2006 eine Broschüre zu diesem Thema, die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Wegweiser dienen soll, eigene Präventionskonzepte zu entwickeln. Workshops mit dieser Thematik sind stets gut besucht, Konzepte werden erstellt und vor Ort – wenn auch nur vereinzelt – ausprobiert. Ein allgemeines Problem ist es, Rückmeldungen aus der Praxis zu erhalten. Somit ist nur schwer zu überprüfen, welche ergotherapeutischen Präventionskonzepte auf dem Markt sind, ob sie erfolgreich durchgeführt werden und welche Faktoren dazu beitragen, dass Konzepte Bestand haben bzw. nicht dauerhaft implementiert werden.

Daneben startete im Dezember 2005 das sogenannte „DACHS-Projekt" unter dem Titel: „Ergotherapie 2010 – Weiterentwicklung des Berufes und der Ausbildung im Bereich der Ergotherapie insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Arbeitsmarkt und Berufsbefähigung (employability)". Es nahmen Deutschland (D), Austria (A), Schweiz (CH) und die Region Südtirol (S) daran teil, die Finanzierung erfolgte durch den europäischen Sozialfonds (EFS). Das Ergebnis dieses Projektes aus dem Jahr 2007 zeigt auf, über welches Wissen und welche Kompetenz gerade Ergotherapeuten[2] in ganz besonderem Maße verfügen, um sich mit der Thematik Gesundheitsförderung und Prävention zu beschäftigen. Es wurde aber auch deutlich, dass bisher wenig davon in der Praxis umgesetzt ist (Dachs 2007 und DACHS-Projekt Internet Veröffentlichung).

Die Projektgruppe des DVE sollte ein konkretes Konzept zur Gesundheitsförderung[3] für ältere Menschen auf der Grundlage der DVE-Broschüre erstellen. Das Konzept soll anschließend möglichst vielen interessierten DVE-Mitgliedern zur Verfügung stehen, die dann vor Ort die Umsetzung ausprobieren. Die gemachten Erfahrungen sollen dem DVE zurückgemeldet und systematisch evaluiert werden.

Ein solches Konzept wurde erarbeitet und liegt nun als ausgearbeitetes Programm vor. Es besteht aus einem Theorieteil und einem Manual mit praktisch umsetzbaren Inhalten.

1 Unter Transition wird ein Prozess verstanden, der mit tiefgreifenden Veränderungen in vertrauten Lebensbereichen und gewohnten Rollen- und Beziehungsmustern verbunden ist. Hiermit können heftige Emotionen und Stress verbunden sein. Diese Übergangssituation führt auch zu einem Wandel in der Identität (Griebel, Niesel 2004; Felden v., Schiener 2010).

2 Zur besseren Lesbarkeit wird stets die männliche Form bei Personen benutzt. Eine Ausnahme wird bei „Moderatorin" und „Ergotherapeutin" gemacht. Selbstverständlich sind stets beide Geschlechter gemeint.

3 Gesundheitsförderung hat zum Ziel, Menschen in die Lage zu versetzen, durch Eigenaktivität ihre Gesundheit zu erhalten und gesund erhaltende Ressourcen zu stärken. Dem gegenüber richten sich Präventionsmaßnahmen auf die Beeinflussung von Risikofaktoren. Sie werden eingesetzt, um gezielt bestimmte Erkrankungen zu verhindern.

Das jetzt vorliegende Programm „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung" beruht auf der DVE-Broschüre und den Erkenntnissen aus dem DACHS-Projekt, es entspricht dem Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008 (Spitzenverbände der Krankenkassen 2000/2008) und orientiert sich an der Ottawa-Charta (WHO 1986). Zugrunde gelegt sind das „Lifestyle-Redesign-Program" (Mandel et al. 1999) und „Lifestyle Matters" (Craig, Mountain 2007).[4]
Das vorliegende Manual hat die Absicht, praktisch orientiert und anwendbar zu sein.

Für eine Erfolg versprechende Durchführung und Evaluation des Programms „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung" ist es unabdingbar, dass das Programm, so wie es hier vorliegt, in allen verpflichtend vorgegebenen Einzelkomponenten und Evaluationsinstrumenten angewendet wird.

Es ist notwendig, die tatsächlichen Bedürfnisse älterer Menschen in Deutschland zu berücksichtigen, um die einzelnen Module so genau wie möglich darauf abstimmen zu können. Daher wird die Umsetzung längerfristig durch die Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminden/Göttingen begleitet und evaluiert. Daraus resultierende Ergebnisse werden in eine spätere Überarbeitung des Programms einfließen.

4 Hierbei handelt es sich um die Varianten eines Gesundheitsförderprogramms, das zunächst in den USA unter dem Namen „Lifestyle-Redesign-Program" entwickelt, erprobt und evaluiert wurde (Mandel et al. 1999). Von 2005 bis 2008 wurde dieses Programm im Rahmen eines Projektes des European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) in Großbritannien, Belgien, Norwegen, Niederlande und Portugal kulturspezifisch angepasst und erprobt (ENOTHE 2008). Zur britischen Variante, dem „Lifestyle Matters", liegt ein umfangreiches Handbuch vor (Craig, Mountain 2007).

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Zielgruppe

Lebenssituation der Zielgruppe

Berechnungen zur Altersentwicklung in Deutschland gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2040 jeder dritte Einwohner zur Gruppe der über 65-Jährigen gehören wird. Im Gegensatz zu früheren Generationen (BMFSFJ 2005) werden diese Menschen eine höhere Erwartung an ein aktives, selbstbestimmtes und mitverantwortliches Leben stellen. Die Chancen dafür stehen gut, denn noch nie waren ältere Menschen so vital wie heute, war die medizinische Versorgung auf einem so hohen Niveau.

Bei steigender Lebenserwartung steigt auch die Anzahl der Lebensjahre ohne körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigung und damit die Möglichkeit, Selbstständigkeit im Alltag zu bewahren. Die heute 70-Jährigen weisen einen Gesundheitszustand auf, der dem der 65-Jährigen vor 30 Jahren entspricht (Kruse 2005).

Laut einer Erhebung der Universität Leicester 2008 müssen heute 50-jährige Deutsche jedoch davon ausgehen, dass sie im Schnitt nur noch 14 weitere Jahre in guter körperlicher und geistiger Verfassung vor sich haben und damit das gesetzliche Rentenalter von 65 Jahren nicht ohne gesundheitliche Einschränkungen erreichen. Dabei liegt das faktische Renteneintrittsalter bereits seit Jahrzehnten – und nicht erst seit heute – bei 60 Jahren (Kruse 2005). Politisch wird seit einiger Zeit diskutiert, inwieweit das gesetzliche Renteneintrittsalter erhöht werden kann. Aus diesem Grund sind intensive Gesundheitsförder- und Präventionsmaßnahmen für Menschen im Erwerbsleben notwendig, damit Erwerbstätigkeit bei Gesundheit erfolgen kann und frühzeitige Berentungen vermieden werden können.

Derartige Angebote sind naheliegend, gesellschaftspolitisch erwünscht und werden vermehrt von unterschiedlichen Anbietern am Markt platziert. Davon profitiert die wachsende Anzahl der nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Menschen aber nur unzureichend, da ihre Lebensumstände im Wandel begriffen sind und neue Herausforderungen vor ihnen liegen.

Wenn wir davon ausgehen, dass zukünftige ältere Generationen ein starkes und gesundes Bedürfnis nach einer eigenverantwortlichen, teilnehmenden und zufriedenstellenden Lebensweise formulieren, sollten Möglichkeiten und Konzepte vorliegen, wie Autonomie im Alter erhalten und damit der Zeitpunkt der Hilfsbedürftigkeit nach hinten verschoben werden kann.

So formulierte der Sachverständigenrat in seinem „Sondergutachten Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens": „Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhaltens einer angemessenen Lebensqualität und Selbstständigkeit. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderung kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Priorität zu. Der derzeit geringe Stellenwert altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur" (Sachverständigenrat 2009).

Etliche Risikofaktoren, die zu einem Rückgang von Selbstständigkeit und Zufriedenheit im Alter führen, sind bekannt.
Dazu gehören z. B. (Lindenberger et al. 2010):

- Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand
- Erleben von Verlust in Familie und Partnerschaft
- Körperliche Erkrankungen, die sich auf die geistige Leistungsfähigkeit auswirken und umgekehrt
- Mangel an Bewegung
- Mangel an sozialen Kontakten, Betätigungen und Verantwortung
- Falsche Ernährung etc.

Grundsätzlich tendieren veränderte Lebenssituationen dazu, Gesundheit und Lebensqualität im Alter dauerhaft negativ zu beeinflussen, sofern kein aktives Gegensteuern erfolgt.

„Menschen, die mit ihrer Lebenssituation insgesamt zufrieden sind, erleben sich eher als gesund, auch wenn sie an chronischen Erkrankungen leiden und/oder sich mit funktionellen Einschränkungen auseinandersetzen müssen. Tatsächlich hat das subjektive Gesundheitsempfinden messbaren Einfluss auf die Lebenserwartung." (BMGS 2007, 18).

Der ergotherapeutische Ansatz zur Gesundheitsförderung macht sich zunutze, dass die Bedeutung persönlich sinnerfüllter Betätigungen für den Erhalt des körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens mittlerweile unbestritten ist. Sinnerfüllten Betätigungen kommen gerade in Zeiten kritischer Lebensereignisse besondere Relevanz zu. Dies gilt auch für die Bewältigung von Lebensübergängen im Sinne einer Neuausrichtung des Alltags und anschließender Stabilisierung.

Das vorliegende Programm „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung" richtet sich deshalb an ältere Menschen, die sich in ihrer Lebenswelt neu orientieren müssen und möchten.

Die älteren Menschen sollen in ihren Bemühungen unterstützt werden, persönlich anregende Interessen und sinnerfüllte Aufgaben zu finden, sich um ihre Gesundheit zu kümmern und über eine insgesamt aktive Lebensgestaltung auf unterschiedlichen Ebenen ihre Lebenszufriedenheit zu erhalten oder zu verbessern.

Eingrenzung der Zielgruppe

Die Zielgruppe, die sich durch dieses Programm angesprochen fühlen soll, wird nicht an einem bestimmten Alter festgemacht. Das Programm richtet sich an:

- Ältere Menschen in Lebensübergängen wie Übergang Beruf/Ruhestand, neue Wohnsituation, Verlust des Partners, Verlust von sozialen Kontakten und Ähnliches
- Ältere Menschen, denen durch derartige Übergangssituationen sinnvolle/erfüllende Betätigungen fehlen oder die solche Betätigungen nicht identifizieren können
- Ältere Menschen mit dem Bedürfnis nach Betätigungswechsel

Teilnahmevoraussetzungen

Zur Teilnahme am Programm sind verschiedene Voraussetzungen notwendig:

- Kognitive Ressourcen zur Selbstregulation und zur selbstständigen Betätigungsanalyse (die Unterstützung dazu erfolgt durch die Teilnahme am Programm)
- Aufsuchen des Veranstaltungsortes (körperliche Handicaps müssen durch entsprechende Hilfsmittel und Transportorganisation lösbar sein)
- Persönlicher Wunsch nach bedeutungsvoller Betätigung und Teilhabe
- Persönlicher Wunsch nach Veränderungen in der aktuellen Lebenssituation oder Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses durch Veränderung im Betätigungsspektrum.

Ausschlusskriterien

Bestimmte Kriterien verhindern die Teilnahme am Programm wie:

- Eine medizinische Diagnose, die die notwendigen Teilnahmevoraussetzungen (siehe oben) blockiert (Demenz wäre z. B. ein Ausschlusskriterium, Querschnittslähmung nicht)
- Parallele medizinisch indizierte ergotherapeutische Behandlung, damit der Unterschied zur verordneten Therapie gewahrt und transparent bleibt. Allerdings könnte es sinnvoll sein, nach Abschluss der Behandlung in das Programm einzusteigen
- Fehlender persönlicher Veränderungswunsch (Teilnehmer wird geschickt)
- Personen mit regelmäßiger und umfangreicher bezahlter Arbeitstätigkeit

Veranstaltungsort

Bei dem vorliegenden Programm handelt es sich um eine Leistung, die im jeweiligen regionalen Umfeld der Teilnehmer stattfindet. Der Veranstaltungsort muss individuell aufgesucht werden.

Betätigungsmöglichkeiten und Teilhabe sind nur im persönlichen Umfeld der Teilnehmer und auch nur durch diese selbst zu beurteilen und variieren ja nach Örtlichkeit (Stadt/Land, familiäres Umfeld, soziales Milieu, etc.) gravierend.

Eine genaue Analyse dieser lokalen Bedingungen und Möglichkeiten ist unumgänglich, wenn die Umsetzung gelingen soll. Ergotherapeuten, die das Programm anbieten wollen, müssen die regionalen Gegebenheiten im Vorfeld analysieren.

Es ist notwendig, die Module jeweils an die Klientel und deren Ressourcen sowie an die Gegebenheiten vor Ort zu adaptieren. Daher werden in den Modulen z. B. auch stets mehrere Möglichkeiten genannt, wie die Stunden in ihrem Verlauf gestaltet werden können. Nur die Einführungsübung und der Abschluss sind nicht variabel.

Hinweise zur Durchführung einer Standortanalyse sind im Kapitel „Umsetzung und Methode" ausführlich beschrieben.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Ziel/Absicht

Mit dem Programm wird es den Teilnehmern ermöglicht, Phasen bevorstehender oder schon erfolgter Lebensübergänge aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

Neu gewonnener Freiraum wird nicht als Last, sondern als Bereicherung erlebt. Ältere oder alte Menschen entwickeln Ideen, wie Veränderungen als Chance gesehen werden können. Durch die Gruppe erfährt der einzelne Teilnehmer Unterstützung bei der Umsetzung seiner Ideen.

Um ein positives Lebensgefühl im höheren Alter zu erhalten oder zu entwickeln, ist es erforderlich, sinnerfüllte Betätigungen zu finden. Auch das Gefühl, von anderen Menschen gebraucht und anerkannt zu werden, ist wichtig für die Lebenszufriedenheit und das subjektive Gesundheitsempfinden. „Menschen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen und glauben, dass sie ihren Zustand nicht beeinflussen können, haben eine deutlich geringere Lebenserwartung als solche, die ihre Gesundheit für gut halten und davon ausgehen, dass sie viel für ihre Gesundheit tun können." (BMGS 2007, 34).

Zum Erhalt von Lebensfreude und aktiver Teilnahme am Leben sowie zur Vorbeugung von Multimorbidität und Krisen werden mit den Teilnehmern persönlich bedeutsame Lebensbereiche und Betätigungen identifiziert und zugänglich gemacht. Vorhandene Ressourcen werden gestärkt, neue entdeckt oder wiederentdeckt.

Die Teilhabe und das Eingebundensein im sozialen Kontext jedes Einzelnen erfahren dabei einen hohen Stellenwert. Gerade im fortgeschrittenen Alter bei Veränderung der Familienstrukturen drohen sonst Vereinsamung und zunehmender Rückzug mit allen negativen Folgen für den individuellen Gesundheitszustand.

Das Programm „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung" stellt dem einen aktiven Ansatz gegenüber, mit dem die Teilnehmer eine eigenaktive und nachhaltige Rolle in ihrer persönlichen Gesundheitsfürsorge wahrnehmen. Es geht von den Grundgedanken der Salutogenese aus, deren wichtigstes Ziel die Stärkung des Kohärenzgefühls ist (siehe dort).

Konzeptionelle Annahmen

Älter zu werden kann für Menschen etwas Wunderschönes oder etwas weniger Erwünschtes sein. Alterstheorien gehen häufig von einem „Defizit-Modell" aus. Es basiert auf der Annahme eines zunehmenden körperlichen und mentalen Verlustes der Leistungsfähigkeit und einem damit verbundenen Ausschluss von der Gesellschaft (Cumming, Henry 1961).
Ältere Menschen sind keine homogene Gruppe und jeder erfährt das Älterwerden individuell anders.

Für den einen bedeuten das Älterwerden und die Berentung die Möglichkeit sich zurückzulehnen, das Leben zu reflektieren oder die Freizeit zu genießen, ohne den Druck, zur Arbeit gehen zu müssen. Für andere können sich mit dem Alter wichtige persönliche und berufliche Rollen und Gewohnheiten so verändern, dass sie unsicher werden, sich zurückziehen oder resignieren.

Alt zu sein kann durch steigende Verluste charakterisiert sein: Verlust der körperlichen Gesundheit, Verlust des Einkommens, der Beraubung und des Abbruchs sozialer Beziehungen. All das kann zur Isolation führen. Die Persönlichkeit, das Aussehen, die Einstellung zum Leben, die eigene Biografie und das Zusammenspiel von intrinsischen und extrinsischen Faktoren tragen zu einmaligen Erfahrungen des Älterwerdens bei. Andererseits haben viele ältere Menschen einen reichen Erfahrungsschatz und große persönliche Ressourcen – z. B. Strategien, die helfen, kritische Lebenssituationen zu meistern. Die mit dem Programm verbundene Unterstützung richtet sich darauf, Wege zu finden, eigene Fähigkeiten einzubringen, sie neu zu entdecken, positive Lebensveränderungen zu erleben und die Abhängigkeit von anderen zu reduzieren.

Christiansen, Clark, Kielhofner und Rogers (1995) definieren Betätigungen als „normale und bekannte Dinge, die Menschen jeden Tag machen". Der Begriff schließt unsere Erwerbsarbeit, selbsterhaltende Aufgaben (Waschen, An-, Auskleiden und Essenzubereitung) sowie freizeitliche Aktivitäten ein. Dies alles zusammen befriedigt die meisten grundlegenden menschlichen Bedürfnisse.

Die menschliche Betätigung ist für unsere Existenz so natürlich und grundlegend, dass wir sie als selbstverständlich erachten. Wenn wir einmal darüber nachdenken und unter die Oberfläche der gewohnten Aktivitäten schauen, wird erkennbar, dass Betätigungen viel mehr beinhalten, als wir zuerst vermuten würden. Die Rollen und Verpflichtungen, die durch Betätigungen entstehen, beeinflussen die Struktur des Alltags und beherrschen das Tempo un-

seres Lebens. Sie liefern einen Fokus, von dem aus wir die Welt entdecken können. Unsere Betätigungen bieten Erholung, Stimulation, Möglichkeiten für soziale Beziehungen und Selbstentdeckung und liefern die Worte, durch die wir uns definieren und durch andere definiert werden. Unsere Betätigungen geben unserem Leben eine Bedeutung, einen Sinn von dem, wer wir in der Welt sind und wer wir vielleicht in der Zukunft sein werden (Wilcock 1998).

Ergotherapie und Gesundheitsförderung

Es ist wichtig, dass ältere Menschen ihre aktive Teilnahme an selbst versorgenden, freizeitlichen und produktiven Betätigungen erhalten können. Senioren brauchen Möglichkeiten, Betätigungen auszuwählen, die im Bereich ihrer Fähigkeiten und Stärken liegen und die eine Bedeutung in ihrem Leben haben. Ergotherapeuten befähigen Senioren, dass diese trotz möglicherweise nachlassender Fähigkeiten für sie bedeutungsvolle Betätigungen finden, aufrechterhalten und durchführen können (Bondar, Wagner 1994).

Der Begriff Gesundheit wird von der World Health Organization (WHO) definiert und die Prinzipien der Gesundheitsförderung werden in der Ottawa Charta festgehalten (WHO 1986).

Laut Definition der WHO (2009) ist Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen".

Grundsätzlich geht die Ergotherapie davon aus, dass zwischen menschlicher Betätigung und Gesundheit ein enger Zusammenhang besteht.

Salutogenese

Das Gesundbleiben bzw. das Sich-gesund-Erhalten ist ein zentraler Ausgangspunkt des Programms „TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung". Deshalb wird hier das Modell der Salutogenese erläutert (Abb.1).

Das Modell des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Aaron Antonovsky (Medizinsoziologe, 1923–1994) geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit einander nicht ausschließen (Franke 1997).

Vollkommen gesund oder vollkommen krank kann ein Mensch nach dieser Theorie in keinem Fall sein. Einfluss auf den Gesundheitsstatus haben sowohl soziale als auch persönliche und umweltbedingte Faktoren, die sich entweder förderlich oder belastend auswirken. Das heißt, prägende Erlebnisse (Lebensgeschichte) sowie objektive Faktoren (z. B. Wohnverhältnisse) beeinflussen unser Gesundheits- bzw. Krankheitsempfinden.

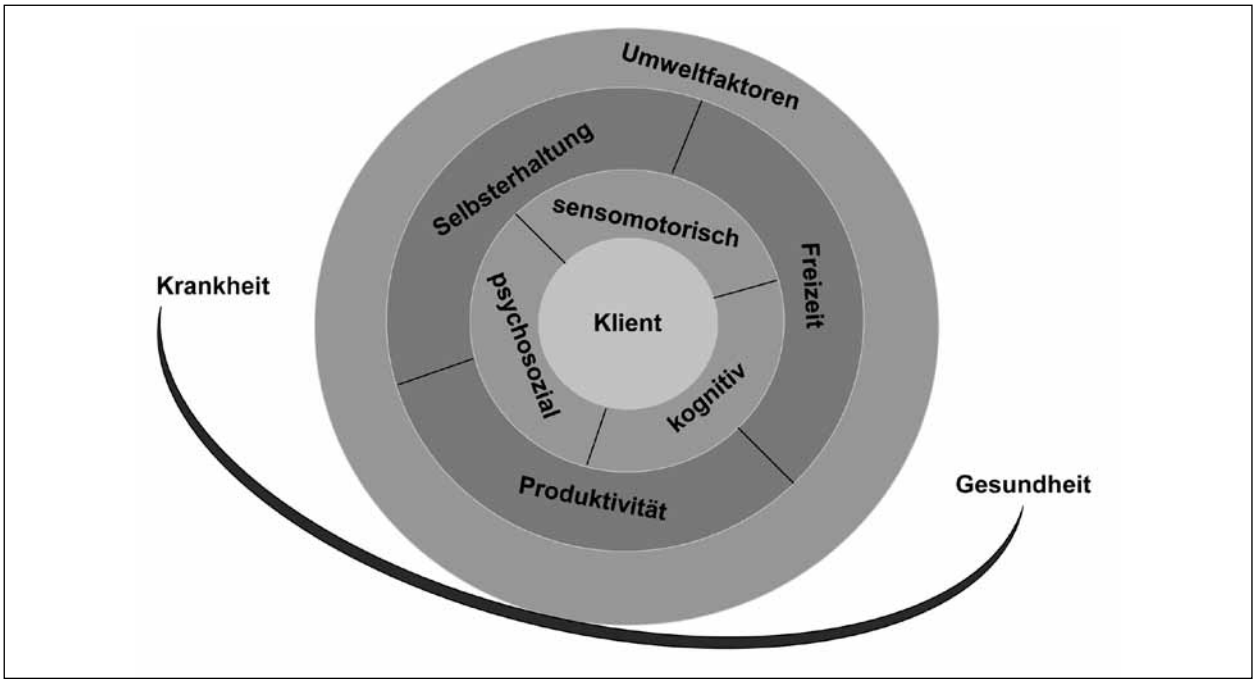

Abb. 1: Betätigung und Gesundheit, in Anlehnung an das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Aaron Antonovsky (1997)

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de