

# TATKRAFT...

*Gesundheit im Alter durch Betätigung*

## **Programm zur Gesundheitsförderung**

Reinhild Ferber (Projektleitung)

Kathrin Weiß

Herta Dengl

Annika Grote

Daniela Kölling

Ulrike Marotzki

Rainer Schmitt

Konstanze Löffler (ab 2015)

Moreen Rach (bis 2011)



herausgegeben von

Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber

gefördert durch

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



### **Projekt-/Autorengruppe**

Ende 2009 rief der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) eine Projektgruppe ins Leben mit der Zielsetzung, 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](mailto:tatkraft@dve.info)

Weitere Informationen unter: [www.dve.info/tatkraft](http://www.dve.info/tatkraft)

### **Dank**

Ein Dank geht an die teilnehmenden Kollegen der Pilotstudie der Hochschule für Wissenschaft und Kunst in Hildesheim. Sie haben durch ihre Rückmeldungen zur Entwicklung neuer Ideen für die Überarbeitung des Handbuchs beigetragen.

# TATKRAFT...

*Gesundheit im Alter durch Betätigung*

## Programm zur Gesundheitsförderung

Entwickelt durch eine Projektgruppe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten

Reinhild Ferber (Projektleitung)

Kathrin Weiß

Herta Dangl

Annika Grote

Daniela Kölling

Ulrike Marotzki

Rainer Schmitt

Konstanze Löffler (ab 2015)

Moreen Rach (bis 2011)



Schulz-  
Kirchner  
Verlag

### **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](http://www.schulz-kirchner.de)**

2., vollständig überarbeitete Auflage 2015

ISBN 978-3-8248-1146-5

e-ISBN 978-3-8248-9962-3

Die 1. Auflage 2012 ist unter der ISBN 978-3-8248-0882-3 (print) und 978-3-8248-0909-7 (E-Book) erschienen.

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2015

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Titelfotos: Ingo Bartussek – fotolia.com; Herby ( Herbert ) Me – fotolia.com

Bildnachweise: Modul 1: GordonGrand – fotolia.com; Modul 2: diego cervo – fotolia.com; Modul 3: flashpics – fotolia.com;

Modul 4: GordonGrand – fotolia.com; Modul 5: Gina Sanders – fotolia.com; Modul 6: Ingo Bartussek – fotolia.com;

Modul 7: contrastwerkstatt – fotolia.com; Modul 8: Alexander Rath – fotolia.com; Modul 9: imageegami – fotolia.com;

Modul 10: Steve Debenport – istockphoto.com; Modul 11: Herby ( Herbert ) Me; Modul 12: Pavel Losevsky – fotolia.com

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

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.

# Inhalt

<b>Vorwort zur Reihe</b> . . . . .	9
<b>Einleitung</b> . . . . .	11
<b>Nachweis der Evidenz</b> . . . . .	13
Die Pilotstudie zum Programm an der HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen . . . . .	13
Stand der internationalen Studien zu den Vorläuferprogrammen . . . . .	13
<b>Zielgruppe</b> . . . . .	14
Lebenssituation der Zielgruppe . . . . .	14
Eingrenzung der Zielgruppe . . . . .	15
Teilnahmevoraussetzungen . . . . .	15
Ausschlusskriterien . . . . .	15
Veranstaltungsort . . . . .	16
<b>Ziel des Programms</b> . . . . .	16
<b>Konzeptionelle Annahmen</b> . . . . .	17
Älter werden und Betätigung . . . . .	17
Ergotherapie und Gesundheitsförderung . . . . .	17
Salutogenese . . . . .	18
Werte und Überzeugungen der Ergotherapie . . . . .	19
Ergotherapeutische Modelle . . . . .	19
<b>Inhalte des Programms – Module</b> . . . . .	22
Das Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ . . . . .	22
Die Module . . . . .	23
Aufbau der Module und Umgang mit den Modulen . . . . .	24
Zielebene der Module . . . . .	25
<b>Umsetzung und methodisches Vorgehen</b> . . . . .	26
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität . . . . .	26
Preiskalkulation . . . . .	27
Möglichkeiten zur Senkung der Teilnehmerkosten . . . . .	27
<b>Umfeldanalyse</b> . . . . .	29
Standortpositionierung – Wie versteht sich das Programm? . . . . .	29
Kernmerkmale des Programms (Alleinstellungsmerkmal) – Was macht das Programm einzigartig und besonders? . . . . .	29
Zielgruppenanalyse unter regionalen Bedingungen . . . . .	30
Wer sind meine Mitbewerber? . . . . .	31
Nutzen des Programms für verschiedene regionale Akteure . . . . .	31
<b>Einführung des Programms am Markt</b> . . . . .	32
Zugang zur Zielgruppe . . . . .	32
Wie erfahren die Teilnehmer vom Programm? . . . . .	32
Aspekte, die bei der Bewerbung des Programms wichtig sind . . . . .	32
Kommunikationskanäle . . . . .	33
Kooperationspartner und mögliche Netzwerke . . . . .	34
Wer unterstützt das Programm ideell und finanziell? . . . . .	34
Grundsätze in der Partnergewinnung . . . . .	34
Den Netzwerkgedanken fördern . . . . .	34

<b>Ergotherapeutische Kompetenzen zur Durchführung des Programms</b> . . . . .	36
Weitere Qualifikationen. . . . .	37
<b>Dokumentation/Evaluation</b> . . . . .	38
Evaluationsinstrumente . . . . .	38
Programmunterlagen . . . . .	39
Nachfolgetreffen . . . . .	39
Vernetzung mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten . . . . .	39
Nutzen des Programms kommunizieren. . . . .	39
<b>Literaturverzeichnis</b> . . . . .	40
<b>Modulhandbuch</b> . . . . .	43
Module und Vorbereitung durch die Teilnehmer . . . . .	44
Liste der Anlagen . . . . .	45
Hinweise für die Benutzung des Modulhandbuches . . . . .	46
Vorbereitung auf die Module . . . . .	46
Anlage 1: „Evaluationsbogen für die Teilnehmer“. . . . .	47
Anlage 2: „Teilnehmerbefragung sechs Monate nach Programmende“. . . . .	50
Anlage 3: Modulvorbereitung. . . . .	51
<b>Basismodul 1 – Der erste Schritt zur Gesundheitsförderung</b> . . . . .	53
Anlage 4: „Wie sind die Teilnehmer auf das Programm aufmerksam geworden?“. . . . .	55
Anlage 5: „Modulüberblick und Wichtigkeit“. . . . .	56
<b>Basismodul 2 – Kontakt mit anderen</b> . . . . .	57
Empfohlene Literatur für Modul 2 . . . . .	60
Anlage 6: „Interessencheckliste“. . . . .	61
Anlage 7: „Bedeutung von Freundschaft“. . . . .	63
Anlage 8: „Besuche“. . . . .	64
<b>Basismodul 3 – Der Hände Werk</b> . . . . .	65
Empfohlene Literatur für Modul 3 . . . . .	68
<b>Basismodul 4 – Carpe diem – Nutze den Tag.</b> . . . .	69
Empfohlene Literatur für Modul 4 . . . . .	71
Anlage 9: „Aktivitätstagebuch für einen Tag“. . . . .	72
Anlage 10: „Aktivitätsanalyse“. . . . .	73
Anlage 11: „Rollencheckliste“. . . . .	74
<b>Basismodul 5 – Gesundheit durch Betätigung</b> . . . . .	75
Empfohlene Literatur für Modul 5 . . . . .	78
Anlage 12: „Wortassoziationen“. . . . .	79
<b>Wahlmodul 6 – Sicher im Alltag.</b> . . . .	81
Empfohlene Literatur für Modul 6 – Hilfreiche Internetadressen . . . . .	84
Anlage 13: „Optionaler Beobachtungsbogen für Aktivitäten“. . . . .	85
Anlage 14: „Checkliste Wohnraumanpassung“. . . . .	86
Anlage 15: „Änderungsbedarf“. . . . .	89

<b>Wahlmodul 7 – Ernährung und Betätigung</b>	91
Empfohlene Literatur für Modul 7	93
Anlage 16: „Übung zum Genießen“	94
<b>Wahlmodul 8 – Finanzen</b>	95
Empfohlene Literatur für Modul 8	98
Anlage 17: „Geld kann ... Geld kann nicht ...“	99
Anlage 18: „Geld kann ... Geld kann nicht ...“	100
Anlage 19: „Wo kann ich sparen?“	101
Anlage 20: „Um Geld zu sichern ...“	102
Anlage 21: „Meine Kartenzahlungen“	103
Anlage 22: „Meine Zahlungen per Dauerauftrag, Lastschrift etc.“	104
Anlage 23: „Finanzielle Hilfestellungen“	105
Anlage 24: „Tarife und Verbrauch“	106
Anlage 25: „Reisen“	107
Anlage 26: „Reisecheckliste“	108
<b>Wahlmodul 9 – Möglichkeiten der Unterstützung in der Umgebung</b>	109
Anlage 27: „Nutzung der Angebote aus der Umgebung“	111
Anlage 28: „Wünsche für eine Unterstützung“	112
<b>Wahlmodul 10 – Ehrenamt und seine Organisation</b>	113
Empfohlene Literatur für Modul 10	115
Anlage 29: „Ehrenamt“	116
<b>Wahlmodul 11 – Lebenslanges Lernen – Neue technische Medien</b>	117
Empfohlene Literatur für Modul 11	121
Anlage 30: „Das wollte ich schon immer wissen und lernen“	122
Anlage 31: „Teilen von Fähigkeiten“	123
<b>Basismodul 12 – Abschluss</b>	125
Empfohlene Literatur für Modul 12	127
Anlage 32: „Fragen zum Abschluss“	128
Anlage 33: „Liste für die Abschlussfeier: Wer – Was?“	129
Anlage 34: „Reflexion einzelner Module TATKRAFT“	130
Anlage 35: „Modulvorbereitung: ausgefülltes Beispiel zu Modul 12“	131
<b>Notwendige Vorbereitungen für ein Nachfolgetreffen</b>	132

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

# 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. Bethesda: The American Occupational Therapy Association Inc.

# 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.<sup>1</sup> 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 (employ-

ability)“. Es nahmen Deutschland (D), Austria (A), Schweiz (CH) und die Region Südtirol (S) daran teil, die Finanzierung erfolgte durch den europäischen Sozialfonds (ESF). Das Ergebnis dieses Projektes aus dem Jahr 2007 zeigt auf, über welches Wissen und welche Kompetenz gerade Ergotherapeuten 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 wird 2009 damit beauftragt, ein konkretes Konzept zur Gesundheitsförderung<sup>2</sup> für ältere Menschen auf der Grundlage der DVE-Broschüre zu erstellen, welches anschließend möglichst vielen interessierten DVE-Mitgliedern zur Verfügung stehen sollte, um vor Ort die Umsetzung auszuprobieren. 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.

Das vorliegende Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ orientiert sich an der Ottawa-Charta (WHO 1986) und berücksichtigt zudem mehr als nur eine Dimension der Gesunderhaltung und ist nicht spezifisch auf Stressbewältigung, Bewegung oder Ernährung ausgerichtet.

Es entspricht so einigen der 10 Teilzielen des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ des Bundesgesundheitsministeriums (gesundheitsziele.de 2012): Das Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ möchte die Teilhabe älterer Menschen stärken und sie darin unterstützen, ihre Selbstständigkeit und Autonomie zu erhalten (Teilziel 1). Senioren sollen dabei unterstützt werden, persönliche und Umweltressourcen zu erkennen und so zu nutzen, dass gesundheitliche Risiken gemindert werden (Teilziel 2). Auch die Mobilität wie auch die körperliche Aktivität können über das Programm angeregt werden (Teilziel 3). Durch die Teilnahme am Programm ist es weiterhin möglich, die psychische Gesundheit zu stärken (Teilziel 10).

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

Aufgrund dieser zeitgemäßen Mehrdimensionalität der Programmziele erscheint es nach ersten Implementierungserfahrungen schwierig, das Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ in nur ein Handlungsfeld (z. B. Handlungsfeld Bewegung oder Handlungsfeld Stressbewältigung) einzuordnen, wie dies vom Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen (2010) gefordert wird, um eine Finanzierung der Krankenkassen zu ermöglichen. Es werden zukünftig entsprechende Anpassungen durch die Gesundheitspolitik erwartet, die sich dann sicherlich im Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ wiederfinden werden.

Die Entwicklung des Programms „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ entstand auf der Basis eines amerikanischen und eines britischen Vorläuferprogramms, dem *Lifestyle Redesign Program* (Mandel et al. 1999) und dem *Lifestyle Matters* (Craig & Mountain 2007).<sup>3</sup> Für die Vorläufer-Programme liegen Studien vor, die Validität und Effektivität der Programme nachweisen (Clark 1997; Sprange et al. 2013).

Das Handbuch zu den Modulen hat die Absicht, praktisch orientiert und anwendbar zu sein. Sicherheit bei der Umsetzung des Programms in die Praxis kann die von der DVE-Akademie angebotene, gleichnamige Fortbildung bieten.

Es ist notwendig, die tatsächlichen Bedürfnisse älterer Menschen in Deutschland zu berücksichtigen und im Anwendungskontext zu sehen, um die einzelnen Module in der Durchführung so genau wie möglich darauf abstimmen zu können. Um Erfahrungen mit dem Programm auszuwerten, wurde im Zeitraum von 2011 bis 2013 in Kooperation zwischen der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminde/Göttingen und dem DVE eine Pilotstudie durchgeführt. Hieraus resultiert die vorliegende erste Überarbeitung des Handbuches.

---

3 Hierbei handelt es sich um die Varianten eines Gesundheitsförderungsprogramms, 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).

# Nachweis der Evidenz

## Die Pilotstudie zum Programm an der HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen

Bereits während der Erarbeitung des Programms „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ war den beteiligten Entwicklern klar, dass dieses am „grünen Tisch“ entstandene Programm nur nach einer Überarbeitung auf der Grundlage erster Erprobungen im Praxisalltag Bestand haben kann.

Eine erste Schulung von Ergotherapeuten, welche die Bereitschaft mitbrachten, das Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ in ihrer Praxis umzusetzen, wurde geplant und vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) finanziert. Im Rahmen der Schulung wurden den Teilnehmern theoretische Hintergründe und Programminhalte vermittelt. Alle Teilnehmer erklärten sich bereit, ihre Erfahrungen mit dem Programm in die Pilotstudie einfließen zu lassen.

Die Pilotstudie wurde über zwei Jahre begleitend zu den Implementierungsschritten des Programms durchgeführt. Zehn der teilnehmenden Ergotherapeuten wurden im Rahmen der Pilotstudie auf ihrem Implementierungsweg begleitet und systematisch befragt. Im Pilotstudienzeitraum wurde das Programm trotz vielfältiger Bemühungen der teilnehmenden Praxen nur einmal mit einer Seniorengruppe durchgeführt. Festzuhalten ist, dass sowohl die bisherigen Programmmoderatoren als auch die teilnehmenden Senioren von der Programmidee begeistert sind.

Neben der Erhebung der Verständlichkeit des Handbuchs stand die Analyse der auftretenden Implementierungsbarrieren im Mittelpunkt der Studie.

Rückmeldungen zum Handbuch wurden in der vorliegenden 2. Auflage berücksichtigt und umgesetzt.

Inzwischen hat sich zu „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ ein deutschsprachiges Netzwerk mit österreichischen Kolleginnen gebildet, die ebenfalls an der Implementierung im Kontext ihrer nationalen Rahmenbedingungen arbeiten.

Die im Rahmen der Pilotstudie ermittelten Implementierungsbarrieren werden in den Fortbildungen zum Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ aufgegriffen und dort thematisiert.

Weitere Informationen sind über die Homepage [www.dve.info/tatkraft](http://www.dve.info/tatkraft) zu erhalten.

## Stand der internationalen Studien zu den Vorläuferprogrammen

Zum amerikanischen Programm *Lifestyle Redesign* (Mandel et al. 1999), das dem Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ zugrunde liegt, wurden Studien zu seiner Validität und Effektivität durchgeführt. Diese konnten z. B. positive Effekte in den Bereichen körperliche Aktivität, Vitalität, Stimmung und soziale Interaktion vorweisen (Clark 1997; Clark et al. 2001; Hay et al. 2002).

Auch für die Zielgruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund konnten positive Effekte auf körperliche Schmerzen, Vitalität, soziale Integration, psychische Gesundheit, Lebenszufriedenheit und depressive Symptome nachgewiesen werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnten Gesundheitskosten eingespart werden. In dieser Studie wurde das Gruppenprogramm um einige Modul-inhalte (z. B. Gelenkschutz, Ziele erreichen, Veränderung von Gewohnheiten) sowie um die Möglichkeit von Einzelberatungen gegenüber dem Ursprungsprogramm erweitert (Clark et al. 2012).

Zum britischen *Lifestyle Matters* (Craig & Mountain 2007) wird seit 2013 eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt, die eine Verbesserung bzw. den Erhalt psychischer Gesundheit bei Senioren nachweisen möchte. Ergebnisse hierzu liegen aktuell noch nicht vor (Sprange et al. 2013).

# 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 oder 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 2010; Kruse & Wahl 2010).

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 zurzeit 65 Jahren nicht ohne gesundheitliche Einschränkungen erreichen. Dabei liegt das faktische Renteneintrittsalter bereits seit Jahrzehnten – und nicht erst seit heute – bei 60 Jahren (Kruse 2005a und 2005b). In den kommenden Jahren wird das Renteneintrittsalter schrittweise auf 67 Jahre erhöht werden. Aus diesem Grund sind intensive Gesundheitsförderungs- 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 sinnvoller 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 – Gesundheit 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

Nach Pohlmann (2011, 107) ist der Altersbegriff in unserer Gesellschaft stark mit dem *kalendarischen* Alter verknüpft. Das heißt, Menschen werden aufgrund der Anzahl ihrer Lebensjahre als „alt“ bezeichnet. Aber nicht jeder Mensch erlebt mit 70 Lebensjahren die gleichen Lebensumstände oder teilt die gleichen Ansprüche an das Leben.

Es ist im Rahmen des Programms „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ sinnvoll und notwendig, viel stärker zu differenzieren und individuelle Aspekte des Alters zu berücksichtigen. Pohlmann (2011) führt die Definition des *induzierten* Alters ein, die auch für das vorliegende Programm einen sinnvollen Ausgangspunkt bildet. Damit ist der Anspruch verknüpft, der Unterschiedlichkeit des Alternsprozesses gerecht zu werden und die jeweiligen Lebens- und Bildungsumstände, die Einfluss auf den Alternsprozess haben, berücksichtigen zu können.

Die Zielgruppe, die sich durch dieses Programm angesprochen fühlen soll, wird also nicht an einem bestimmten „kalendarischen“ Alter festgemacht, sondern die Eingrenzung der Zielgruppe orientiert sich an den Lebenssituationen älterer Menschen wie:

- im Übergang vom Beruf in den Ruhestand
- in neuer Wohnsituation
- nach Verlust des Partners
- nach Verlust sozialer Kontakte

Der Übergang Beruf/Ruhestand kann schwierig werden, wenn die plötzlich zur Verfügung stehende freie Zeit nicht sinnvoll genutzt werden kann oder es aufgrund fehlender Wertschätzung und Bedeutung zu Identitätsproblemen kommt. Hier kann das Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ Unterstützung bieten, indem nach sinnvollen Betätigungen geforscht wird.

Der Wohnortwechsel im Alter ist für manchen schwer zu bewältigen. Bewährte Wege und Kontakte gehen verlo-

ren und müssen durch neue Organisation und neue Ortskenntnis ersetzt werden. Das vorliegende Programm kann hier sinnvoll informieren und neue Kontakte ermöglichen.

Auch der Verlust des Lebenspartners kann Menschen vor eine große Herausforderung stellen. Gemeinsame Routinen gehen verloren und liebgewordene Gewohnheiten machen plötzlich keinen Sinn mehr. Durch eine individuelle Analyse der Situation und das Aufzeigen von Möglichkeiten der Lebensgestaltung kann diesen Herausforderungen im vorliegenden Programm begegnet werden.

Die Motivation zur Teilnahme am Programm „TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung“ sollte aus dem Bedürfnis nach Veränderung und Betätigungswechsel resultieren.

## 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 z. B.:

- Eine medizinische Diagnose, die die notwendigen Teilnahmevoraussetzungen (siehe oben) blockiert (Demenz wäre z. B. ein Ausschlusskriterium, Querschnittlähmung 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

# Modulhandbuch

## **TATKRAFT...**

*Gesundheit im Alter durch Betätigung*

# Der erste Schritt zur Gesundheitsförderung



## Kennenlernen und Vorstellung des Programms

*Der Anfang ist gemacht – jetzt geht es los!*



### 1. Thema

Dieses Einführungsmodul gibt den Teilnehmern einen Überblick über das TATKRAFT-Programm und betont, wie wichtig es ist, dass die Teilnehmer den ersten Schritt zum TATKRAFT-Programm getan haben. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, die Organisatoren, Moderatoren und die anderen Gruppenmitglieder kennenzulernen. Dabei ist es besonders wichtig, eine angenehme, offene und freundliche Atmosphäre zu schaffen, damit sich alle Beteiligten wohlfühlen und gerne zum nächsten Treffen kommen möchten. In einem Gruppengespräch können alle Teilnehmer ihre Wünsche und Erwartungen an das Programm äußern und den Moderatoren mitteilen, welche Module sie besonders interessieren.



### 2. Ziele des Moduls

- Die Teilnehmer kennen die Inhalte des TATKRAFT-Programms, die dazugehörigen Basis- und Wahlmodule, Termine, Dauer und Veranstaltungsort der Module.
- Sie kennen die Organisatoren, Moderatoren und die anderen Gruppenteilnehmer.



### 3. Inhalte des Moduls



#### 3.1 Zeitlicher Umfang

90 Minuten



#### 3.2 Einführungsaktivität

- Die Moderatoren stellen sich vor.
- Sie erklären den Ablauf des TATKRAFT-Programms (Dauer, Termine, Veranstaltungsort, Inhalt der einzelnen Module) und erklären Sinn und Zweck der Fragebögen. Der Evaluations-Fragebogen (Anlage 1) wird ausgeteilt. Hier können auch der Flyer und die Modulkarten eingesetzt werden (erhältlich beim DVE).
- Sie geben einen Überblick zum Ablauf des ersten Treffens.
- Die Teilnehmer stellen sich vor.
- Der ausgefüllte Fragebogen (Anlage 1) wird eingesammelt.