Neue Reihe Ergotherapie
Geriatrie

DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN E.V.



Betätigung als Handlungsfeld seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung

Konstanze Löffler

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

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

Konstanze Löffler

Betätigung als Handlungsfeld seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung

Ausgezeichnet mit dem Ergotherapie-Preis 2010

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

Neue Reihe Ergotherapie

Herausgeber:
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Reihe 3: Fachbereich Geriatrie
Band 4

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

Konstanze Löffler

Betätigung als Handlungsfeld seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung

Eine Positionierung der Ergotherapie in den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ der Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung e. V. anhand eines systematischen Reviews

Ausgezeichnet mit dem Ergotherapie-Preis 2010

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

Masterthesis an der
HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Göttingen/Holzminden
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Masterstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

1. Auflage 2010
ISBN E-Book: 978-3-8248-0804-5
ISBN Print: 978-3-8248-0851-9
Umschlagfoto: bynicola – Fotolia.com
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2010
Mollweg 2, D-65510 Idstein,
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

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

Besuchen Sie uns im Internet: www.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

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 7
Tabellenverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 7
Zusammenfassung 8
Abstract 9

1 Einleitung 11
1.1 Derzeitiger Stand der Ergotherapie im Versorgungsbereich Seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung – Problemstellung und Erkenntnisinteresse 11
1.2 Fragestellung und methodisches Vorgehen 14
1.3 Aufbau der Arbeit 15

2 Theoretische Grundlagen 16
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – Begriffsdefinitionen . . 16
2.1.1 Prävention 16
2.1.2 Gesundheitsförderung 16
2.1.3 Gesundheit und Präventionsziele im Alter 18
2.2 Die Präventionszielbereiche für die zweite Lebenshälfte der BVPG . . . 19
2.3 Das Active Ageing Policy Framework der WHO als internationales Basiswerk der Präventionszielbereiche 21
2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Leistungen in Prävention und Gesundheitsförderung 24
2.4.1 Der „Leitfaden Prävention“ der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 24
2.4.2 Prävention und Gesundheitsförderung im Heilmittelkatalog der Ergotherapie 26

3 Ergotherapeutische Grundannahmen und Modelle 27
3.1 Betätigung als spezifischer Gegenstandsbereich der Ergotherapie 27
3.2 „Modell der menschlichen Betätigung (MOHO)“ nach Kielhofner 29
3.3 Zusammenführung der theoretischen Darlegungen 35

4 Methodik 37
4.1 Begründete Auswahl und Beschreibung der Methode 37
4.2 Methodisches Vorgehen 39
4.3 Studienergebnisse 40
4.4 Kritische Reflexion der Methode 40

5 Evidenzgestützte Ergebnisdarstellung des ergotherapeutischen Beitrages zu den Präventionszielbereichen der BVPG 41
5.1 Zielbereich 1: Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern . . . 42
5.2 Zielbereich 2: Mobilität & Selbstständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen 45
5.3 Zielbereich 3: Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung verbessern – Fehlernährung vermeiden 53
5.4 Zielbereich 4: Psychische Gesundheit fördern und erhalten 56
5.5 Zielbereich 5: Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern 65
5.6 Zielbereich 6: Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen, mit dem Ziel, Alltagskompetenz zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. 69

6 Beantwortung der Forschungsfragen 80
6.1 Beantwortung der ersten Forschungsfrage 80
6.2 Beantwortung der zweiten Forschungsfrage. 81
6.2.1 Erster Teil der Forschungsfrage 81
6.2.2 Zweiter Teil der Forschungsfrage 85

7 Ausblick 86

Anmerkungen 87

Literatur 91

Anhang A 100

Anhang B 108

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Elemente des Modells der menschlichen Betätigung 35
Abbildung 2 Eigene Darstellung der Ziele und Maßnahmen des PZB 1 . . . 45
Abbildung 3 Eigene Darstellung vorgeschlagener Ziele und Maßnahmen des PZB 2 52
Abbildung 4 Eigene Darstellung der Ziele & Maßnahmen des PZB 3 . . . 56
Abbildung 5 Eigene Darstellung der Erweiterung der Ziele und Maßnahmen des PZB 4 57
Abbildung 6 Eigene Darstellung der Ziele und Maßnahmen des PZB 5 . . . 69
Abbildung 7 Eigene Darstellung der Ziele und Maßnahmen des PZB 6 . . . 70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Inhalte des „Active Ageing Policy Framework“ der WHO 22
Tabelle 2 Studientypen nach Glasziou et al. (2001) und Borgetto et al. (2007) 38
Tabelle 3 Erweiterte Studientypen eines Systematischen Reviews 39
Tabelle 4 Empfohlene Strategien und Maßnahmen für PZB 4 59
Tabelle 5 Zusammengefasste ergotherapeutische Evidenzen für die jeweiligen Präventionszielbereiche 81

Abkürzungsverzeichnis

AAPF	Active Ageing Policy Framework der WHO
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BMD	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BVPG	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DACHS	Europäisches Projekt der ergotherapeutischen Berufsverbände Deutschlands, Österreichs, der Schweiz und Südtirol
DVE	Deutscher Ergotherapeutenverband
GA	Geriatrisches Assessment
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PZB	Präventions- und Gesundheitsförderzielbereich
WHO	Weltgesundheitsorganisation

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

Zusammenfassung

Betätigung als Handlungsfeld seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.
Eine Positionierung der Ergotherapie in den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ der Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung e. V. anhand eines systematischen Reviews

HINTERGRUND: Steigende Lebenserwartung und geringe Geburtenzahlen stellen die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen. Es gilt, eine zukünftige Kostenexplosion durch einen erhöhten Bedarf an Pflegebedürftigkeit einzudämmen. Das „Konzept des gesunden und aktiven Alterns“ der WHO gewinnt an Bedeutung und damit die Prävention und Gesundheitsförderung für Senioren. Die Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung (BVPG) veröffentlichte Empfehlungen für Präventionszielbereiche, die ein gesundes und aktives Altern unterstützen sollen. Diese Zielbereiche fokussieren die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Psychische Gesundheit, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe.

Ergotherapeuten werden bislang nicht in allen sechs Präventionszielbereichen als Akteure benannt.

ZIEL: Der theoriegeleitete und evidenzbasierte Beitrag der Ergotherapie in diesen sechs Präventionszielbereichen soll aufgezeigt werden.

METHODE: Anhand eines systematischen Reviews wurden ergotherapeutische Studien für die einzelnen Zielbereiche recherchiert. Auf der Grundlage des Active Ageing Policy Framework der WHO, theoretischer Grundannahmen der Ergotherapie sowie ausgewählter Studienergebnisse wird der additive Beitrag der Ergotherapie in den einzelnen Präventionszielen dargestellt.

ERGEBNIS: Die Ergotherapie kann in nahezu allen Präventionszielbereichen der BVPG einen evidenzbasierten Beitrag leisten und stellt somit einen wichtigen Akteur in der zukünftigen seniorenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung dar. Ein neu formulierter, siebenter Präventionszielbereich mit dem Handlungsfeld Betätigung wird vorgestellt.

SCHLÜSSELWORTE: Prävention, Gesundheitsförderung, Betätigung, ältere Menschen, Ergotherapie, Evidenz, Präventionszielbereiche, BVPG

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

Abstract

Occupation as field of action in prevention and health promotion forolder people.
A positioning of occupational therapy in the "Aims of prevention for older people" of the German Confederation of Prevention and Health Promotion on the basis of a systematic review

OBJECTIVE: Increasing life expectation and decreasing birth rate pose new challenges to the Health Care Policy in Germany. It is necessary to contain a future cost explosion caused by a higher need of nursing care dependency. The WHO's concept of "healthy and active ageing" becomes more important accompanied by the prevention and health promotion for older people.

The German Confederation of Prevention and Health Promotion published recommendations for target areas of prevention, which are to support healthy and active ageing. These target areas of prevention correspond to the fields of action: physical activity, nutrition, mental health, independence and social participation.

The aim of this master thesis is to point out the contribution of occupational therapy according to its theoretical, practical and evidence related principles.

METHOD: International studies of occupational therapy were examined for every target area of prevention on the basis of a systematic review.

Based on the WHO's "Active Ageing Policy Framework", theoretical assumptions of occupational therapy and selected results of the systematic review, the additive contribution of occupational therapy for every target area of prevention is presented.

RESULTS: Occupational therapy can offer an evidence-based contribution in almost every target area of prevention of the German Confederation of Prevention and Health Promotion. Therefore, occupational therapists are important stakeholders in the future field of prevention and health promotion for older people.

However, the evidential basis of occupational therapy needs strengthening by further confirmation in the future. In addition, a newly-established target area of prevention with occupation as the field of action is recommended.

KEYWORDS BY THE AUTHOR: prevention, health promotion, occupation, elderly people, occupational therapy, target area of prevention, evidence

„Es gibt nichts Gutes, außer man *tut* es!“
(Erich Kästner)

Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bedanken bei

- Frau Prof. Ulrike Marotzki und Herrn Prof. Bernhard Borgetto für die anregende und fördernde Begleitung über die gesamte Studienzeit hinweg.
- Martina Bruns, Christine Kowalski, Birgit Peters und Thomas Löffler für ihre zuverlässige Hilfe und konstruktive Kritik.
- meinen Kolleginnen der Praxis Elke Lippa-Jobmann für ihr Verständnis und ihre Ermutigungen.
- Ellen Romain, die mich in der Entscheidung bestärkt hat, dieses Masterstudium aufzunehmen.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern Marie-Luise und Hans-Peter Löffler, die mir Zeit meines Lebens die Freiheit, den Halt und auch die Möglichkeiten zugleich gaben, mich persönlich zu entfalten.

Hannover, im März 2009

Konstanze Löffler

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

1 Einleitung

1.1 Derzeitiger Stand der Ergotherapie im Versorgungsbereich Seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung – Problemstellung und Erkenntnisinteresse

Steigende Lebenserwartung und geringe Geburtenzahlen hinterlassen ihre Spuren in der Alterspyramide Deutschlands. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2050 fast verdoppelt haben wird, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von knapp 30% entspricht. Der Anteil der über 80-Jährigen läge dann bei 12%[1].
Mit ansteigender Lebenserwartung und Veränderungen in der Altersstruktur unserer Gesellschaft haben sich sowohl „das Alter" selbst als auch der Blick der Gesellschaft auf Senioren[2] verändert und finden ihren Niederschlag in den drei folgenden gesundheitsbezogenen Entwicklungen:
Ältere Menschen sind derzeit die Hauptnutzergruppe des Gesundheitssystems in Deutschland. Sie bedürfen einer stärkeren gesundheitlichen Betreuung und mit zunehmendem Alter steigt auch die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit[3]. Es kann von einem Zuwachs der Pflegefälle bis zum Jahr 2040 um bis zu 200% ausgegangen werden[4]. Um eine Kostenexplosion durch die steigende Zahl derer, die in Senioren- und Pflegeheimen betreut werden einzugrenzen, sind gesundheitspolitische Bestrebungen beobachtbar, ältere Menschen so lange wie möglich ein Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. So finden sich z. B.. anteilige Finanzierungen bei der Wohnraumanpassung. Das Mitte 2008 in Kraft getretene, reformierte Pflegegesetz bietet stärker als bisher, Unterstützungen in der häuslichen Pflege von Demenzerkrankten an. Des Weiteren richten Konzeptüberlegungen ihren Fokus vermehrt auf Themen wie z. B. das generationsübergreifende Wohnen oder die Erweiterung von Selbsthilfepotentialen und Selbstständigkeit im Alter.

Ein zweiter, gegenwärtig an Relevanz gewinnender Diskurs, betont hingegen die Stärken und Potentiale des Alters. Hier schenkt man den Erkenntnissen der Gerontologie Beachtung, die eine zunehmende Verbesserung der körperlichen und geistigen Vitalität im Alter feststellen. Es findet sich der Begriff der „jungen Alten" (60 bis 80 Jahre), die zunehmend gesund, gebildet und finanzstark sind, über ein großes Zeitbudget verfügen und in dieser „alternden Gesellschaft" eine zentrale Rolle einnehmen werden[5]. Bereits bestehende Potentiale der älteren Menschen für freiwilliges Engagement oder informelle Hilfestellungen wurden bisher zwar nur punktuell genutzt und von der Gesellschaft kaum eingefordert. In jüngster Zeit sind jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit mehrere Initiativen gestartet worden, die verstärkt zur Freiwilligeninitiative aufrufen und den Zugang z. B. durch einen Versicherungsschutz für Freiwilligenämter erleichtern.
Das dritte Phänomen lenkt den Blick auf den wirtschaftlichen Bereich Arbeitsmarkt. Diesem werden zukünftig aufgrund des demographischen Wandels, jüngere Er-

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

werbstätige fehlen, so dass die Arbeitskraft und das Erfahrungswissen älterer Arbeitnehmer so lange wie möglich genutzt werden muss[6].

Es ist wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt, wie sich die weitere Gesundheitsentwicklung im Zuge der Lebenszeitverlängerung darstellen wird[7]. Trotzdem scheint die künftige Richtung gesundheitspolitischer Maßnahmen fest zu stehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass z. B.. unausgeschöpfte Potentiale älterer Menschen in Zukunft durch stärkere Partizipation besser genutzt und gefördert werden und ihre Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich aufrecht erhalten bleiben soll. Somit gewinnt das „Konzept des gesunden und aktiven Alterns" in vielerlei Hinsicht mehr und mehr an Bedeutung. Ein gesundes Altern macht frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich. Dafür bedarf es entsprechende Akteure, die Maßnahmen auf der Verhältnis- wie auch Verhaltensebene anbieten und damit ältere, hochbetagte wie auch pflegebedürftige Menschen befähigen, Gesundheit und Wohlbefinden zurückzugewinnen, zu erhalten und/oder auszubauen.

Ältere Menschen gehören im Versorgungsgebiet der Kuration und Rehabilitation zur „traditionellen" Klientel der Ergotherapie. In diesem Rahmen werden z. B. laut §3 SGB V Ergotherapeutinnen angehalten, den Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Erkrankung zu vermeiden bzw. nach §11 Abs. 2 SGB V[8] eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, was bereits den Charakter der Sekundärprävention trägt.
Lenkt man den Blick auf die Definition von Ergotherapie erscheint deren Gegenstandsbereich Betätigung auch für den Versorgungssektor der Primärprävention und Gesundheitsförderung entsprechende Ansatzpunkte zu bieten:

> Die Ergotherapie …geht davon aus, dass …gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind und/oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten. Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern (DACHS[9], 2007).

Gesundheitspolitische Regelwerke und Handlungsempfehlungen scheinen dieses vorgehaltene Potential der Ergotherapie mit ihrem Handlungsfeld der Betätigung jedoch noch nicht in seinem vollen Umfang erkannt und eingefordert zu haben. Lenkt man den Blick in den „Leitfaden Prävention", der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage der §§ 20 und 20a SGB V formuliert wurde und die Finanzierung präventiver Maßnahmen für alle Bevölkerungsgruppen regelt, so lassen sich folgende Handlungsfelder der Prävention finden: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum. Genannt werden als dazugehörige Berufsgruppen u. a. Sportwissenschaftler/Physiotherapeuten,

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

Oecotrophologen und Psychologen. Die Berufsgruppe der Ergotherapeutinnen wird hierin lediglich bei entsprechender Zusatzqualifikation, als Anbieter von Entspannungsmaßnahmen sowie als Rückenschullehrer erwähnt.

Des Weiteren lassen sich die von der „Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)[10]“ erstmalig 2007 publizierten „Präventionsziele[11] für die zweite Lebenshälfte“ finden, die ausschließlich ältere Menschen in den Mittelpunkt gesundheitförderlicher und präventiver Betrachtungen stellen. Dieses Dokument wird als noch nicht abgeschlossen beschrieben, sondern als Einstieg in eine systematische Weiterentwicklung der seniorenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung und soll als erste theoretische Grundlage und Orientierungshilfe für entsprechende Maßnahmen dienen. Hierin werden folgende sechs Zielbereiche differenziert dargestellt:

Zielbereich 1:	Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern
Zielbereich 2:	Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen
Zielbereich 3:	Bedarfsgerechte Ernährungsversorgung – Fehlernährung vermeiden
Zielbereich 4:	Psychische Gesundheit fördern und erhalten
Zielbereich 5:	Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern
Zielbereich 6:	Ressourcenorientierte Früherkennung von Funktionseinbußen.

Diese Präventionszielbereiche (PZB) lassen sich nur zum Teil in die genannten Handlungsfelder des „Leitfadens Prävention“ der GKV einordnen und können als konzeptionelle Erweiterung für die spezifische Zielgruppe der Senioren verstanden werden.
Den einzelnen Präventionszielbereichen werden verschiedene Akteure zugeordnet. Ergotherapeutinnen werden hier bislang vorrangig in den ersten drei Zielbereichen als Anbieter entsprechender Maßnahmen genannt.

Eine im Jahr 2007 von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte Bestandsaufnahme seniorenbezogener Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene gibt Auskunft über die in den Kommunen bereits umgesetzten Handlungsfelder. Darin wird deutlich, dass bisherige präventive Angebote und Maßnahmen überwiegend von epidemiologisch relevanten Krankheiten und ihren Ursachen ausgehen. Die meisten präventiven Angebote für Senioren fanden sich in den Bereichen Sport und Bewegung neben Wohnberatung, gefolgt von Risikogruppenbezogenen Maßnahmen (Herz-Kreislauf, Diabetes), Aufsuchender Sozialarbeit und Angeboten zur richtigen Ernährung[12]. Auch in diesem Überblick spielen Ergotherapeutinnen als Anbieter der untersuchten Maßnahmen bislang keine (wahrgenommene) Rolle.
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Ergotherapie zwar Potentiale für eine seniorenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vorhält, sich diese aber bisher weder in entsprechend von außen wahrgenommenen Maßnahmen entfaltet haben, noch von Seiten zuständiger richtungsweisender Gremien in ihrer Bandbreite erkannt worden sind. Dies bestätigt auch die vom DVE 2005 beauftragte

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

Expertise, die aufzeigt, dass präventive und gesundheitsförderliche Leistungen der Ergotherapie seitens der Leistungsträger bisher keine Berücksichtigung finden[13].
Gleichwohl zeichnet sich innerhalb des Berufsstandes der Ergotherapeutinnen seit einigen Jahren eine zunehmende Thematisierung dieses Versorgungsgebietes ab und erste grundlegende Schritte, wie eine zielgruppenspezifische Leistungsbeschreibung für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind in den Broschüren des DACHS[14] (2006) und des DVE[15] (2006) bereits erfolgt. Weitere Schritte müssen jetzt jedoch folgen, um die Ergotherapie als einen wichtigen Baustein im Versorgungsgefüge der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig zu etablieren.

1.2 Fragestellung und methodisches Vorgehen

Für eine zukünftig stärkere Beteiligung der Ergotherapie im anvisierten Versorgungsgebiet ist es notwendig, den originären Beitrag ergotherapeutischer Leistungen für die Prävention und Gesundheitsförderung eindeutig erkennbar darzustellen und ihn von anderen Versorgungsleistungen zu unterscheiden. Weiterhin sind in Form von Wirksamkeitsnachweisen, die präventiven wie auch gesundheitsförderlichen Aspekte der Ergotherapie und ihrem Gegenstandsbereich der Betätigung sichtbar zu machen. Um eine Verankerung der Ergotherapie in die Versorgungslandschaft zu erreichen, ist es außerdem erforderlich, ihre Leistungen in bereits vorhandene Strukturen einzubetten[16].

Ziel vorliegender Arbeit ist es, einen evidenzbasierten[17] Beitrag zur Einordnung ergotherapeutischer Leistungen in das Teilgebiet der seniorenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten.
Dabei sollen als strukturgebende Grundlage die bereits erwähnten sechs Präventionszielbereiche dienen, die dem Positionspapier der BVPG „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ entnommen wurden. Als weiterer Ausgangspunkt wird das den Präventionszielbereichen unterlegte, international geltende „Active Ageing Policy Framework“ der WHO (2005) beachtet. Vor dem Hintergrund beider Rahmenwerke, wird der spezifische Beitrag der Ergotherapie anhand theoretischer Grundannahmen sowie entsprechender Wirksamkeitsstudien in die einzelnen sechs PZB für Senioren eingeordnet und erläutert. Hauptaugenmerk liegt dabei auf den drei letzten PZB, da hierin Ergotherapeutinnen als Akteure noch nicht vertreten sind. Um der geforderten Evidenzbasierung Rechnung zu tragen, werden recherchierte Studien nach ihrer Methodenqualität gemäß dem Vorgehen eines systematischen Reviews ausgewählt. Sollten sich im zugrunde gelegten Rahmenwerk der WHO Kernelemente finden, die die Präventionszielbereiche der BVPG noch nicht erfassen, aber in den recherchierten ergotherapeutischen Studien wie auch Grundannahmen thematisiert werden, wird ein neuer, siebenter Präventionszielbereich von der Verfasserin formuliert und vorgeschlagen.
Folgende Fragestellungen sind für das Vorgehen dieser Masterthesis leitend:

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

(1) Welchen theoretisch fundierten wie auch evidenzbasierten Beitrag kann die Ergotherapie in den sechs einzelnen seniorenbezogenen Zielbereichen der Prävention und Gesundheitsförderung der BVPG leisten?

(2) Lassen sich Aspekte im Basiswerk der Präventionsziele, dem „Active Ageing Policy Framework" der WHO finden, die ergotherapeutischen Grundannahmen und Studienthemen entsprechen, jedoch in den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte" der BVPG bislang vernachlässigt werden? Wie könnte ein neu formulierter Präventionszielbereich genannt werden, der diese Aspekte einbindet?

Die BVPG lädt in ihrem, von der Verfasserin zugrunde gelegten Positionspapier dazu ein, sich am Prozess der Weiterentwicklung der Präventionsziele zu beteiligen. Dem möchte vorliegende Masterarbeit Folge leisten und dafür einen ergotherapeutischen Beitrag anbieten, dem zukünftig weitere folgen sollten. Um den originären Beitrag der Ergotherapie für Berufsfremde erkennbar zu gestalten, war es der Autorin wichtig, in der Ergebnisdarstellung nicht nur die ergotherapeutischen Wirksamkeitsnachweise innerhalb der einzelnen Zielbereiche zu nennen, sondern das ergotherapeutische Vorgehen genauer und anhand von Beispielen zu illustrieren.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im **zweiten Kapitel** dieser Arbeit werden theoretische Grundlagen dargestellt. Dazu gehören die Begriffsklärungen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die dieser Arbeit strukturgebenden Basiswerke, die „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte" der BVPG sowie das „Active Ageing Policy Framework" der WHO. Die Beschreibung der gesetzlichen Rahmenbedingungen Deutschlands in Bezug auf ergotherapeutische Leistungen in Prävention und Gesundheitsförderung schließen sich an. So wird der „Leitfaden Prävention" der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgestellt sowie die im Heilmittelkatalog der Ergotherapie bereits verankerten, ergotherapeutischen Leistungen, die sich auf den angezielten Versorgungssektor übertragen lassen. Der letzte Absatz des theoretischen Teils führt in die ergotherapeutischen Grundannahmen sowie in das verwendete „Modell der menschlichen Betätigung" von Kielhofner ein. Eine abschließende Synopse stellt ausgewählte Kernpunkte des internationalen „Active Ageing Policy Frameworks" ergotherapeutischen Annahmen sowie den Präventionszielen gegenüber. Das **dritte Kapitel** veranschaulicht die angewendete Methode des systematischen Reviews. In **Kapitel Vier** werden zur Beantwortung der ersten Fragestellung vorliegender Arbeit, die Ergebnisse der Studienrecherche und des systematischen Reviews mit den Ausführungen des theoretischen Kapitels Zwei verbunden, die Präventionszielbereiche anhand dessen beleuchtet und der additive ergotherapeutische Beitrag für jeden der sechs Präventionszielbereiche veranschaulicht. Forschungsfrage zwei wird im Anschluss beantwortet, indem ein neuer, siebenter Präventionszielbereich aus dargestellter Synopse abgeleitet und sein Titel formuliert wird. Zum Abschluss wird ein Ausblick gegeben.

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

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – Begriffsdefinitionen

Gesundheitsförderung und Prävention für das Alter sowie im Alter haben eine große Bedeutung für die Gesundheit, die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden im Alter und nehmen deshalb in der Gesundheitsversorgung eine zunehmende Beachtung ein. Nachfolgend werden diese Begriffe allgemein und im Verständnis der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung erklärt, um anschließend die Präventionsziele für das Alter ableiten zu können.

2.1.1 Prävention

> Die Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern (Leppin, 2004, S. 31).

Prävention ist auf die Beeinflussung von Bedingungs- oder Risikofaktoren für Krankheiten bzw. ganze Krankheitsspektren ausgerichtet (ebd.). Präventionsmaßnahmen können klassifiziert werden in Primär-, Sekundär-, und Tertiär-prävention. **Primärprävention** umfasst all jene Maßnahmen, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustandes, wie einer Erkrankung durchgeführt werden wie z. B. Adipositasprävention und adressieren Gesunde oder Menschen ohne feste Symptomatik (Leppin, 2004, S. 31f.). **Sekundärprävention** dient der Krankheitsfrüherkennung und -eindämmung. Oft ohne eine für die Betroffenen wahrnehmbare Krankheitssymptomatik hat der pathogene Prozess bereits begonnen. Ein Fortschreiten kann durch ein therapeutisches Eingreifen gehindert oder zumindest abgeschwächt werden. **Tertiärprävention** liegt immer dann vor, wenn eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifest geworden ist. Hier geht es darum, Konsequenzen einer Krankheit in ihrer Intensität zu mildern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen bzw. weiteren Manifestationen vorzubeugen. Eine Begriffsüberschneidung zu kurativ-therapeutischen Maßnahmen wird hierbei deutlich, weshalb teilweise dafür plädiert wird, auf den Terminus der Tertiärprävention ganz zu verzichten (ebd.).
Das Ziel der Prävention, gesundheitliche Veränderungen bei einzelnen Personen oder ganzen Bevölkerungen anzubahnen, kann auf zwei Wegen ansetzen: entweder bei der Person direkt (**Verhaltensprävention**) oder bei der Umwelt bzw. den Lebensbedingungen der Person (**Verhältnisprävention**) (Altgeld, 2004, S. 42).

2.1.2 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung wird von Altgeld et al. (2004) mit dem Salutogenese-Modell von A. Antonovsky in Verbindung gebracht. Dieses Modell frage nicht – wie die Prävention – danach, was einen Menschen krank macht, sondern lege sein Interesse darauf, was ihn trotz Risiken und Belastungen, gesund hält:

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

> Im salutogenetischen Modell werden Gesundheit und Krankheit als die zwei Pole eines Kontinuums konzipiert, auf dem Menschen ständig die Position wechseln. Ob jemand stärker in Richtung des Gesundheitspols oder in Richtung des Krankheitspols geht, hängt einerseits von der Zahl und Qualität der Risiken, andererseits von den personalen und sozialen Schutzfaktoren ab, über die ein Mensch verfügt und die in der Lage sind, die Wirkung von Risiken abzumildern (Altgeld et al., 2004, S. 41).

Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, über die Stärkung von Schutzfaktoren (Ressourcen wie z. B. persönliche Kompetenz oder Netzwerke) die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind dabei entweder Menschen, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen (Ansatz auf Verhaltensebene) oder die ökologischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen (Ansatz auf Verhältnisebene). Gesundheitsförderung wird als **intersektorale Aufgabe** beschrieben, d. h. es werden z. B. Sektoren der Verkehrsplanung, Wirtschaft oder Bildung eingeschlossen, was Gesundheitsförderung zu einer komplexen Aufgabe und ihren Wirksamkeitsnachweis zu einer methodischen Herausforderung mache. Gesundheitsförderung sei besonders wirksam, wenn verhaltens- sowie verhältnisbezogene Maßnahmen kombiniert werden (vgl. Altgeld et al., 2004, S. 42ff.).
Als Kernstrategie lässt sich im Sinne der Ottawa-Charta (WHO, 1986)[18] der Schlüsselbegriff **Empowerment**[19] finden, der auf das Ziel hinweist, Menschen so zu befähigen, dass sie ihre Lebenswelt und ihr Leben selbst (gesundheitsförderlich) gestalten und sich nicht gestalten lassen (BZgA, 1999, S. 17). Dadurch solle eine größere Chancengleichheit verwirklicht werden. Als bisher wichtigste Umsetzungsstrategie wird der **Settingansatz** propagiert, dem die Idee zugrunde liegt, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrecht erhalten wird, d. h. dort wo Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Gesundheitsförderung müsse in diesem Lebensalltag ansetzen und Sozialräume wie Betriebe oder Schulen einbinden (Kolip, 2004, S. 44; BZgA, 1999, S. 100)[20].
Die Initiatoren des für die Masterthesis leitenden Positionspapiers „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ schränken im Rahmen des ExpertInnen- Workshops „Gesundes Alter“ der BZgA (2005) ein, dass der Stellenwert des Setting- Ansatzes für ältere Menschen in der „zweiten Lebenshälfte“ noch einer genauen Klärung bedarf. Es sei noch zu wenig bekannt, in welchen Settings alte und ältere Menschen erreicht werden können, und ob der Setting-Ansatz für seniorenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich geeignet ist. Es ist bisher nicht geklärt, ob es anderer Ansätze bedarf, da Alter häufig Rückzug aus sozialen Orten bedeute (BZgA, 2005).
Die Verfasserin gibt hierzu zwei Punkte zu bedenken: Erstens, stellen laut Definition, Orte an denen gelebt und gearbeitet wie auch konsumiert wird, Settings dar. Das bedeutet, dass das häusliche Umfeld genauso als Setting angesehen werden kann wie z. B.. auch ein Super- oder Wochenmarkt sowie aber auch eine Podologenpraxis und ein Friseurgeschäft. Für letztgenannte Orte gilt es noch zu erforschen, inwieweit sich dort möglicherweise Ansatzpunkte für Gesundheitsförderstrategien finden las-