



© matchka, pxello.de

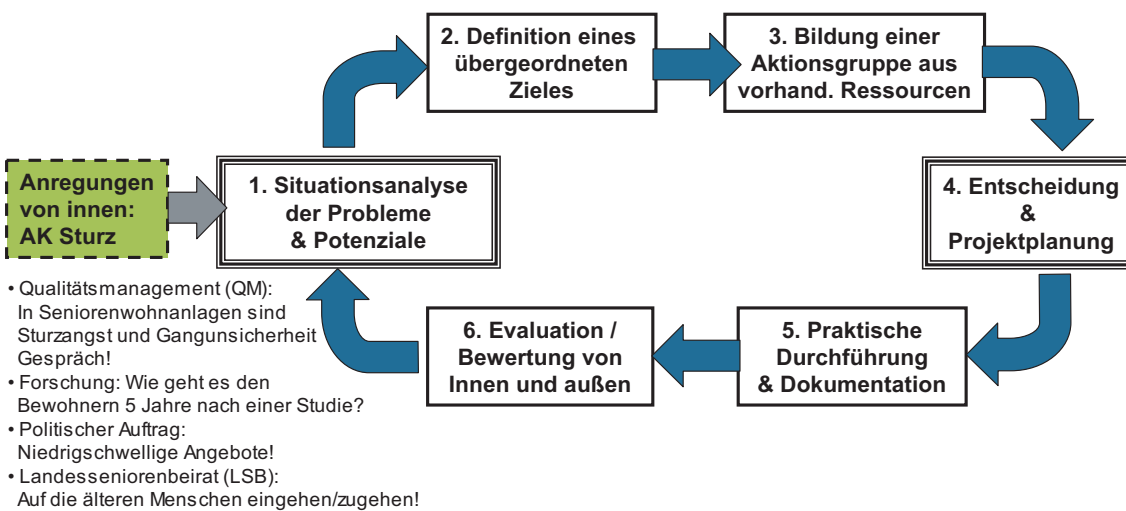
## Vertiefungsmodul 7

### Projekt "Früherkennung von Sturzrisikofaktoren in einer Hamburger Anlage des Betreuten Wohnens"

In diesem Vertiefungsmodul finden Sie die Beschreibung eines wissenschaftlichen Projektes, das zwei Mitglieder des Arbeitskreises Sturzprävention über den Zeitraum eines halben Jahres durchgeführt haben. Die Früherkennung von Sturzrisikofaktoren unter Anwendung eines Sturzrisikocochecks bei Bewohnern und Bewohnerinnen eine Anlage des Betreuten Wohnens orientieren sich an dem sechsschrittigen Aktionszyklus. Nutzen Sie dieses Vertiefungsmodul zzgl. Anhänge und dem zwischenzeitlich veröffentlichten Manual „Sicher gehen – weiter sehen“ zur Durchführung eines ähnlichen Projektes bei Ihnen vor Ort.

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

Praxisbeispiel: Früherkennung von Sturzrisikofaktoren in einer Anlage für Betreutes Wohnen



Eigene Darstellung angelehnt an Public Health Action Cycle- PHAC (Rosenbrock 1995; Ruckstuhl 1997)



## Anregung von innen oder außen (der Impuls)

Gesundheitsförderung ist kein Selbstzweck. Als Beauftragte der Kommunen benötigen Sie einen Handlungsauftrag oder eine Legitimation, in begrenztem Umfang eigenverantwortlich tätig zu werden. Der erste Impuls kann allerdings während eines zufälligen Gespräches mit Bürgern und Bürgerinnen oder Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder durch offizielle Anfragen zu einem Thema entstehen. Allerdings folgt dann die Überprüfung von Ansatzpunkten und Machbarkeit von Maßnahmen zu diesem Impuls.

### Praxis-Tipp „Anregungen“

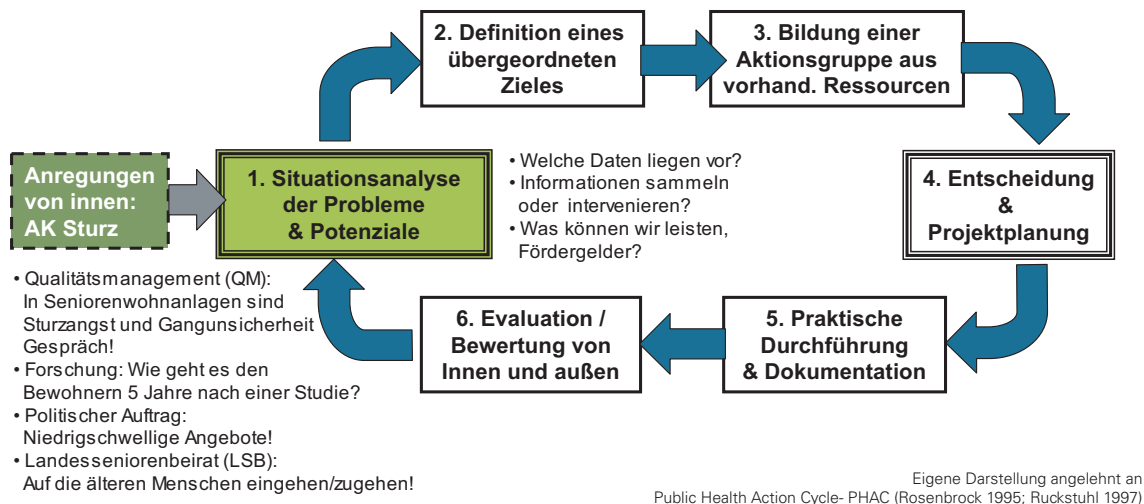
Sammeln Sie Anfragen oder Vorschläge zum Thema Gesundheitsförderung in einem Stichwortregister. Vielleicht können Sie diesen Anregungen im Rahmen eines Projektes nachgehen oder die anregenden Personen thematisch einbinden. Außerdem erhalten Sie so einen Überblick über Themen, die momentan für Gesprächsstoff sorgen.

Der Impuls zu unserem Projekt entstand mehr oder minder zufällig während eines regulären Treffens innerhalb des AK Sturzprävention. In den ersten Monaten seit der Gründung und konstituierenden Sitzung 2005 dienten offene, interdisziplinäre Gesprächsrunden mit Techniken des Brain Stormings der gemeinsamen Zielfindung und Zielgruppenorientierung. Fachliche Kenntnisse wurden dabei genauso ausgetauscht wie persönliche Erfahrungen. Zwei Mitglieder des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention hatten bereits im Jahr 2000 erfolgreich ein wissenschaftliches Projekt in einer großen Einrichtung für Betreutes Wohnen in Hamburg-Poppenbüttel (Hospital zum Heiligen Geist) mit mehr als 200 Bewohnern und Bewohnerinnen durchgeführt. Diese positive Erfahrung ermutigte das Qualitätsmanagement dieser Einrichtung als ein Mitglied des Arbeitskreises Sturzprävention, eine erneute wissenschaftliche Untersuchung gemeinsam mit einem anderen Mitglied des Arbeitskreises (Forschung Albertinen-Haus) zu planen und durchzuführen. Obwohl zu dem Zeitpunkt im Hospital zum Heiligen Geist eigentlich andere gesundheitliche Themen im Mittelpunkt standen, war zunehmende körperliche Inaktivität und Gangunsicherheit vieler Bewohner und Bewohnerinnen aufgefallen.

Es wurde daher angedacht, in dieser Wohnanlage eines der ersten Projekte des neuen AK Sturzprävention durchzuführen. Eine Sammlung von alten und neuen Informationen bis zum nächsten Treffen wurde vereinbart, um gemeinsam die Gegebenheiten zu analysieren und eine endgültige Entscheidung zu treffen.



## Arbeitsschritt 1: Situationsanalyse der Probleme und Ressourcen



Ein Abgleich der im Jahr 2000 erhobenen, Informationen mit aktuellen Erkenntnissen des Qualitätsmanagements der Wohnanlage ergab, dass inzwischen etwa die Hälfte der damals an Untersuchungen teilnehmenden Bewohner und Bewohnerinnen verstorben, verzogen oder pflegebedürftig geworden war. Die damals erhobenen Informationen konnten daher nur eingeschränkt genutzt werden, um ein Profil der Bewohner und Bewohnerinnen zu erstellen. Das durchschnittliche Alter lag mittlerweile nicht mehr bei knapp 79, sondern etwas über 83 Jahren.

Für ein Projekt in dieser Wohnanlage sprachen folgende Aspekte:

- Die Bewohner und Bewohnerinnen waren in den Merkmalen Alter, Gesundheitszustand und Mobilität sehr unterschiedlich, so dass es möglich wäre, innerhalb der heterogenen Gruppe „nicht pflegebedürftige ältere Menschen“ unterschiedliche Subgruppen zu erfassen und somit die noch nicht abgeschlossene Zielgruppenorientierung des AK Sturzprävention zu unterstützen.
- Der Zugang zu Bewohnern und Bewohnerinnen der Einrichtung wäre einheitlich geregelt und dank der Unterstützung kooperierender Mitarbeitender erfolgversprechend.
- Organisatorische Abläufe waren bekannt und konnten erneut genutzt werden.
- Das strukturell bekannte, einheitliche Lebensumfeld „Betreutes Wohnen“ würde die Interpretation von erhobenen Daten erleichtern.
- Ein Unterstützungsbedarf zum Themenkomplex „Mobilität und Sturzneigung“ war zu verschiedenen Anlässen sowohl von Seite der Bewohner und Bewohnerinnen als auch von Seite der Mitarbeitenden der Wohnanlage geäußert worden – allerdings fehlten konkrete Vorstellungen hierzu.

Gegen ein Projekt in der Wohnanlage sprachen zunächst

- Überlegungen, sich ohne weitere Informationen sofort für eine sehr streng abgegrenzte Zielgruppe innerhalb der heterogenen älteren Bevölkerung zu entscheiden,
- fehlende finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen,
- unklare Vorstellungen zu eventuell notwendigen Angeboten zur Sturzprävention.



## VERTIEFUNGSMODUL 7

Bei näherer Betrachtung sprach vieles dafür, genauer zu erfahren, wie es den Bewohnern und Bewohnerinnen nach fünf Jahren geht (nach Erstkontakt im Jahr 2000), welche gesundheitlichen Probleme sie beschäftigen und welche gesundheitsfördernden Angebote bereits vor Ort etabliert sind. Also wurde das Projekt so ausgerichtet, dass zunächst systematisch bislang fehlende Informationen gesammelt wurden, um in späteren Projekten geeignete Angebote zur Sturzprävention zu planen.

Intervenierende Ansätze waren

- (1) eine schriftliche Rückmeldung zum individuellen Sturzrisiko der Teilnehmenden anhand der Angaben im Selbstausfüller-Fragebogen (Screening),  
(2) kurze, schriftliche Empfehlungen zu aufgedeckten Risikofaktoren sowie  
(3) ein Anleitungsblatt mit einfachen Übungen zur Förderung der Beweglichkeit in bestimmten Gelenken und der Balance auf weichem Untergrund,
- die Ansprache der Hausarztpraxen mit Hinweisen auf die evidenz-basierte DEGAM-Leitlinie „Ältere Sturzpazienten“;
- die Schulung der Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zum Umgang mit Personen, die ein hohes Sturzrisiko zeigten bzw. bereits Stürze erlebt hatten.

### Praxis-Tipp „Situationsanalyse“

In den meisten Fällen werden Sie nicht alle Informationen vorfinden, die eigentlich zur Projektplanung wichtig wären. Nutzen Sie als Basis wissenschaftlich nachvollziehbare oder repräsentative Daten wie die kommunale Gesundheitsberichterstattung, medizinische Leitlinien oder **Health Technology Assessment (HTA)**.

Versuchen Sie Lücken durch anderweitige Informationen aufzufüllen, z.B. durch Literatur oder Erfahrungsberichte von Mitarbeitenden.

Prüfen Sie dann, welche Informationen gegebenenfalls zu vernachlässigen sind oder im Verlauf geklärt werden können.

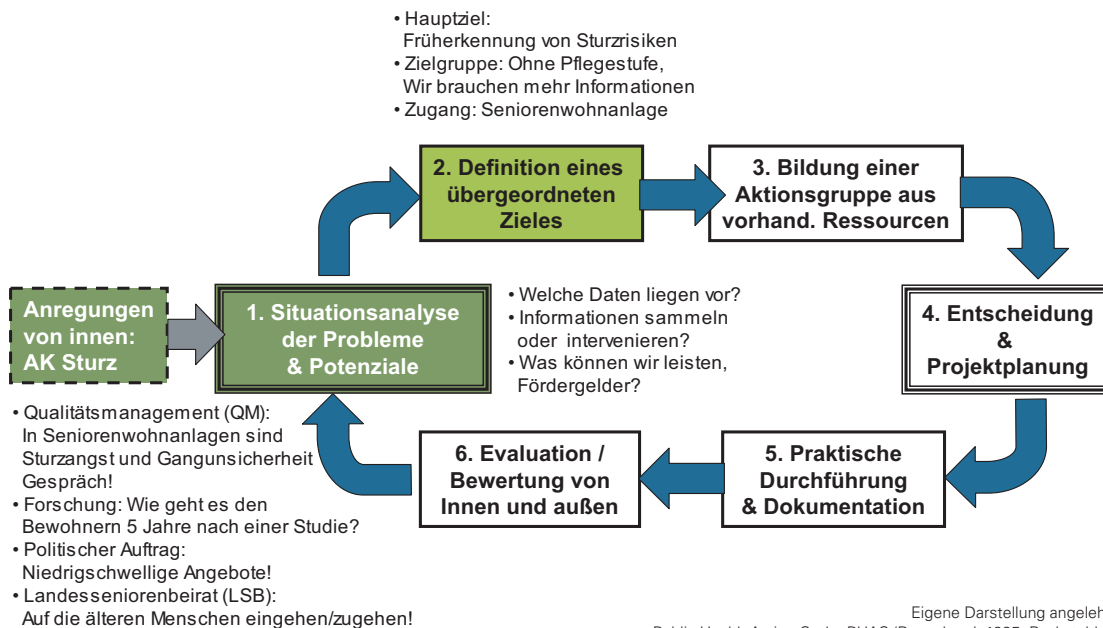
Ergreifen Sie die Chance, Informationslücken als solche zu benennen und vor dem „blinden“ Planen von Maßnahmen durch gezielte Recherchen zu schließen. So ist es z.B. schwer vorstellbar, Suchtprävention zu planen, ohne über Angaben zu Konsum (welche Art Drogen?) oder Konsumierenden (Alter, Konsumsituation) in Ihrer Stadt zu verfügen.

Werden diese Daten nicht von der kommunalen Verwaltung erhoben, so gibt es vielleicht Experten/Expertinnen im öffentlichen Dienst oder bei gemeinnützigen Organisationen, die über Informationen, Expertise zur Einschätzung der Lage, Kontakte im Netzwerk etc. verfügen (wie z.B. die Notaufnahmen der Kreiskrankenhäuser, die Polizei oder Suchtberatungsstellen).

Über die Datensammlung können Sie oft engagierte, da betroffene „Aktive“ zur Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen.



## Arbeitsschritt 2: Definition eines übergeordneten Zieles



Die gemeinsame Diskussion dieser Punkte führte zur endgültigen Entscheidung, ein Projekt in der ausgewählten Wohnanlage durchzuführen mit dem Schwerpunkt Sammlung und Vermittlung von Informationen zu Stürzen im Alter. Eventuelle Risikofaktoren für Stürze im Alter sollten bei den Bewohner/Bewohnerinnen aufgedeckt und in ihrer Art und Häufigkeit beschrieben werden, um weiterführend Merkmale zur Charakterisierung von mehr oder weniger mobilen Gruppen älterer Menschen zu suchen. Das dazu notwendige Instrumentarium sollte am Albertinen-Haus entwickelt und im Verlauf weiter evaluiert, ggf. optimiert werden. Erst nach Vorliegen dieser Daten sollten in Abstimmung mit den Betroffenen etwaige Vorschläge für Interventionen in Folgeprojekten abgeleitet werden.

### Praxis-Tipp „Zielfindung“

Projekte der Gesundheitsförderung beginnen oft mit einer guten, aber sehr wenig abgrenzbaren Absichtserklärung wie „mehr gesundheitliche Angebote für Migranten und Migrantinnen“ oder „die Bürger und Bürgerinnen zu mehr Bewegung bringen“.

Orientieren Sie sich zunächst an Themen, die aufgrund von Expertise und Vorerfahrung Unterstützung bei den Mitgliedern Ihrer Arbeitsgruppe finden (z.B. „Erährungsberatung“).



VERTIEFUNGSMODUL 7

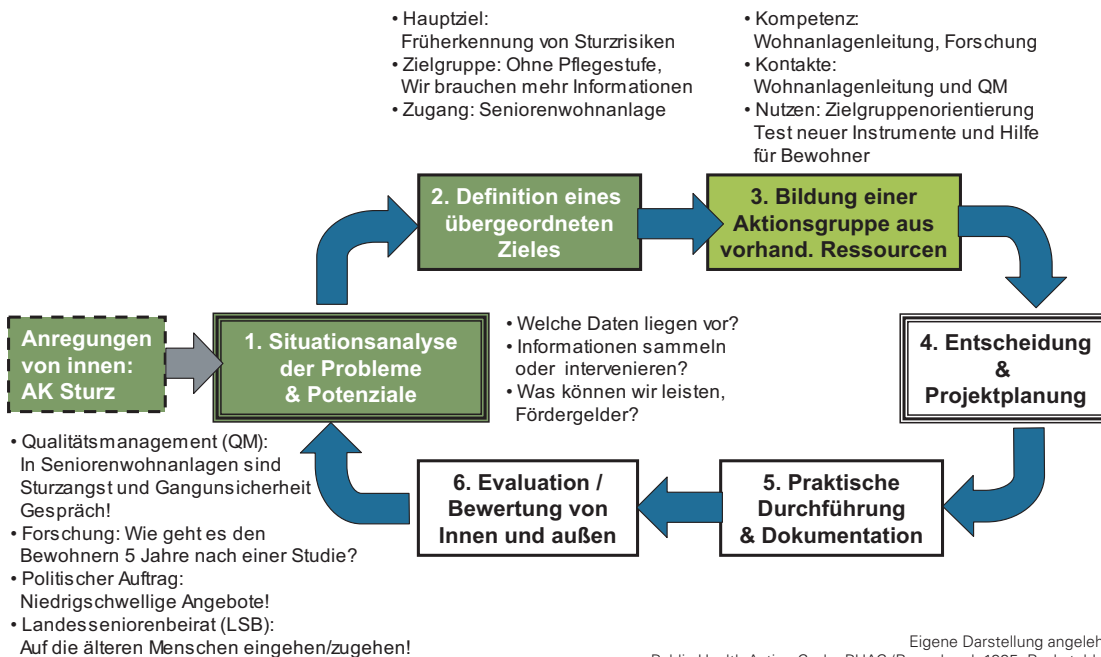
Sammeln Sie in dieser Runde Ideen.

Prüfen Sie dann, ob Teilschritte auf dem Weg zum übergeordneten Ziel bekannt und durchführbar wären (z.B. zunächst Informationen zur Ernährungssituation von Migranten und Migrantinnen zu sichten oder zu dieser Gruppe Kontakt aufnehmen).

Sie werden bei der konkreten Beschäftigung mit einem Thema rasch erkennen, dass konkrete Planung eine möglichst genaue Abgrenzung von Teilziel und Zielgruppe voraussetzt (z.B. mit Besuchern und Besucherinnen eines Bürgertreffs einen multikulturellen Kochtreff unter Leitung einer Ernährungsberatung gründen). Dieses Teilziel kann zur Keimzelle einer nachhaltigen, kommunalen Gesundheitsförderung werden (z.B. gemeinsam gesund essen in unserer Stadt).

Sollten Teilziele nicht zu verwirklichen sein (z.B. es wird kein Zugang zur Zielgruppe gefunden), kann sich Ihre Arbeitsgruppe von außen Rat holen oder völlig neu orientieren, bevor ein über Jahre geplantes Riesenprojekt an einer bis dahin nicht beachteten „Kleinigkeit“ scheitert.

**Arbeitsschritt 3: Bildung einer Aktionsgruppe & Ideensammlung**





VERTIEFUNGSMODUL 7

Zum Zeitpunkt des hier beschriebenen Projektes hatte der Arbeitskreis Sturzprävention weder die aktuelle Mitgliederstärke noch Mitgliederstruktur. Es wurde zunächst festgestellt, wer für die eigentliche Projektarbeit vor Ort unabdingbar wäre und wer diese engere Aktionsgruppe anderweitig unterstützen könne (vgl. Abbildung VM7-1 Mitglieder M4 und M6).

Der Hamburger Sportbund (HSB) schloss sich erst während dieser Vorgespräche dem Arbeitskreis an und arbeitete dann parallel an sportlichen Übungsprogrammen zur Sturzprävention in einem ähnlichen Setting (vgl. Abbildung VM7-1 sowie **Vertiefungsmodul 5** der Übersicht aller Projekte und Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises seit 2005).

**Praxis-Tipp „Arbeitsteilung“**

In kontinuierlich arbeitenden Arbeitskreisen kommt es immer wieder zu Wechseln oder unerwarteten Ausfällen von Mitgliedern.

Es empfiehlt sich daher, bei größeren Projekten über einen längeren Zeitraum nicht alle Mitglieder vollständig einzuplanen. So können einzelne Mitglieder sich auch punktuell an eng definierten Arbeitsschritten wie z.B. der Entwicklung eines Flyers beteiligen, kurzfristig für Ausfälle einspringen oder die Gestaltung von anderen, kürzeren Aktionen übernehmen. So hat der Arbeitskreis auch während längerer Vorarbeiten „Erfolgslebnisse“ und kann flexibel auf die Bedürfnisse der Mitglieder eingehen.

Voraussetzung sind dafür eine offene Verständigung und eine koordinierende Führung. Wesentliche Punkte wie eine gemeinsame Zielausrichtung sollten in größeren Abständen (z.B. jährlich) erneut angesprochen und bestätigt werden.

**Abbildung VM7-1: Projekt-bezogene Arbeitsteilung und Organisationsformen des Arbeitskreises zur Sturzprävention im Alter**



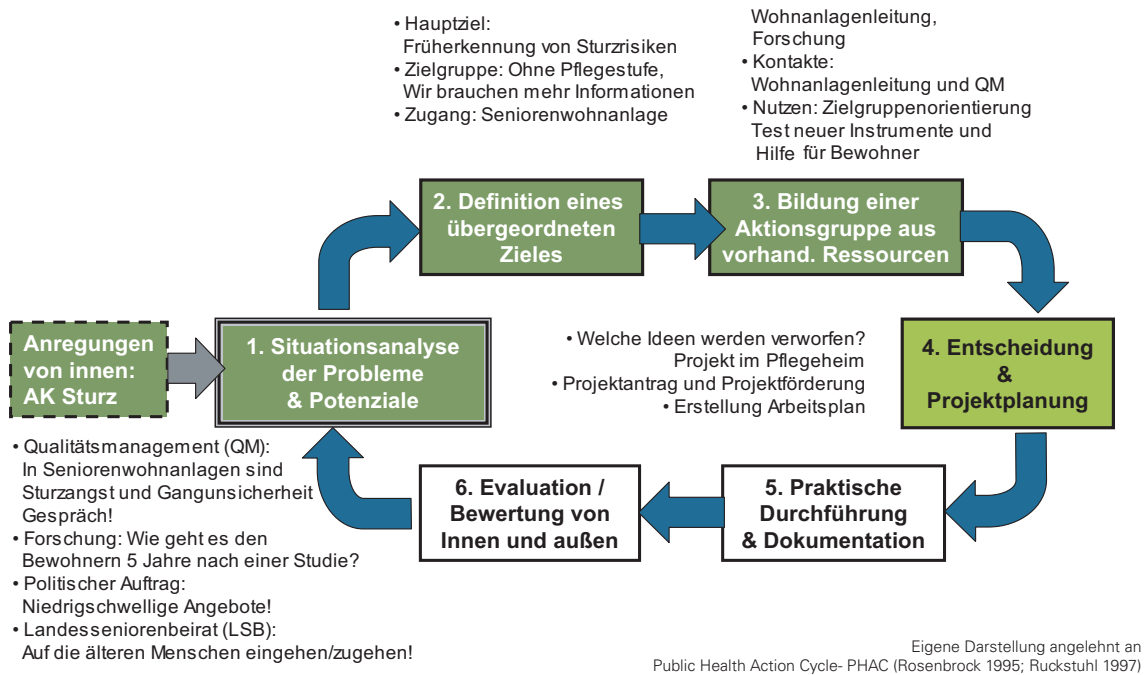
Organisationsform in den Sitzungen: Paritätische Mitsprache der Mitglieder (M1-M6) unter der Moderation der Behörde für Soziales und Gesundheit (BSG)



Unterschiedliche Formen der Arbeitsteilung und Projektbeteiligung in zwei verschiedenen Projekten



**Arbeitsschritt 4: Entscheidung und Projektplanung**



Zunächst wurden zwei wesentliche Arbeitsabschnitte „Projektvorbereitung außerhalb der Wohnanlage“ und „Projektdurchführung innerhalb der Wohnanlage“ definiert. Erst nach Fertigstellung eines geeigneten Instrumentariums „Sturz-Risikocheck“ wurden die Bewohner und Bewohnerinnen einer Hamburger Einrichtung für Betreutes Wohnen rekrutiert. In der kommunalen Gesundheitsförderung können Sie natürlich auf bereits fertige Instrumentarien oder Modellprojekte zurückgreifen, um diesen Schritt zu minimieren (vgl. Anders et al. 2006 und 2007).

**Praxis-Tipp „Projektplanung“**

Meist wird der Zeitaufwand für die Vorbereitung unterschätzt gegenüber der Projektdurchführung im engeren Sinne (ein Beispiel ist das Verhältnis von Wahlkampf und Wahlvorbereitung gegenüber dem eigentlichen Wahltag). Veranschlagen Sie hierfür das doppelte der Ihnen notwendig erscheinenden Zeit. Berücksichtigen Sie zwischen der Vorbereitungs- und der Durchführungsphase einen zeitlichen Puffer, um auf unvorhergesehene Probleme reagieren zu können. Lesen Sie dazu z.B. die Empfehlungen der BZgA zur Planung und Durchführung von Aktionstagen zur Gesundheitsförderung oder die „10 Schritte zum Erfolg“ des Modellprojektes „Richtig Fit ab 50“ des Deutschen Sportbundes (DSB).





### Zeitplan der Pilot-Studie in einer Hamburger Einrichtung für Betreutes Wohnen Projektvorbereitung außerhalb der Wohnanlage“

das Juni 2005 bis  
Oktober 2005

- Systematische Literaturrecherche
- Auswahl von Leitfragen für ein Screening-Instrument „Sturz-Risikocheck“

Oktober 2005 bis  
November 2005

- Pre-Tests des Instruments und Anpassungen im Layout
- Programmierung einer Datenbank

Projektdurchführung innerhalb der Wohnanlage (vgl. Arbeitsschritt 5)

#### Projektvorbereitung außerhalb der Wohnanlage

Im Mittelpunkt standen wissenschaftliche Vorarbeiten wie die Entwicklung und Vortestung eines **evidenzbasierten, multidimensionalen** Sturz-**Screening**-Instrumentes „Sturz-Risikocheck“ auf Basis einer systematischen Literaturrecherche nach Risikofaktoren für Stürze im Alter, Screening-Verfahren und Leitlinien sowie die Ermittlung von Kriterien zur Auswertung und Programmierung einer dazugehörigen Datenbank (Anders et al. 2006 und 2007). Bei der Durchführung kommunaler Vorhaben zur Gesundheitsförderung können normalerweise diese Schritte übergangen werden, indem bereits vorhandenes Material (Fragebögen, Broschüren, Schulungskoffer etc.) genutzt wird.

In dieser Phase fiel im Konsens die Entscheidung gegen eine anonyme Erhebung, da sowohl eine telefonische Überprüfung der schriftlich erhobenen Daten als auch eine individuelle Rückmeldung an die Teilnehmenden zwingend erforderlich schienen. Das Vorgehen war daher nach den Richtlinien des Datenschutzes auszuführen, d.h. Adressen von Teilnehmenden wurden nicht aus der Einrichtung gegeben, sondern diese Einrichtung konnte in einem Anschreiben die Bewohner/Bewohnerinnen aufklären und die schriftlichen Unterlagen zur Teilnahme versenden. Rückschlüsse über Nicht-Teilnehmenden sind damit allerdings nur eingeschränkt möglich.

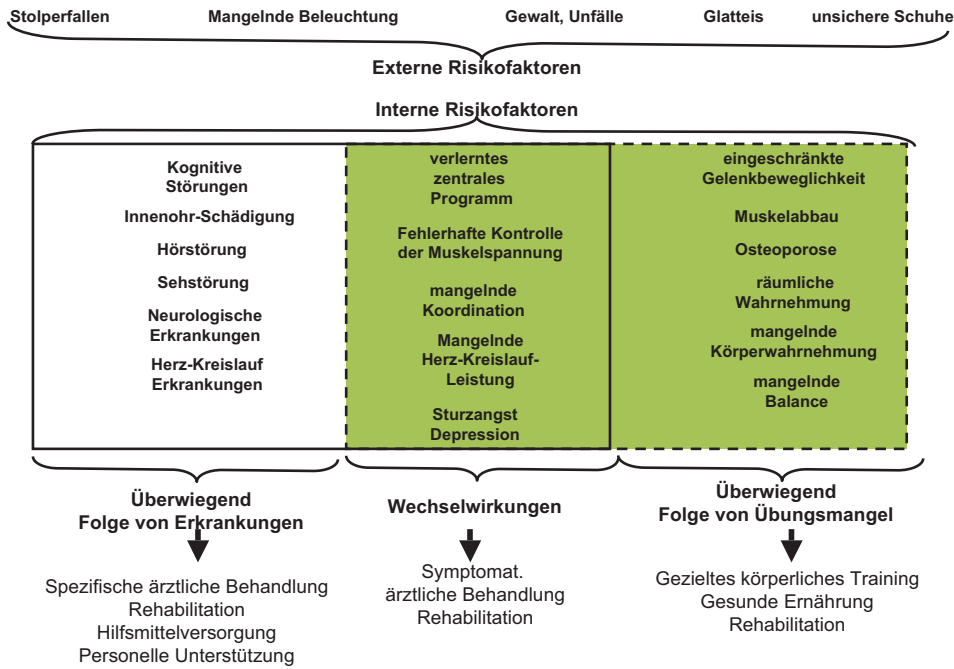
#### Projektvorbereitung innerhalb der Wohnanlage

Die enge Zusammenarbeit von externer Forschung mit dem Qualitätsmanagement und der PR-Abteilung der Wohnanlage zur Information von Bewohnern und Bewohnerinnen und Mitarbeitenden begann Monate vor der Durchführungsphase des Projektes.

Hierbei standen Information und konstruktive Einbindung von direkt Beteiligten (z.B. Bewohner und Bewohnerinnen) und indirekt Beteiligten (z.B. Hausarztpraxen im Umfeld) im Vordergrund. Zunächst wurden 15 leitende Mitarbeitende aus verschiedenen Bereichen der Einrichtung (Therapien, Verwaltung, Pflege) in einer vierstündigen Informationsveranstaltung allgemein zum Thema Sturzprävention im Alter sowie zum Projekt selbst geschult (vgl. Merkzettel zur Fortbildung und Teilnahmebescheinigung). Vermittelt wurden sowohl altersmedizinische Grundlagen der Sturzprävention, der Umgang mit Sturzpatienten und -patientinnen, Funktionen der Mitglieder des Arbeitskreises Sturzprävention als auch praktische Übungen wie z.B. eine kleine Balanceprobe.



**Merkzettel „Sturzsyndrom“ zur Fortbildung  
Viele Risikofaktoren führen zu Stürzen im Alter**



Teilnahmebestätigung  
**MULTIPLIKATORENFORTBILDUNG**  
 Sturzprävention

Datum: 30.05.2006, Dauer: 10.00-14.00 Uhr

Ort der Veranstaltung:

Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie

Veranstaltung wurde durch Dritte (Pharma-Firma o.ä.) finanziell unterstützt: Nein

Dozentin: Dr. Jennifer Anders

Herr / Frau

hat erfolgreich teilgenommen an der Fortbildung für Multiplikatoren in der Altenhilfe zur

**Sturzprävention mit evidenz-basierten Inhalten**

- Grundlagen geriatrischer Behandlung
- Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit und Sturz
- Multidimensionale Einflüsse auf Mobilität und Sturzgefahr im Alter
- Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung
- Risikoscreening
- Gangfunktion und -analysen
- Balance- und Krafttraining im Alter
- Lokale Programme
- Diskussion

Datum und Unterschrift (Dr. J. Anders)

Stempel der Einrichtung



### Praxis-Tipp „Fortbildung“

Fortbildungsangebote sowohl für professionell in Gesundheitswesen oder Altenhilfe Tätige als auch für dort beschäftigte Laien sind ein wichtiger Schlüssel zur erfolgreichen Implementierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Um zunächst Barrieren bei den Fortzubildenden zu umgehen und die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen, haben sich folgende Punkte bewährt:

- Nutzung bestehender Versammlungszeiten, z.B. Zeiten für interne Fortbildungen, Supervisionen oder im Zusammenhang mit QM-Maßnahmen.
- Verknüpfung von neuen Tätigkeitsfeldern mit erfolgreicher Fortbildung, z.B. die Übertragung einer neuen Verantwortung (Ansprechpartnerin für Ältere zu „Sturz“).
- Einbindung der Fortzubildenden in die Ausrichtung der Fortbildungsmaßnahme selbst z.B. durch vorab verteilte Vorschlags- oder Fragekarten.
- Wenn irgend möglich, Vermittlung von Theorie und Praxis, z.B. durch gemeinsames Erarbeiten einer Transfersituation des Erlernten in den beruflichen Alltag.
- Wenn irgend möglich, Vermittlung durch Fachleute. Nutzen Sie Kontakte im kommunalen Netzwerk, um kompetente Dozenten und Dozentinnen zu gewinnen.
- Altern ist ein **multidimensionaler**, d.h. von verschiedensten Einflüssen geprägter Vorgang. Fortbildungen zum Altern sollten daher multidimensional angelegt sein und optimalerweise von **interdisziplinär** arbeitenden Professionen vermittelt werden.
- Schriftliche Bestätigung der erfolgreichen Teilnahme, wenn möglich Bemühung um professionelle Akkreditierung der Fortbildungsmaßnahme (z.B. bei Berufsverbänden oder betriebsintern).

Weniger erfolgreich verlief die geplante Information der Hausarztpraxen der Bewohner und Bewohnerinnen der Wohnanlage. Geplant war eine Information im Rahmen eines üblichen Treffens zwischen Qualitätsmanagement und Hausarztpraxen, wobei aufgrund aktueller Ereignisse das neue Projekt nicht richtig wahrgenommen wurde. Auch war die ärztliche Beteiligung gering.

Besser wäre es gewesen, die Hausarztpraxen auf die Bedeutung des Projektes in einem gesonderten Anschreiben oder kurzen Telefonat hinzuweisen und einen Termin ausschließlich dem Thema Sturzprävention zu widmen. Vorsorglich wurden die Hausarztpraxen daher nochmals mit einem persönlichen Anschreiben und Informationsblatt auf das Vorhaben hingewiesen und für Fragen nicht nur zum Vorhaben selbst, sondern auch für Fragen bei der Behandlung von älteren Sturzpatienten und -patientinnen eine Telefon-Hotline am Albertinen-Haus eingerichtet. Das Albertinen-Haus hat unter anderen Rahmenbedingungen sehr gute Erfahrungen mit der Integration von Hausarztpraxen in Projektarbeit gemacht (vgl. Hausarztstudien 1 – 3, vgl. [www.bmfsfj-bund.de](http://www.bmfsfj-bund.de)). Diese sind in diesem Vertiefungsmodul 7 bei Praxis-Tipp „Einbindung von Hausarztpraxen“ aufgeführt.



## Anschreiben an Hausarztpraxen

An die Hausärzte  
Betreutes Wohnen  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Hamburg im Dezember 2005

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. ,  
wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, das sich unser Hospital zum Heiligen Geist an einer neuen Gesundheits-Aktion zur Vorbeugung von Stürzen im Alter, initiiert von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg, beteiligt.

Zum Hintergrund: Auf Initiative der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg erhalten die noch weitgehend selbständig lebenden Bewohner und Bewohnerinnen aus dem Betreuten Wohnen die einmalige Chance, Informationen zu Ihrem persönlichen Sturzrisiko direkt von den Altersmedizinern des Albertinen-Hauses zu erhalten. Die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, entwickelte ein kurzes Risikoprofil zur frühzeitigen Erkennung von gefährlichen Stürzen im Alter.

Ziele sind ausdrücklich die Aufklärung der Bewohner und Bewohnerinnen zu Möglichkeiten der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Alter. Patienten mit eher sekundär- oder tertiärpräventiver Zielsetzung wie z.B. Bewohner und Bewohnerinnen im Pflegeheim werden nicht eingebunden, da es hier bereits etablierte Ansätze der Sturzprophylaxe gibt.

Zum Ablauf: Die Bewohner und Bewohnerinnen füllen bis Ende Dezember 2005 einen einfachen, einseitigen Fragebogen aus. Die Auswertung erfolgt durch die Forschung des Albertinen-Hauses. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt. Anfang 2006 erhalten die Teilnehmenden individuelle Rückmeldungen zur Ausprägung ihres persönlichen Sturzrisikos sowie einfache Empfehlungen zu mehr körperlicher Aktivität im Alter und weiteren Anlaufstellen zum Thema Sturz.

Für Fragen aller Art stehe ich Ihnen gerne unter Telefon XXXXXXXX zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen XXXXXXXX

### Praxis-Tipp „Einbindung von Hausarztpraxen“

- Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Hausärzte und Hausärztinnen, sind für über 90% der älteren Bürgerinnen erster und vertrauensvollster Ansprechpartnerinnen. Guter Kontakt zu Hausarztpraxen kommt daher einem guten Zugang zu älteren Menschen gleich.
- Gleichzeitig bringen Hausarztpraxen ein sehr hohes Verantwortungsgefühl für ihre Patienten und Patientinnen auf. Transparente, umfassende Information zu geplanten Projekten ist daher Pflicht. Nehmen Sie Zweifel oder Kritik von hausärztlicher Seite daher ernst.
- Hausarztpraxen (und andere im Gesundheits- und Sozialwesen Tätige) haben selten noch zeitliche Freiräume, sich über die Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen im engeren Sinne zu engagieren (und tun es dennoch in ihrer knappen Freizeit). Laut einer aktuellen Studie arbeiten Hausarztpraxen in Deutschland mehr Stunden pro Woche als europäischen Kollegen und Kolleginnen, betreuen gleichzeitig mehr Patienten und Patientinnen pro Zeiteinheit und bieten dabei mehr medizinische Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen. Bei gemeinsamer Projektarbeit sollte daher im Sinne einer sog. „Win

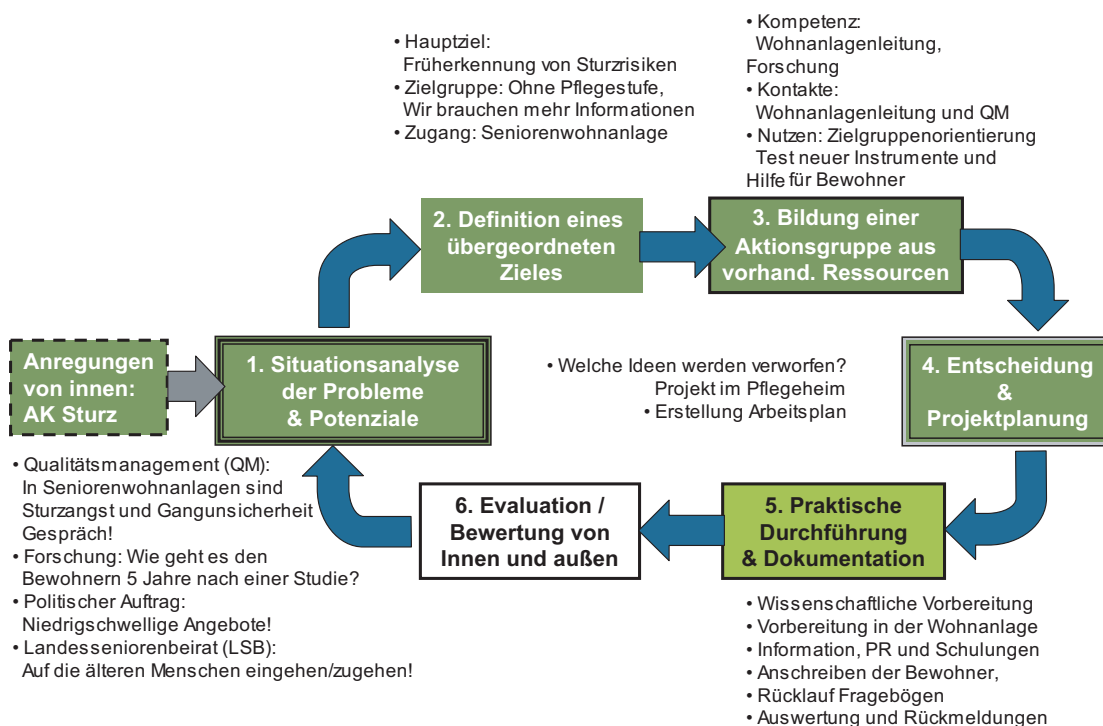


VERTIEFUNGSMODUL 7

Win“ Situation eine Entlastung eingeplant werden, um Mehraufwand auszugleichen. Diese Form der Arbeitsteilung bietet sich grundsätzlich innerhalb eines Netzwerkes oder Arbeitskreises an. Eine Entlastung kann indirekt erfolgen z.B. durch Übernahme zeitaufwendiger Beratungsgespräche durch die Altenhilfe oder Partner und Partnerinnen im Netzwerk – natürlich nur nach Absprache mit eventuell „Betroffenen“.

- Hausarztpraxen fühlen sich für viele Lebensbereiche ihrer Patienten und Patientinnen verantwortlich und schätzen daher interdisziplinäre Fortbildungen z.B. durch Partner und Partnerinnen im Netzwerk. Eine schriftliche Bestätigung der erfolgreichen Teilnahme, wenn möglich Bemühung um professionelle Akkreditierung der Fortbildungsmaßnahme hilft. Diese können bei der lokalen Ärztekammer beantragt werden.
- Dieser „Aufwand“ lohnt sich, denn bei Projekten zur Gesundheit werden immer Situationen entstehen, bei denen Risikopatienten und -patientinnen auffallen und ärztlich (oder von anderen Berufsgruppen wie der Altenhilfe) gesehen werden müssen. Eine lebendige Kooperation wird an vielen Stellen nützen.

**Arbeitsschritt 5: Praktische Durchführung & Dokumentation**



Eigene Darstellung angelehnt an Public Health Action Cycle- PHAC (Rosenbrock 1995; Ruckstuhl 1997)

Exemplarisch stellen wir hier den nächsten Arbeitsschritt der Projektdurchführung innerhalb der Wohnanlage detaillierter vor. Nach allgemeinen Vorbereitungen (Arbeitsteilung), der Information von direkt und indirekt betroffenen Multiplikatoren/Multiplikatorinnen sowie inhaltlichen (Instrument) und technischen Vorbereitungen (Datenbank), standen nun die Arbeiten mit und an der Zielgruppe „Bewohner und Bewohnerinnen der Wohnanlage“ an.



## 2. Arbeitsabschnitt: Projektdurchführung innerhalb der Wohnanlage

Dezember 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsarbeit im Pilot-Setting „Betreutes Wohnen“</li> <li>• Rekrutierung der älteren Teilnehmenden</li> </ul>
Dezember 2005 bis Januar 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenerhebung</li> <li>• Dateneingabe der schriftlichen „Sturz-Risikochecks“</li> </ul>
Januar 2006 bis Februar 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefoninterviews mit allen Teilnehmenden zur Kontrolle von Plausibilität und Reliabilität der Angaben</li> </ul>

### Informationsarbeit im Pilot-Setting „Betreutes Wohnen“

In Absprache mit Qualitätsmanagement und PR-Abteilung wurden alle Bewohner und Bewohnerinnen zunächst unpersönlich über die Bewohnerzeitschrift der Einrichtung „Glockenturm“ auf das Projekt und Ansprechpersonen hingewiesen. Später erschienen weitere Artikel im „Glockenturm“ zum Projektverlauf.

### Erster Informations-Artikel in der Bewohnerzeitschrift „Glockenturm“

#### An die Bewohner und Bewohnerinnen im Betreuten Wohnen

Altern unbeschwert erleben: Eine wichtige Voraussetzung ist Ihre Mobilität. Doch bei vielen älteren Menschen trüben Unsicherheit und Sturzereignisse den Alltag. Leider suchen Einige erst Rat, wenn es bereits zu Verletzungen kam.

Damit Sie wissen, wie Sie persönlich vorbeugen können und ob bei Ihnen spezielle Risikofaktoren für Sturz vorliegen, nimmt das Hospital zum Heiligen Geist als erste Einrichtung an einem Projekt der Hamburger Behörde für Wissenschaft und Gesundheit teil in Zusammenarbeit mit dem Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie (Altersmedizin).

Was ist zu tun? In der Vorweihnachtszeit werden Sie in Ihrem Briefkasten einen einfachen Fragebogen (1 Seite) zur Abklärung Ihres Sturzrisikos finden.

Bitte füllen Sie den Bogen aus und geben ihn beim Pförtner ab (Sammelbox „Albertinen-Haus“).

Alle Teilnehmer erhalten eine schriftliche Rückmeldung.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. |

Im nächsten Jahr sollen dann Mitmach-Angebote folgen.

Ansprechperson ist Frau Waletzko (Tel.: XXXXXXXX)



### Rekrutierung der älteren Teilnehmenden

In Absprache mit dem Bewohnerbeirat und dem Datenschutz wurden dann alle noch selbständig im Betreuten Wohnen lebenden Bewohner und Bewohnerinnen (d.h. ohne bekannte Pflegestufe oder ambulante Pflege) von der Leitung und dem Qualitätsmanagement der Einrichtung angeschrieben.

Mit dem Anschreiben erhielten Bewohner und Bewohnerinnen

1. Ein aufklärendes Informationsblatt.
2. Ein Formblatt, um Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum einzutragen und damit die Teilnahme am Projekt schriftlich zu bestätigen.
3. Den Selbstausfüller-Fragebogen Sturz-Risikocheck (Screening-Instrument).
4. Einen beschrifteten Rückumschlag Din A5.

Die Rückmeldebögen konnten in eine verschlossene Box, an der Hauptpforte der Wohnanlage eingeworfen und so portofrei abgegeben werden.

### Erstes Anschreiben an die Bewohner und Bewohnerinnen

An die Bewohner und Bewohnerinnen  
Betreutes Wohnen  
Hospital zum Heiligen Geist

Briefkopf  
der Einrichtung

Hamburg im Dezember 2005

Sehr geehrte/r Bewohner/in,

wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, das sich unser Hospital zum Heiligen Geist an einer neuen Gesundheits-Aktion zur Vorbeugung von Stürzen im Alter beteiligt.

Auf Initiative der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg erhalten Sie die einmalige Chance, Informationen zu Ihrem persönlichen Sturzrisiko direkt von den Altersmedizinerinnen des Albertinen-Hauses zu erhalten. Die Wissenschaftler und Ärzte des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, entwickelten im Auftrag der Stadt Hamburg ein Risikoprofil zur frühzeitigen Erkennung und Vorbeugung von gefährlichen Stürzen im Alter.

Wie können Sie mitmachen? Sie füllen einfach den beiliegenden Fragebogen aus und geben diesen bitte bis spätestens zum Jahreswechsel im beiliegendem Rückumschlag an unserer Hauptpforte ab. Bitte beachten Sie, dass eine Rückmeldung nur möglich ist, wenn der Bogen vollständig ausgefüllt ist, selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt. Die Auswertung aller Fragebögen erfolgt nach neuesten wissenschaftlichen und altersmedizinischen Erkenntnissen im Albertinen-Haus. Bitte haben Sie etwas Geduld, bis Sie im Laufe der nächsten Wochen von dort Ihre individuelle Rückmeldung erhalten. Schlagen Sie dem Sturz ein Schnippchen und machen mit!

Für Fragen aller Art stehe ich Ihnen gerne unter Telefon XXXXXXXX zur Verfügung.  
Mit freundlichen Grüßen

C. Waletzko



Es hat sich bewährt, eine Möglichkeit für telefonische Rückfragen aller Art zu geben. Solche Telefon-Hotlines werden in der Regel wenig genutzt, erhöhen aber den Rücklauf bei Befragungen. Wenn keine Person direkt ansprechbar ist, können auch das Sammeln von Fragekarten, ein Telefonanschluss mit Anrufbeantworter oder eine E-mail-Adresse ihren Zweck erfüllen. Mindestens einmal wöchentlich müssen dann Anfragen gesichtet, beantwortet oder weiter geleitet werden. Manchmal möchten Teilnehmer/Teilnehmerinnen auch einfach mehr zu den Hintergründen eines Projektes wissen oder eine persönliche Einschätzung äußern. Dokumentieren Sie Anfragen. Diese spontanen Äußerungen können eine systematische Evaluation ergänzen.

**Formblatt Angaben zur Person (Seite 1 des Selbstausfüller-Fragebogens)**

Liebe/r Bewohner/in im Hospital zum Heiligen Geist,

bitte füllen Sie die folgenden Angaben aus, damit wir Ihnen eine Rückmeldung zu Ihrem Sturzrisiko erstellen (Fragen) und zusenden können (Anschrift)

**Vorname  
Name**

**Appartment  
Haus**

**Straße  
PLZ, Ort**

**Telefon-  
nummer**

**Geburts-  
datum**

**Gewicht in  
Kilogramm**

**Körpergröße  
in cm**

<b>Pflegestufe vorhanden?</b>	<b>Ja Nein</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe beantragt</b>
-----------------------------------	--------------------	----------------	----------------	----------------	------------------------

Bitte wenden, vielen Dank!  
Nach dem Ausfüllen im beiliegenden Umschlag bitte an der Hauptpforte abgeben.







**Informationszettel „Tägliche Übungen für Beweglichkeit und Gleichgewicht“**

**Morgens:** Rückenlage, Arme vor der Brust kreuzen, das Gesäß anspannen!  
 Oberkörper flach wenige Fingerbreit anheben (Nase zur Decke, Hals gerade)  
 Spannung mit der Ausatmung 4 Sekunden halten, entspannen (5 Wiederholungen).



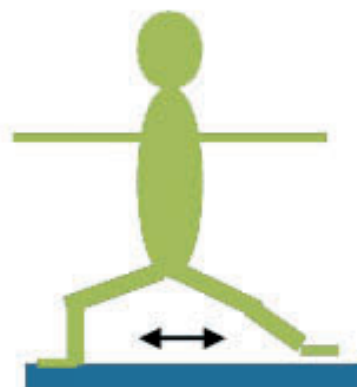
Nun die Beine im rechten Winkel heben, die Knie langsam 5mal wech hselnd beugen und strecken.  
 Das Gesäß anspannen - Atmen Sie bei der Streckung aus!



Zum Schluß die Beine in Rückenlage aufstellen und das Becken auf der Unterlage kreisen lassen.



**Zwischendurch** Woldecke oder Schaumstoff auf den Boden. Beginnen Sie, auf der Stelle zu treten- dabei die Knie heben. Stützen Sie sich dabei anfangs an einer Wand ab, später frei.  
 Für Fortgeschrittene: Gewichtsverlagerungen zur jeder Seite: „in Zeitlupe“ bewegen.





### To-Do-Liste von Arbeitsschritten während der Projektarbeit (Stand 1.12.2008)

Nr.	Datum	Tätigkeit	Zuständigkeit
1	Bereits erledigt	Erstellung eines Sturzscreenings auf Basis einer systematischen Literaturrecherche	Forschung
2	Bereits erledigt	Testung von Verständlichkeit und Layout des Bogens mit älteren Probanden/Probandinnen am Albertinen-Haus	Forschung
3	Bereits erledigt	Öffentlichkeitsarbeit: Artikel verfasst in der Zeitschrift des Hospitals zum Heiligen Geist	Forschung
4	Bereits erledigt	Programmierung einer Datenbank für Dateneingabe und Auswertung der Sturzscreenings	Forschung
5	Bereits erledigt	Schulung der Mitarbeitenden aus dem Hospital zum Heiligen Geist	Forschung
6	Bereits erledigt	Vorbereitung eines Begleitschreibens an die Bewohner und Bewohnerinnen des Betreuten Wohnens plus Zusammenstellung des Erhebungsmaterials für ca. 200 Bewohner und Bewohnerinnen des Betreuten Wohnens	Forschung
7	13.12.2005 Treffen der AK Sturz	Abstimmung des weiteren Prozederes wie: Inhalt und Layout Begleitschreiben, Organisation der Verteilung der Erhebungsmaterialien, Organisation des Rücklaufs, Organisation Rücklaufkontrolle etc.	Forschung Qualitätsmanagement AK Sturz
8	Bis 16.12.2005	Verteilung der Befragungsunterlagen an die Bewohner und Bewohnerinnen des Betreuten Wohnens Inkl. Erstellung einer Namensliste aller Bewohner und Bewohnerinnen, an die das Sturzscreening abgegeben wurde (wichtig für Rücklaufkontrolle, siehe unten)	Qualitätsmanagement
9	Bis Ende 2005	Auflistung aller Angebote (alle Bewegungsangebote und geselligen Angebote), die regelmäßig am Hospital zum Heiligen Geist durchgeführt werden. Diese Liste sollte folgende Angaben umfassen: Angebot: z.B. Vielseitigkeitstraining, Dienstags von 16.00-18.00 Uhr Ort: Großer Saal Hospital zum Heiligen Geist Ansprechpartner: Frau Aktiv, Telefonnummer: 666 66 666 Achtung: Nur wenn diese Liste bis Ende 2005 im Albertinen-Haus vorliegt, können den Bewohnern und Bewohnerinnen in ihren individuellen Rückmeldungen auch diese Angebote zur Sturzprävention im eigenen Haus mitgeteilt werden.	Qualitätsmanagement
10	Bis 31.12.2005	Vollständiges Ausfüllen des Sturzscreenings, Abgabe in Rückumschlag der Hauptpforte	Teilnehmende
11	Während der gesamten Befragung	Ansprechperson für Rückfragen zum Ausfüllen des Sturzscreenings vor Ort, Motivation der Bewohner und Bewohnerinnen zum Ausfüllen des Sturzscreenings vor Ort, Öffentlichkeitsarbeit am Hospital zum Heiligen Geist	Qualitätsmanagement
12	Ab Januar 2006	Transport der Sturzscreenings zum Albertinen-Haus, Dateneingabe der Sturzscreenings und Erstellung der persönlichen Rückmeldungen	Forschung
13	Ab Januar 2006	Führung einer Namensliste der Personen, die das Sturzscreening vollständig ausgefüllt haben. Diese Liste wird an Frau Waletzko zur Rücklaufkontrolle und weiteren Veranlassung geschickt.	Forschung
14	Ab Januar 2006	Abgleich der Albertinen-Haus Liste mit der Namensliste der Personen, an die das Sturzscreening verteilt wurde (s.o.) und Versand eines motivierenden Erinnerungsschreibens an jene Bewohner und Bewohnerinnen, die das Sturzscreening bisher nicht ausfüllten.	Qualitätsmanagement



Die umfangreichen Vorarbeiten machten sich bei diesem Projekt bezahlt durch einen zügigen, reibungslosen Verlauf. Bewohner und Bewohnerinnen, die zufällig den einschlägigen Artikel in der Bewohnerzeitschrift verpasst hatten und durch das Anschreiben überrascht wurden, konnten sich Gewissheit beim vorab informierten Personal verschaffen. Die wissenschaftliche Projektleitung und das Qualitätsmanagement vor Ort tauschten sich rasch über aktuelle Fragen aus (vgl. To Do-Liste). Das langjährige Vertrauensverhältnis zwischen beiden Einrichtungen sowie die Auswahl eines Themas, das ältere Menschen beschäftigt, spiegeln sich in einer hohen Beteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen wider.

Aus Datenschutzgründen verblieb die Rücklaufkontrolle innerhalb der teilnehmenden Einrichtung (Qualitätsmanagement). Nicht antwortende Personen erhielten lediglich ein Erinnerungsschreiben von dort und wurden dann nicht mehr kontaktiert. Da die Unterlagen inklusive Fragebogen kurz vor Weihnachten ausgegeben wurden, wurden Rückmeldungen bis Anfang Januar zugelassen.

### Praxis-Tipp „Rücklauffrist“

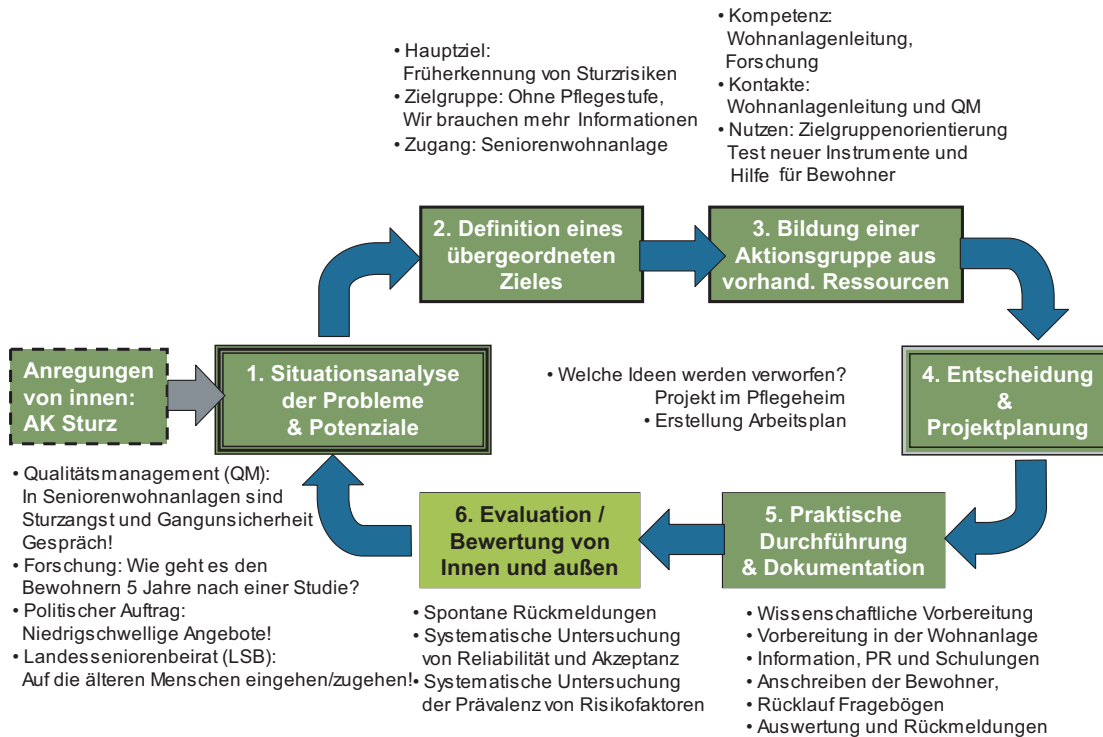
Wochenlange Rücklaufzeiten machen meistens keinen Sinn. Es werden vielleicht ein paar Personen mehr erreicht, die auf Reisen waren, dafür vergessen andere den Rückversand „da es ja nicht eilt“. Dies gilt insbesondere für Projekte in einheitlichen Settings wie Seniorenwohnanlagen mit hoher Präsenz der Bewohner und Bewohnerinnen. Eine Frist von 14 Tagen ist gut geeignet, einen Großteil der gewünschten Personen zu erreichen, ohne mit dem Ausfüllen des Fragebogens Zeitdruck zu erzeugen. Im Bedarfsfall können Sie entscheiden, die Frist mit entsprechender Ankündigung oder Unterstützung („Hilfe beim Ausfüllen“) einmalig um eine Woche zu verlängern. In dieser Zeit können erste Daten bereits gesichtet werden. Auch Wochen später können noch vereinzelt Rückläufer auftauchen, die an den statistischen Ergebnissen meist nichts ändern. In solchen Fällen verzichtet die Forschung aus methodischen Gründen auf die Datenauswertung bei verspätetem Rücklauf, der Teilnehmende erhält aber aus ethischen Gründen eine Rückmeldung oder Intervention.

Da im hier beschriebenen Projekt ein in Teilen neu entwickeltes Instrument (Sturz-Risikocheck) eingesetzt wurde, erfolgten vor der Auswertung der erhobenen Daten weitere Arbeitsschritte, die in kommunalen Projekten oft überflüssig sein werden. Zunächst wurden die Unterlagen auf Vollständigkeit (Einwilligung?) und Plausibilität überprüft. Dann erfolgte eine telefonische Befragung der Teilnehmenden durch eine erfahrene Forschungs-Mitarbeiterin. Dabei wurden die Fragen des Screenings wortwörtlich wiederholt. So konnten die schriftlich und telefonisch erhobenen Angaben abgeglichen und damit die Reliabilität des neuen Fragebogens ermittelt werden. Außerdem wurden Fragen zur Mobilität unter alltäglichen Bedingungen telefonisch erhoben und so wurde ein besserer Eindruck von der erfassten Zielgruppe gewonnen. Gleichzeitig konnten Rückmeldungen der Teilnehmenden zum Projekt aufgenommen werden (Akzeptanz-Analyse) als erste Maßnahmen der Evaluation.





**Arbeitsschritt 6: Evaluation / Bewertung von innen und außen**



Eigene Darstellung angelehnt an Public Health Action Cycle- PHAC (Rosenbrock 1995; Ruckstuhl 1997)

Dieses Projekt wurde nicht in Hinblick auf die Wirksamkeit neuer Maßnahmen ausgewertet, sondern in Form einer **Machbarkeitsstudie (Pilot-Study)** durch die Forschung des Albertinen-Hauses wissenschaftlich begleitet (vgl. ausgewählte Literatur am Ende dieses Vertiefungsmoduls 7).

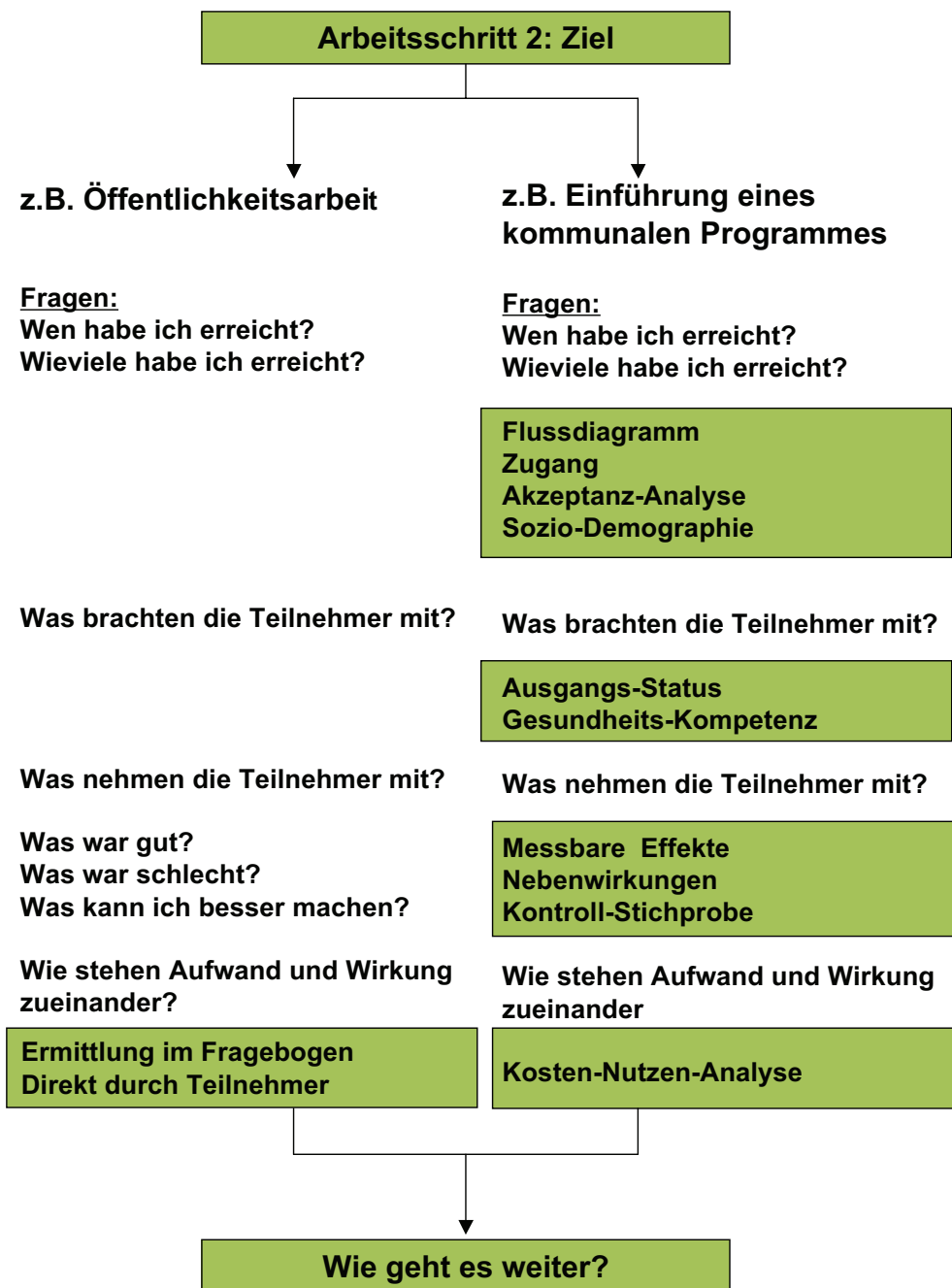
Wissenschaftliche Auswertungen können sich unterschiedlichster Fragestellungen und Methoden bedienen. Ihr Aufwand übersteigt meist den von Selbst-Evaluationen. Dokumentiert und bewertet werden beispielsweise Tätigkeiten (Aufwand), Ergebnisse (Wirksamkeit) oder Begleitwirkungen (Nutzen/Schaden). An dieser Stelle können nur einige Hinweise für die Evaluation eines Projektes sowie weiterführende Literatur benannt werden.

Fragen Sie sich bereits während der Arbeitsschritte 2 und 4 im Aktionszyklus, was Sie mit einer Auswertung erreichen wollen und in welchem Verhältnis diese zum Gesamtaufwand stehen kann. Letztendlich ist entscheidend, wie genau und wie treffsicher (valide) Sie Informationen sammeln wollen. Bei einem Aktionstag (vgl. **Vertiefungsmodul 6**) mag eine einfache Befragung und Zählung von Teilnehmenden ausreichen, wenn Sie aber den Einsatz von öffentlichen Geldern in einem größeren Rahmen begründen und rechtfertigen müssen, so muss der Aufwand für die Evaluation steigen, um sich gemessener Effekte sicher zu sein und keinen „Schaden“ aufgrund der Intervention zu übersehen.

Dann lohnt die Vergabe einer wissenschaftlichen Begleitung oder systematischen Aufarbeitung von Fachwissen zum Thema. Dabei sind die Fragen, die beantwortet werden einander ähnlich, nur unterschiedlich systematisch, detailliert und damit nachvollziehbar aufbereitet (vgl. Abbildung VM7-1).



**Abbildung VM7-1: Frage- und Antwortmöglichkeiten bei der Auswertung zweier Projekte: Links eine einfache Veranstaltung wie in Vertiefungsmodul 6, rechts ein komplexes Programm wie in Vertiefungsmodul 7**





### Praxis-Tipp „Auswertung“

1. Um den Aufwand und die Präzision von verschiedenen Auswertungsmethoden einzuschätzen, „üben“ Sie anhand eines praktischen Beispiels aus dem Familienleben.

Was müssten Sie unternehmen, um ein Dinner zu planen, das Ihr Budget nicht sprengt und allen gefällt (Tante Rosie hat andere Vorstellungen als Onkel Fritz). Wie können Sie ermitteln, ob das Dinner allen gefallen hat (Warum haben die Kinder gequengelt? Ist das Lob der Verwandten echt? Wie viele Teller wurden in die Küche zurückgeschickt, was sagen die Kellner)? Kam jemand zu Schaden? (Sie haben die Nuss-Allergie von Cousin Peter missachtet und er erlitt einen Asthma-Anfall. Teures Porzellan ging zu Bruch).

2. Eine sehr hochwertige und gleichzeitig aufwendige Form der Evaluation ist das **Health Technology Assessment (HTA)**, eine interdisziplinäre, systematische Begutachtung von evidenz-basierten Aussagen zum medizinischen Nutzen, Kosten, Rahmenbedingungen, ethischen und juristischen Aspekten einer medizinischen Maßnahme. Lesen Sie daher einen HTA beispielsweise zum Mammographie-Screening, um einen Eindruck von optimaler Evaluation zu gewinnen. Kurse zur Literaturrecherche und deren Bewertung verschaffen Ihnen eine gute methodische Grundlage.

In der altersmedizinischen Forschung helfen drei Grundsätze, bei Bewertungen keine grundlegenden Fehler zu machen:

1. Nicht voreingenommen sein: Möglichst Maßnahme auf Nutzen und Schaden untersuchen!
2. Verschiedene Einflüsse berücksichtigen: Was bewirkte meine Maßnahme, was war vorher schon gut, welche anderen Einflüsse haben das Ergebnis verfälscht?
3. Verschiedene Perspektiven oder Methoden zulassen: Qualitative und quantitative Aspekte, interdisziplinäre Perspektive, Selbstangaben versus objektive Messungen.

In diesem Projekt wurden im Rahmen der Pilotstudie die Teilnahme und Akzeptanz bei den älteren Bewohnern und Bewohnerinnen, die Verständlichkeit und der Umgang mit dem Selbstausfüller-Fragebogen sowie die Angaben zu erfragten Risikofaktoren für Stürze im Alter ermittelt.

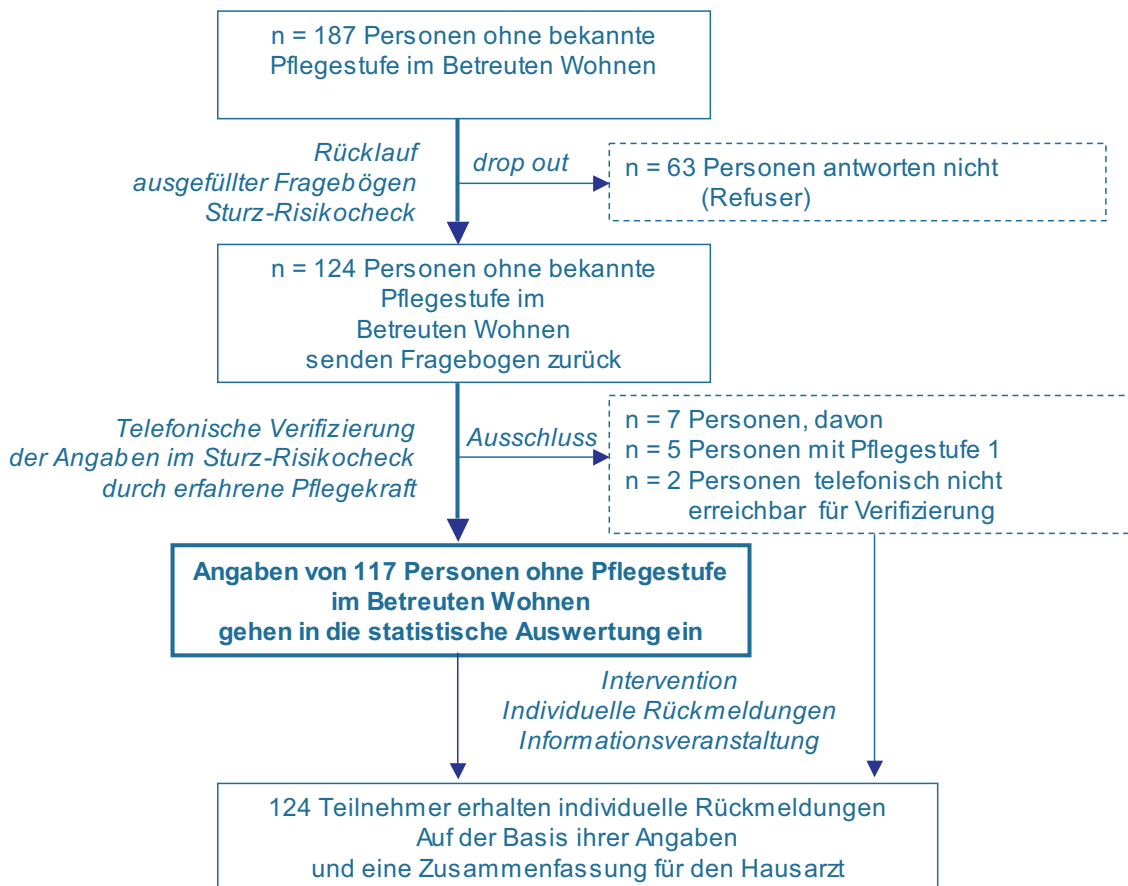
Zusätzlich wurden soziodemographische Eigenschaften der Teilnehmenden (Alter, Geschlecht, Ausschlusskriterium Pflegestufe), die Nutzung von Gehhilfen sowie **Aktivitäten des täglichen Lebens** untersucht und Informationen zu bereits bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung in der betreffenden Wohnanlage gesammelt.

Bei Maßnahmen der Früherkennung ist eine der wichtigsten Fragen, wie viele Personen der in Frage kommenden Zielgruppe erreicht wurden. Eine noch so wirksame Methode ist verschwendet, wenn Sie (a) die falsche Zielgruppe, (b) niemanden oder (c) zu wenige Personen erreicht.

Bei nicht unterstützten Fragebogenaktionen ist ein Rücklauf um 20% schon als gut zu bewerten; beim vorliegenden Projekt wurden dank der Informationspolitik und der Unterstützung vor Ort wurden zwei Drittel der in Frage kommenden 187 Bewohnern und Bewohnerinnen erreicht (vgl. Abbildung VM7-2). Durch zwischenzeitlich eingetretene Pflegebedürftigkeit oder mangelnde telefonische Erreichbarkeit wurden weitere 14 Personen von der wissenschaftlichen Vergleichsarbeit (Fragebogen versus Telefon-Interview) ausgeschlossen, erhielten aber aus ethischen Gründen eine persönliche Rückmeldung wie alle anderen. Bei der Auswertung machte sich die genaue Dokumentation des Rücklaufes vor Ort bezahlt. Es fiel auf, dass sich aus einem Apartmenthaus der Wohnanlage niemand, aus einem anderen dagegen 91% der Bewohnern und Bewohnerinnen beteiligt hatten. Gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement konnte nun versucht werden, die Ursachen zu verstehen. Anscheinend war aus Unkenntnis das erste Haus beim Posteinwurf ausgelassen worden (Systemfehler), wogegen im letzten Haus die Bewohnern und Bewohnerinnen sich gegenseitig motiviert hatten. Solche „Nebenbefunde“ können entscheidend helfen, wenn ein kleineres Projekt „in die Fläche“ getragen werden soll.



**Abbildung VM7-2: Flussdiagramm zur Teilnahme am Projekt**



Dapp, Anders Forschung 2006

**Praxis-Tipp „Erreichbarkeit“**

In der Versorgungsforschung wird dieser Umstand Erreichbarkeits-Problematik (engl. problem of reach) genannt und mit der Nachhaltigkeit und Wirksamkeit (efficacy) einer Maßnahme zum Einfluss auf die öffentliche Gesundheit (impact) verrechnet.

Oft erschließen sich englische Fachbegriffe in der internationalen Literatur zur Versorgungsforschung und öffentlichen Gesundheit (public health) nicht direkt oder sind im deutschen mehrdeutig (wie z.B. der Begriff Behinderung differenziert werden kann in Fähigkeitsstörung (disability) und Teilhabestörung (handicap). Diese Fachbegriffe eignen sich gut zur Literaturrecherche im Internet. Probieren Sie einfach mal eine Kombination mit interessanten Themen aus wie beispielsweise die Kombinationen #1 „falls prevention“ AND #2 „efficacy“ oder #1 „health improvement“ AND #2 „problem of reach“.

Dazu ein einfaches Beispiel: Sie möchten erreichen, dass sich alle 4-jährigen einer Gemeinde morgens die Zähne putzen. Es ist nicht vorstellbar oder finanzierbar, dass morgens alle Kinder besucht und überwacht werden. Sie können einen Setting-Ansatz wählen und die Kindergärten mit gemeinsamen Zahnhygiene-







Die Verteilung und Häufigkeit der Sturzrisikofaktoren ergab das Bild überwiegend gefährdeter Personen. Fast alle hatten aus Gründen wie Unsicherheit, Sturzangst, Kraftmangel oder Sehbehinderung das Radfahren und damit ein typisches Balancetraining im Alltag aufgegeben und bezeichneten selbst ihre Mobilität als eingeschränkt.

Dazu telefonische Kommentare von Teilnehmenden:

„Ich bin alt, komme nicht mehr weit.“

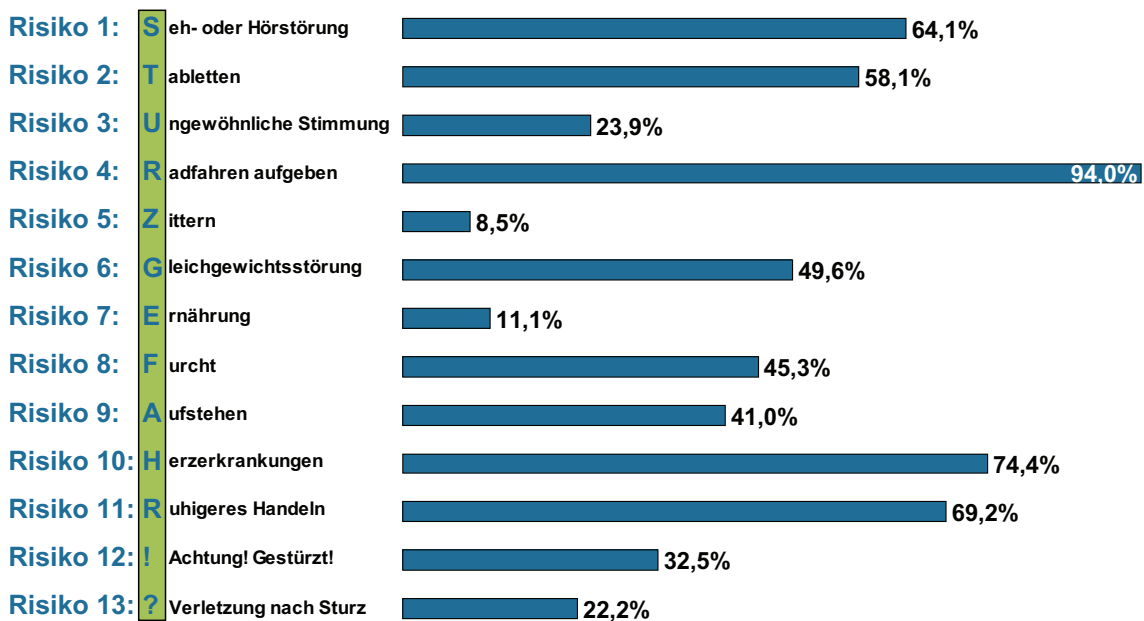
„Außerhalb der Wohnanlage vermeide ich jeden Gang, außer zum Hausarzt.“

„Der Bus hält vorne an der Ecke, aber beim Anfahren habe ich Angst, hinzufallen.“

„Ich kann nicht gut gehen, weil ich einen Gehwagen habe.“

Der Vergleich mit wissenschaftlichen Vorarbeiten ergab, dass die Wohnanlage ein Feld der Sekundärprävention mit dem Ziel der Risikominderung und Mobilitätsförderung bei gangunsicheren Personen bot (vgl. Abbildung VM7-4). In Einzelfällen mit komplett ausgebildetem Sturzsyndrom erfolgte die Anbahnung tertiärpräventiver Maßnahmen im Umfeld der Wohnanlage (Hausarztpraxen, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement).

**Abbildung VM7-4: Häufigkeit der erfragten Risikofaktoren für Stürze in der Stichprobe**



Ø 6,0 Sturzrisiken (Min. 0 Risiken, Max. 12 Risiken)

Dapp, Anders Forschung 2006



Die Auswertungen zu diesem Projekt und Folgeprojekten mit dem Sturz-Risikocheck sind veröffentlicht und können dort im Detail nachgelesen werden (vgl. ausgewählte Literatur am Ende dieses Vertiefungsmoduls 7 sowie [Vertiefungsmodul 2](#)). Um besser zu verstehen, wann und warum die einzelnen Risikofaktoren sich manifestieren und was dagegen zu tun wäre, werden gegenwärtig ältere Personen zu unterschiedlichen Einflüssen (Körper, Seele, Umwelt) in Hamburg untersucht. Ein wichtiger Nebenbefund der im Vorfeld durchgeführten strukturellen Untersuchung des Lebensumfeldes „Wohnanlage“ (Strukturqualität eines Settings) hatte ergeben, dass zwar Kurse zur Bewegungsförderung für bereits pflegebedürftige, aber nicht für Bewohnern und Bewohnerinnen des Betreuten Wohnens ohne Pflegestufe zur Verfügung standen. Hier sollten künftige Interventionen ansetzen (s.u. Neustart Arbeitsschritt 1).

Dagegen war die Anbindung der Wohnanlage an den öffentlichen Nahverkehr zumindest aus Sicht der Bewohnern und Bewohnerinnen und Leitung der Wohnanlage annähernd optimal, so dass sich „nebenbei“ wichtige Informationen für die Stadtplanung ergaben. Die beste Busanbindung wird nicht genutzt, wenn die Busse aus Gründen der Sturzangst (z.B. beim Anfahren und Bremsen) gemieden werden.

### **Praxis-Tipp „Multidimensionale Evaluation“**

Keine Evaluation ist allumfassend. Gerade bei der Interpretation von unvorhergesehenen Ergebnissen helfen allerdings Informationen aus unterschiedlichen Bereichen. Alter, Geschlecht und Selbsthilfefähigkeit (z.B. Pflegestufe, Gehfähigkeit) sind Basis-Informationen in der Arbeit mit älteren Menschen.

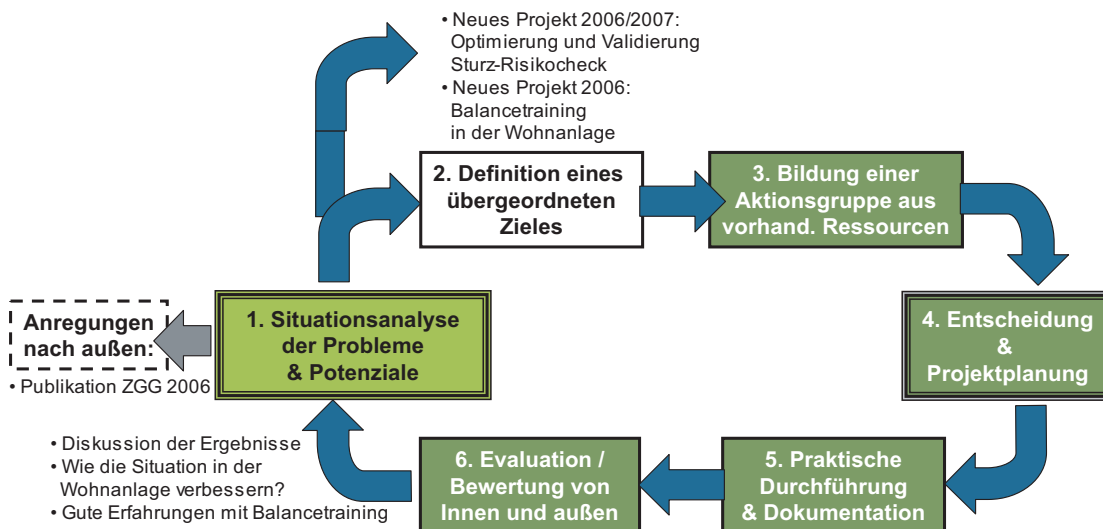
Machen Sie es sich zur Gewohnheit, zusätzlich zum Schwerpunktthema mindestens 1-2 weitere Bereiche zu erfragen, z.B.

- Angebote in einem Setting,
- Akzeptanz,
- Allgemeiner Gesundheitszustand,
- Mobilität,
- Stimmung oder
- Soziale Lage (Auswahl).

Mögliche Instrumente zur Befragung älterer Menschen finden Sie in Fachbüchern der Altersmedizin, Pflege und im Internet unter [www.kcgeriatrie.de/Info-Service](http://www.kcgeriatrie.de/Info-Service).



## Neustart Arbeitsschritt 1: Erneute Situationsanalyse nach dem Projekt, Folgen für den Arbeitskreis und daraus resultierende neue Projekte



Eigene Darstellung angelehnt an  
Public Health Action Cycle- PHAC (Rosenbrock 1995; Ruckstuhl 1997)

Nach der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse im AK Sturzprävention stellten sich zwei Hauptfragen:

1. Wie kann die Gangsicherheit und damit die Mobilität der Bewohner und Bewohnerinnen gefördert werden? Die Bewohner und Bewohnerinnen sollten zu mehr körperlicher Aktivität, trotz und gerade wegen bestehender Ängste und Einschränkungen, in einem geschützten Umfeld ermuntert werden. Es wurden daher in Kooperation zwischen dem Qualitätsmanagement der Wohnanlage und einem weiteren Mitglied des Arbeitskreises Sturzprävention, dem Hamburger Sportbund (HSB), neue Kurse zur Bewegungs- und Balanceförderung in der Wohnanlage erprobt und angeboten. Dazu das Qualitätsmanagement der Wohnanlage:

Auszug: Interne Auswertung

„Die Auswertung erbrachte eine sehr hohe Sturzrisikogefährdung unserer Bewohner im Betreuten Wohnen. Da unsere damaligen Bewegungsangebote nicht ausreichten, begann im Januar 2007 ein Yogakurs, der inzwischen sehr stark frequentiert wird. Wegen der großen Nachfrage kommt im September diesen Jahres ein zweiter Kurs dazu.“ (Zitat Qualitätsmanagement der Wohnanlage).

2. Wie geht es weiter, welche Projekte sollen folgen?

Der Arbeitskreis Sturzprävention entschied sich für eine nachhaltige, fortlaufende Projektarbeit, da wir ein bisher vernachlässigtes Themenfeld zur „Beackerung“ vorfanden. Das Instrument „Sturz-Risikocheck“ wurde in Folgeprojekten (Anders et al. 2006 und 2007) weiter entwickelt, getestet und auf weitere Einsatzmöglichkeiten vorbereitet. So wurde beispielsweise 2006-2007 eine Studie zur Validität (Aussagekraft) und Prognostizität (Vorhersagekraft) des Screenings in einer weiteren Wohnanlage in Hamburg durchgeführt. Außerdem intensivierte der Hamburger Sportbund die Fortbildung von Übungsleitenden in Sportvereinen zum Thema Sturzprävention und bot älteren Menschen Schnupperkurse an. Außerdem beteiligt sich seit 2007 als neues Mitglied der Fachbereich Bewegungswissenschaften der Universität Hamburg am Arbeitskreis.



### Ausgewählte Literatur zu Vertiefungsmodul 7:

Anders J, Dapp U, Laub S, von Renteln-Kruse W, Juhl K (2006): Einschätzung der Sturzgefährdung gebrechlicher, noch selbstständig lebender, älterer Menschen. Z Gerontol Geriat 2006; 39:269-267.

Anders J, Dapp U, Laub S, von Renteln-Kruse W (2007): Einfluss von Sturzgefährdung und Sturzangst auf die Mobilität selbstständig lebender, älterer Menschen am Übergang zur Gebrechlichkeit: Screeningergebnisse zur kommunalen Sturzprävention. Z Gerontol Geriat 2007; 40:225-267.

Becker C, Lindemann U, Kapfer E, Eichner B, Hausner M, Nikolaus T (2001): Mobilität und Mobilitätsstörungen von Heimbewohnern. „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“ Dritter Bericht des Ulmer Modellvorhabens. Als Download verfügbar unter: <http://www.kda.de/bma-modellprogramm/ulm/bericht3.pdf> (Stand 21.04.2007).

McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K (2005): Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1.

Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, Shanks L (2003): Evidence-Based Guidelines for the Secondary Prevention of Falls in Older Adults. Gerontology 2003, 49: 93-116.



### Anhänge zu Vertiefungsmodul 7: Früherkennung von Sturzrisikofaktoren im Betreuten Wohnen

A: Teilnahmebestätigung\_Multiplikatorenfortbildung.pdf

B: Projektverlauf\_in\_Bewohnerzeitschrift.pdf

C: Musterbeispiel\_Rückmeldung\_Teilnehmer.pdf

D: Beispiel\_Anlage\_Rückmeldung\_Balanceübungen.pdf

E: Fragenkatalog\_Bewegungsangebote\_Wohnanlage.pdf

