



Mehr Gesundheit im Alter

Arbeitshilfen für Bewegungsförderung
und Sturzprävention im Alter am Beispiel des
Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention

Die Zusammenstellung dieser Arbeitshilfen wurde ermöglicht durch

Herausgeberin

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
der Freien und Hansestadt Hamburg,
Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (GSN)

Autorinnen

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Dr. med. Jennifer Anders
Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg

In Zusammenarbeit mit

Hamburger Arbeitskreis zur Sturzprävention im Alter

Entwicklung, Vorbereitung und Implementierung dieser Arbeitshilfen waren zudem möglich durch das Wissen, das Können und die Anstrengungen der hier aufgeführten Personen (alphabetisch)

Frau Adamczewski, Frau Adler, Frau Barth-Deuß,
Frau Christ, Frau Dieckmann, Herr Dr. Dirksen-Fischer,
Herr Fontaine, Frau Gauler, Herr Golgert, Frau Dr. Juhl, Frau Krane,
Frau Laub, Herr Nagel, Herr Prof. Dr. von Renteln-Kruse,
Frau Preuhs, Herr Stender, Frau Waletzko, Herr Waeselmann
sowie mit Unterstützung des
Arbeitskreises „Gesundheit und Alter“ des Gesunde Städte-Netzwerkes und des
Gesunde Städte-Sekretariates der Bundesrepublik Deutschland.

Gefördert
von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen
ihrer Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland

Dezember 2009



Grußwort Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

Ich freue mich sehr, dass Sie sich für das Thema ‚Bewegungsförderung im Alter‘ interessieren.

Bewegungsförderung ist ein wesentlicher Teil der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Bedeutung von Gesundheit für Lebensqualität, selbständige Lebensführung und aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Alter ist hoch und besonders in den letzten Jahren deutlich geworden.

Wir wissen heute genauer, welche Potenziale durch Gesundheitsförderung und Prävention erschlossen werden können nach dem Motto: Den Jahren mehr Leben geben! Motivierende und wirksame Bewegungsangebote haben da eine ganz herausragende Bedeutung.

Diese Arbeitshilfen sollen Sie anregen und dabei unterstützen, in den Städten und Kreisen eigene Projekte zu planen und durchzuführen. Sie finden eine Fülle von Informationen, Instrumenten und Beispielen, die in der Praxis entwickelt und erprobt sind.

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die an der Erarbeitung dieser Arbeitshilfen beteiligt waren. Ohne ihre Mitarbeit und Unterstützung wäre dieses Werk nicht zustande gekommen.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen dieser Arbeitshilfen eine anregende Lektüre und beim praktischen Einsatz viel Erfolg.

Dr. Angelika Kempfert
Staatsrätin der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz



Grußwort Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

„Mehr Gesundheit im Alter“ ist Titel und zugleich Ziel der vorliegenden Arbeitshilfen.

In den Mittelpunkt dieser Arbeitshilfen wurden die Themen Bewegungsförderung und Erhalt der Mobilität gestellt, da sie von zentraler Bedeutung für eine gute Lebensqualität und ein selbständiges Leben bis ins hohe Alter sind. Es handelt sich um eine Fassung, die nun im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks unter Beteiligung weiterer Kommunen für den allgemeinen Einsatz weiterentwickelt wird.

Die Arbeitshilfen richten sich an Fachkräfte auf kommunaler Ebene. Denn: Erfolgreiche Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention setzen an den alltäglichen Lebenswelten und sozialen Kontexten der jeweiligen Zielgruppen an. Dies sind bei Menschen im höheren Lebensalter in der Regel nicht (mehr) berufliche Zusammenhänge, sondern Aktivitäten in der Kommune/im Stadtteil/-Viertel/-Dorf.

Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Kommunen und Landkreisen haben uns gezeigt, dass es in den Kommunen bereits zahlreiche Ansätze und Maßnahmen für die Zielgruppe Ältere gibt („Seniorenbezogene Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene“; BZgA 2007a). Es fehlt allerdings vielfach noch an einer ausreichenden Vernetzung und zielgerichteten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Ebenso bestehen Defizite bezüglich der Transparenz über Angebote/Angebotsstrukturen und deren Qualität.

Die BZgA hat vor diesem Hintergrund die Entwicklung der Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“ im Rahmen ihrer Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland gefördert. Exemplarisch wird an den Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention dargestellt, wie auf der Grundlage einer Ausgangsanalyse ein lokales Konzept zur Gesundheitsförderung im Alter geplant, umgesetzt und evaluiert werden kann. Nun muss von weiteren Kommunen geprüft werden, wie die Arbeitshilfen weiterentwickelt werden, um mit der erforderlichen Breite eingesetzt werden zu können.

Der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, insbesondere Frau Dr. Katharina Juhl, sowie den Autorinnen Frau Dr. Ulrike Dapp und Frau Dr. Jennifer Anders vom Albertinenhaus Hamburg, gilt mein besonderer Dank für die Erstellung dieses umfangreichen Werkes.

Ich wünsche den Arbeitshilfen eine weite Verbreitung und gute Akzeptanz und den Nutzerinnen und Nutzern viel Erfolg beim Einsatz der Arbeitshilfen.

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Grußwort Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)

Gesund älter werden wird heute vor allem im Sinne einer aktiven Lebensgestaltung interpretiert. Dazu gehört ein selbständiges, selbstverantwortliches und mitverantwortliches Leben. Die aktive Lebensgestaltung ist gebunden an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Menschen, an die materielle und soziale Sicherung, an die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt und an die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alten und älteren Menschen. Das Gesunde Städte-Netzwerk, ein bundesweiter Zusammenschluss von Städten, Kreisen und Regionen hat mit dem Berliner Appell aus dem Jahre 2007 alle gesellschaftlichen Kräfte dazu aufgerufen, sich stärker für ein gesundes Älterwerden zu engagieren.

Dieses nun vorliegende Kooperationsprojekt zwischen der BZgA und dem GSN zur Entwicklung eines übertragbaren kommunalen Programms zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zeigt die Bedeutung, die diesem Thema beigemessen werden muss. Der Hansestadt Hamburg sei an dieser Stelle für die Modellprojektentwicklung besonderer Dank gesagt. Das Projekt begleitet hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen der Mitgliedsstädte Hamburg, Herne, Köln, Lübeck, Münster, Ennepe-Ruhr-Kreis, Rhein-Kreis-Neuss und der BZgA. Ein weiterer wichtiger Schritt wird nun die bundesweite Umsetzung des Projektes sein. Die Gesunden Städte werden dazu hilfreich unterstützend wirken.

Dr. Claus Weth
Geschäftsführer des Gesunde Städte-Sekretariats

Vorwort BSG

Die vorliegenden Arbeitshilfen zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung in Kommunen am Beispiel der Sturzprävention im Alter ist das Ergebnis eines Kooperationsprojektes zwischen Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Dieses Kooperationsprojekt wurde unter dem Titel „Entwicklung eines kommunalen Programms zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ im Sommer 2007 gestartet. Anknüpfend an die „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“, die zu diesem Zeitpunkt von der AG „Gesund altern“ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet und im Februar 2008 verabschiedet wurden, wurden aus den insgesamt sechs Zielbereichen zur exemplarischen Bearbeitung auf kommunaler Ebene zwei ausgewählt:

- Zielbereich 1: „Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern“
- Zielbereich 2: „Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen“

Für die beiden - unter dem Stichwort „Bewegungs- und Mobilitätsförderung“ zusammengefassten - Zielbereiche sollte im Rahmen eines Modellprojektes ein auch auf andere Kommunen sowie auf andere Handlungsfelder übertragbares Konzept zur Förderung der Bewegung und Mobilität im Alter erarbeitet werden. Als Zielgruppe festgelegt wurden Menschen ab ca. 60 Jahre (+/-), die nicht mehr erwerbstätig sind, aber (noch) selbstständig, d.h. mit eigener Haushaltsführung leben und nicht pflegebedürftig sind.

Als Projektpartner für die konkrete Umsetzung/als Modellregion wurde Hamburg ausgewählt. Hierfür gab es mehrere Gründe. Zum einen kooperiert die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, mit dem Gesunde Städte-Netzwerk zur Implementierung erfolgreicher Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in den Kommunen (u.a. Mitarbeit an Jahrestagungen, Arbeitsgruppe zur Gesundheit im Alter, Gesunde-Städte Preis, Berliner Appell). Zum anderen arbeitet in Hamburg seit mehreren Jahren ein Arbeitskreis Sturzprävention, der von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz koordiniert wird. Dieser Arbeitskreis ist kein Modellprojekt, er unterscheidet sich in Zusammensetzung und Arbeitsweise nicht von vielen anderen Arbeitskreisen, die sich in der kommunalen Gesundheitsförderung engagieren.

Dieser Hintergrund prägt auch den Charakter dieser Arbeitshilfen. Es ist kein Lehrbuch, sondern ein Werkstattbericht mit einer prall gefüllten Werkzeugtasche an Praxisbeispielen.

Die Arbeitshilfen sind das Ergebnis mehrjähriger praktischer Erfahrungen, die in den gemeinsamen Projekten des Arbeitskreises Sturzprävention, aber auch in vielen anderen Projekten gesammelt wurden. Nun macht Erfahrung nicht immer klug – wir glauben aber, dass andere trotzdem in unseren Erfahrungen Ideen und Anregungen finden können. Deswegen gibt es auch keinen durchgängigen Text, sondern viele mehr oder weniger frei kombinierbare Bausteine. Betrachten Sie es als Steinbruch! Nehmen Sie, was Sie brauchen können!

Die Beispiele stammen vorwiegend aus dem Bereich der Sturzprävention, die geschilderten Arbeitsschritte ebenso wie die verwendeten Werkzeuge lassen sich aber problemlos auf andere Themenfelder übertragen.

Wir stellen Ihnen in diesen Arbeitshilfen ein strukturiertes Vorgehen vor: Es beginnt mit der Analyse der Ausgangssituation, dann folgen die Zielbestimmung und Planung, die Durchführung und die Auswertung.

Uns ist sehr wohl bewusst, dass diese klare Struktur als analytischer Rahmen sehr nützlich ist, den praktischen Alltag aber nicht umfassend/vollständig beschreiben kann. In der praktischen Umsetzung werden die o.g. Schritte nicht immer voneinander zu trennen sein und nicht immer nacheinander ablaufen. Vielmehr gibt es Überschneidungen, weil z.B. mehrere Teilprojekte gleichzeitig bearbeitet werden, weil sich Rahmenbedingungen ändern, weil Akteure und Akteurinnen wechseln, weil ein Zeitplan durcheinander gerät. Trotzdem glauben wir, dass die Struktur nützlich ist. Gerade wenn Störungen auftauchen, kann es hilfreich sein, innezuhalten und zu fragen: Wo stehen wir? Sind wir uns wirklich einig in den Zielen, die wir verfolgen? Haben wir bei der Analyse der Ausgangsbedingungen einen Fehler gemacht? Haben sich in die Projektplanung Fehler eingeschlichen?

Sie werden merken, dass verschiedene Autorinnen und Autoren an den Texten mitgeschrieben haben, manchmal werden sie das vielleicht als Stilbruch empfinden. Wir haben aber darauf verzichtet, die Texte hier zu glätten, weil erkennbar bleiben soll: Dies ist das Ergebnis einer gemeinsamen Anstrengung. Genauso, wie die praktische Arbeit davon lebt, dass sehr unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Sichtweisen zusammenarbeiten, lebt diese Textsammlung von unterschiedlichen Perspektiven.

Ein Werkstattbericht hat es an sich, dass er nie richtig fertig ist. Deswegen freuen wir uns über Kritik, Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu diesen Arbeitshilfen, aber auch über Berichte zu anderen Ansätzen und Projekten zur Bewegungsförderung in den Kommunen.

Neben den hier vorliegenden Arbeitshilfen wurde im Rahmen des Kooperationsprojektes in Hamburg auch ein Manual zur Bewegungsförderung und zum Erhalt und Ausbau von Mobilität im Alter entwickelt, das sich an die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren selbst wendet sowie auch im Kontext individualisierter Beratung (z.B. in Arztpraxen, Apotheken, Senioreneinrichtungen) von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt werden kann. (Manual „Sicher gehen – weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität“).

V Tief Vertiefungsmodul
Praxis Praxisbeispiel

Inhalt Basismodul

Beitragende zu diesen Arbeitshilfen	2
Grußwort BSG	3
Grußwort BZgA	4
Grußwort Gesunde Städte-Netzwerk (GSN).....	5
Vorwort BSG.....	6
Inhaltsverzeichnis	8
Einleitung, Ziel und Aufbau der Arbeitshilfen.....	10

Aktionszyklus Schritt 1: Situationsanalyse der Probleme und Ressourcen19

Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention im Alter..... 19

 Praxis 1	Präventionstabellen-Quiz	23
Praxis 2	Kleine Schritte zur (Betriebs-) Gesundheit.....	23
Praxis 3	Mitgehen am Mittwoch.....	23
Praxis 4	Multidimensionale Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.....	26
V Tief 1	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	26

Ausgangssituation: Fakten zu Mobilität und Stürzen im Alter.....27

Praxis 5	Sturzmanual „Sicher gehen – weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität“ inkl. Selbsttest und Empfehlungen.....	30
 Praxis 6	Einsatz von Informationsmaterialien „Bewegung lohnt sich“	30
V Tief 2	Stürze und zielgruppenspezifische Sturzprävention im Alter.....	30

Bedarf an / Nachfrage nach multidimensionaler Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune am Beispiel der Sturzprävention 31

 Praxis 7	Berechnung und graphische Darstellung Nicht-Pflegebedürftigkeit im Alter.....	33
Praxis 8	Individuelle Zusammenstellung von Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nach Regionen und Themen	36
V Tief 3	Ältere Bevölkerung in Deutschland.....	37

Anbietende Institutionen multidimensionaler Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune am Beispiel Sturzprävention..... 38

V Tief 4	Anbieter multidimensionaler Gesundheitsförderung in der Kommune.....	40
Praxis 9	Erstellen einer Karte gesundheitsfördernder und präventiver Angebote in der Kommune.....	40
Praxis 10	Initiierung einer kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenz für ältere Menschen.....	42



Aktionszyklus Schritt 2: Definition eines übergeordneten Zieles 43

Aktionszyklus Schritt 3: Bildung einer Aktionsgruppe aus vorhandenen Ressourcen 46

Aktionszyklus Schritt 4: Entscheidung und Projektplanung 59

Aktionszyklus Schritt 5: Praktische Durchführung und Dokumentation 63

V Tief 5	Bisherige Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises zur Sturzprävention im Alter plus Anhang A - L zu Vertiefungsmodul 5.....	64
V Tief 6	Aktionstag „In Bewegung bleiben – aber sicher“ plus Anhang A – J zu Vertiefungsmodul 6.....	64
V Tief 7	Früherkennung von Sturzrisikofaktoren im Betreuten Wohnen plus Anhang A – E zu Vertiefungsmodul 7.	64



Aktionszyklus Schritt 6: Evaluation/Bewertung von innen und außen..... 65

Praxis 11	Evaluation eines Kurses zur Sturzprävention in Hamburger Sportvereinen.....	67
Praxis 12	Workshop „Evaluation in der Gesundheitsförderung“	67



Literatur
Glossar
Anhang A – P zum Basismodul



Anhang

Einleitung, Ziel und Aufbau dieser Arbeitshilfen

Neben dem Bund und den Ländern sollen auch Kommunen Bedingungen dafür schaffen, dass Bürgerinnen und Bürger gesund leben können. Gesundheit gehört mit zu den „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“, die „im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“ sind (Art. 28 (2) GG).

In Kreisen, Städten und Gemeinden als unmittelbare Lebensorte regeln Bürgerinnen und Bürger ihr wirtschaftliches und soziales Leben und Überleben. Die Sicherstellung der Grundbedürfnisse aller Bevölkerungsschichten in Bezug auf Wasser, Energie, Wohnen, Einkommen, Ernährung, Sicherheit und Arbeit, ein hochwertiges und für jedermann zugängliches Maß an öffentlicher Gesundheits-, Krankheits- und Bildungsversorgung sind nur einige der wichtigsten Aspekte, die örtlich organisiert werden.

Städte sind Akteure der Gesundheitsförderung

Gesundheit gehört zu den bedeutsamen Determinanten für Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben sowie für **Lebensqualität**. Sie gewährleistet Produktivität und ist damit auch Garant für wirtschaftliche und gesellschaftliche Stabilität. Das sind vielen Kommunen Gründe genug, sich für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und für vielfältige Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung einzusetzen.

Kommunen bzw. Stadtteile sind gleichsam „Hüter“ der Lebenswelten ihrer Bürgerinnen und Bürger und bilden damit ein Ordnungs- und Gestaltungssystem für übergreifende und ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention. Die Mobilisierung und Bündelung der kommunalen Ressourcen für Gesundheit ist eine der Herausforderungen.

Kommunen übernehmen speziell im Rahmen von Landesgesundheitsgesetzen Aufgaben für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Diese Aufgaben sind explizit auf Gesundheit ausgerichtet (und werden bspw. von Gesundheitsämtern mit umgesetzt) oder sie thematisieren Gesundheit implizit. So haben beispielsweise Stadtentwicklungsvorhaben, Verkehrsplanungen oder Fragen der Wirtschaftsförderung auch Auswirkungen auf Gesundheit. Die Kommunen haben dabei auch die Aufgabe, die Aktivitäten der verschiedenen Akteure zu koordinieren und Vorhaben aus verschiedenen Politikbereichen miteinander abzustimmen (z.B. Gesundheitsverträglichkeitsprüfung).

Gesundheitsförderung als intersektorale Aufgabe

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plädiert in seinem bereits Anfang 2001 veröffentlichten Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ deshalb nachdrücklich für eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Bildungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Einfluss nimmt (www.svr-gesundheit.de).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in mehreren Entschlüssen seit Mitte der 80er Jahre (z. B. Ottawa-Charta) immer wieder darauf verwiesen, dass Gesundheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Bei der Umsetzung ist Gesundheitsförderung als Teil einer vorsorgenden Kommunalpolitik auf die Mitwirkung verschiedener Politikfelder und relevanter Institutionen und Vereine angewiesen (integrativer Ansatz). Gesundheitsfördernde Aktivitäten, vor allem aber ihre Erträge, müssen sich auf möglichst vielfältige Weise und auf verschiedenen Ebenen abbilden (Mehr-Ebenen-Ansatz gem. der Ottawa-Charta von 1986):



- Handlungsfeld 1:** Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.
- Handlungsfeld 2:** Schaffung unterstützender Umwelten für Gesundheit.
- Handlungsfeld 3:** Entwicklung von Kompetenzen des Einzelnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, inkl. der Vermittlung von Informations- und Bewältigungsstrategien (Empowerment).
- Handlungsfeld 4:** Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, inkl. der sozialen Unterstützung und Netzworkebildung.
- Handlungsfeld 5:** Neuorientierung der Gesundheitsdienste über die medizinisch-therapeutischen Betreuungsleistungen hinaus und Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten.

Wenn Sie in der kommunalen Gesundheitsförderung arbeiten, stehen Sie täglich vor der Herausforderung, Probleme zu bewältigen oder Projekte zu koordinieren, ohne dass immer konkrete Pläne oder wirksame Strategien vorliegen. Auch werden Ihnen dabei nicht unbegrenzt zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Diese Arbeitshilfen zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kommunen haben wir bewusst am Beispiel der Sturzprävention im Alter geschrieben, denn am Beispiel der Sturzprävention im Alter zeigt sich, dass alle Aspekte der Gesundheitsförderung einfließen, die Sie auch aus anderen Feldern der Gesundheitsförderung kennen. Beispielsweise finden Sie viele erfolgreich durchgeführte Praxisprojekte für die ältere Generation zu den verschiedensten gesundheitsfördernden Bereichen der Ernährung, Mobilität, Bildung und/oder sozialen Teilhabe über den Internetauftritt des Deutschen Präventionspreises 2005 „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“ sowie in den Praxisbeispielen dieser Arbeitshilfen (www.deutscher-praeventionspreis.de).

Sie können sich auch auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie beim Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland (www.gesunde-staedte-netzwerk.de) über Aktionen rund um die Gesundheitsförderung sowie begleitende Veranstaltungen für Kommunen informieren.

Gesunde Stadt

International haben sich mittlerweile zahlreiche Kommunen zur Aufgabe gemacht, die Gesundheit ihrer Bewohnerinnen zu verbessern. Ein Wegbereiter dieser Bewegung war die Weltgesundheitsorganisation (WHO). 1986 gründete das Europabüro der WHO das internationale Healthy Cities Network. 1989 haben elf Kommunen das Bundesdeutsche Gesunde Städte-Netzwerk ins Leben gerufen, dem heute über 60 Städte und Kreise angehören. Die Kommunen müssen durch einen Stadtratsbeschluss belegen, dass sie Gesundheit verstärkt in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik stellen werden. Die Gesunden Städte profitieren untereinander von dem Austausch der Erfahrungen, der die Verbreitung guter Beispiele befördert.

Im Leitfaden zur Entwicklung von Gesunden Städten definiert die WHO 1992: Gesunde Städte verpflichten sich zur Gesundheit, d.h. sie befürworten ein ganzheitliches Konzept von Gesundheit und erkennen die vielfältigen Wechselwirkungen an, die auf Gesundheit und Krankheit Einfluss nehmen. Deshalb fördern sie politische Entscheidungen für mehr Gesundheit, d.h. sie berücksichtigen in allen Politikfeldern die Gesundheit. Zur Umsetzung dieser strategischen Ausrichtung regen sie auf allen Fachgebieten multisektorales Handeln an, d.h. sie schaffen Organisationsstrukturen, in denen Behörden, Ämter aber auch andere Institutionen, Verbände und Vereine sowie Bürgerinnen zusammentreffen und ihre Beiträge für Gesundheit verhandeln und abstimmen. Übergreifendes Ziel der Gesunden Städte ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, d.h. alle Politikfelder sind von der Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit gekennzeichnet und von der Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen getragen.

Ziele der Gesunden Städte in Deutschland

Die Aktivitäten in den Gesunden Städten streben im Wesentlichen die folgenden Ziele an:

- Erfassung, Beobachtung, Analyse, Beschreibung und Veröffentlichung von Daten zu Gesundheitsrisiken, -problemen, -lagen und -potenzialen (u.a. unter sozialräumlicher Perspektive),
- Stärkung von Gesundheitswissen, -bewusstsein und -kompetenz von einzelnen, Gruppen und Organisationen (Empowerment)
 - Informationen zu Gesundheitsförderung und Vorsorge
 - Schärfung des Bewusstseins für förderliche Bedingungen und Lebensweltbezug von Gesundheit und Krankheit,
 - nutzerfreundliche Gestaltung von Angeboten des Gesundheitswesens,
- Sensibilisierung und Aktivierung einzelner, von Gruppen und Organisationen (einschl. Stadtpolitik, Verwaltungen) für gesundheitsfördernde und vorsorgende Aktivitäten und Ansätze,
- Verstärkte Bewertung und nachhaltige Ausrichtung von Entscheidungen und Planungen auf Gesundheitsverträglichkeit von u. a. Kreis- und Stadtpolitik, Organisationen, Betrieben,
- Verbesserung der Umweltbedingungen zur Sicherung und Förderung von Gesundheit (Lärminderung, Verkehrsunfallschutz, Grünanlagen, usw.),
- Verstärkte Schaffung von Möglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger, sich gesund zu verhalten (Ernährung, Bewegung, etc.),
- Verbesserung der Entlastung und Unterstützung besonders belasteter Gruppen: z.B. Schwangere, junge Mütter, Kinder, Migranten, chronisch kranke Menschen (insbesondere unter der Perspektive sozialer Benachteiligung),
- Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität von Versorgungs- und Gesundheitsförderungsangeboten und -aktivitäten.

Vernetzung und Beteiligung

Weil an einer vernetzten Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung und Prävention viele Einrichtungen und Akteure beteiligt sind, liegt das Augenmerk schnell auf Kooperation und Vernetzung. Beides findet in Gesunden Städten statt: Die Verantwortungspartnerschaft wird über Gesundheitskonferenzen und über die effiziente Verknüpfung und wechselseitige Bereitstellung und Nutzung vorhandener Ressourcen verwirklicht. Der Ressourcenblick, die Aufmerksamkeit für bereits vorhandene Angebote und Talente in der Kommune – sowohl bezogen auf das professionelle System wie auch auf die Bewohner – hat eine hohe Relevanz. Diese Schwerpunktsetzung trägt insbesondere für Bürgerinnen und Bürger auch gesundheitsstärkende Erfahrungen in sich, weil sie ihre Kompetenzen in Aktivitäten einbringen und damit sich und anderen zeigen, was sie können. Dieses den Selbstwert fördernde Engagement entwickelt insbesondere in den Stadtgebieten ihre Wirkung, in denen viele Menschen leben, die durch ihre sozialen Lebensumstände belastet sind und diese Ermutigung als Motivation erfahren.

Mobilitätsförderung als wichtige Gesundheitsstrategie

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind in jedem Alter wirksame Strategien, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Bewegung ist eine Schlüsselqualität für körperliche Beweglichkeit, geistige Gewandtheit und soziales Zusammen- und Tätigsein und erleichtert damit ein selbstständiges Leben.



Für die Bewegungsförderung sind für Kommunen zwei Strategieansätze handlungsleitend:

- Bewegungsförderung in Regelsysteme flächendeckend integrieren, d. h. Gesundheitsförderung bspw. in Familienzentren, Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Senioreneinrichtungen so alltagsnah umsetzen, dass möglichst alle davon profitieren können und
- Bewegungsförderung zielgruppenspezifisch organisieren, d. h. die Menschen gezielt ansprechen und erreichen, die aufgrund ihrer Gesundheits- bzw. Lebenssituation eine besondere Unterstützung benötigen.

Gesundheitsförderung im Alter ist ein wichtiger Punkt, warum?

Die meisten von Ihnen sind ‚alte Hasen‘ auf dem Feld der Gesundheitsförderung, trotzdem ist die Zielgruppe alter Menschen für Sie weniger vertraut. Schaut man sich den bunten Teppich der kommunalen Gesundheitsförderung an, dann hat die Gesundheit von Kindern, aber auch von anderen Gruppen immer eine sehr große Rolle gespielt – im Vergleich dazu war die Gesundheit älterer Menschen ein eher randständiges Thema. Damit befinden Sie sich vielleicht nicht in bester Gesellschaft, aber doch mitten im Mainstream: Denn alte Menschen sind von Prävention und Gesundheitsförderung erst spät entdeckt worden. Gründe, sich hier zu engagieren, gibt es viele, ausführlich finden Sie sie in Schritt 1 des Aktionszyklus. Hier nur ein paar Stichworte:

- etwa 25% der Bevölkerung in Deutschland sind 60 Jahre und älter. Dies gilt gleichermaßen für städtische und ländliche Regionen (Statistisches Bundesamt 2008, Kröhnert et al. 2004),
- die ältere Bevölkerung wächst in den nächsten Jahrzehnten weiter an; absolut und prozentual,
- die ältere Bevölkerung ist sehr heterogen – sie umfasst mehrere Generationen,
- das kalendarische Alter ist nicht gleichzusetzen mit dem biologischen Alter,
- gut 80% der älteren Bevölkerung leben selbstständig und aktiv in der Kommune,
- wenig ist bekannt über Gesundheit, Einstellungen und Bedürfnisse dieser aktiven älteren Bevölkerung.

Exkurs zu gesundheitsförderndem Arbeiten in Gesundheits-Netzwerken

Gesundheitsförderung und Prävention verlangen ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung breiter Kreise, die die Gesundheit beeinflussen. Im Sinne der Partizipation sollen die Beteiligten der Gesundheitsförderung und Prävention in einem partnerschaftlichen Prozess Strukturen und Abläufe gemeinsam neu definieren mit dem Ziel, die historisch gewachsenen Strukturen beizubehalten, zu optimieren und zu ergänzen.

An dieser Stelle ist die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes z.B. durch kommunale Gesundheitsförderer unerlässlich. Dies kann beispielsweise geschehen durch die Schaffung von „Gesundheitskonferenzen“, „Pflegekonferenzen“ oder der Mischform speziell für ältere Menschen, die „Gesundheits- und Pflegekonferenzen“. Diese sollen praxisorientiert an relevanten Themen in den Stadtteilen / der Region für alle ältere Menschen arbeiten.

Positive Effekte einer strukturierten Kooperation auf kommunaler Ebene können sein:

- Vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten in der Region,
- Gemeinsame (partizipative) Zielentwicklung erleichtert die Identifikation mit Aktionen und

- Integration die Arbeitsgruppe,
- Bestandsaufnahme vorhandener Angebote / kommunaler Infrastruktur,
- Schaffung von Transparenz bzw. gegenseitige Information über gesundheitliche Angebote,
- Erstellung neuer und Interpretation vorhandener Bedarfs- und Nachfrageanalysen,
- Vernetzung, Kooperation und Ausnutzung von Synergieeffekten zwischen allen Beteiligten, (Gesundheits- und Pflegekonferenzen).
- Information und Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen,
- Auffinden von Synergieeffekten und Lösungen von Schnittstellenproblemen,
- Förderung der gerontologisch-geriatrischen und gesundheitsfördernden Infrastruktur,
- Sicherung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards.

Zielgruppenspezifische, ganzheitliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“ richtet sich an kommunale Akteure. Sie möchte bei der Planung und Umsetzung von Projekten für die Zielgruppe der selbstständig und aktiv in der Kommune lebenden älteren Menschen unterstützen. Diese Zielgruppe ist zum einen sehr groß – jeder vierte Mensch in Deutschland ist mindestens 60 Jahre alt und fast alle von ihnen leben selbstständig – und zum anderen sehr heterogen – verbergen sich in dieser Bevölkerungsgruppe doch mehrere Generationen. Hierzu heißt es in der Bundesberichterstattung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur älteren Generation: „In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren. (...) In diesem Sinne sollte Alter auch als Chance begriffen werden.“ (BMFSFJ 2002).

Aus diesem Grund legen wir Ihnen bei allen Ihren planerischen Bemühungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ans Herz: Machen Sie sich immer frühzeitig klar, welche Zielgruppe genau Sie im Auge haben – DEN älteren Menschen gibt es nicht! Gesundheitsförderung im Allgemeinen kann nur zielgruppenspezifisch gelingen. Hinzu kommt der ganzheitliche Ansatz mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitsnetz – dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen vom Kleinkind bis zum Hochbetagten. Sie können hier eine koordinierende und vernetzende Rolle ausfüllen. Das setzt voraus, dass Sie das Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention (von der Primär- bis zur Tertiärprävention) kennen und bewerten können. Holen Sie sich hierfür die Fachleute an einen Tisch!

Am Beispiel des Arbeitskreises Sturzprävention im Alter beschreiben wir diesen Prozess in Hamburg mit dem Ziel einer ganzheitlichen, zielgruppenspezifischen Mobilitätsförderung älterer Menschen. Im Blick haben wir immer die Übertragbarkeit von Teilen oder wahlweise des gesamten Programms auf andere Kommunen. Kleinere Kommunen können bei der Durchführung gesundheitsfördernder Programme eventuell auf weniger differenzierte Fachkompetenzen zurückgreifen als der Stadtstaat Hamburg (z. B. Integration einer geriatrischen oder gerontologischen Einrichtung in den Arbeitskreis). Dafür genießen kleinere Kommunen den Vorteil eines überschaubaren Netzwerkes von Institutionen, häufig mit guten persönlichen Kontakten, die das Zusammenarbeiten in so einem Arbeitskreis erleichtern. So ist meistens nur ein lokaler Sportverein zu integrieren gegenüber einer unübersichtlichen Vielzahl von zum Teil konkurrierenden Anbietern in der Großstadt. In ländlichen Regionen bietet es sich darüber hinaus an, Vereinigungen einzubeziehen, die regional spezifisch sind, aber einen Großteil der ländlichen Bevölkerung integrieren wie z. B. Landfrauenvereinigungen oder die Freiwilligen Feuerwehren. Allen deutschen Kommunen gemein ist, dass jeder vierte Mensch 60 Jahre und älter ist – und dies mit ansteigender Tendenz!



Zu Fragen der Erreichbarkeit von gesundheitsfördernden Einrichtungen lohnt sich die Auseinandersetzung mit Systemen der Komm- und Bringstrukturen. So bevorzugen mobile Ältere es, bekannte Strukturen wie Hausarztpraxen oder Sportvereine aktiv aufzusuchen, wogegen gebrechliche Ältere entweder in ihren Wohnungen aufgesucht werden können (z.B. präventive Hausbesuche) oder durch Fahrdienste zu lokalen Sozialstationen oder Tagespflege oder begleitende Zivildienstleistende in ihrer Mobilität unterstützt werden müssen (Dapp 2008).

Diese Arbeitshilfen als Ergänzung zum Manual „Sicher gehen – weiter sehen“

Diese Arbeitshilfen verstehen sich auch als Ergänzung zu dem von uns (Anders, Dapp, Laub et al. 2006; Anders, Dapp, Laub et al. 2007) in den letzten Jahren entwickelten Manual „Sicher gehen – weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität“. Dieses Manual enthält neben einem multidimensionalen Selbsttest zur frühzeitigen Erkennung von Sturzrisikofaktoren für jeden der genannten Risikofaktoren auch Bausteine und Empfehlungen für mehr Gangsicherheit und Mobilität im Alter. Nutzen Sie das Manual, es ist Bestandteil dieser Arbeitshilfen.

Wir haben lange diskutiert, in welcher Struktur wie Ihnen die vielfältigen Informationen, die wir im Laufe unserer Arbeit zur Sturzprävention bei selbständig in der Kommune lebenden älteren Menschen zusammengetragen haben und die relevant sind für gelingende Gesundheitsförderung im Alter, zusammenstellen.

Erstens haben wir uns für einen modifizierten Public Health Action Cycle (PHAC) entschieden, den viele von Ihnen kennen und nutzen. Zweitens haben wir uns, verglichen mit einer Schriftpublikation, für ein aktiveres Medium entschieden: Arbeitshilfen als CD-ROM Version. Dies bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt aus der Zusammenstellung dieses kompakten Basismoduls heraus (hierin befinden Sie sich gerade) über entsprechende Verweise (Hyperlinks wie Sie sie aus dem Internet kennen) direkt in weitere Module dieser Arbeitshilfen zu navigieren:

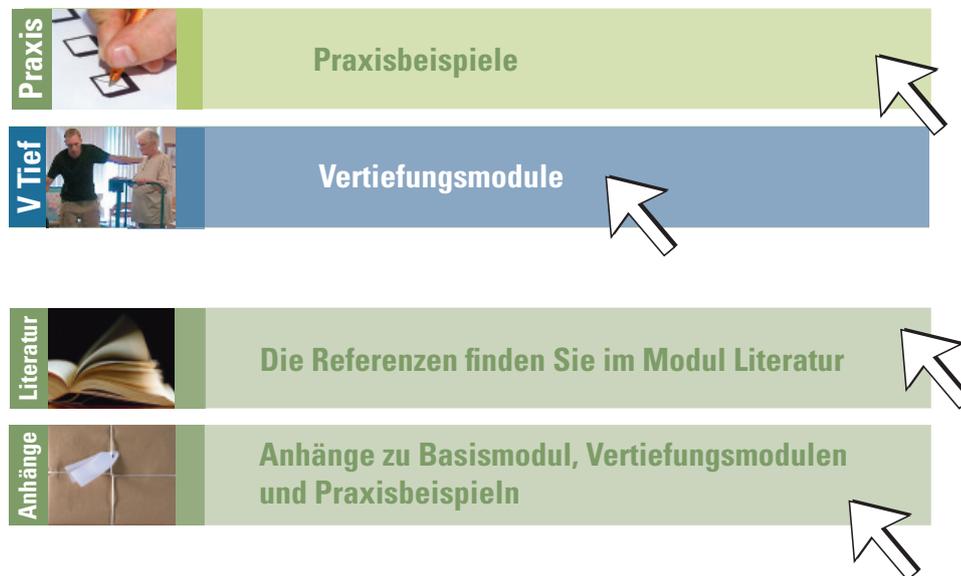
Praxis		Praxisbeispiele	
V Tief		Vertiefungsmodule	
Literatur		Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur	
Anhänge		Anhänge zu Basismodul, Vertiefungsmodulen und Praxisbeispielen	



Sie haben so die Möglichkeit, nur mit dem **Basismodul** zu arbeiten oder - je nach Interessenlage und Gegebenheiten bei Ihnen vor Ort - Hintergrundinformationen in den Vertiefungsmodulen (wie z.B. die Planung und Durchführung eines kommunalen Aktionstages zur Sturzprävention im Alter) inklusive umfangreicher **Anhänge** und Literaturangaben zu nutzen. Oder vielleicht planen Sie auch Praxis-Workshops zur Gesundheitsförderung im Alter. Hierfür bieten wir Ihnen Praxisbeispiele zu den verschiedenen Bereichen dieser Arbeitshilfen, zu deren Durchführung Sie entsprechend viel Zeit einplanen sollten.

Sollten Sie mit dem Thema der Gesundheitsförderung noch nicht so vertraut sein oder suchen Hinweise zur Problemlösung in eigenen Projekten, so empfehlen wir die Nutzung von Glossar, zahlreicher Anhänge und Hyperlinks ins Internet, deren Beachtung wesentlich zum Gelingen von praktischen Vorhaben ist. Begriffe, die im Glossar erläutert werden, sind **im Text grün hinterlegt**.

Ziel dieser Arbeitshilfen ist, dass Sie aus einem Füllhorn notwendiger Hintergrundinformationen und praktischer Beispiele zum Aufbau eines eigenen Arbeitskreises oder kleinerer Aktionen nicht selber recherchieren müssen, sondern die Inhalte dieser Arbeitshilfen direkt auf die Situation in Ihrer Kommune übertragen können. Auch hierzu finden Sie Anregungen in den Vertiefungsmodulen und Praxisbeispielen.



Lesehilfe zum Basismodul diesen Arbeitshilfen strukturiert nach dem Aktionszyklus in sechs Schritten:

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kommunen wird in diesen Arbeitshilfen am Beispiel der Sturzprävention im Alter anhand des sechs-schrittigen Aktionszyklus (Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen) dargestellt (Graf et al. 2008). Vielleicht sind Ihnen aus dem Qualitätsmanagement ähnliche vier-schrittige Zyklen bekannt. Die folgende Gegenüberstellung stellt die Gliederung nach vier bzw. nach sechs Schritten im Vergleich dar:

Public Health Action Cycle (Aktionszyklus in 4 Schritten)

- 1 Bedarfserhebung /
Situationsanalyse
- 2 Planung /
Interventionskonzept
- 3 Durchführung /
Implementation
- 4 **Evaluation**

Erweiterte Fassung dieser Arbeitshilfen (Aktionszyklus in 6 Schritten)

- 1 Situationsanalyse der Probleme
und Ressourcen
- 2 Definition eines übergeordneten Zieles
- 3 Bildung einer Aktionsgruppe
aus vorhandenen Ressourcen
- 4 Entscheidung und Projektplanung
- 5 Praktische Durchführung und
Dokumentation
- 6 Evaluation /
Bewertung von innen und außen

Der für diese Arbeitshilfen gewählte Aktionszyklus in sechs Schritten, der in der Gesundheitsbehörde Hamburg genutzt wird, untergliedert die notwendigen Einzelschritte deutlicher, die insgesamt in beiden Zyklen identisch sind. Dadurch werden wichtige Einzelschritte nicht so leicht übersehen oder in der Reihenfolge durcheinandergebracht. Darüber hinaus ergibt sich der Vorteil, besser zwischen umfangreichen, wegführenden Schritten - wie z. B. Schritt 1 zur Situationsanalyse der Probleme und Ressourcen - und zeitlich weniger aufwendigen Schritten zu unterscheiden. Folgen Sie dem sechs-schrittigen Aktionszyklus Schritt für Schritt. Wenn Sie hinreichende Erfahrungen haben, können Sie mehrere Einzelschritte in einem Arbeitsvorgang erledigen.

Nutzen Sie diesen Aktionszyklus als roten Faden durch das gesamte Dokument (Basismodul, Vertiefungsmodule und Praxisbeispiele)! Hierfür haben wir Ihnen an den entsprechenden Stellen in den Dokumenten zur Orientierung den Aktionszyklus als Graphik eingefügt und den jeweiligen Arbeitsschritt farblich hervorgehoben.



Aktionszyklus Schritt 1: Situationsanalyse der Probleme und Ressourcen ist im Vergleich zu den Schritten 2 bis 6 des Aktionszyklus umfangreich und daher nochmals gegliedert. Wir haben hier unterschiedliche Schwerpunkte von Situationsanalysen dargestellt. Wahrscheinlich können Sie bereits auf Daten oder Analysen zu einigen Themen zurückgreifen und sich über ergänzende, aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft, Praxis und Politik in unserer Situationsanalyse informieren. Schrittweise können Sie so optimale Voraussetzungen schaffen, um die Situation in Ihrer Kommune umfassend zu beschreiben und aus diesem Fundus immer wieder aufs Neue größere und kleinere gesundheitsfördernde Aktionen ableiten. Die Situationsanalyse umfasst im weiteren Sinne Daten und Informationen zu:

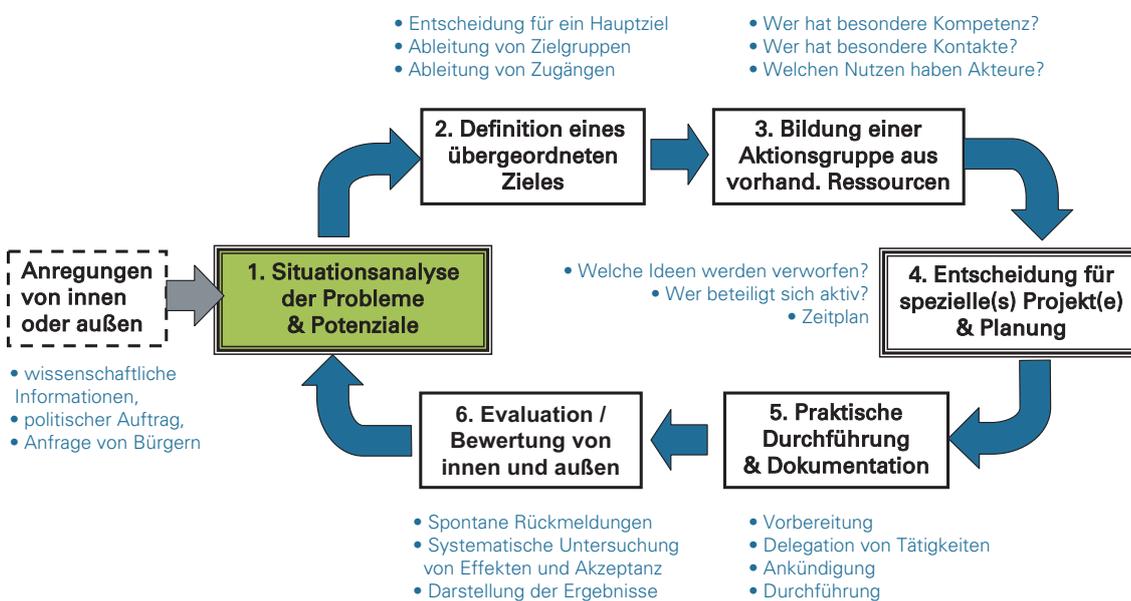
- Zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie
- Fakten zu Mobilität und Stürzen im Alter mit zielgruppenspezifischer Sturzprävention.

Gerade ältere Menschen unterscheiden sich von anderen Zielgruppen in der Gesundheitsförderung durch die oben beschriebene Heterogenität sowie durch besondere Veränderungen durch den natürlichen Alterungsprozess. Deswegen brauchen Sie für die Projektplanung zusätzliche inhaltliche Informationen bzw. Informationsquellen wie Netzwerkpartner mit besonderen Fachkenntnissen. Es handelt sich dabei oft nur um leicht zu beachtende, kleine Punkte, deren Missachtung allerdings in Programmen zu Problemen führen kann. Beispielsweise sind Diäten für Senioren problematisch, weil viele unter Mangelernährung und Appetitverlust leiden. Die Situationsanalyse umfasst im engeren Sinne die Erfassung und den Abgleich von Bedarfen und Angeboten:

- Bedarfe der älteren Bevölkerung an multidimensionaler Gesundheitsförderung und
- Angebote (Institutionen) multidimensionaler Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune am Beispiel der Sturzprävention.

Aktionszyklus Schritt 1: Situationsanalyse der Probleme und Ressource

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zu kommunalen Gesundheitsförderung



Eigene Darstellung angelehnt an Public Health Action Cycle – PHAc (Rosenbrock 1995; Ruckstuhl 1997).

Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die langjährige praktische Arbeit in dem Feld dieser Arbeitshilfen, d.h. bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auch im kommunalen Kontext, hat uns gezeigt, dass die Klärung der Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ bei der Bestimmung von Zielen und Methoden hilft.

Häufig werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention synonym gebraucht. Obwohl sie auf unterschiedlichen Gedankenmodellen zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit beruhen, lassen sie sich aber gut in der Realität vereinbaren. Sogar synergetische Wirkungen sind möglich. So kann ein gesundheitsförderliches Balancetraining körperliche Reserven stärken, andererseits primärpräventiv vor Stürzen schützen. Oder ein Impftermin in der Hausarztpraxis (Primärprävention) wird zum Anlass einer Krebsvorsorgeuntersuchung (Sekundärprävention) genommen.



Gesundheitsförderung beschäftigt sich nicht wie die Prävention mit der Frage, wie Krankheiten zu verhindern sind, sondern geht der Wahrung und Stärkung der Gesundheit selbst nach: „Was stärkt die Gesundheit?“ Dem zugrunde liegt eine **salutogenetische** Anschauung. Gesundheitsförderung wird laut WHO Ottawa-Charta (1986) wie folgt definiert (Franzkowiak & Sabo 1998):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an **Selbstbestimmung** über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl das Individuum als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und nicht als vorrangiges Lebensziel zu verstehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Ziel der Gesundheitsförderung ist daher vor allem die Wahrung von Gesundheit und darüber hinaus der weitere Ausbau gesundheitlicher Ressourcen. Dazu werden meist aktive Ansätze gewählt. In der modernen **Geriatric und Gerontologie** bedeutet Gesundheitsförderung, bestehende Ressourcen des älteren Menschen auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu gewinnen oder psychosoziale Probleme durch körperliche Einschränkungen zu verhindern. Gesundheitsförderung ist ein übergeordneter Begriff, der es erlaubt, gleichzeitig bei einer Person gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie Maßnahmen der primären, sekundären oder tertiären Prävention und / oder der **Rehabilitation** anzuwenden. Überholt sind Konzepte der Gerontologie, die Altern als einen reinen Verlust von Fähigkeiten mit der Tendenz zum Rückzug betrachteten. An deren Stelle ist ein erweitertes Verständnis getreten, das bei einer älteren Person Einschränkungen (z.B. chronische Erkrankungen) den Ressourcen und im Alter neu erworbenen Fähigkeiten (z.B. Erfahrung) berücksichtigt.

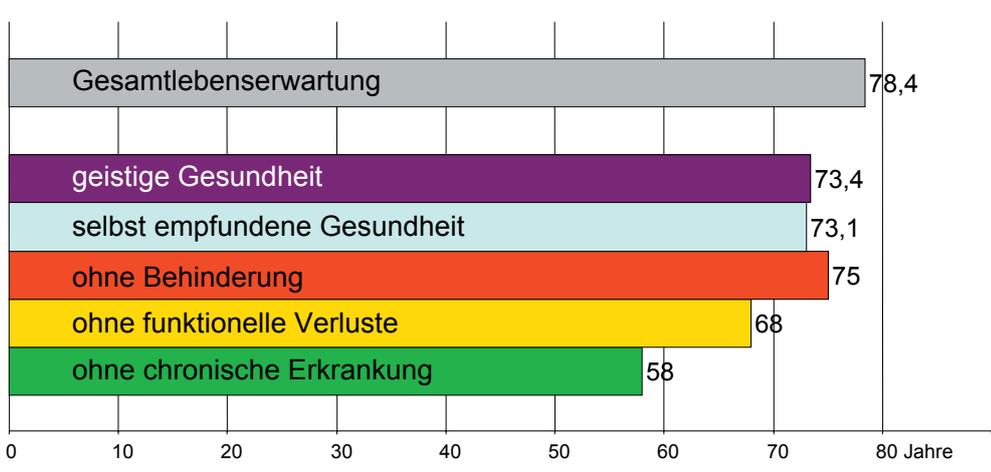
Wenn Sie oder Netzwerkpartner wie Übungsleiter in Sportvereinen sich damit vertiefend befassen möchten, stehen Ihnen aus der Gerontologie und Geriatrie verschiedene Werkzeuge wie z.B. kleine Tests zur Einschätzung von Balance oder Kraft zur Verfügung. Diese als **Assessment**-Instrumente bezeichneten Werkzeuge können Sie im Downloadcenter des bundesweit tätigen Kompetenz-Centrums-Geriatrie beim MDK einsehen und herunterladen (www.kcgeriatrie.de). Diese helfen, die Probleme und Ressourcen in verschiedenen Bereichen zu erfassen (Bewegung, Ernährung, Soziales, Medizinisches) und in einen Handlungsplan zu übersetzen. Dieser Vorgang erlaubt nicht nur die Behandlung von Krankheiten, Rehabilitation und pflegerische Versorgung älterer Menschen, sondern ist ideal zur Umsetzung komplexer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Alter sowie der Zuordnung älterer Menschen (z.B. Besucher eines Seniorentreffs) zu verschiedenen Zielgruppen für Gesundheitsförderung.

Allgemeine Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

Die **Lebenserwartung** der älteren Bevölkerungsgruppe ist in den letzten Jahren fortlaufend gestiegen. Gesundheitsförderung und Prävention zielen nicht nur auf eine weitere Ausdehnung der Lebensspanne durch die Vermeidung von Krankheit und Tod, sondern vielmehr auf eine echte Zunahme gesunder Lebensjahre: Nicht nur dem Leben mehr Jahre, sondern den Jahren mehr Leben zu geben ist das Ziel. In der Demographie werden daher nicht alleine Daten zur Ermittlung der Sterblichkeit (Mortalität) erfasst, sondern vielmehr Daten zur Beschreibung der durchschnittlichen Lebenserwartung einer Bevölkerung/Bevölkerungsgruppe frei von chronischen oder geistigen Erkrankungen (disease-free), funktionellen Verlusten (disability-free) oder Behinderung (handicap-free). Diese an der **Lebensqualität** orientierte Lebenserwartung wird auch gesunde oder aktive Lebenserwartung genannt (healthy/active life expectancy).

In der Europäischen Union verfolgen wissenschaftliche Arbeitsgruppen die Entwicklung der verschiedenen Nationen, zum Beispiel die „European health expectancies monitoring unit (EHEMU, www.ehemu.eu)“. Obwohl unklar ist, wie sich letztendlich der Bevölkerungsumbruch auswirkt, konnte gezeigt werden, dass eine positive und negative Verschiebung der aktiven Lebenserwartung möglich ist. So wirkt sich regelmäßige körperliche Bewegung ausnehmend positiv aus, wogegen soziale Missstände die aktive Lebenserwartung einzelner Bevölkerungsgruppen deutlich im Vergleich zur übrigen Bevölkerung beeinträchtigen. Folgende Abbildung B1 zeigt anhand von Daten zu Frauen aus Dänemark, wie sich die Gesamtlebenserwartung von der Lebenserwartung in Gesundheit oder Aktivität unterscheidet.

Abbildung B1: An der Lebensqualität orientierte, durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen aus Dänemark (für Deutschland liegen vergleichbar differenzierte Daten nicht vor)



Quelle: Eigene Abbildung nach Daten aus Determining Health Expectancies von Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM (ed.). Wiley, Chichester, 2003



Übergeordnete Ziele der Gesundheitsförderung - dies gilt auch für ältere Menschen - sind die Förderung von Lebensqualität und Wohlbefinden in allen Lebensbereichen, nicht allein von körperlicher Gesundheit. Da diese selbst schwer zu fassen sind, wird vorgeschlagen, sich daran zu orientieren, breite Bevölkerungsschichten darin zu unterstützen, selbständig, mobil und gesund zu bleiben. Die Vereinten Nationen (UN) haben in ihrem International Plan of Action on Ageing (1982) die folgenden Leitziele auf die internationale Agenda gesetzt:

- Dignity (Würde),
- Care (Fürsorge),
- Independence (Unabhängigkeit), z.B. selbstständiges Leben Zuhause,
- Participation (Teilhabe), z.B. Zugang zu öffentlichen Veranstaltungen,
- Self-Fulfillment (Selbstverwirklichung), z.B. lebenslanges Lernen.

Die aktiven Ziele, wie unabhängige Lebensführung und Selbstverwirklichung im Alter, genießen dabei (zeitlichen) Vorrang vor der pflegerischen Versorgung. In der Bundesrepublik Deutschland gilt übereinstimmend dazu der gesetzliche Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI). Gesundheitsförderung als Ausbau der gesundheitlichen Ressourcen vor dem Verlust von Fähigkeiten ist die Fortführung dieses Gedankens. Kürzlich gab dazu die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) ein Memorandum mit dem Titel „Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in Kommunen“ als Leitlinie zur Umsetzung des Programms „Aktiv im Alter“ heraus. Darin heißt es prägnant: „Gesundheit ist nicht Voraussetzung, aber wesentliche Erleichterung zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe im Alter.“

Zusammengefasst ist primäre Prävention auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung bzw. die Entstehung einer Erkrankung ausgerichtet. Dies geschieht durch die Information und Beratung bestimmter Risikogruppen. Sekundäre und tertiäre Prävention zielen darauf ab, eine vorhandene Krankheit in ihren Folgen durch Früherkennung und angemessene Behandlung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern, oder das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände z.B. durch wirksame Rehabilitation zu reduzieren. Eine Übersicht über Begrifflichkeiten, Synonyma und Zielgruppen zeigt Tabelle B1.

Der klassischen präventiven Trias gegenübergestellt wurde der Begriff „Gesundheitsförderung“. In der Praxis sind viele gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Sporttreiben) gleichzeitig primärpräventiv wirksam (z.B. Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Darüber hinaus vermeiden gesundheitsfördernde Maßnahmen aber nicht nur negative Ereignisse, sondern bauen die Gesundheit in vielen Belangen weiter aus. Demzugrunde liegt das Modell der Entstehung und Förderung von Gesundheit (Salutogenese) gegenüber dem reaktiv-orientierten Modell der Entstehung (Pathogenese) und Vermeidung von Krankheiten (Prävention). Aus diesem Grund berücksichtigt Tabelle B1 beide Ansätze.

Tabelle B1: Begriffsbildung um die Termini Gesundheitsförderung und Prävention

Kategorie	primordial	primär	sekundär	tertiär
Synonyma	Gesundheitsförderung	Prävention	Kuration	Rehabilitation
Ansatz	Stärkung der eigenen Ressourcen	Risikoreduktion vor Einsetzen der Erkrankung	Erkennung und Behandlung im Krankheitsfrühstadium	Wiederherstellung nach Einsetzen der Erkrankung
Zielgruppe	Gesunde	Risikoträger	Akutpatienten/ Akutpatientinnen	Chronisch Kranke
Mögliches Setting zur Durchführung von Maßnahmen	Organisationen der offenen Seniorenarbeit, Freizeit- und Sportvereine, aber auch geriatrische Einrichtungen mit Umfeldorientierung	vgl. Spalte „primordial“ sowie Hausarztpraxen oder Öffentlicher Gesundheitsdienst	Hausarztpraxen Krankenhäuser, Akutgeriatrie	Geriatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, ambulante Pflege, Pflegestützpunkte
Ausgewählte Maßnahmen	Bewegungsförderung (z.B. Kampagne „3.000 Schritte gehen“) Betriebsgesundheit (z.B. „Gesunde Kantine“)	Impfungen (z.B. gegen Grippe oder Kinderlähmung), Jodierung von Speisesalz	Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebsfrüherkennung) sowie Behandlung von Erkrankungen im Frühstadium (z.B. Diabetes)	Rehabilitation (z.B. nach Schlaganfall, Sturz mit Frakturfolge) Komplexe Programme gegen Mangelernährung in Pflegeheimen

Praxis

1



Präventionstabellen-Quiz



Praxis

2



Kleine Schritte zur (Betriebs-) Gesundheit

Praxis

3



Mitgehen am Mittwoch –
Gemeinsam 3000 Schritte extra



In der Tabelle B1 wurden verschiedene Begriffe verglichen und erläutert. Deutlich wird daraus, dass präventive Maßnahmen in verschiedenen Stadien von Krankheitsentwicklung einsetzen können. Bezogen auf diese Stadien der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ergeben sich Zielgruppen innerhalb der Bevölkerung, die je nach Fragestellung weiter differenziert werden können. Die ältere Bevölkerung ab 60 Jahren umfasst ein Viertel der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Hinzu kommt, dass die ältere Bevölkerung sehr heterogen ist. Dies hat planerische Konsequenzen, denn nicht alle präventiven Maßnahmen dürfen in jedem Stadium angewendet werden. Beispielsweise werden Seniorentreffs sowohl von pflegebedürftigen, gebrechlichen als auch rüstigen älteren Menschen besucht. Soll nun in so einem Seniorentreff ein Programm zur Bewegungsförderung beginnen, würden die Übungsleitungen die Teilnehmenden in verschiedene Leistungsgruppen einteilen (Beginnende, Fortgeschrittene, Personen mit medizinischem Trainingsverbot). Dadurch können Unterforderung, Überforderung und unbeabsichtigte Schädigung vermieden werden sowie die Freude an der Bewegung nachhaltig gestärkt werden.

Aus diesem Grund folgt nun eine Zusammenstellung von Zielgruppen der älteren Bevölkerung in der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung B2). Da Primärprävention und Gesundheitsförderung sich in der Praxis überschneiden, können sie bei der Erfassung von Zielgruppen gleichwertig behandelt werden. Wo es möglich ist, wurden Settings und Zugangsmöglichkeiten den Zielgruppen zugeordnet. Allerdings sind hierbei Überschneidungen leider eher die Regel als die Ausnahme. So werden wie bereits erwähnt Seniorentreffs, Hausarztpraxen und Seniorenresidenzen von einer heterogenen Klientel genutzt. Dennoch wird in vielen Fällen der Settingansatz erlauben, ein einfaches Programm der Gesundheitsförderung für den überwiegenden Teil der Besuchenden zu planen. Zur weiteren Differenzierung der älteren Bevölkerung in Zielgruppen können in komplexen Programmen der Gesundheitsförderung die jeweilig eingesetzten Fachleute aus dem lokalen Netzwerk hinzugezogen werden (z.B. Übungsleiter, Therapeutinnen, Ärzte, Psychologinnen).

Um die Erkennung von Zielgruppen zu erleichtern, sind in der folgenden Abbildung B2 vor allen Dingen Merkmale der körperlichen Gesundheit angeführt, die sich vor allem auf den Grad der Selbständigkeit im Alltag beziehen. Daraus geht hervor, dass die Zielgruppe I ältere Personen umfasst, die mobil sind und ihren Alltag bewältigen. Diese Zielgruppe bildet die Mehrheit der älteren Bevölkerung und erlaubt, kommunale Gesundheitsförderung mit wenig Aufwand durchzuführen. Je mehr Einschränkungen der Gesundheit und **Selbsthilfefähigkeit** bei den Zielgruppen II und III beobachtet werden, umso sorgfältiger sollte die Planung von präventiven Programmen erfolgen. Hierzu ist meist die Zusammenarbeit mit Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe und Gesundheitsversorgung erforderlich. Als Faustregel gilt, je weiter fortgeschritten Verluste von gesundheitlichen Reserven und Fähigkeiten sind, desto mehr ergeben sich gegenseitig aufschaukelnde Wechselwirkungen mit der Gefahr weiterer Komplikationen, und desto aufwendiger wird der zeitliche, personelle und finanzielle Handlungsbedarf in allen genannten Belangen (Health Evidence Network - HEN - der WHO 2004, S. 20).

Abbildung B2: Mögliche Identifikation von vier (Haupt-)Zielgruppen der älteren Bevölkerung in der Prävention und Gesundheitsförderung zur weiteren Binnendifferenzierung je nach Fragestellung

Zielgruppe	Setting/Zugang	Ziele/Fokus	Projekte/Ansätze
IV Palliative Versorgung Schlechte Prognose, schlechter Selbsthilfestatus und Allgemeinzustand 	Überwiegend Institutioneller Versorgungsbereich <ul style="list-style-type: none"> • Hospiz • Pflegeheim • Häusliche Pflege • Palliativstation • Krankenhaus • Geriatrie 	Kann unter ärztlicher und pflegerischer Begleitung Komplikationen vermeiden und Lebensqualität erhalten oder ausbauen bei insgesamt begrenzter Lebenserwartung ohne Aussicht auf Heilung (infauste Prognose)	Individuell, multidimensional <ul style="list-style-type: none"> • Sterbebegleitung • Snoezelen • Pflegecoaching • Montessori pro Seniori • Validierung 
III Tertiärprävention Befriedigende Prognose, reduzierter Selbsthilfestatus und Allgemeinzustand 	Überwiegend institutioneller Versorgungsbereich <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeheim • Häusliche Pflege • Krankenhaus • Geriatrie • Reha-Zentren • Reha-Sportgruppe 	Kann unter fachärztl. Koordination mit interdisziplinärer Behandlung vorhandene (Reha-Potential) gesundheitliche Reserven ausbauen oder Fähigkeiten wieder erlangen, (Medizinische Komplexbehandlung, Rehabilitation)	Individuell, multidimensional <ul style="list-style-type: none"> • Stroke Units • Geriatrische Rehabilitation • MOBEQ • Präventive Hausbesuche* • PATRAS* 
II Sekundärprävention Gute Prognose, abnehmender Selbsthilfestatus, guter Allgemeinzustand 	Überwiegend ambulanter Versorgungsbereich <ul style="list-style-type: none"> • Seniorenresidenz • Betreutes Wohnen • Private Häuslichkeit • Hausarztpraxen • Seniorentreff 	Kann unter hausärztlicher Begleitung (Behandlung von Grunderkrankung) mit höherer fachlicher Unterstützung abnehmende gesundheitliche Reserven erhalten und/oder Einzelbereiche ausbauen	Individuell + Gruppe, fokussiert + multidimensional <ul style="list-style-type: none"> • Mobilitäts-Ambulanz • Ambulante Rehabilitation • Ambulante Physiotherapie • Chronikerprogramme • Ak.Gesförd.i.Alter (AGFA)* 
I Gesundheitsförderung, Primärprävention Sehr gute Prognose, stabiler Selbsthilfestatus, sehr guter Allgemeinzustand 	(überwiegend ambulanter Versorgungsbereich) Private Häuslichkeit Sportvereine Seniorentreffs Bürgertreffs Hausarztpraxen	Kann mit geringer fachlicher Hilfe, Information oder Anregung gesundheitliche Reserven in mehreren Bereichen ausbauen	Individuell + Gruppe, unidimensional + multidimensional Fit und Geschickt Bewegung lohnt sich Kölner Seniorenetzwerk* Schwertfisch* Ak.Gesförd.i.Alter (AGFA)* 

Die mit * gekennzeichneten Programme sind Programme des Deutschen Präventionspreises 2005 und werden ausführlich vorgestellt unter www.deutscher-praeventionspreis.de

Außerdem sind neben körperlichen natürlich auch psychische, mentale und soziale Merkmale sowie Umwelteinflüsse entscheidend für die Auswahl von Zielgruppen und Zugängen. In bekannten Stadtteilen mit sozialer Benachteiligung oder besonderen Erschwernissen bieten sich daher Settingansätze unter Einbeziehung von lokalen Vermittlern aus dem Sozialraummanagement an (z.B. Streetworker, Familienhebammen, Pflegestützpunkte). Wer sich vertiefend mit den psychologischen Voraussetzungen für einen gesundheitsfördernden Lebensstil befassen möchte, wird verwiesen auf die aktuellen Forschungsansätze zu den Begriffen **Gesundheits-Kompetenz** (health literacy) und **Selbstwirksamkeitserwartung** (self-efficacy). Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung können zum Beispiel durch einfache Kampagnen mit Informationscharakter erreicht werden, während Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung konkrete Anleitung zur Umsetzung oder psychologische Unterstützung brauchen (z.B. in der Raucher-Entwöhnung).

Eine sehr kleine Gruppe innerhalb der älteren Bevölkerung (Zielgruppe IV) ist so stark in ihren Fähigkeiten und in ihrer Lebenserwartung eingeschränkt, dass die gesamte pflegerische und medizinische Versorgung auf den Erhalt der Lebensqualität durch lindernde Maßnahmen abzielt (palliative Versorgung). Beispiele hierfür sind an einer schweren Demenz oder Krebserkrankung leidende Patienten in ihren letzten Lebensmonaten, wenn weder von einer präventiven, noch von einer heilenden (kurativen) Behandlung mit teilweise belastenden Nebenwirkungen ein Vorteil für die Betroffenen zu erwarten ist.

Bei der Durchführung der Situationsanalyse vor Ort (vgl. Aktionszyklus Schritt 1) kann bereits überprüft werden, welche Zielgruppen in der Bevölkerung identifiziert werden können. Erst im nächsten Schritt (vgl. Aktionszyklus Schritt 2) erfolgt dann die Entscheidung für ein Ziel und der damit übereinstimmenden Zielgruppe. Die eigentliche Planung und Durchführung eines Programmes der Gesundheitsförderung oder Prävention wird sich dann mit geeigneten Maßnahmen an diesen Zielen und Zielgruppen orientieren (vgl. Aktionszyklus Schritte 3 bis 5).

Vorab finden Sie in Abbildung B2 neben Zielgruppen, **Setting** und Zielen auch einige passende Projekte benannt. Die für die kommunale Gesundheitsförderung in Frage kommenden Zielgruppen I und II können idealerweise mit Projekten erreicht werden, die das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der BZgA und der Bertelsmann-Stiftung mit der Ausschreibung des 2. Deutschen Präventionspreises 2005 – Gesund in der zweiten Lebenshälfte vorgestellt hat (www.deutscher.praeventionspreis.de).

Praxis **4**  „Multidimensionale Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“

V Tief **1** **Gesundheitsförderung und Prävention im Alter beschäftigt sich mit:**

- Primärprävention
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention
- Gesundheitsförderung
- Gesundheit



Literatur  **Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur**





Ausgangssituation: Fakten zu Mobilität und Stürzen im Alter mit zielgruppenspezifischer Sturzprävention

Es folgen nun wichtige Informationen zur Förderung der Gangsicherheit im Alter, die Ihnen dabei helfen, Fachleute zu den unterschiedlich relevanten Themenbereichen für praktische Aktionen auszuwählen. Des Weiteren finden Sie Argumentationshilfen für die Verbreitung des Themas Sturzprävention in der öffentlichen Wahrnehmung.

Warum Auswahl der Sturzprävention als Beispiel für Gesundheitsförderung im Alter?

- Sturzprävention ist **multidimensional**,
- Sturzprävention bedingt die Integration verschiedener Akteure im Gesundheitswesen,
- Sturzprävention kann nur zielgruppenspezifisch geplant und durchgeführt werden,
- Sturzprävention ist niedrigschwellig zugänglich (z.B. anbietende Institutionen zur Bewegungsförderung, Seniorentreffs etc.),
- Sturzprävention befähigt Menschen (**Empowerment**) und führt sie zusammen (soziale Aktivitäten, Partizipation),
- Sturzprävention aktiviert die Nachbarschaft und zeigt älteren Menschen ihre Handlungsfähigkeit.

In letzter Zeit wurde fälschlich Sturzprävention gleichgesetzt mit passiven Sturzprophylaxen bei pflegebedürftigen Personen (insbesondere im Pflegeheim), einer verhältnismäßig kleinen Zielgruppe, zu der die Kommune nur begrenzt Zugang findet. Im Gegenteil: Sturzprävention beginnt bereits im Kindes- und jungen Erwachsenenalter mit der Förderung gesunder motorischer Entwicklung und regelmäßiger Aktivität. Diese Arbeitshilfen fokussieren auf der ganzheitlichen Gesundheitsförderung, Bewegungsförderung und aktiven Sturzprävention bei noch rüstigen, selbständig lebenden, älteren Menschen, da es ein vielversprechendes Handlungsfeld für die kommunale Gesundheitsförderung ist, um positive Erfahrungen mit dieser Zielgruppe zu sammeln. Dies zeigt exemplarisch das Manual „[Sicher gehen – weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität](#)“, das für die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen – für die rüstigen und aktiven ältere Menschen in der Kommune – wissenschaftlich entwickelt wurde. Damit ist die Sturzprävention ein multidimensionales Modellbeispiel für alles, was wir erreichen wollen zur Mobilitätsförderung und damit zur aktiven Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune.

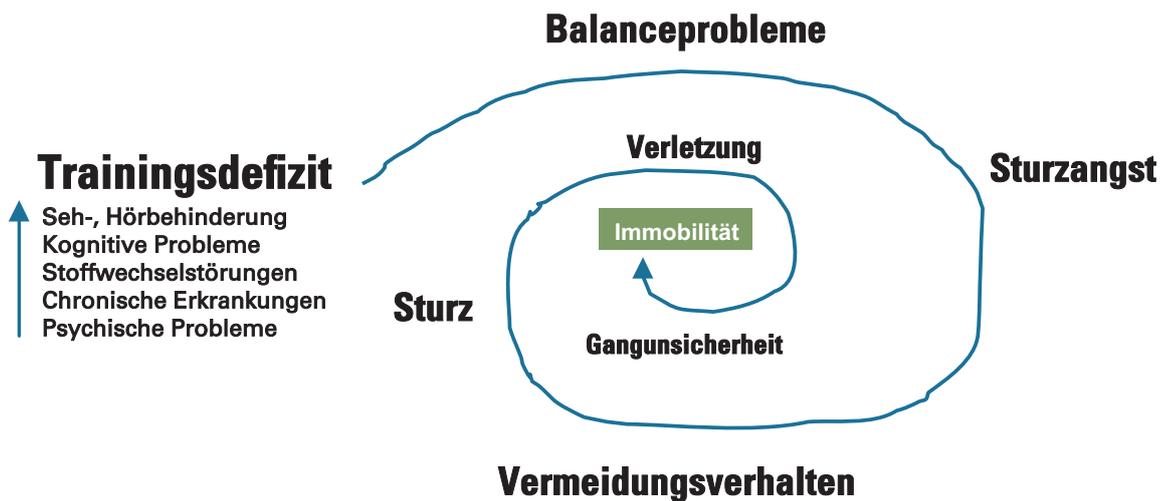
Sturzprävention im Alter – zielgruppenspezifische Vorbeugung und Behandlung

Gesundheitsförderung und Prävention können sich auf viele verschiedene Lebensbereiche erstrecken wie eine gesunde Ernährung, gezielte Bewegung, Entspannung, Ausgleich sozialer Probleme oder Förderung der mentalen oder körperlichen Gesundheit. In diesen Arbeitshilfen wurde exemplarisch das Thema Sturzprävention aufgegriffen, weil zum einen daran für die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen typische Vorgänge verdeutlicht werden können und weil zum anderen die älteren Menschen selber sich für Sturzprävention interessieren. Altern per se ist ein individuell verlaufender Vorgang, der von inneren und äußeren Einflüssen gesteuert wird. Gesundheitsförderung im Alter muss damit umgehen können, dass bei vielen älteren Menschen bereits kleinere gesundheitliche Einschränkungen in einigen Bereichen vorliegen. Aus diesem Grund ist es zielführend, gesundheitsfördernde Programme für ältere Menschen mit kleinen Maßnahmen in mehreren Bereichen gleichzeitig zu planen und durchzuführen. So ist es beispielsweise sinnvoll, ein muskelaufbauendes Training durch die gleichzeitige Umstellung der Ernährung (erhöhte Proteinzufuhr) zu unterstützen.

Das Thema Sturzprävention eignet sich, durch den Alterungsprozess gleichzeitig beeinflusste Bereiche kennenzulernen und geeignete präventive Maßnahmen zu bündeln. Ein besonderer Schwerpunkt der Sturzprävention besteht in der Bewahrung oder Wiedererlangung der Gangsicherheit durch gezielte körperliche Aktivität. Mit diesem Ansatz der Bewegungsförderung sind gleichzeitig allgemeine gesundheitsfördernde Wirkungen verbunden wie beispielsweise eine Anregung des Stoffwechsels, der geistigen Aktivität, der seelischen Verfassung und der körperlichen Widerstandskraft. Sport und Bewegungsförderung eignen sich daher als Einstieg in die kommunale Gesundheitsförderung bei jungen und alten Menschen (Nagel 1997). Darüber hinaus sind zur wirksamen Vorbeugung von Stürzen und Sturzerkrankungen in der älteren Bevölkerung weitere Bereiche zu berücksichtigen. Dies gilt besonders, weil Einschränkungen in mehreren gesundheitlichen Bereichen beim älteren Menschen sich aufgrund abnehmender körperlicher Ressourcen gegenseitig verstärken und aufschaukeln können bis hin zu einem Teufelskreislauf, der nur durch komplexe, medizinische Behandlung unterbrochen werden kann. Angewandte Gesundheitsförderung und Prävention im Alter kann durch die Ausrichtung auf mehrere Bereiche diesem Teufelskreislauf die Grundlage entziehen (vgl. Abbildung B3). Weitere Bereiche, die gleichermaßen gesundheitsfördernden und primärpräventiven Ansätzen zugänglich sind sowie sturzpräventiv angesprochen werden können, sind:

- Gesunde Ernährung,
- Vermeidung chronischer Erkrankungen,
- Training des Bewegungsapparates,
- Förderung geistiger Leistung,
- Schutz vor Verletzungen,
- Pflege sozialer Kontakte,
- Entspannung und seelischer Ausgleich.

Abbildung B3: Teufelskreis Sturzneigung





Bei der Planung von kommunalen Programmen zur Sturzprävention richtet sich die Auswahl von einem oder mehreren der oben genannten Bereiche nach den vorhandenen personellen Ressourcen im lokalen **Netzwerk**. Daran anschließend erfolgt die Auswahl der geeigneten Zielgruppe(n) (vgl. Abbildung B2) z.B. durch die Entscheidung für ein bestimmtes **Setting** (z.B. Sportverein) oder einen bestimmten Zugang (z.B. Hausarztpraxen). Soll sichergestellt werden, dass Teilnehmende an Programmen eindeutig der richtigen Zielgruppe zugeordnet sind, kann innerhalb des Settings ein Filterungsprozess durchgeführt werden. Dieser Vorgang wird als **Screening** bezeichnet. In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden Instrumente und Handlungsanweisungen zum Sturz-Screening, d.h. zur Bestimmung weniger oder deutlich sturzgefährdeter Patienten, routinemäßig eingesetzt. Im Bereich der Gesundheitsförderung wird auf kommunaler Ebene der Einsatz eines **interdisziplinären, multidimensionalen** Screenings der noch selbständig lebenden älteren Menschen mit entsprechender **Intervention** für unauffällige und auffällige Personen (**Risikofaktoren**, Sturz) empfohlen (American Geriatrics Society et al. 2001; Rubenstein 2006). In der Kommune können entweder Fachleute, die an der praktischen Umsetzung von Sturzprogrammen beteiligt sind, diese Funktion übernehmen oder Sie nutzen das für diesen Zweck erstellte Manual „**Sicher gehen – weiter sehen**“. Die Entstehung einer krankhaften Sturzneigung mit Einbußen der Mobilität und Anfälligkeit für Komplikationen aller Art entsteht meist allmählich und von den Betroffenen unbemerkt. Daher kann das Manual „Sicher gehen – weiter sehen“ einen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung bei älteren Menschen leisten. Ein Verteilerkreis kann dabei unterstützen, z.B. durch Auslage in Arztpraxen, Apotheken, Seniorentreffs und Behörden.

Die Basis der Entwicklung des Manuals ist ein Screening als Selbsttest. Das Screening ist multidimensional konzipiert und umfasst die wissenschaftlich ermittelten, evidenten Risikofaktoren für Gangunsicherheit und Stürze im Alter:

- S Seh- oder Hörstörung
- T Tabletten und Multimedikation
- U Ungewöhnliche Stimmung
- R Radfahren aufgegeben
- Z Zittern bei Nervenerkrankungen
- G Gleichgewichtsstörung, krankhafte
- E Ernährung und Knochenfestigkeit
- F Furcht zu fallen, Gangunsicherheit
- A Aufstehen: Eine kleine Kraftprobe
- H Herz- und Kreislauferkrankungen
- R Ruhigeres Handeln
- ! Achtung Sturz: Bereits hingefallen!
- ? Gab es Sturzfolgen oder Verletzungen?

Dieses Sturz-Risikocheck-Screening wurde zum Manual „**Sicher gehen, weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität**“ weiterentwickelt, in dem Empfehlungsbausteine für mehr Gangsicherheit und Mobilität für jeden der 13 multidimensionalen Risikofaktoren „STURZGEFAHRI?“ zusammengestellt wurden. Darüber hinaus wurden diese Empfehlungen ergänzt um weiterführende Informationen für Hausarztpraxen und in der offenen Seniorenarbeit tätige Fachleute und Laien, die mit dieser Zielgruppe der selbständig lebenden aktiven älteren Menschen arbeiten. Dieses Manual wurde 2008 von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben, gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland.

Personen, die im beigefügten Selbsttest in diesem Manual in vielen Bereichen (mehr als sieben von 13 Punkten) einen Sturzrisikofaktor aufweisen, sollten vor der Teilnahme an präventiven Programmen das Einverständnis ihres Arztes einholen. Hierbei handelt es sich überwiegend um ältere Personen mit beginnendem Verlust körperlicher Fähigkeiten im Zusammenhang mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) aus der Zielgruppe III (vgl. Abbildung B2). Diese sind geeigneten therapeutisch-rehabilitativen Interventionen im klinisch-geriatrischen Setting zuzuführen. Niedergelassene Ärzte, die in die kommunale Sturzprävention einbezogen werden sollen, finden im Manual „Sicher gehen – weiter sehen“ auf Seite 61 einen Hinweis zu einer entsprechenden medizinischen Leitlinie „Der ältere Sturzpatient“ (Kurzfassung frei erhältlich unter www.degam.de) sowie in geriatrisch-gerontologischen Lehrbüchern (Nikolaus 2000, von Renteln-Kruse 2004).

Fazit:

Stürze sind kein unabwendbares Schicksal. Individuell kann dazu beigetragen werden, das eigene Sturzrisiko zu mindern. Hierzu sind die Ermittlung des Sturzrisikos (und damit der Zielgruppe), zielgruppenspezifische Informationen und Angebote nötig. Alle Einrichtungen, die von älteren Menschen genutzt werden, haben die Chance und vielfältige Möglichkeiten, einen Beitrag zur Sturzprävention zu leisten. Vor einer bevölkerungsweiten Erfassung und **Intervention** zur Sturzprävention müssen vor allem geeignete Zugangswege zu den selbständig lebenden älteren Personen gefunden werden, Instrumente zur präklinischen Beurteilung des Sturzrisikos entwickelt sowie notwendige Strukturen innerhalb der Kommunen vernetzt werden (Anders, Dapp 2008). Diese Aufgaben können durch einen kommunal koordinierten Arbeitskreis zur Sturzprävention und Förderung von Bewegungsangeboten für ältere Menschen zielführend umgesetzt werden.

Praxis 5  **Adaptation des Manuals „Sicher gehen, weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität“**

Praxis 6  **Einsatz der Informationsmaterialien „Bewegung lohnt sich“.**

V Tief 2 **Stürze und zielgruppenspezifische Sturzprävention im Alter beschäftigt sich mit:**

- körperliche Aktivität
- Gangsicherheit
- Definition eines Sturzes
- Inzidenz von Stürzen und assoziierte Folgen für unterschiedliche Zielgruppen:

- selbständig lebende ältere Menschen
- ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen



Literatur  **Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur**



Bedarf/Nachfrage an/nach multidimensionaler Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune am Beispiel der Sturzprävention

Allgemeine Angaben zur älteren Bevölkerung in Hamburg

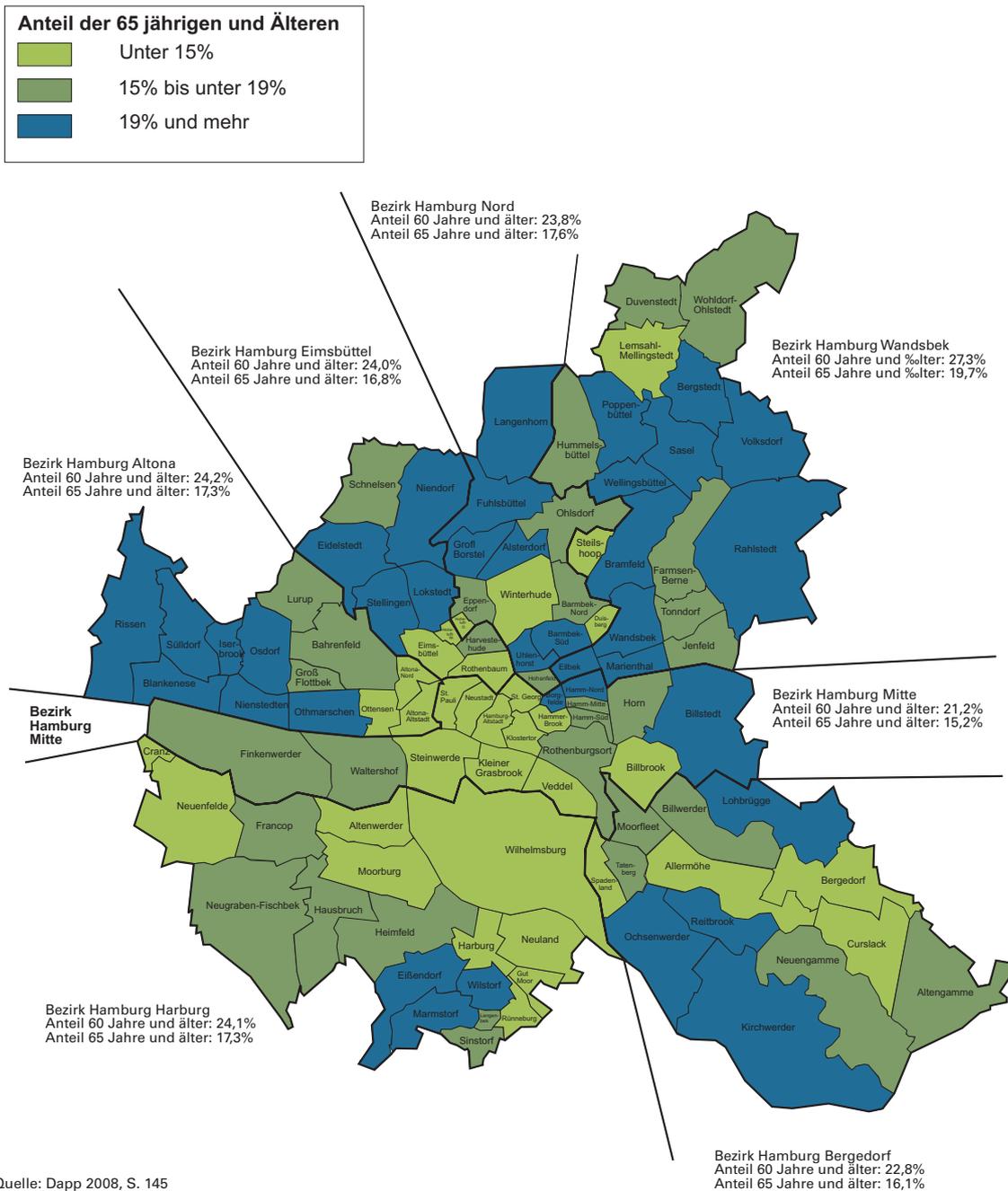
Ein wichtiger Hinweis zu Beginn: Wie bereits ausgeführt, beziehen sich diese Arbeitshilfen exemplarisch auf die Gründung und Aktivitäten des Arbeitskreises Sturzprävention in der Kommune Hamburg. Im weiteren Verlauf finden Sie aber zusätzlich Datenquellen, die darüber hinaus für Ihre Kommune interessant sind. Auch wenn Sie keine detaillierten Zahlen für Ihre Kommune haben lohnt sich Ihr gesundheitsförderndes Engagement gegen weit verbreitete, alterstypische Probleme aufgrund des hohen Bevölkerungsanteils der über 60jährigen. Sowohl die Koordination themen- oder zielgruppenspezifischer Arbeitskreise, als auch einzelne, gesundheitsfördernde Aktionen für ältere Menschen lassen sich auf andere Kommunen in Teilen oder als Gesamtprogramm übertragen. Gerade das Thema Sturzprävention vermittelt Ihnen Grundsätzliches zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufgrund der vielen, miteinander in Wechselwirkung stehenden Einflussfaktoren wie Ernährung, soziale Teilhabe, geistige Aktivität bis hin zur Mobilitätsförderung.

Wenn das Ziel ist, möglichst viele ältere Menschen mit Angeboten der Sturzprävention und Mobilitätsförderung zu erreichen, ist es nützlich, die Größe und Zusammensetzung dieser Zielgruppe zu kennen. In der amtlichen Hamburger Statistik gibt es eine Reihe von Datenquellen zur Demographie der Hamburger Bevölkerung inklusive ihrer sozialen und gesundheitlichen Situation wie z. B. das Statistische Jahrbuch oder die Stadtteil-Profile, die früher vom Statistischen Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg und seit 2005 vom Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein aufgelegt werden. Ein Blick lohnt sich auch auf Sonderbeiträge der Reihe Statistik Magazin Hamburg. Dort findet sich u.a. Band 16 (2003) „Ältere Menschen in Hamburg“ oder der Band „Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg“ der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales von 1993. Für die Nutzung dieser frei zugänglichen Datenquellen zur themenspezifischen Datenaufbereitung kommt allerdings erschwerend hinzu, dass die offizielle Hamburger Statistik keine einheitliche Abgrenzung definiert zwischen Jung und Alt. So finden sich einige thematische Zusammenstellungen für die Altersklasse der 60jährigen und Älteren, andere Themen werden tabellarisch für die Altersklassengrenze der 65jährigen und Älteren angeboten.

Einen Überblick über die räumliche Verteilung der 65jährigen und älteren Bevölkerung nach Hamburger Stadtteilen zeigt Abbildung B4. Unterdurchschnittliche Altenanteile pro Stadtteil (unter 15%) finden sich überwiegend im inneren Stadtgebiet. Diese Verteilung gilt auch für die meisten anderen deutschen Städte. Auch im Hafengebiet (hamburgspezifisch) leben vergleichsweise weniger ältere Menschen.

Wird die Altersgrenze um fünf Jahre nach unten gesetzt, so wird deutlich, dass ein Viertel aller Hamburger Bürgerinnen 60 Jahre und älter ist. Auch dies gilt für die meisten anderen deutschen Städte. Exemplarisch wird die Verteilung der älteren Menschen am Beispiel eines von sieben Hamburger Bezirken dargestellt. In diesem Bezirk Hamburg Eimsbüttel lebt mit knapp 250.000 Einwohnern ein Siebtel der Hamburger Gesamtbevölkerung. Dies entspricht einer deutschen Großstadt. Dies gilt auch im Hinblick auf seine differenzierte Sozialstruktur, weshalb die Angaben nicht nur für Hamburg, sondern auch für andere deutsche Großstädte herangezogen werden können (vgl. Abbildung B5).

Abbildung B4: Anteile der älteren Bevölkerung in den Hamburger Stadtteilen



Quelle: Dapp 2008, S. 145

Abbildung B5: Bevölkerung 60 Jahre und älter im Bezirk Hamburg Eimsbüttel

Bevölkerung Stadt Hamburg (2006)

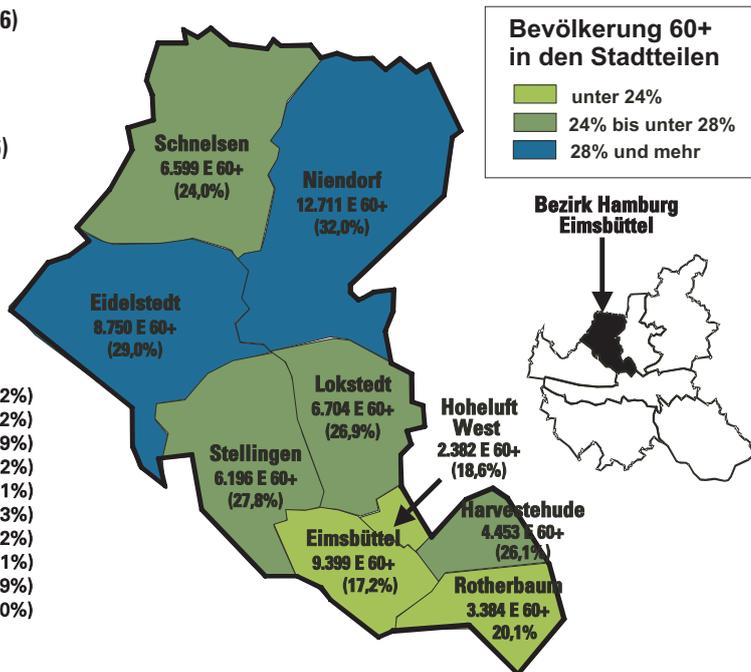
Gesamtbev.: 1.732.503
 Gesamt 60+: 422.210
 Prozent 60+: 24,4%

Bezirk Hamburg Eimsbüttel (2006)

Gesamtbev.: 246.087
 Gesamt 60+: 60.578
 Prozent 60+: 24,6%

Gesamt-Bevölkerung:

Eidelstedt:	29.867 (12,2%)
Eimsbüttel:	54.191 (22,2%)
Harvestehude:	16.957 (6,9%)
Hoheluft West:	12.572 (5,2%)
Lokstedt:	24.563 (10,1%)
Niendorf:	39.776 (16,3%)
Schnelsen:	27.366 (11,2%)
Stellingen:	22.270 (9,1%)
Rotherbaum:	16.788 (6,9%)
Bezirk Eimsbüttel:	244.350 (100%)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007)

Neben dem Wissen um das kalendarische Alter ist von besonderem Interesse das biologische Alter, in dem sich Funktionseinschränkungen widerspiegeln, aus denen sich zielgruppenspezifische Präventionspotenziale ableiten lassen.

Nachfolgend werden die absoluten Angaben der Hamburger Bevölkerung mit den absoluten Angaben pflegebedürftiger Personen als ein Indikator für biologisches Altern nach Altersklassen in Beziehung gesetzt.

Praxis

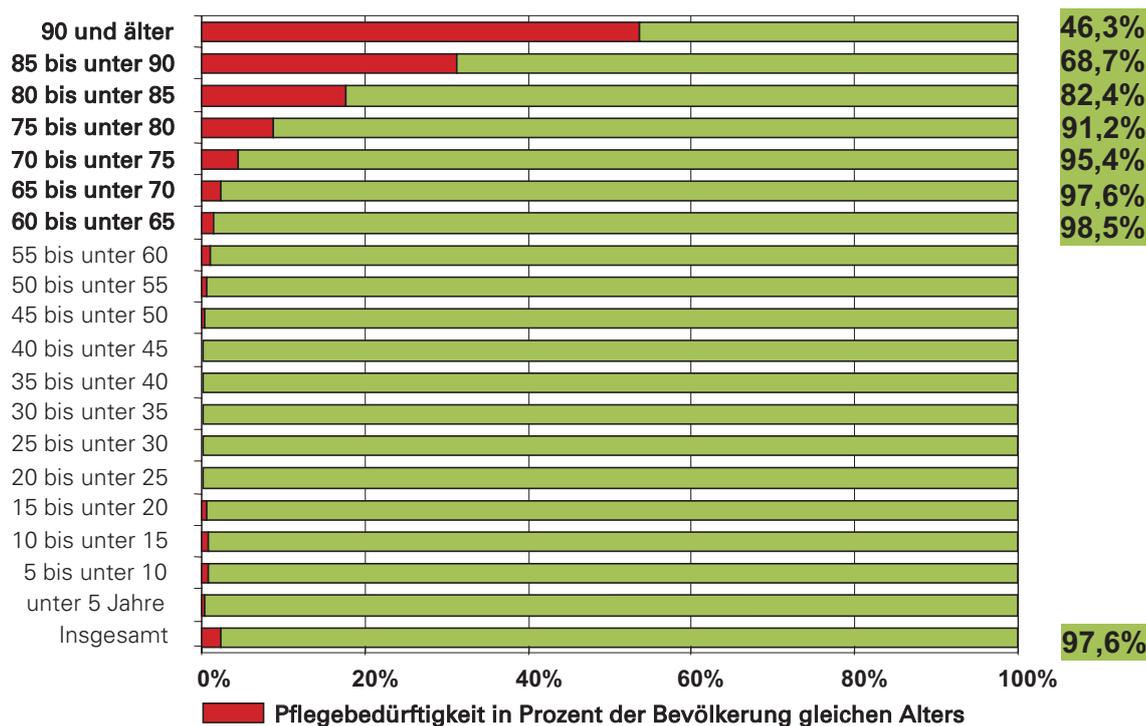
7



Praxisbeispiel 7: Pflegebedürftige nach Altersklassen darstellen



Abbildung B6: Anteil nicht-pflegebedürftiger Personen in Hamburg in %
Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Hamburg in % Pflegestufe 1-3 (Stand 15.12.2005)



Quelle: Eigene Darstellung auf Datenbasis Statistisches Amt für HH und SH (2007):
 Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein, K II 8 - 2j/2005

Die auf Basis der Daten des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein selbst entwickelte Abbildung B6 Anteil nicht-pflegebedürftiger Personen in Hamburg (vgl. [Praxisbeispiel 7](#)) zeigt eindrücklich, dass insgesamt 2,4% der Hamburger Gesamtbevölkerung in eine der Pflegestufen 1-3 eingruppiert sind. Dies bedeutet, dass 97,6% nicht pflegebedürftig sind. Die gleiche Verteilung gilt für die Bevölkerung in der 5-Jahres-Altersklasse der 60jährigen bis unter 65jährigen bzw. der Altersklasse der 65jährigen bis und 70jährigen. Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter an, doch erst in den höchsten Altersklassen liegt der Anteil der Pflegebedürftigkeit bei ca. einem Drittel (68,7% in der 5-Jahres-Altersklasse der 85jährigen bis unter 90jährigen sind nicht pflegebedürftig) bzw. bei der Hälfte (46,3% der 90jährigen und älteren sind nicht pflegebedürftig). Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit, ca. 80% aller älteren Menschen ab 60 Jahre leben selbstständig ohne Pflegestufe bis ins höchste Alter. Laut Sachverständigenrat für die konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) zeigen sich hier bisher erheblich unterschätzte, hohe präventive Potenziale bei älteren Menschen, die genutzt werden sollten, um in ihre Lebensqualität und Selbständigkeit zu investieren. Manchmal wird Bemühungen um Gesundheitsförderung und Prävention unterstellt, Tod oder Alter abschaffen zu wollen, was natürlich nicht Ziel sein kann. Allerdings können pro-aktive Lebensstile Ressourcen freisetzen, die benötigt werden für Behandlung, Rehabilitation und Pflege.

Nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter können durch konsequente Änderungen des individuellen Lebensstils, die systematische Versorgung mit Maßnahmen der Primärmedizin (Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen) sowie durch die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten erfolgversprechend gemindert bzw. unterbunden werden. Diese Potenziale präventiver Interventionen werden jedoch in Deutschland bisher weder systematisch noch hinreichend genutzt (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001).

Sturzbezogene Angaben zur Bevölkerung in Hamburg

Für die in Abbildung B6 dargestellten 80 – 90% der selbständig lebenden 60jährigen und älteren Menschen gibt es in der aktuellen Hamburger Gesundheitsberichterstattung (Stadtdiagnose 2, 2001) so gut wie keine Angaben zu deren gesundheitlicher Situation. In der GBE werden Daten der Krankenhaus- und Pflegestatistik, wie z.B. Mortalität oder Erkrankungen nach Diagnosehauptgruppen oder Pflegestufen herangezogen. Außerdem gibt es dort eine Übersicht zu Ursachen tödlicher Verletzungen und Vergiftungen (zu denen auch Stürze gehören) bei älteren Menschen von über 65 Jahren in Hamburg zwischen 1994 – 1997:

Ursache tödlicher Verletzungen bei über 65jährigen Menschen:	in % aller tödlichen Verletzungen in dieser Altersgruppe
Sturz	69%
Selbsttötung	18%
Verkehrsunfall	4%
Ertrinken/Ersticken	2%
Folge medizinischer Maßnahmen	2%
Sonstiges	5%

Allerdings fehlen in der Stadtdiagnose Hamburg (2001) absolute Angaben zu Stürzen in der älteren Bevölkerung (unabhängig ob mit tödlichem Ausgang oder nicht). Im Verlauf des Jahres 2000 mussten 40% der Hamburger im Alter von 65 Jahren und älter (114.153 Personen) im Krankenhaus stationär behandelt werden, darunter 9,9% (11.301 Personen) aufgrund von Verletzungen (inklusive Stürze im Alter) und Vergiftungen (inklusive Fehlmedikation). Ältere Ältere (12,2% in der Gruppe der 75-jährigen und Älteren) mussten sich häufiger einer Krankenhausbehandlung aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen unterziehen als jüngere Ältere (6,7% in der Gruppe der 65-jährigen bis unter 75-jährigen). Im Vergleich dazu litten 26% der im Krankenhaus versorgten älteren Menschen unter Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und 14% unter Neubildungen (hauptsächlich Krebs) (Statistisches Landesamt der FHH 2003).

Eine häufige Verletzung hochbetagter Menschen ist der Oberschenkelhalsbruch. Zu einem solchen Bruch kann es nach einem Sturz oder aufgrund von Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) kommen. In der Publikation „Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg“ gibt hierzu eine – allerdings veraltete Zusammenstellung aus dem Jahr 1993. Sie können sich allerdings über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes selber eine aktuelle Statistik hierzu erstellen. Folgen Sie einfach den nächsten beiden Praxisbeispielen.

Praxis
8a



Praxisbeispiel 8a: Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels in Hamburg

Praxis
8b



Praxisbeispiel 8b: Oberschenkelhalsbrüche in Hamburg



Die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegen nur auf Länderebene vor. Viele Landesgesundheitsämter stellen allerdings Indikatoren auch auf der Ebene von Städten, Landkreisen oder Kommunen zur Verfügung. Wir empfehlen Ihnen, direkt Kontakt mit Ihrem zuständigen Landesgesundheitsamt oder statistischen Landesamt aufzunehmen. Weitere mögliche Informationsquellen zu Häufigkeit und Ausprägung von sturzbedingten Erkrankungen können örtliche Notaufnahmen von Krankenhäusern sein. Relevante Daten aus Kliniken stehen in vielen Regionen bereits aufbereitet im Rahmen von Transparenz- und Qualitätsbemühungen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zur Verfügung. Viele dieser Berichte sind auch über das Internet einsehbar. Beispiele vergleichender Krankenhausdaten sind der Hamburger Krankenhausspiegel (<http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/>) oder der Klinikführer für das Rheinland (www.klinikfuehrer-rheinland.de/).

Unabhängig von der Verfügbarkeit exakter Daten für Ihre Kommune sind die in diesen Arbeitshilfen genannten Problemindikatoren der älteren Bevölkerung in Deutschland und Europa so weit verbreitet und stark assoziiert mit ungünstigen Altersverläufen, dass sich Ihre Initiative für entsprechende gesundheitsfördernde und präventiver Programme auf jeden Fall lohnt.

Daten zur Inzidenz von Stürzen im Alter in Deutschland

Zur Ermittlung des Bedarfs/der Nachfrage nach Angeboten zur Sturzprävention im Alter muss in dem Fall auf die Angaben internationaler Forschungsergebnisse zu Häufigkeit (Inzidenz) von Stürzen im Alter und assoziierte Folgen in [Vertiefungsmodul 2](#) zurückgegriffen werden. Diese prozentualen Angaben sollten mit den absoluten Angaben der älteren Bevölkerung in eigener Kommune/Region/Landkreis in Beziehung gebracht werden. Im Idealfall verfügen Sie vor Ort auch über Bevölkerungsangaben differenziert nach Altersklassen. Ziel ist, nun die prozentualen und absoluten Anteile für Ihre Region zu berechnen. Darüber hinaus sollten Sie prüfen, ob es weitere Datenquellen gibt, die für die Thematik genutzt werden können. Vergleichen Sie hierzu bitte Tabelle VM3-3 (vgl. Tabelle Übersicht zur Häufigkeit von Stürzen im Alter in Hamburg auf Basis lokal erhobener Daten) in [Vertiefungsmodul 3](#).

Fazit: Auch wenn hier Angaben zu Oberschenkelhalsbrüchen, Krankenhausaufenthalten aufgrund von Verletzungen (inklusive Stürzen) und tödliche Verletzungen aufgrund von Stürzen im Alter zusammengetragen wurden, ist es aufgrund der aktuellen Statistik nicht möglich, dezidierte Angaben über die Größe des potenziellen Bedarfs von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention und damit auch der Sturzprävention im Alter zu machen. Im Hamburger Arbeitskreis bestand Einigkeit darüber, dass die sturzbedingten Frakturen die Spitze eines Eisberges darstellen. Diese Spitze gibt einen Hinweis auf die Größe der Basis des Berges (Sturzangst, Gangunsicherheit, Vermeidungsverhalten) und überzeugte alle Mitglieder von der Bedeutung des Problems.

V Tief

3

Vertiefungsmodul 3: Ausgewählte Daten zu älteren Bevölkerung in Deutschland

Quellen für Recherchen zu demographischen Angaben
 Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland
 Bevölkerungszahlen deutscher Großstädte
 Daten zur Inzidenz von Stürzen im Alter in Deutschland



Literatur



Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur

Anbietende Institutionen multidimensionaler Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune am Beispiel Sturzprävention

Sichtung und Zusammenstellung des Angebotsspektrums in einer Adressliste zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Kommune

Angebote und Bedarfe entscheiden über Ihre Aktionen (Geene et al. 2002 oder Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2008). Wenn Sie ein Projekt planen, brauchen Sie Kooperationspartner. Viele haben Sie im Kopf – aber alle? Und wissen Sie von allen genau, was sie machen und wer die Ansprechpartner sind? Es ist sinnvoll – aufgrund der Komplexität von Gesundheitsförderung – verschiedene gesundheitsfördernde und präventive Angebote zu klassifizieren, die für erfolgreiche Verhaltensänderungen wichtig sind:

- Anbietende Institutionen zur Förderung der regelmäßigen körperlichen Aktivität,
- Anbietende Institutionen zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten (inklusive Alkohol- und Nikotinkonsum),
- Anbietende Institutionen zur Förderung der aktiven sozialen Teilhabe an der Umwelt.

Auf dieser Basis sollten nun – wenn nicht bereits geschehen - alle zugänglichen Datenquellen gesichtet werden. Hierfür kommen insbesondere Adressverteiler und sonstige Steuerdateien für Serienbriefe in Frage.

Diese Adressen werden normalerweise digital im Word- oder Excel-Format in Listen aufbewahrt. Diese können gesichtet und aus den verschiedenen Abteilungen in eine gemeinsame Adress-Liste der Institutionen und Einzelpersonen gesundheitsfördernder und präventiver Angebote zusammengetragen werden. Wenn diese Aufgabe einmal erledigt wurde, verfügen Sie über einen unschätzbaren Fundus (vgl. auch Praxisbeispiel 9), den Sie immer wieder nutzen können auch für andere gesundheitsfördernde Projekte und Aktionen.

Folgende Adress-Angaben können die Basis der neuen Adress-Liste sein:

- Name und Anschrift der Einrichtung/Organisation (inklusive Träger),
- Ansprechperson,
- Telefon/Faxnummer/E-Mail,
- Nächste Bus-/Bahnstation,
- Beschreibung des Angebots (Bewegung, Ernährung, Soziale Teilhabe).



Weitere frei zugängliche Datenquellen können hinzugezogen werden, um die vorhandenen Daten der Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu ergänzen. Vielleicht hat sich Ihre Kommune im Jahr 2006 an der Befragung zur „Seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beteiligt (BZgA 2007). Dann haben Sie eventuell Zugang zu Adress-Daten Ihrer kommunalen Gesundheitsförderer, die Sie wie nachfolgend beschrieben weiter nutzen können.

In Frage kommen hierfür z.B. die örtlichen Gelben Seiten. Bei diesem Schritt ist zu überlegen, ob diese Datenquelle der anbietenden Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung ergänzt werden sollte um anbietende Institutionen des Gesundheitssektors, die präventive, kurative und pflegerische Angebote vorhalten (z.B. Haus- und Facharztpraxen für den Bereich der Primär- und Sekundärprävention, Krankenhäuser und Akutgeriatrien für den Bereich der Sekundärprävention, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime für den Bereich der Tertiärprävention). Diese Adressquellen sind normalerweise innerhalb der Ämter zugänglich. Daten zum ambulanten medizinischen Versorgungsbereich sind über die zuständige Ärztekammer bzw. Kassenärztliche Vereinigung abrufbar. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diese Anbieter weniger Maßnahmen der eigenverantwortlichen Verbesserung der Lebensstile der älteren Menschen im Fokus haben.

Nachfolgend wird eine Übersicht von Institutionen und Organisationen zusammengestellt (ohne Anspruch auf Vollständigkeit), die die gesamte Spannweite von Einrichtungen aufzeigt, die sich für gesunde und behinderte alte Menschen engagieren und dementsprechend auch gesundheitsfördernde und / oder präventive Angebote vorhalten könnten:

- Öffentlicher Gesundheitsdienst,
- Seniorenbeiräte, Fraktionen politischer Parteien,
- Seniorentreffs, Bürgertreffs, Kirchenkreise,
- Sport- und Bewegungsvereine,
- Freizeit- und Kultureinrichtungen,
- Bildungseinrichtungen für ältere Menschen, Volkshochschule,
- Ernährungsberatung für ältere Menschen, Veranstalter von Kochkursen,
- Organisatoren von Aktionskreisen, Aktionswochen (z.B. „Älter werden in Hamburg“),
- Polizei (z.B. Sicherheitstraining für ältere Menschen),
- Wohnungsbaugenossenschaften/-gesellschaften (z.B. Nachbarschaftstreffs),
- Verkehrsverbund (z.B. Mobilitätstraining für ältere Menschen),
- Wirtschaft (betriebliche Gesundheitsförderung auch für Ehemalige),
- Hausarztpraxen und sonstige für ältere Menschen bedeutsame fachärztliche Gruppen,
- Altenhilfe und sonstige Beratungsstellen für ältere Menschen,
- Krankenkassen (z.B. Ernährungsberatung),
- Pflegekassen und MDK (z.B. Pflegestützpunkte),
- Zusammenschlüsse von Betroffenen und Angehörigen, Selbsthilfegruppen,
- Senioren- und Behindertenorganisationen,
- Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär),
- Träger der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege (öffentlich, kirchlich, privat),
- Sonstige Organisationen, Arbeitsgruppen und Verbände.

Wie genau Sie so eine Adress-Datei aufbauen und diese für Ihr planerisches Handeln nutzen können, zeigt Ihnen Schritt für Schritt Vertiefungsmodul 4 und Praxisbeispiel 9.

Praxis-Tipp: Der Zeitaufwand für die Zusammenführung der Adressen aus verschiedenen Datenquellen in eine einheitliche Excel-Liste ist abhängig von der Einheitlichkeit der Datenformate (Adressen in Word- und/oder Excel-Listen), der Datenstruktur und dem Umfang der zur Verfügung gestellten Adressen, die in diese neue Adressliste hineinkopiert werden können. Beispielsweise wurde im Gesundheitsamt Hamburg Eimsbüttel so eine Adressliste mit ca. 1.000 relevanten Adressen zusammengestellt. Voraussetzung hierfür war, dass die verschiedenen Adresslisten digital durch die verschiedenen Zuständigen zur Verfügung gestellt wurden. Nach Sichtung der verschiedenen Adresslisten wurde eine Struktur festgelegt für diese neue Adressliste „Gesundheitsförderung und Prävention“. Ein Praktikant der Gesundheitswissenschaften übertrug (d.h. kopierte) die Angaben in die entsprechenden Informationsfelder der neuen Angebots-Adressliste im Excelformat. Dies geschah innerhalb eines Monats mit einem Zeitaufwand von ca. 40 Zeitstunden. Diese Adressliste „Gesundheitsförderung und Prävention“ steht nun allen im Bezirksamt zur Verfügung und ist in der täglichen Anwendung nützlich. Optimal ist eine regelmäßige Datenaktualisierung z.B. in jährlichen Abständen, die wenige Stunden Zeitaufwand umfasst. Die Aktualisierung erleichtern Sie sich, wenn Ihre Netzwerkpartner Sie in ihren Verteilern zum Versand aktueller Newsletter, Flyer etc. aufnehmen.

V Tief

4

Vertiefungsmodul 4: Adressliste anbietender Institutionen als Planungsgrundlage

- Telefon-Checkliste zur Präzisierung der anbietenden Institutionen/Angebote
- Strukturierung der anbietenden Institutionen/Angebote
- Anlage einer benutzerfreundlichen Informationsübersicht der anbietenden Institutionen/Angebote
- Planung mit diesen Informationen in einem Geoinformationssystem (GIS)
- Visualisierung der anbietenden Institutionen /Angebote in der Karte (vgl. hierzu auch Praxisbeispiel 9)



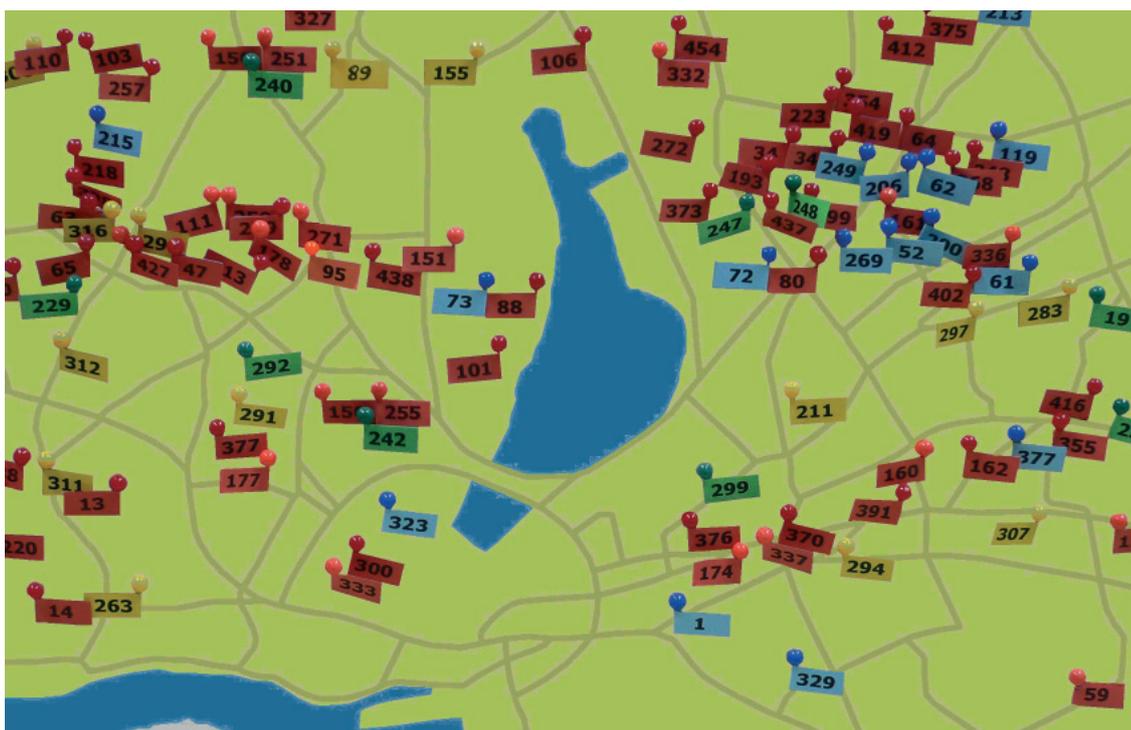
Praxis

9

Praxisbeispiel 9: Erstellen einer Karte von anbietenden Institutionen



Ergebnis von Praxisbeispiel 9: Kartenausschnitt: Verwendung verschiedenfarbiger Fähnchen/Pins für die Unterscheidung gesundheitsfördernder Angebote (hier dargestellt am Beispiel Hamburg).



Sie können so eine Zusammenführung gesundheitsfördernder Organisationen gut für eine strukturierte Kooperation auf kommunaler Ebene nutzen. Beispielsweise gibt es im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland acht Kompetenzzentren für einzelne wichtige Themen, darunter das Kompetenzzentrum Herne mit dem Schwerpunkt Gesundheitskonferenz (<http://www.gesunde-stadt-herne.de/aktivitaeten/kompetenzzentrum/>). Alle acht Mitgliedsstädte im Überblick (mit externen Links zu den verschiedenen Zentren):

- Die Stadt Frankfurt am Main für Migration und öffentliche Gesundheit
- Die Stadt Halle (Saale) für stadtteilbezogene, bürgerorientierte Stadtentwicklung,
- Der Rhein-Kreis Neuss für Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter,
- Die Stadt Herne für das Thema Gesundheitskonferenzen,
- Die Stadt Stuttgart für Kinder- und Jugendgesundheit,
- Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, für das Thema Migration, Integration und Gesundheit,
- Der Kreis Unna für kommunales Gesundheitsmanagement und gesundheitlichen Verbraucherschutz,
- Die Stadt Münster Konzeption und Praxis kommunaler Gesundheitshäuser.

Im Praxisbeispiel 10 finden Sie das „Kochrezept“ zur Initiierung und Koordinierung einer kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenz für ältere Menschen.

Praxis
10



Praxisbeispiel 10: kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz für ältere Menschen



Als in Hamburg mit den Planungen für den Arbeitskreis Sturzprävention im Alter begonnen wurde, gab es zwar im Vergleich zum Bundesdurchschnitt viele Angebote für ältere Menschen, aber wenig Kooperationen (Pott 2004). Hinzu kam das verstärkte Engagement im Bereich der pflegebedürftigen älteren Menschen (Trojan & Legewie 2001) bei gleichzeitig geringer Nutzung evidenz-basierter Konzepte und Einbindung von Fachleuten für die Zielgruppe der aktiven älteren Menschen (Döhner 2002). Dies hat sich zwischenzeitlich geändert. Gesundheitsförderung, primäre und sekundäre Prävention bei älteren Menschen finden mehr und mehr Berücksichtigung.

So wird seit vielen Jahren der Ratgeber „Aktiv im Alter“ von der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz herausgegeben. Auch wenn dort schwerpunktmäßig Hilfsangebote und Beratungsstelle zusammengestellt sind, die es älter werdenden Menschen ermöglichen sollen, so lange wie möglich ein eigenständiges Leben zu führen, so enthält er auch Hinweise zur Freizeitgestaltung und Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements. Auch das AKTIVOLI-Netzwerk macht sich stark für bürgerschaftliches Engagement in Hamburg und hat das Ziel, es aufzuwerten, dafür zu werben und es zu vernetzen. Auf der jährlich stattfindenden AKTIVOLI-Freiwilligenbörse stellen sich Organisationen vor, die ein freiwilliges Engagement ermöglichen (www.aktivoli.de). Seit 2003 wird die Wichtigkeit der älteren Menschen auch mit der jährlich stattfindenden Aktionswoche „Älter werden in Hamburg“ unterstrichen. Hier haben alle Beteiligte die Möglichkeit, sich und ihre Angebote kostenfrei innerhalb dieser Woche zu präsentieren.

Der Arbeitskreis Sturzprävention im Alter fand auch Fachwissen und Engagement zum aktiven Altern vor beim Hamburger Sportbund (HSB), dem Verein für Turnen und Freizeit e.V. (VTF) und dem größten Hamburger Sportverein Sportspieß e.V. (Broschüre zu Sportangeboten für die Altersgruppe 55plus) sowie im Bereich der **Geriatric und Gerontology** (z.B. Entwicklung und wissenschaftliche Begleitung des multidimensionalen Interventionsprogramms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ des Albertinen-Hauses, ausgezeichnet mit dem 1. Preis des Deutschen Präventionspreises 2005).

Literatur

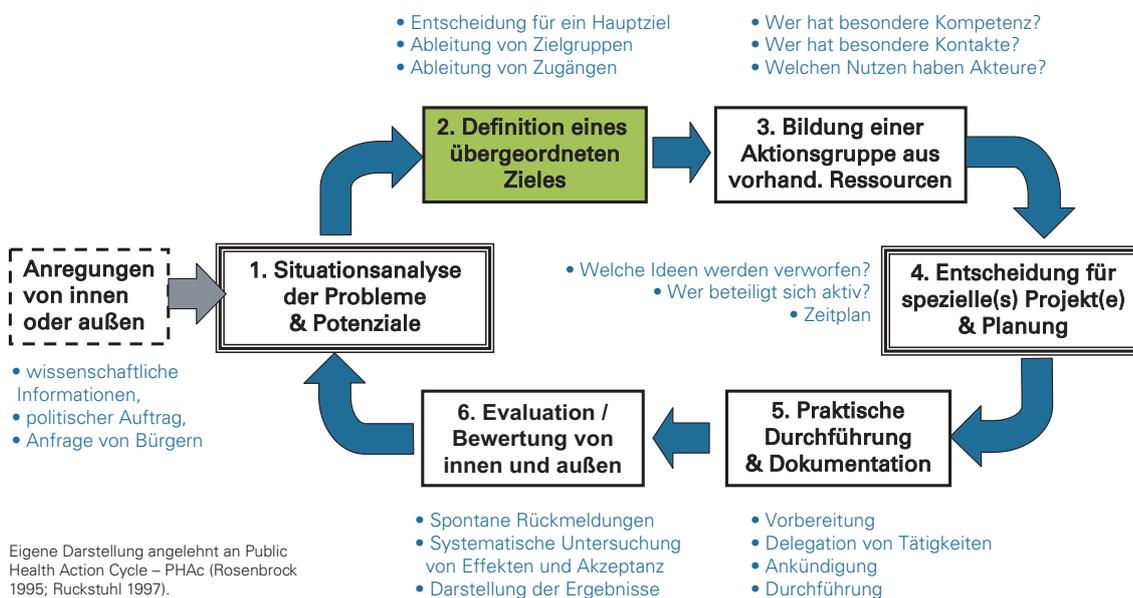


Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur



Aktionszyklus Schritt 2: Definition eines übergeordneten Zieles

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



Bei der Konstituierung des Hamburger Arbeitskreises hatten wir uns auf das Thema Sturzprävention geeinigt und Ideen gesammelt, wie das Thema angegangen werden sollte. Dabei konnten Aktivitäten der Arbeitskreismitglieder aufgegriffen und weiterentwickelt werden.

- Informationsveranstaltungen für alte Menschen
- Fortbildungen für Multiplikatoren
- Entwicklung eines Fragebogens zur Ermittlung des Sturzrisikos
- Schulung von Übungsleitern
- Bewegungsangebote in Sportvereinen und Seniorentreffpunkten mit dem Schwerpunkt Bewegungssicherheit
- Beratung von Einrichtungen der Seniorenarbeit



Außerdem war klar, dass wir vorrangig die Gruppe der selbständig lebenden älteren Menschen ansprechen wollten.

Eine präzisere Zielbestimmung haben wir zu diesem Zeitpunkt nicht vorgenommen. Erst später wurde uns klar, dass wir einen impliziten Konsens darüber hatten, dass wir mehr wollten als Stürze zu verhindern: wir wollten Mobilität und damit Selbständigkeit fördern, wir wollten Gangunsicherheit und Sturzangst verringern, wir wollten mehr Freude an Bewegung schaffen.

Dabei ist sicher wichtig, dass viele der Arbeitskreismitglieder schon lange auf dem Feld der Gesundheitsförderung arbeiten und viele sich auch schon aus anderen Projekten kannten. Wir konnten also auf ein hohes Maß an Konsens vertrauen. Das ist allerdings keine Selbstverständlichkeit. Als Faustregel lässt sich formulieren: Je neuer das Arbeitsfeld, je unbekannter die Kooperationspartner, umso wichtiger ist es, sich frühzeitig über die Ziele aller Partner auszutauschen und einen Konsens über gemeinsame Ziele auszuformulieren. Dies dient auch der Identifikation mit dem Thema und der Entwicklung einer Gruppenidentität.

Trotzdem lässt sich der Zielfindungsprozess im Hamburger Arbeitskreis systematisch rekonstruieren

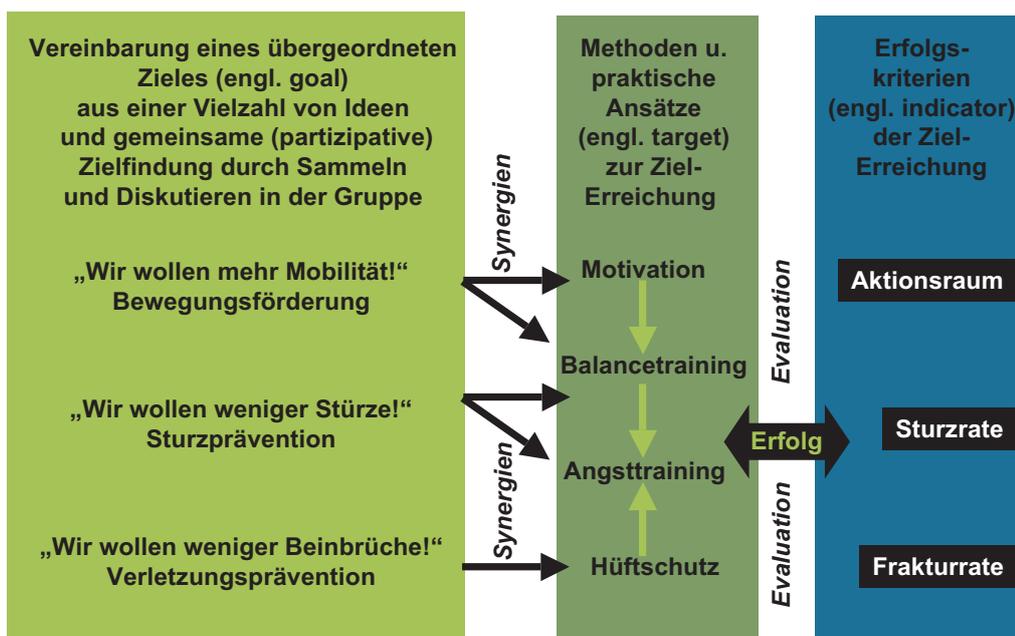
Drei Entscheidungen müssen an dieser Stelle getroffen werden:

1. Entscheidung für ein Hauptziel und dessen Aufgliederung in messbare Teilziele
2. Ableitung von Zielgruppen
3. Ableitung von Zugängen

Das Hauptziel sollte sich an dem orientieren, was vorrangig erreicht werden soll (und die Aktionsgruppe leisten kann). Mit einem definierten Ziel ist immer ein bestimmtes Erfolgskriterium verbunden. Häufig richtet sich danach auch die Entscheidung für eine Zielgruppe. Die Methoden und Schritte zum Ziel dagegen sind weniger festgelegt und werden erst in den folgenden Arbeitsschritten des Aktionszyklus näher geplant. Abbildung B7 veranschaulicht, dass in der Sturzprävention auch synergetische Effekte genutzt bzw. ein und dieselbe Maßnahme verschiedenen Zielen dienen kann. Zu beachten ist dabei natürlich die zielgruppenspezifische Durchführung der Maßnahme. So ist ein Balancetraining an die jeweilige Zielgruppe anzupassen. Diese Arbeit kann meist vor Ort die durchführende Fachkraft (z.B. Physiotherapeutin, Übungsleiterin) übernehmen.

Sie können auch mit einem Ziel zwei Zielgruppen ansprechen, sollten dann aber für jede einen geeigneten, gesonderten Zugang wählen. In Abbildung B7 Zielfindung entspricht die obere Ebene eher der Gesundheitsförderung (Zielgruppe I), die folgende Ebene der Sekundärprävention (Zielgruppe II) sowie die untere Ebene der passiven Prophylaxe (Zielgruppe III bis IV, vgl. Abbildung B2). Für die Übersetzung von gesundheitsfördernden Zielen in lokale Aktionen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes empfiehlt die WHO ein dreischrittiges Vorgehen von Ziel (engl. goal) über gezielte Ansätze (engl. targets) hin zu messbaren Erfolgskriterien (engl. indicators). Letzte sind Ihnen bekannt als Indikatoren in Gesundheitsberichterstattungen und statistischen Berichten (Pencheon et al. 2005).

Abbildung B7: Zielfindung in Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



In der **Evaluation** sollten möglichst die angestrebten Ziele direkt beobachtet werden. So ist eine Verbesserung der Balance nicht gleichzusetzen mit einer tatsächlichen Senkung der Sturzrate. Zu diesem Zeitpunkt werden die Ziele meist nur allgemein bestimmt. Deswegen ist es nötig, zu späteren Zeitpunkten immer wieder die Frage aufzuwerfen:

Was sind unsere Ziele?

Welche Teilziele gibt es?

Haben sich unsere Ziele verändert?

Haben sich Rahmenbedingungen geändert, die eine neue Zielbestimmung notwendig machen?

Auch die SMART-Kriterien (siehe unten) haben wir zu diesem frühen Zeitpunkt nicht explizit berücksichtigt. Diese Kriterien finden sich in verschiedenen Ansätzen der Qualitätsentwicklung und sind bei der Zielbestimmung sehr hilfreich. Eine gute Darstellung finden Sie bei der Partizipativen Qualitätsentwicklung <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/>.

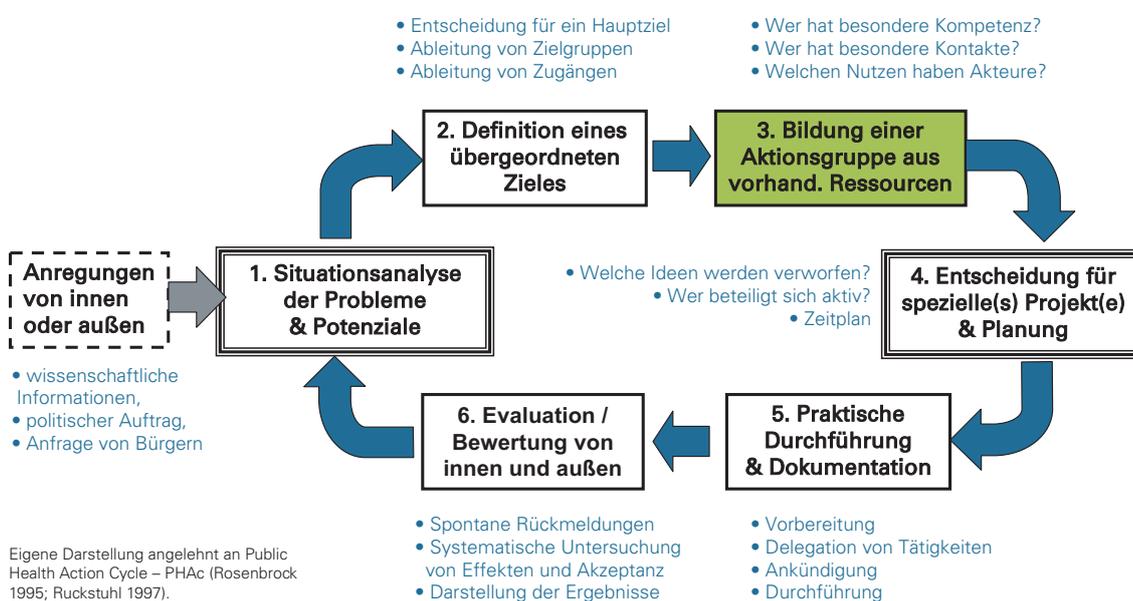
Sie lauten:

S	spezifisch	ist das Ziel konkret und eindeutig beschrieben?
M	messbar	ist überprüfbar, ob es erreicht wurde?
A	attraktiv	ist es für alle erstrebenswert?
R	realistisch	ist es mit den vorhandenen Ressourcen erreichbar?
T	terminierbar	ist es in einem akzeptablen Zeitraum erreichbar?

Wir haben diese Kriterien bei der Planung konkreter einzelner Projekte verwendet. Hinweise dazu finden Sie z.B. in [Vertiefungsmodul 6](#) und [Vertiefungsmodul 7](#).

Aktionszyklus Schritt 3: Bildung einer Aktionsgruppe aus vorhandenen Ressourcen

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



Gründung des Arbeitskreises zur Sturzprävention im Alter in Hamburg

Die Idee zur Gründung eines Arbeitskreises zur Sturzprävention entstand in der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (damals Behörde für Wissenschaft und Gesundheit). Dieser Arbeitskreis ist kein Modellprojekt, er unterscheidet sich in Zusammensetzung und Arbeitsweise nicht von vielen anderen Arbeitskreisen, die sich in der kommunalen Gesundheitsförderung engagieren.

Für die Wahl des Themas und der Arbeitsform waren folgende Überlegungen ausschlaggebend:

- Mobilität ist eine Schlüsselkategorie, sie ist die Voraussetzung für eine selbständige Lebensführung, für soziale Kontakte und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Stürze ebenso wie Sturzangst bedrohen diese Mobilität, das Interesse ist daher nicht nur bei Fachleuten, sondern auch bei Betroffenen groß.
- Stürze haben viele Ursachen und viele Auswirkungen, dem muss Prävention durch entsprechend differenzierte Angebote gerecht werden. Damit ist Sturzprävention ein idealer Ausgangspunkt, um weitere Felder der Gesundheitsförderung im Alter zu erschließen. Es gibt außerdem viele wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit präventiver Angebote und Modelle, an denen man sich orientieren kann.



- Die Komplexität des Themas ebenso wie die Größe und Heterogenität der Zielgruppen bedingen, dass eine erfolgreiche Strategie in Hamburg nur in einem breiten Bündnis entwickelt und umgesetzt werden kann.

Folgende Punkte sind außerdem zu bedenken:

- Ist die Kommune als Koordinator für ein Thema die beste Wahl? In dem regionalen Knoten Wohnungslosigkeit und Gesundheit im Kooperationsverbund ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ ist die Stadt Hamburg im Arbeitskreis vertreten, die Koordination liegt aber bei einem freien Träger, der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.
- Welche Organisationsform soll gewählt werden? Formell mit Geschäftsordnung etc. oder informell? Das wird von der Größe des Arbeitskreises, der Brisanz oder Strittigkeit des Themas, von dem Ziel und anderen Faktoren abhängen.
- Die ‚Zuständigkeit‘ für Seniorinnen liegt in den meisten Kommunen in einem anderen Ressort als die für Gesundheit. Daher ist es wichtig, dieses Ressort von Anfang an zu informieren und einzubinden, um Reibungskonflikte zu verhindern.
- Ist das Thema politisch kontrovers oder von großer tagespolitischer Aktualität? Davon kann abhängen, welche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, ob inhaltliche und zeitliche Vorgaben gemacht werden und ob das Thema anfällig ist für Instrumentalisierungen zu anderen als den intendierten Zwecken.
- Wer sollte in dem Arbeitskreis vertreten sein? Sie brauchen sicher Einrichtungen, die Bewegungsangebote für ältere Menschen machen können. Das können Sportvereine sein, aber auch Volkshochschulen oder andere Träger der Erwachsenenbildung. Dann brauchen Sie Einrichtungen der offenen Seniorenarbeit, die ihnen den Zugang zu den Zielgruppen öffnen. Ganz wichtig ist die Beteiligung der kommunalen Seniorenvertretung, schließlich wollen Sie nicht für, sondern mit den Betroffenen planen und organisieren. Schließlich brauchen Sie gerontologisch-geriatrische Kompetenz (www.bv-geriatrie.de). Allerdings wird es von den konkreten Bedingungen in Ihrer Kommune abhängen, wer regelmäßig mitarbeitet und wer nur punktuell dabei ist. Überlegen Sie auch genau, ob Sie Einrichtungen an einen Tisch holen, die miteinander konkurrieren.

Diese Vorüberlegungen wurden mit der Abteilungsleitung besprochen. Diese stimmte der Idee, einen Arbeitskreis Sturzprävention zu gründen, zu. Danach wurden mit verschiedenen Akteuren individuelle Vorgespräche geführt, um zu erfahren, wie sie das Thema einschätzen, wie das Interesse an einer Mitarbeit aussieht und welche Ressourcen eingebracht werden können. Das Ergebnis dieser Vorgespräche war eindeutig: Bei allen Angesprochenen waren das Interesse und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit groß.

Damit war der Weg frei für die Konstituierung des Arbeitskreises.

Am 23. Februar 2005 initiierte die für Gesundheit zuständige Behörde eine Hamburger Arbeitsgruppe für ein gemeinsames Präventionsprojekt auf kommunaler Ebene. Die Koordination und Leitung übernahm das Referat Gesundheitsförderung der Fachbehörde. Anfang 2005 nahm dann der Arbeitskreis seine Arbeit auf.

Folgende Gründungsmitglieder aus verschiedenen gemeinnützigen Institutionen der Altenarbeit wurden von der Behörde zur ersten konstituierenden Sitzung des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention im Alter (in alphabetischer Reihenfolge) eingeladen:

- Barrierefrei Leben e.V.
- Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
- Forschungsabteilung Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
- Hospital zum Heiligen Geist
- Landesseniorenbeirat Hamburg
- Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Seniorenbildung Hamburg e.V.

Es fiel die Entscheidung für einen informellen Arbeitskreis, in dem der Organisationsaufwand gering gehalten werden sollte. Auch sollte das erste zu wählende Thema nicht kontrovers oder brisant sein. Außerdem wurde von Anfang an Wert darauf gelegt, den Aufwand für die Mitglieder gering zu halten. Es wurde vereinbart, regelmäßige Treffen im Wechsel in allen Einrichtungen durchzuführen. Dies fördert zum einen das Kennenlernen und erleichtert die gute Erreichbarkeit für alle, denn die Räumlichkeiten der Gesundheitsbehörde liegen nicht zentral in Hamburg und sind demnach nicht für alle Mitglieder gleichermaßen gut zu erreichen. Treffen sollten regelmäßig alle sechs bis acht Wochen für maximal zwei Stunden stattfinden.

Außerdem wurde vereinbart:

- der Arbeitskreis ist offen für neue Mitglieder,
- die Arbeitsweise ist kooperativ,
- der formale Organisationsgrad ist eher gering,
- die Behörde übernimmt die Organisation (Einladung, Moderation, Protokoll).

Der Arbeitskreis war frei, seine Schwerpunkte selbst zu setzen, daher waren alle eingeladenen Institutionen der konstituierenden Sitzungen aufgefordert, neben der kontinuierlichen Diskussion im Arbeitskreis zu Zielgruppen und Projekten der Sturzprävention auch schriftlich Vorschläge zur Durchführung gemeinsamer Projekte zu unterbreiten. Die unterschiedlichen Vorschläge wurden diskutiert, bevor sich der Arbeitskreis gemeinsam auf ein erstes Ziel festlegte (vgl. Aktionszyklus Schritt 4: Entscheidung und Projektplanung).

Darüber hinaus wurden während der Gründungsphase 2005 weitere potenzielle Mitglieder aus dem Arbeitskreis heraus vorgeschlagen. Diese wurden von der Behörde angesprochen und eingeladen, in dem Arbeitskreis zur Sturzprävention mitzuarbeiten. Im Laufe der Jahre gab es jedoch nicht nur Neuzugänge wie z.B. den Hamburger Sportbund (HSB) und den Fachbereich Bewegungswissenschaften der Universität Hamburg, sondern auch Abgänge. So musste sich bedauerlicherweise die Qualitätsbeauftragte des Hospitals zum Heiligen Geist aufgrund interner Umstrukturierungen aus dem Arbeitskreis zurückziehen. Es kam auch vor, dass einige Mitgliedsorganisationen ihre Mitgliedschaft für einen bestimmten Zeitraum aufgrund anderer dienstlicher Verpflichtungen (z.B. Barrierefrei Leben e.V.) oder aufgrund privater Pläne wie z.B. Sabbatjahr (Seniorenbildung Hamburg e.V.) ruhen ließen. Betont wird nochmals, dass nicht immer alle Mitglieder mit den gleichen Zeitanteilen an Projekten des Arbeitskreises arbeiten, sondern sich diese neben den beruflichen und privaten Verpflichtungen auch immer orientieren an den Überschneidungen zwischen eigenen und gemeinsamen Projekten. Im Laufe der Jahre veränderte sich der Arbeitskreis wie folgt:

Tabelle B2: Mitglieder des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention im Alter

Institution	Bereich	Mitglied
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz: Fr. Dr. Juhl (Koordination), Hr. Fontaine (bis 2006)	Leitung und Koordination des AK Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung (GBE)	Gründungsmitglied 2005
Barrierefrei Leben e.V. Fr. Dieckmann	Hilfsmittel für Senioren / Seniorinnen	Gründungsmitglied 2005
Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Wiss. Einrichtung a. d. Universität Hamburg Fr. Dr. Anders, Fr. Dr. Dapp	Geriatrie, Gerontologie, Gesundheitsförderung im Alter, Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung	Gründungsmitglied 2005
Hamburger Sportbund Fr. Adamczewski (bis 2007), Fr. Gauler (seit 2007)	Verband Hamburger Sportvereine, Senior- / Seniorinnensport, Trainer / Trainerinnen-Fortbildungen	Seit Ende 2005
Hamburger Inline-Skating Schule e.V. (HIS e.V.) Förderverein am Fachbereich Bewegungswissenschaften der Universität Hamburg, Fr. Adler (seit 2007)	Bewegungswissenschaften, Forschung, Angebote für Senioren / Seniorinnen (z.B. Fit ab 50, Inline-Skating)	Seit 2007
Hospital zum Heiligen Geist Fr. Waletzko (bis 2007)	Betreutes Wohnen für Senioren / Seniorinnen, stationäre Pflege, Qualitätssicherung	Gründungsmitglied 2005 bis 2007
Landesseniorenbeirat Frau Preuhs	Politische Interessenvertretung für Senioren / Seniorinnen in Hamburg	Gründungsmitglied 2005
Paritätischer Wohlfahrtsverband Frau Christ (seit 2006)	Interessenvertretung für Behinderte und Benachteiligte	Seit 2006
Seniorenbildung Hamburg e.V. Frau Barth-Deuß	Bildungsangebote für Senioren / Seniorinnen	Gründungsmitglied 2005

Es wurde aufgrund der wenigen zeitlichen Ressourcen niedergelassener Hausarztpraxen davon Abstand genommen, einen Vertreter des Hausärzterverband Hamburg e.V. (<http://www.hausaerzterverband.de>) regelmäßig in die Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention im Alter einzubinden. Allerdings wird Wert darauf gelegt, den Vorsitzenden der Hausärzterverbandes Hamburg e.V., der gleichzeitig der Vizevorstand der Hamburgischen Ärztekammer ist, regelmäßig über die Aktivitäten des Arbeitskreises zu informieren. Darüber hinaus führt ein Mitglied des Arbeitskreises einen geriatrischen Qualitätszirkel für niedergelassene Hausärztinnen durch. Auch dort wird das Thema Sturzprävention und Behandlung des komplexen Sturzsyndroms in regelmäßigen Abständen bearbeitet, so dass auf diesem Weg Herausforderungen der täglichen Arbeit in der Hausarztpraxis in den Arbeitskreis einfließen.

Auch bezirkliche Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen werden über die Aktivitäten des Arbeitskreises informiert. Hierbei ist es hilfreich, dass einige Mitglieder gleichzeitig aktiv in bezirklichen Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen arbeiten und so zusätzlich vernetzt sind.

Meine Erfahrungen in dem Arbeitskreis Sturzprävention

Vor drei Jahren wurde gefragt, ob wir vom Landes - Seniorenbeirat wohl Interesse hätten, uns an einem Arbeitskreis zur Sturzprävention zu beteiligen. Ich hatte selber gerade an einer Fachtagung des Klinikums Nord teilgenommen, wo in drei Arbeitsgruppen das Thema Sturzprävention aufgearbeitet worden war. Ich war also sehr sensibilisiert für das Thema Sturz und Sturzfolgen bei älteren Menschen, und habe freudig sofort zugesagt. Außerdem bin ich selbst schon gestürzt, ich weiß also aus eigener Erfahrung, worum es geht.

Eine Fachgruppe des Landesseniorenbeirates wurde im Jahr 2005 zu einem Einführungskurs beim SV Eidelstedt eingeladen. Es hat uns allen sehr viel Freude gemacht, uns aber auch gezeigt, dass einige von uns durchaus Probleme beim Jonglieren oder beim Gehen auf unebenen Böden hatten. Wir haben viel gelacht und es war ein wunderbares Wochenende. Wir sind seitdem alle überzeugt, dass es sich lohnt, etwas für das eigene Gleichgewicht, die eigene Kraft und Koordination zu tun! Ich habe bei meinem Sportverein dann einen Kurs zur Sturzprävention belegt. Ich finde, es hat mir durchaus etwas gebracht, und kann es jedem empfehlen!

Danach war ich auch sehr motiviert, in dem Arbeitskreis mitzumachen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind kompetent und interessiert. Alle sind bereit, sich einzubringen und etwas zu bewegen. Ich finde es wichtig, dass ich als Vertreterin der älteren Generation beteiligt bin und unsere Perspektive einbringen kann, schließlich wollen wir nicht ‚verplant‘, sondern beteiligt werden. Ich habe auch den Eindruck, dass meine Meinung zählt.

Es wird zielgerichtet diskutiert und Aufgaben werden sehr schnell übernommen.

Seit elf Jahren bin ich ehrenamtlich in der Altenarbeit tätig. Ich bin im Landesseniorenbeirat, weil alte Menschen eine Lobby brauchen und ihre Bedürfnisse und Interessen deutlich vertreten müssen. In dieser Zeit habe ich in vielen Gremien und Arbeitsgruppen mitgearbeitet. Dieser Arbeitskreis gehört zu den wenigen, die in kurzer Zeit etwas erreichen konnten.

Wo ich allerdings noch Handlungsbedarf sehe, ist eine bessere Öffentlichkeitsarbeit. Wir müssen uns noch viel einfallen lassen, um mehr Menschen zu erreichen.

Ursel Preuhs, Landes - Seniorenbeirat

Steckbriefe der Mitglieder des Hamburger Arbeitskreises

Alle Mitglieder des Arbeitskreises haben speziell für die Erstellung dieser Arbeitshilfen ein Profil ihrer Organisation erarbeitet und ihre Qualifikationen für die Mitarbeit im Arbeitskreis Sturzprävention im Alter strukturiert im Rahmen eines Steckbriefes zusammengestellt. Diese werden in alphabetischer Reihenfolge vorgestellt und sollen demnächst auch auf der Homepage des Arbeitskreises eingepflegt werden: <http://www.hamburg.de/gesundheits-im-alter/122846/sturzpraevention.html>

Wir geben diese Profile in diesen Arbeitshilfen an Sie weiter, damit Sie erstens Anregungen bekommen zur Vielfalt der möglichen Kooperationen. Zweitens können Sie das Formular auch als Blanko-Checkliste nutzen zur Auswahl und Selbsteinschätzung von potenziellen Mitgliedern eines Arbeitskreises. Natürlich ist bei anderen Schwerpunkten in der Gesundheitsförderung auch eine ganz andere Zusammensetzung eines Arbeitskreises hinsichtlich Größe und Kompetenzen möglich. Auch hierfür hilft Ihnen die Blanko-Checkliste.

Name Institution	Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung www.hamburg.de/kontakt/112172/amt-g-billstrasse.html
Träger	Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Anschrift	Billstraße 80 a, 20539 Hamburg
Ansprechperson	Dr. Katharina Juhl, Dipl.-Psych. Kordinatorin des Arbeitskreises Sturzprävention im Alter
Übliches Tätigkeitsfeld	Ministerielle Aufgaben, Planung und Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Informationsmaterial, Berichte, Kampagnen in Kooperation mit anderen Behörden und Trägern
Struktur und Lage Institution	Ministerialbehörde
Zielgruppen	Alle Gruppen der Hamburger Bevölkerung
Qualitätssicherung	Fortbildung, Evaluation
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	Initiative zur Gründung des AK in 2004
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Mobilität ist eine Schlüsselkategorie für ein gesundes und selbständiges Leben im Alter
Eigene Kompetenzen	Interdisziplinär zusammengesetztes Team
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Koordination
Aktionen zur Sturzprävention	Zusammen mit anderen Akteuren im Arbeitskreis
Kooperation in Hamburg	Mitglieder des Arbeitskreises, andere Behörden und Träger
(Inter-) Nationale Kooperation	Andere Bundesländer, BZgA, Gesunde-Städte-Netzwerk

Name Institution	Beratungszentrum für Technische Hilfen und Wohnraumanpassung www.barrierefrei-leben.de/1062.0.html
Träger	Barrierefrei Leben e.V.
Anschrift	Richardstr. 45 (Richardhof) 22081 Hamburg
Ansprechperson	Karin Dieckmann
Übliches Tätigkeitsfeld	Beratung zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Wohn- und Lebenserleichterung und zum barrierefreien Bauen bzw. zur Wohnungsanpassung
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Im Rahmen der Beratung werden auch Informationen zur Sturzprävention bzw. Änderungsvorschläge für die Wohnung gegeben
Struktur und Lage Institution	Barrierefrei Leben ist ein gemeinnütziger Verein, der in seinem Beratungszentrum Hamburger Bürger persönlich und andere per Mail deutschlandweit über das Internetportal www.online-wohn-beratung.de informiert und berät
Zielgruppen	Privatpersonen jeden Alters mit körperlichen Einschränkungen, die möglichst lange selbständig in der eigenen Wohnung leben möchten
Qualitätssicherung	Fortbildungen, Messebesuche
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	2005
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Gemeinsam mit anderen Fachleuten über die Breite des Themas informieren
Eigene Kompetenzen	Qualifizierte Beratung
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	
Aktionen zur Sturzprävention	
Kooperation in Hamburg	Diverse Netzwerke im Senioren- und Behindertenbereich
(Inter-) Nationale Kooperation	BAG-Wohnungsanpassung e.V.

Name Institution	Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg http://www.geriatrie-forschung.de oder http://albertinen.de
Träger	Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus gemeinnützige GmbH
Anschrift	Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg
Ansprechperson	Dr. med. Jennifer Anders, Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Übliches Tätigkeitsfeld	Medizinisch-geriatrische Forschung, Lehre und Dokumentation im ambulanten und stationären Versorgungsbereich
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Seit 1996 Entwicklung, Durchführung und Evaluation z.B. von <ul style="list-style-type: none"> • EU-Projekt „Disability prevention in the older population“ • Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ § 20 SGB V • Fortbildung „Geriatrische Gesundheitsförderung“ • Präventive Hausbesuche für ältere Menschen • Mobilitäts-Ambulanz • Dekubitusprävention, HTA
Struktur und Lage Institution	Medizinisch-geriatrische Klinik mit eigener Forschungsabteilung, Akutgeriatrie, medizinischer Komplexbehandlung, teilstationärer und ambulanter geriatrischer Rehabilitation (AGR). Infos und Publikationen: http://www.geriatrie-forschung.de
Zielgruppen in Forschung und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Alterungsprozess ((Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie) • Primär- und Sekundärprävention: selbständig lebende ältere Menschen mit und ohne chronischen Erkrankungen • Tertiärprävention: multimorbide ältere Menschen mit drohenden oder erlittenen funktionellen Verlusten sowie • Palliative Versorgung bei infauster Prognose
Zielgruppen in der Lehre (potentielle Multiplikatoren)	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinstudierende, Ärzte/Ärztinnen, Arztpraxispersonal • Geriatrische Teams, Pflegeberufe • Public-Health Studierende, Sportwissenschaftler/-innen, Ernährungswissenschaftler/-innen • Apotheker/-innen (ABDA) • Ehrenamtliche in der Altenhilfe
Qualitätssicherung	Etabliertes internes u. externes Qualitätsmanagement <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Zertifizierung nach KTQ • Gemidas-QM • EQS-Pflege • Qualitätszirkel für Hausärzte (zertifiziert an der Ärztekammer) Alle Forschungsvorhaben werden evaluiert nach Hadorn I bis V.
Eintritt in den AK Sturzprävention	Gründungsmitglied 2005
Gründe für den Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Arbeit im kommunalem Netzwerk zum Bereich Sturzprävention im Alter, Implementierung von Konzepten zur Gesundheitsförderung im Alter, Austausch und Transfer von theoretischem Wissen in die praktische Arbeit
Eigene Kompetenzen	Altersmedizinische Grundlagen, interdisziplinäres Arbeiten und multidimensionales Assessment sowie wissenschaftliche Methoden Arbeiten in Forschung, Lehre (HeiCuMed) und Praxis
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Wissenschaftlicher Hintergrund (u.a. evidenzbasierte Medizin), Altersmedizinische und gerontologische Perspektive Versorgungsforschung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung

Name Institution	Forschungsabteilung Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg http://www.geriatrie-forschung.de oder http://albertinen.de
Aktionen zur Sturzprävention	Aus- und Fortbildung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen, Ärzten/Ärztinnen Screening-Instrument (Sturzrisiko-Check) etc.
	Netzwerk Gesundheit und Alter, Universität Hamburg, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburgische Pflegegesellschaft, Landeseniorenbeirat (LSB), Bezirkssenorenbeiräte, Behörde für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (BSG), Gesundheits- und Pflegekonferenz Hamburg Eimsbüttel (u.a. AG BEST: Bewegung, Ernährung, Soziale Teilhabe)
(Inter-) Nationale Kooperation	European Association for Medicine of Ageing (EAMA), Forschungskolleg Geriatrie der Robert Bosch Stiftung, Deutsche Gesellschaften für Geriatrie (DGG) und Gerontologie (DGGG), Arbeitskreis Medizinische Geographie, Gesundes Städte-Netzwerk AG „Gesund Altern“, Deutsches Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Norddeutscher Forschungsverbund Gerontologie, Geriatrie, Pflegewissenschaften.

Name Institution	Hamburger Sportbund e.V. www.hamburger-sportbund.de
Anschrift	Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg
Ansprechperson	Katrin Gauler
Übliches Tätigkeitsfeld	Landessportbund Hamburg
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Aus- und Fortbildung von Übungsleitern und Trainern, Zertifizierung von qualifizierten Sportangeboten mit dem Gütesiegel „Sport Pro Gesundheit“, Aktionen zum Thema
Struktur und Lage Institution	Dachverband der Hamburger Sportvereine und Sportfachverbände
Zielgruppen	Alle Hamburger Bürger und Bürgerinnen
Qualitätssicherung	Ist gegeben
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	Gründungsmitglied 2005
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Thema, das insbesondere im Bewegungsbereich erfolgreich präventiv ansetzen kann
Eigene Kompetenzen	Sportwissenschaftlerin, aktive Übungsleiterin
Aktionen zur Sturzprävention	Fortbildungen für Übungsleitungen, Aktionstage in den Vereinen
Kooperation in Hamburg	Diverse Netzwerke
(Inter-) Nationale Kooperation	Deutscher Olympischer Sportbund, deutsche Landessportbünde

Name Institution	Hamburger Inline Skating Schule e.V. (HIS e.V.) www.inline-skating-schule.de
Anschrift	Mollerstr. 2, 20148 Hamburg. Tel: (040) 428 38 36 05
Ansprechperson	Henrike Adler
Struktur und Lage Institution	HIS e.V. ist als Förderverein am Fachbereich Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg angesiedelt. Fachlich und personell besteht eine enge Verbindung zum Fachbereich Bewegungswissenschaft.
Zielgruppen	Kinder ab 5 Jahren, Jugendliche, Erwachsene; speziell Menschen ab 50
Übliches Tätigkeitsfeld	Als Sportwissenschafts-Förderverein leistet HIS e.V. die Verzahnung von wissenschaftlicher Lehre und Forschung mit Trainings- und Kurspraxis für die Hamburger Öffentlichkeit. Dazu gehören regelmäßige Schulungs- und Bewegungsangebote (für unterschiedliche Zielgruppen) sowie die Schulung von Multiplikatoren. Ein Forschungsschwerpunkt liegt bei dem Thema „Die bewegte zweite Lebenshälfte: Fit ab 50? Fit bis 100!“ („Hamburger Modell“ Leitung: Volker Nagel, wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Volker Lippens)
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	HIS e.V. bietet unter dem Motto „Fit ab 50? – Fit bis 100!“ gleichgewichtintensiv Trainingsformen speziell für Menschen ab 50 an. Vereinsmitglieder und Kursteilnehmende können einzelne Kurse belegen oder eine sich ergänzende Kombination wählen. Die Kurse sind als Präventionsmaßnahmen nach §20 SGB V anerkannt und haben das Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“ verliehen bekommen.
Qualitätssicherung	Die Kursangebote werden ständig evaluiert und durch Forschungsprojekte begleitet. Positive Ergebnisse zur Verbesserung der Gleichgewichtsleistung konnten u.a. nach Skilanglauf-Aktivreisen, nach Interventionen mit Nordic Walking- und Balancetraining, „Fit&Geschick“-Kursen sowie nach Inline-Skating Kursen belegt werden.
Eintritt in den AK – wann?	Sommer 2007
Eintritt in den AK – warum?	HIS e.V. verfolgt das der Satzung entsprechende Ziel, der Hamburger Öffentlichkeit Ergebnisse aus Forschung und Lehre zugänglich zu machen sowie im Gegenzug Studierenden der Sportwissenschaft Praxisfelder zu eröffnen.
eigene Kompetenzen	Das „Hamburger Modell“ eines handlungsorientierten Seniorensportes wurde am Fachbereich Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg durch den Sportwissenschaftler Volker Nagel entwickelt. Prof. Dr. Volker Lippens begleitet die Forschungsprojekte zum Thema Gleichgewicht.
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Im Arbeitskreis Sturzprävention nimmt HIS e.V. eine vermittelnde Rolle zwischen dem Fachbereich Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg und Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung ein. Erkenntnisse aus der Forschung zum Bewegungsverhalten und –lernen Älterer sowie die Evaluation von Bewegungsangeboten fließen in die Planung neuer Interventionen ein.
Aktionen zur Sturzprävention	u.A. Jährlicher Aktionstag zum Thema „Fit ab 50? – Fit bis 100!“
Kooperationen in Hamburg	Kooperationen mit unterschiedlichen Aus- und Fortbildungsverbänden (HSB, VTF, VHSV), Krankenkassen (u.a. GEK, DAK), Verschiedene Institutionen, Praxen und Unternehmen (New Generation, Diabetes Zentren, ...)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung

Name Institution	Hamburger Inline Skating Schule e.V. (HIS e.V.) www.inline-skating-schule.de
Nationale Kooperationen	Kooperationen mit unterschiedlichen Aus- und Fortbildungsverbänden (DSV, HERV, DRIV, DIV), Krankenkassen (u.a. GEK)
potentielle Multiplikatoren	Kursleitung; Studierende der Sportwissenschaft, die ihren Studienschwerpunkt in den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung legen, werden in entsprechenden Projekten ausgebildet.

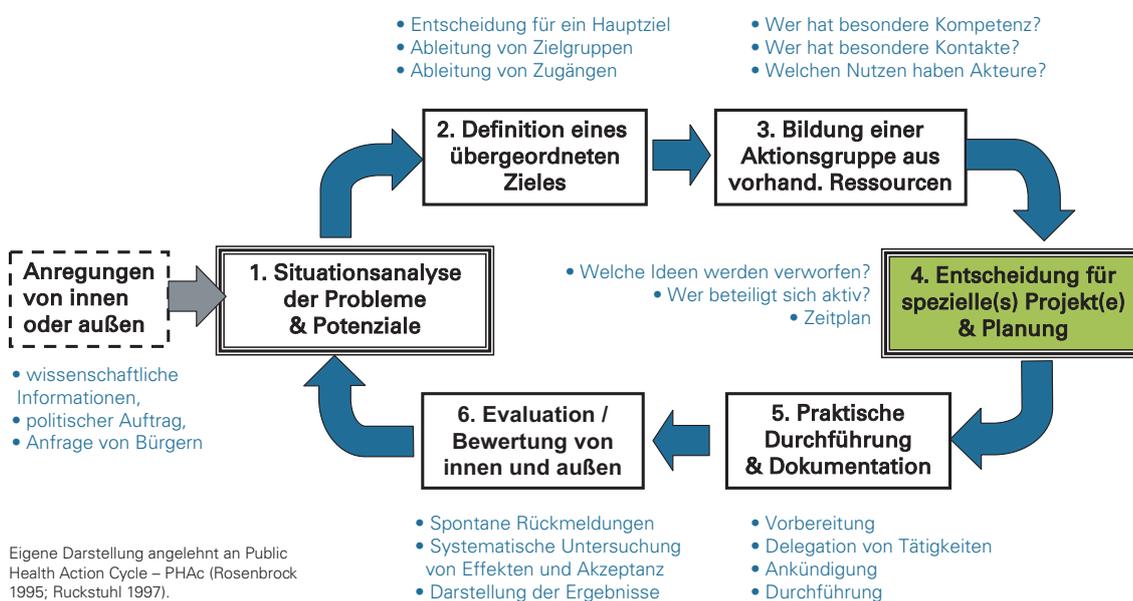
Name Institution	Landes-Seniorenbeirat Hamburg www.lsb-hamburg.de
Träger	Freie und Hansestadt Hamburg
Anschrift	Heinrich-Hertz-Straße 90 22085 Hamburg
Ansprechperson	Ursel Preuhs
Übliches Tätigkeitsfeld	Interessenvertretung
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Öffentliche Veranstaltungen
Struktur und Lage Institution	Anordnung des Senats über die Einrichtung von Seniorenvertretungen
Zielgruppen	Alle Menschen über 58
Qualitätssicherung	
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	Gründungsmitglied 2005
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	wurde um Mitarbeit gebeten
Eigene Kompetenzen	gewähltes Mitglied, früher Arbeit in einem Gesundheitsberuf
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Perspektive der Zielgruppe einbringen
Aktionen zur Sturzprävention	Öffentliche Veranstaltungen
Kooperation in Hamburg	AK Sturzprävention, Barrierefrei Leben, Senatskoordinator für die Gleichstellung behinderter Menschen
(Inter-) Nationale Kooperation	

Name Institution	PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Hamburg www.paritaet-hamburg.de
Träger	
Anschrift	Wandsbeker Chaussee 8
Ansprechperson	Angelika Christ
Übliches Tätigkeitsfeld	Altenhilfe und Pflege
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Keine direkten Angebote, Beratung von Organisationen
Struktur und Lage Institution	Nur Angebote für Mitglieder des Verbandes
Zielgruppen	Pflegekräfte, Sozialarbeiter/-innen
Qualitätssicherung	Aus- und Fortbildungen, Qualitätsgemeinschaften, Qualitätsprüfungen
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	2006
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Informationsaustausch zum Thema, um Organisationen der Altenhilfe für das Thema zu sensibilisieren
Eigene Kompetenzen	Durchführung von Pflegeprojekten zum Thema Sturzprophylaxe und Expertenstandards
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Vermittlung von Kontakten zu Mitgliedern des Paritätischen, Unterstützung von Projekten
Aktionen zur Sturzprävention	
Kooperation in Hamburg	Im AK Sturzprävention
(Inter-) Nationale Kooperation	

Name Institution	Seniorenbildung Hamburg e.V. www.seniorenbildung-hamburg.de
Träger	Seniorenbildung Hamburg e.V.
Anschrift	Bahrenfelder Str. 242, 22765 Hamburg
Ansprechperson	Ursula Barth-Deuß
Übliches Tätigkeitsfeld	Bildung, Begegnung und Beratung für Menschen ab 50 Jahren (Kurse, Seniorentreffs, Projekte, Freiwilliges Engagement)
Angebote zur Gesundheitsförderung oder Prävention	Wirbelsäulengymnastik, TaiJi Qigong, Nordic Walking, Gedächtnistraining, Fortbildung von Gruppenleitungen
Struktur und Lage Institution	kleiner freier gemeinnütziger Träger, partiell von der Stadt Hamburg bezuschusst. Mischung aus haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden, ausschließlich qualifizierte Kursleitungen, zentral organisierte, stadtteilorientierte Angebote, aber auch zentrale Veranstaltungen
Zielgruppen	Menschen ab 50, (80% weibl. 20% männl.)
Qualitätssicherung	Weiterbildung Hamburg e.V., Paritätischer Wohlfahrtsverband, Fortbildungen für Kursleitungen, interdisziplinäre kollegiale Beratung
Eintritt in den AK Sturzprävention – wann?	Gründungsmitglied 2005
Eintritt in den AK Sturzprävention – warum?	Ziel: über unser Kurs- und Veranstaltungsangebot die Zielgruppe der noch mobilen Senioren und Seniorinnen erreichen, Kursleitungen als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen nutzen, fachlicher Austausch
Eigene Kompetenzen	Qualifizierte Kursleiter, 20 Jahre Erfahrung in der Seniorenarbeit
Tätigkeitsfeld innerhalb des AK Sturzprävention	Mitwirkung an gemeinsamen Maßnahmen sowie Umsetzung eigener Angebote zur erhöhten Akzeptanz von Sturzprävention
Aktionen zur Sturzprävention	Infoveranstaltungen und Kursangebote für Senioren und Seniorinnen, Fortbildungen für Kursleitungen, Teilnahme an Aktionstagen des AK Sturzprävention
Kooperation in Hamburg	u.a. mit den Mitgliedern (deren Trägern) des Arbeitskreises sowie Behörden und Wohlfahrtsverbänden, Seniorenbüro HH e.V. etc.

Aktionszyklus Schritt 4: Entscheidung und Projektplanung

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



In Schritt 2 haben wir beschrieben, mit welchen allgemeinen Ideen der Arbeitskreis Sturzprävention in Hamburg an den Start gegangen ist. Die Ideen wurzelten in Vorerfahrungen mit ähnlichen Aktionen in anderen Themenbereichen und mit anderen Zielgruppen, in der Kenntnis der Fachliteratur, in der Kenntnis von Projekten in anderen Kommunen oder Ländern.

In einem nächsten Schritt geht es darum, sich auf konkrete Projekte zu verständigen, die mit den vorhandenen Ressourcen bewältigt werden können. Sie müssen in den meisten Fällen das Rad nicht neu erfinden. Sammeln Sie die Ideen und verschaffen Sie sich außerdem einen Überblick über erfolgreiche und unter den Rahmenbedingungen ihrer Kommune realisierbare Projekte. Leitfragen können sein: Gibt es modellhafte Projekte? Was sagt die Fachliteratur? Gibt es Empfehlungen von Experten? Gibt es Ressourcen, auf die Sie zurückgreifen können? Außerdem sollten Sie an dieser Stelle die SMART – Kriterien berücksichtigen. Ein weiteres Entscheidungskriterium bezieht sich auf die Zusammensetzung Ihrer Arbeitsgruppe: Können die besonderen Stärken der Mitglieder genutzt werden? Passt das Projekt zur Selbstwahrnehmung und Außendarstellung?



In verschiedenen Quellen wie z.B. Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) finden Sie theoretische und praktische Vorschläge, welche Maßnahmen für eine erfolgreiche Sturzprävention oder Mobilitätsförderung bei der jeweiligen Zielgruppe geeignet wären. Selbst zu leisten ist im Netzwerk die Entscheidung für einen Ansatz sowie die praktische Durchführung vor Ort. Die Förderung von Gangsicherheit, insbesondere durch gezieltes körperliches Training, ist dabei vorrangig vor passiven Schutzmaßnahmen (Tragen eines Sturzhelmes) oder Umbau der Umwelt (z.B. Entfernung von Stolperfallen) zu sehen.

An diesem Punkt ist weniger wichtig, für welchen erfolgreichen Ansatz Sie sich entscheiden, als vielmehr zu beachten, was auf jeden Fall zu vermeiden ist.

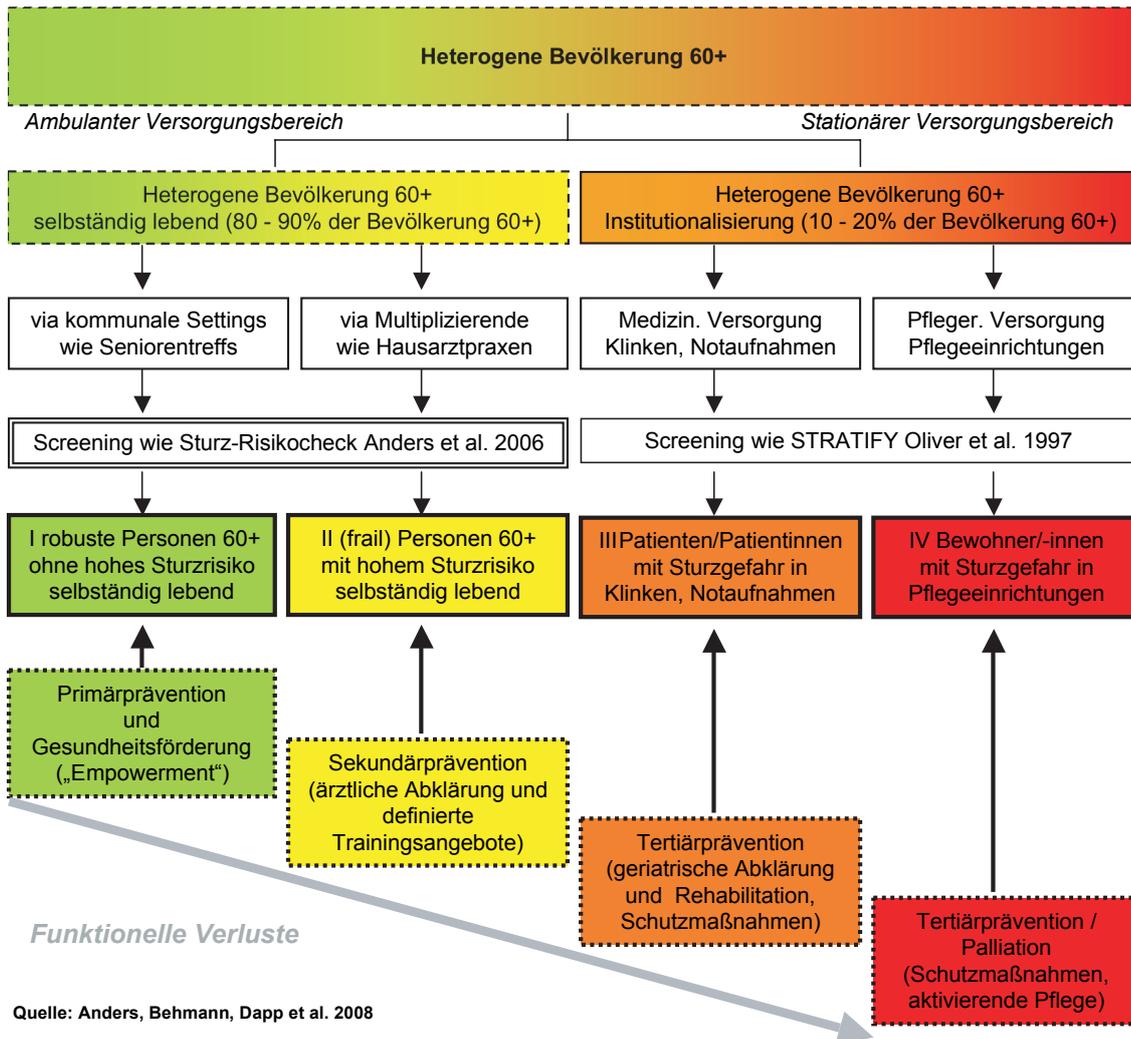
Denn auch bei der Gesundheitsförderung gilt, unbeabsichtigten Schaden zu vermeiden: „Der Zweck heiligt nicht die Mittel!“ Leider benennen Leitlinien oder Konzepte selten explizit diese „Dont's“ der Gesundheitsförderung. Eine Ausnahme mit Benennung empfehlenswerter, unwirksamer oder sogar schädlicher Maßnahmen hat das National Institute for Clinical Excellence (NICE) in einer kurzen Übersicht (quick reference guide) zusammengestellt (www.nice.org.uk) (vgl. Vertiefungsmodul 2).

Gelungene Ansätze der Bewegungsförderung und Sturzprävention im Alter, die sich vor allen Dingen auf die Zielgruppen I und II (vgl. Abbildung B2) beziehen, werden in Abbildung B8 exemplarisch dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich zugeordnet. So zeigt Abbildung B8 das Ideal kommunal integrierter Sturzpräventionsprogramme im ambulanten und stationären Versorgungsbereich für die vier bereits erwähnten Zielgruppen. Umsetzung und Evaluation in verschiedenen Settingansätzen anhand wissenschaftlich begleiteter Praxis-Modelle zur Prävention von Sturzgefahr und Stürzen zu diesen vier Zielgruppen können in dem Buch „Beweglich?“ Kapitel 9: „Stürze älterer Menschen. Ursachen verstehen, erkennen und präventiv begegnen“ nachgelesen werden (Anders et al. 2008).

- Zielgruppe I** Robuste, selbständig Lebende ohne hohes Sturzrisiko:
z.B. Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ in Deutschland
vgl. <http://www.geriatrie-forschung.de>
z.B. Landessportverband Schleswig-Holstein Kursprogramm „Aktiv 70plus“
vgl. <http://www.lsv-sh.de/>
- Zielgruppe II** Gebrechliche (frail), selbständig Lebende mit hohem Sturzrisiko:
z.B. SELBSTTEST zur Gangsicherheit und Sturzgefahr im Alter, Hamburg
vgl. <http://www.hamburg.de/gesundheit-im-alter/>
z.B. Projekt „Aktiv und Mobil“ der Ärztekammer Nordrhein
vgl. <http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=5289>
- Zielgruppe III** Patienten mit Sturzgefahr in Kliniken oder Einrichtungen der Rehabilitation:
z.B. „MOBEQ - MOBilité et de l'Equilibre“ Genf und Mobility Center Basel
vgl. <http://www.unispital-basel.ch/medizin.php?sel=675&lang=0>
- Zielgruppe IV** Bewohner mit Sturzgefahr in Pflegeeinrichtungen:
z.B. Modell „Mobilität und Mobilitätsstörungen von Heimbewohnern“, Ulm.
vgl. <http://www.fit-in-jedem-alter.de/PDF/bericht3.pdf>
z.B. Projekt „Sicher und Mobil“ der Ärztekammer Nordrhein
vgl. <http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=5288>

Künftig sind weitere praktikable Ansätze aus internationalen Arbeitsgruppen zu allen Belangen der Gangsicherheit, Sturzangst, Sturzprävention sowie Diagnostik und Behandlung zu erwarten. Deutsche Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen forschen u.a. im europäischen Netzwerk PROFANE (Prevention of Falls Network Europe, <http://www.profane.eu.org/>).

Abbildung B8: Ideale Vernetzung zielgruppen-spezifischer, kommunal integrierter Sturzpräventionsprogramme



Im Gegensatz zu den oben erwähnten, bereits überprüften Programmen ist zu beachten, dass viele Maßnahmen noch nicht gut genug auf Wirkungen und potentiell schädliche Nebenwirkungen hin untersucht, oder nicht zielgruppengerecht oder isoliert ohne Beachtung anderer Sturzrisikofaktoren angeboten werden. Zu den Nebenwirkungen von nicht sachgerechter Gesundheitsförderung kann auch gehören, das vermeintlich „richtige“ Verhalten so stark zu betonen, dass Vermeidungsverhalten oder schlechtes Gewissen bei Versagen die Zielpersonen belasten. Bei der Planung können Personen mit Fachwissen zur Didaktik helfen. Im Vordergrund stehen positive Ansätze wie „Bewegung lohnt sich“ (vgl. [Praxisbeispiel 6](#)).



Diese in Abbildung B8 genannten und weitere Projekte der Sturzprävention im Alter wurden an den ersten Treffen des Hamburger Arbeitskreises zu Sturzprävention im Alter erörtert. In Aktionszyklus Schritt 2 wurde beschrieben, dass der Arbeitskreis seine Aktivitäten bis auf weiteres auf die Zielgruppe der selbstständig lebenden älteren Bürgerinnen in Hamburg fokussiert, so dass deshalb erste Projektideen aus dem Arbeitskreis, die Sturzprävention in Hamburger Pflegeheimen betrafen, verworfen wurden.

Ein Vorschlag war, ein Screening zur Einschätzung der Sturzgefahr des Sturzrisikos in der Form eines Selbsttests einzusetzen, da es Vergleichbares zu dem Zeitpunkt für die Zielgruppe der selbstständig lebenden, aktiven älteren Menschen nicht gab. Der Einschätzung des eigenen Sturzrisikos über das Screening sollten evidenzbasierte Empfehlungen folgen (vgl. [Vertiefungsmodul 7](#)). Den Mitgliedern des Arbeitskreises war klar, dass eine Verhaltensänderung allein mit diesem schriftlichen Verfahren unwahrscheinlich wäre. Hierfür bedarf es anderer Verfahren wie beispielsweise nachgewiesen für Teilnehmende des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Meier-Baumgartner et al. 2004). Dennoch erschien es den Mitgliedern wichtig, ältere Menschen und Hausarztpraxen zumindest auf evtl. bestehende Sturzrisiken hinzuweisen, ihnen Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und dadurch so frühzeitig wie möglich für das Problem von Stürzen und Sturzfolgen zu sensibilisieren. Der Arbeitskreis diskutiert deshalb, ergänzend zu dem Screening auch Informationsveranstaltungen zu Stürzen und Sturzgefahr im Alter für professionelle und semiprofessionelle Multiplikatorinnen anzubieten. Die Herausforderung, der sich der Arbeitskreis bewusst ist, ist die entsprechende Adaptation jeder Fortbildung in Art, Umfang und Inhalt an unterschiedliche Zielgruppen wie z.B.:

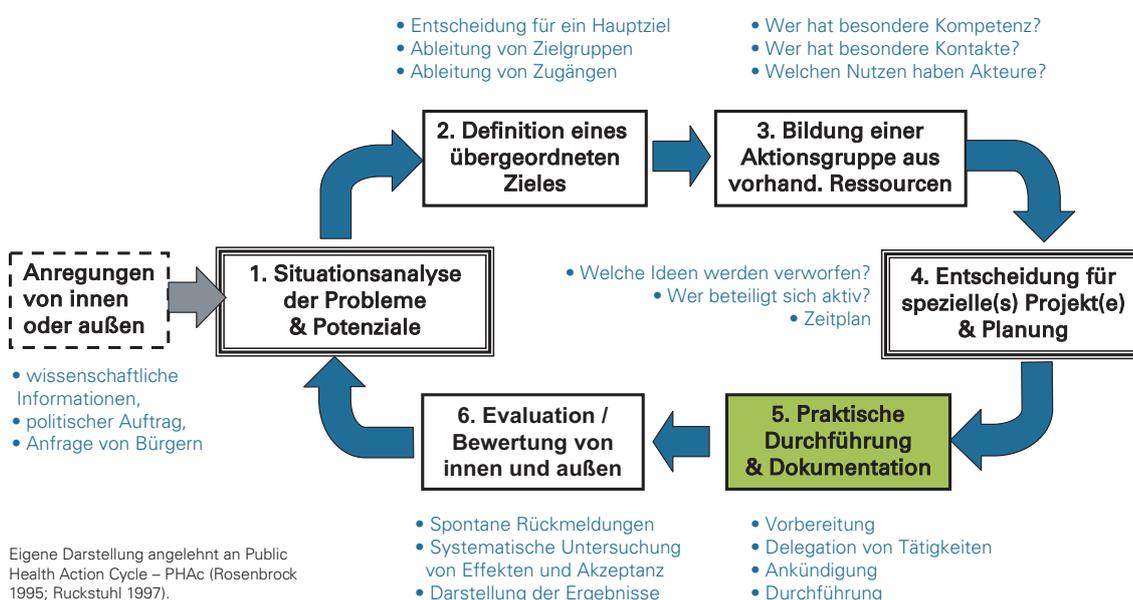
- Ehrenamtliche in Seniorentreffs, Seniorenbüros und sonstigen Einrichtungen mit Angeboten für selbstständig lebende ältere Menschen,
- Übungsleitungen in Sportvereinen und sonstigen Freizeitorganisationen,
- Mitarbeitende des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
- Hausärzte und Hausärztinnen und deren Praxispersonal,
- Apotheker und Apothekerinnen und deren Personal.

Halbtägige Fortbildungen/Informationsveranstaltungen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen wurden konzipiert und werden zielgruppenspezifisch unter dem Titel „Wenn das Alter zu Fall kommt: Sturzrisiken erkennen und präventiv handeln“ durchgeführt. Der Theorieteil umfasst Entstehung und Folgen des Sturzsyndroms sowie Maßnahmen zur Vorbeugung, der anschließende Praxisteil kurze Trainingsworkshops und Beratungsmöglichkeiten. Weitere Ideen bezogen sich auf Informationsveranstaltungen in Einrichtungen der offenen Seniorenarbeit, auf die Schulung von Übungsleitungen in Sportvereinen, auf das Angebot von Schnupperkursen etc. Zahlreiche Beispiele zu Aktionen sind detailliert beschrieben in [Vertiefungsmodul 5](#), [Vertiefungsmodul 6](#) und [Vertiefungsmodul 7](#).



Aktionszyklus Schritt 5: Praktische Durchführung und Dokumentation

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



Eine Vielzahl von Projekten und Aktivitäten wurde seit Gründung des Hamburger Arbeitskreises durchgeführt, deren Umsetzung auch in anderen Kommunen möglich ist.

Die meisten Aktivitäten sind in diesen Arbeitshilfen knapp geschildert (vgl. [Vertiefungsmodul 5](#) und dazugehöriger Anhang); zwei davon sind sehr ausführlich beschrieben (vgl. [Vertiefungsmodul 6](#) und dazugehöriger Anhang sowie [Vertiefungsmodul 7](#) und Anhang dazu).

Zu beachten ist, dass es unrealistisch und unökonomisch ist, immer alle Mitglieder an allen Projekten aktiv beteiligen zu wollen. Abhängig von den institutionellen Interessen und Arbeitsschwerpunkten, Zeitpotenzialen und ggf. Vorarbeiten und Kooperationen mit anderen Institutionen außerhalb des Arbeitskreises können Projekte und Aktivitäten in unterschiedlichen Konstellationen durchgeführt werden.

Wichtig ist, dass alle Mitglieder des Arbeitskreises regelmäßig über den jeweiligen (Zwischen)-Stand der verschiedenen Projekte – die auch parallel stattfinden können – mündlich in den Sitzungen der Arbeitskreise, aber auch schriftlich informiert werden. Hierzu eignet sich auch – zur Transparenz nach innen und außen – die Einrichtung einer Homepage, auf der Projekte entsprechend kommuniziert werden können.

Projekte des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention im Alter

Diese Projekte und Aktivitäten wurden ganz unterschiedlich finanziert. So konnten Projektmittel der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), der Bezirke (z.B. zur Ausrichtung von Gesundheitstagen) genutzt werden. Ergänzt wurden diese durch Eigenmittel der Träger der Mitglieder des Arbeitskreises.

Zwei ganz unterschiedliche Projekte des Arbeitskreises werden in den Vertiefungsmodulen 6 und 7 beschrieben:

V Tief 5 **Vertiefungsmodul 5: Bisherige Aktivitäten des Arbeitskreises Sturzprävention im Alter**

Tabellarische Zusammenstellung aller bisherigen Projekte des Arbeitskreises zur Sturzprävention im Alter seit 2005
Zusammenstellung von Unterlagen wie Flyer, Poster etc. verschiedener Projekte und Aktionen im dazugehörigen Anhang zu Vertiefungsmodul 5.




V Tief 6 **Vertiefungsmodul 6: Aktionstag „In Bewegung bleiben – aber sicher“**

Hier finden Sie die Beschreibung einer kurzen, einmaligen Aktion des Arbeitskreises Sturzprävention Hamburg in Form einer halbtägigen Informationsveranstaltung. Planung und Durchführung des Aktionstages orientieren sich an dem sechs-schrittigen Aktionszyklus.
Sie können dieses Vertiefungsmodul 6 zuzüglich der dazugehörigen Anhänge zur Gestaltung einer eigenen Veranstaltung nutzen.



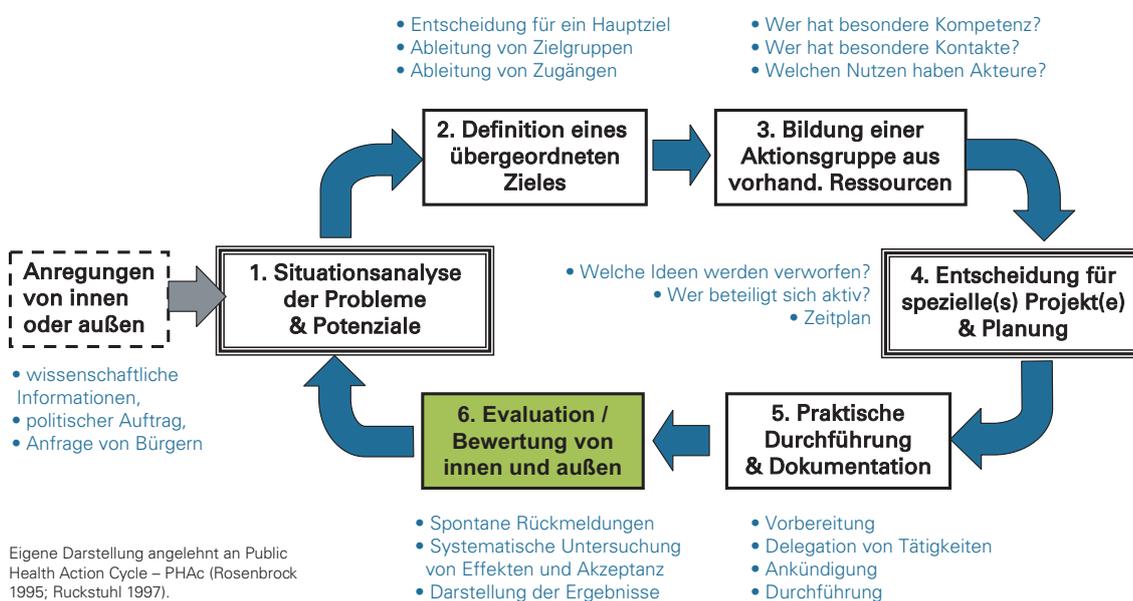

V Tief 7 **„Früherkennung von Sturzrisikofaktoren in einer Hamburger Anlage des Betreuten Wohnens“**

Hier finden Sie die Beschreibung eines wissenschaftlichen Projektes, das zwei Mitglieder des Arbeitskreises Sturzprävention über den Zeitraum eines halben Jahres durchführten. Die Früherkennung von Sturzrisikofaktoren unter Anwendung eines Sturzrisikochecks bei Bewohnern und Bewohnerinnen eine Anlage des Betreuten Wohnens orientieren sich an dem sechs-schrittigen Aktionszyklus.




Aktionszyklus Schritt 6: Evaluation/Bewertung von innen und außen

Aktionszyklus in 6 Schritten zur Initiative und Koordination von Projekten zur kommunalen Gesundheitsförderung



Evaluation ist für viele ein ungeliebtes Kind, viele scheuen den Aufwand, manche haben auch falsche Vorstellungen, fürchten Kritik und Kontrolle. Erschwerend kommt dazu – so haben wir im Arbeitskreis Sturzprävention im Alter festgestellt – dass der Begriff der Evaluation unterschiedlich definiert wird (vgl. **Glossar**).

Bei der Evaluation geht es allgemein um die Frage, zu der wir immer Stellung nehmen müssen: Nämlich, ob ein Projekt erfolgreich ist. Die zentrale Frage bei der Evaluation ist, ob die Projektziele erreicht wurden bzw. wie das Projekt verändert werden muss, um die Ziele (besser) zu erreichen. Evaluation dient damit der Verbesserung der eigenen Arbeit (Wirkung nach innen) und erlaubt den Nachweis der Wirksamkeit des Projektes (Wirkung nach außen).

Kriterien für eine gelungene Selbstevaluation finden Sie in einer Publikation der Deutschen Gesellschaft für Evaluation zur Anwendung von Standards im Handlungsfeld der Selbstevaluation (DeGEval 2004).



Das Besondere einer Evaluation besteht darin, dass dazu systematisch Daten erhoben werden, man sich also nicht allein auf den subjektiven Eindruck verlässt. Damit ist Evaluation auch eine Möglichkeit der Qualitätssicherung. Hierzu möchten wir auf eine umfangreiche und lesenswerte Publikation in der Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) aufmerksam machen: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Publikation kann kostenfrei auf der Internetseite der BZgA heruntergeladen werden.

Der Aufwand für die Evaluation ist abhängig von dem Projekt und der Fragestellung, die evaluiert werden soll. So wird vorgeschlagen, dass die Evaluation nicht mehr als 5% des Gesamtaufwandes für das Projekt betragen sollte.

Für die Planung und Durchführung einer Evaluation ist folgende Vorgehensweise empfehlenswert (Partizipative Qualitätsentwicklung <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>):

- Welche Maßnahme soll evaluiert werden? Wer soll/muss beteiligt werden?
- Wozu wird die Evaluation durchgeführt? Was versprechen wir uns von ihr?
- Adressaten der Evaluation. Für wen wird sie durchgeführt?
- Was wissen wir schon über die Wirkung der Maßnahme?
- Entwicklung einer Fragestellung. Die wichtigste Frage ist hier meist: Erreichen wir unsere Ziele? Werden die Indikatoren, die den Erfolg der Teilziele/Meilensteine und des Gesamtzieles anzeigen, erfüllt?
- Entwicklung eines methodischen Designs (Zeitplan, Auswahl des bzw. der Erhebungsinstrumente).
- Erhebung von Daten.
- Aufbereitung und Auswertung der Daten, Verwertung der Ergebnisse.

Dazu ein Beispiel.

Der Hamburger Sportbund hat mit entsprechend fortgebildeten Übungsleitern und Übungsleiterinnen ‚Schnupperkurse‘ für ältere Menschen organisiert. Die Evaluation sollte Auskunft geben über die Wirksamkeit dieser Kurse und außerdem die Kursleiter motivieren, sich weiter in diesem Feld zu engagieren. Aus einem Pilotprojekt gab es sehr positive Rückmeldungen über dieses Kursangebot.

Als Ziele der Kurse wurden formuliert: Verbesserung von Bewegungssicherheit, Abbau von Angst, Motivierung zum Besuch weiterführender Bewegungsangebote, Vermittlung von alltagstauglichen Tipps zur Bewegungssicherheit. Anschließend wurden diese Ziele in Indikatorfragen übersetzt und in einem Fragebogen zusammengestellt. Da wir auch an der langfristigen Wirkung der Kurse interessiert waren, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unmittelbar am Kursende und noch einmal nach drei Monaten befragt.

Die Daten wurden mit einem einfachen Statistikprogramm verarbeitet und ausgewertet, die Ergebnisse in einem Kurzbericht zusammengefasst. Dieser Bericht diente der Rückmeldung an die Übungsleiter und Übungsleiterinnen, der Weiterentwicklung des Kursangebotes und der Außendarstellung des Hamburger Sportbundes. Eine ausführliche Darstellung finden Sie in Praxisbeispiel 11.

Viele Projekte des Arbeitskreises sind auf ähnliche Weise evaluiert worden, Hinweise dazu finden Sie in den Vertiefungsmodulen, Praxisbeispielen und Anhängen

Als ein weiteres Evaluationsbeispiel – dieses zielt nicht speziell ab auf Aktionen der Sturzprävention im Alter – wird hier ein Workshop zur praktischen Einführung in das Thema Evaluation in der Gesundheitsförderung vorgestellt.

Es gibt aber auch eine andere Form der Evaluation im Sinne der wissenschaftlichen Begleitforschung, die mehr als 50% eines Interventions-Projektes umfassen kann. Diese ist bewusst auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau angesiedelt, da wesentlich Forschungsneuland betreten wird. Eine umfassende wissenschaftliche Begleitforschung kann nur in einer entsprechenden Kooperation durch ein Forschungsinstitut durchgeführt werden. Hier verweisen wir auf das Projekt „Entwicklung und Testung eines Sturzmanuels“ (vgl. Vertiefungsmodul 7), das viele Jahre wissenschaftlicher Entwicklung und Evaluation bedurfte.

Praxis

11



Evaluation eines Kurses zur
Sturzprävention in Hamburger Sportvereinen

Praxis

12



Workshop Evaluation in der
Gesundheitsförderung



Als umfangreichen Fundus zur Planung, Durchführung und **Evaluation** von Projekten der Gesundheitsförderung möchten wir Ihnen die Institution „quint-essenz“ besonders ans Herz legen. Dieser Internetauftritt wird unterstützt von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und umfasst umfangreiches Dokumentationsmaterial und Checklisten analog zu den Aktionsschritten dieser Arbeitshilfen (<http://www.quint-essenz.ch/de/tools>):

1 Gesundheitsförderung

- Checkliste Gender
- Checkliste Migration

2 Projektbegründung

- Checkliste **Assessment**,
- Checkliste Institution

3 Projektplanung

- Checkliste Budgetierung
- Ergebnismodell
- Konzept
- Planungstabelle
- Projektskizze

4 Projektorganisation

- Eignungskriterien Projektleitung
- Strukturplan

5 Projektsteuerung

- Checkliste Dokumentation
- Feedback Präsentationen
- Meilensteinsitzungen
- Steuerungstabelle
- Stimmungsbarometer

6 Wirkungen

- Evaluationstabelle



Anhänge



Anhänge zu diesem Basismodul

- A: Do_Dont_Gesundheitsförderung.pdf
- B: Fact_Sheet_Sturzprävention_bei_älteren_Menschen.pdf
- C: Interessante_Links_Internet.pdf
- D: Downloads_Gesundheitsförderung_Alter.pdf
- E: ExpertiseWGT99.pdf
- F: BZgA_Gesundheitsförderung_auf_kommunaler_Ebene.pdf
- G: Berliner_Appell_31.07.07.pdf
- H: Aktionsprogramm_Gesunde_Städte_2004.pdf
- I: Netzwerk_Biografie_Gesunde_Städte.pdf
- J: Praeventionsziele_Deutsches_Forum_Prävention_und_Gesundheitsförderung.pdf
- K: Mitgehen_am_Mittwoch_Plakat_2008.pdf
- L: 15_Regeln_für_gesundes_Älterwerden.pdf
- M: Memorandum_Aktiv_im_Alter.pdf
- N: Botschaften_gesundes_Aelterwerden.pdf
- O: Dresdner_Seniorenkonferenz_Workshop_Aktives_Altern_2005.pdf
- P: European Silver Paper Wroclaw 2008.pdf



Literatur



Die Referenzen finden Sie im Modul Literatur



Glossar



Fachbegriffe werden im Glossar erklärt



Bildnachweise Basismodul: Pixelio.de: © S. Hofschlaeger S. 15, 16, 23 © Claudia Hautumm S.26 © Rainer Sturm S. 23, 30, 31, 39, 40, 42, 47, 62, 64, 66, 67, 69 © Anna-Lena Ramm S. 29 © Matthias Balzer S. 44 © Hartmut910 S. 36 © Ute Gräske S. 60 © Birgit H S. 15, 16, 26, 30, 37, 42, 62, 68 © Dieter Schütz S. 13, 20 © Adel S. 27, 67 © matchka S. 64 © Campomalo S. 18 © Elizabeth Patzal S. 15 © Gerd Altmann S. 16, 33, 37 © Ilse Dunkel S. 11 © Kempfert S. 3 © Raffaella S. 22; © knipseline S. 69. Fotolia.com: Titelbild © Paylessimages, © Radu Razvan S. 24.