



Planungshilfe für die Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren in NRW.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Planungshilfe für die Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren in NRW.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autoren

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Jutta Genz, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Mitglieder und Akteure der Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“

Bearbeitung

Svenja Budde, LZG.NRW

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

Titelbild: © by_RainerSturm/pixelio.de

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bielefeld, März 2016

ISBN 978-3-88139-202-0

Vorwort

Der Prävention von Stürzen und Sturzfolgen, wie Angst vor Stürzen und sturzbedingten Verletzungen, kommt eine hohe Bedeutung zu – was die Vermeidung von persönlichem Leid und die Belastung für die Allgemeinheit angeht. Zudem dient sie der Förderung von Mobilität und Selbstständigkeit, und somit der Verbesserung der Lebensqualität. Die auf dem Landespräventionskonzept fußende Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ möchte dazu beitragen, schwere Verletzungen wie Hüftfrakturen (Oberschenkelhalsbrüche) zu verhindern, aber auch dafür zu sorgen, dass die Angst, erneut zu stürzen, nicht den Alltag beherrscht.

Da sturzbedingte Verletzungen wie Hüftfrakturen häufig schwere Folgen haben und Grund für Heimeinweisungen sind, bilden Personen, die in Alten- und Pflegeheimen untergebracht und besonders von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen bedroht sind, eine bedeutende Zielgruppe für die Sturzprävention. Aber auch und besonders die in der Gemeinde lebenden Seniorinnen und Senioren sind wichtige Adressaten für die Anwendung von Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Beeinträchtigungen.

Die vorliegende Planungshilfe hat daher diese Zielgruppe sowie relevante kommunale Entscheidungsträger und potentielle Akteurinnen und Akteure der Sturzprävention im kommunalen Kontext im Fokus. Zu Letzteren gehören zum Beispiel: Mitglieder der Gesundheitsfachberufe als Akteurinnen und Akteure in sturzpräventiven Programmen, Ärztinnen und Ärzte als Kommunikatorinnen und Kommunikatoren, Fachkräfte der Gesundheitsversorgung als Koordinatorinnen und Koordinatoren, Seniorenbegegnungsstätten als potentielle Settings für sturzpräventive Maßnahmen.

Ähnlich wie in der evidenzbasierten Medizin (in der Krankheitsbehandlung) sollten auch in der Prävention vorliegende Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen, ihrer Zielerreichung und Umsetzbarkeit berücksichtigt werden. Die Planungshilfe beschreibt zunächst den Stand der Forschung und die wissenschaftliche Diskussion im Bereich der Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen. Anschließend geht es um die Empfehlungen zur Umsetzung von sturzpräventiven Maßnahmen. Es folgen Rahmenbedingungen, Settings und Akteure in NRW, in und mit denen sturzpräventive Maßnahmen entwickelt und durchgeführt

werden (können), sowie beispielhafte Projekte und Programme. Ziel der Planungshilfe ist es zum einen, das Bewusstsein für die wissenschaftliche Fundierung von präventiven Maßnahmen zu erhöhen. Zum anderen soll sie dazu dienen, Akteurinnen und Akteure im Bereich der Sturzprävention zu vernetzen.

Die vorliegende Planungshilfe spiegelt den aktuellen Diskussions- und Wissenstand wider. Sobald neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, soll eine Aktualisierung erfolgen.

Bei Fragen zur Planungshilfe oder wenn Sie Rückmeldung geben möchten, melden Sie sich gern bei uns.

Wir danken Frau Univ.-Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Centre for Health and Society), Jutta Genz von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und einzelnen Akteurinnen sowie Akteuren der Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ für die Erstellung der Texte zu diesem Leitfaden.

Inhalt

Vorwort	5
1. Einführung	9
1.1 Die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“	9
1.2 Stürze und Sturzfolgen bei älteren Menschen – Daten und Fakten	10
1.3 Sturzprävention für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren – Definition des Begriffs	11
1.4 Zielstellung der Planungshilfe	12
2. Stand der Forschung	13
2.1 Ansätze der Sturzprävention	13
2.1.1 Einzelinterventionen	13
2.1.2 Kommunale Interventionen und Maßnahmen	15
2.2 Wirksamkeit sturzpräventiver Maßnahmen	17
2.2.1 Übersichtsarbeiten zur Evaluation	17
2.2.2 Einzelinterventionen - Cochrane Review und HTA-Bericht	18
2.2.3 Kommunale Programme – Review McClure	18
2.2.4 Zusammenfassung: Stand der Forschung	19
3 Empfehlungen zur Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen	
3.1 Vorliegende Empfehlungen	21
3.1.1 Empfehlungen zur Umsetzung von Bewegungsmaßnahmen	21
3.1.2 Empfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen der Wohnraumgestaltung	23
3.1.3 Empfehlungen zur Umsetzung von kommunalen Programmen	29
3.2 Rahmenbedingungen in NRW	29
3.2.1 Träger, Settings und Akteure – ein praktischer Einstieg in das Handlungsfeld Sturzprävention	30
3.2.2 Sturzprävention als Thema im weiteren Umfeld	33
3.2.3 Evaluation auf Populationsebene	34
3.3 Beispielhafte Projekte	34
3.3.1 Bewegungsprogramme	35
3.3.2 Wohnraumberatung	35
3.3.3 Kommunale Programme	35
3.4 Antrag und Checkliste zur Aufnahme von Projekten in das „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen“ sowie Überprüfung eigener Vorhaben	36
4. Anhänge	41
4.1 Ausgewählte Projekte und Maßnahmen der Sturzprävention	41
4.2 Glossar	45
5. Literatur	47

1. Einführung

Dieses Kapitel dient als Einstieg in die Thematik „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“. Es folgt eine kurze Beschreibung des Hintergrunds der Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren in Nordrhein-Westfalen“. Darüber hinaus werden die wesentlichen Daten und Fakten zur Sturzhäufigkeit, Sturzrisiken und –folgen sowie zur älteren Bevölkerung Nordrhein-Westfalens beschrieben.

1.1 Die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“

In Anlehnung an die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) befasst sich die Gesundheitspolitik des Landes Nordrhein-Westfalen seit Jahren damit, unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten zu bündeln und umzusetzen. Gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens werden prioritäre Themenfelder und Handlungsstrategien vereinbart.

Durch das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen „Eine Investition in Lebensqualität“, das im Jahr 2005 durch die Entschließung der 14. Landesgesundheitskonferenz verabschiedet wurde, sollen Schwerpunkte durch aktuell fünf Landesinitiativen gesetzt werden. Informationen dazu finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW im Themenfeld „Gesundheit schützen und fördern“ mit den Stichworten „Präventionskonzept 2009“. Die Maßnahmen der Landesinitiativen werden jeweils durch ein Lenkungsgremium, dessen Mitglieder durch die Landesgesundheitskonferenz bestimmt werden, begleitet. Das Lenkungsgremium präzisiert die Präventionsziele, erarbeitet konkrete Handlungsschwerpunkte und legt seine Beratungsergebnisse der Landesgesundheitskonferenz zur Verabschiedung vor.

Eines dieser Themen ist die „Prävention von Sturz und sturzbedingten Beeinträchtigungen bei Seniorinnen und Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität“. Ein Ziel ist es, dass Hüftfrakturen bei Seniorinnen und Senioren in Nordrhein-Westfalen um 10 bis 20 % zurückgehen sollen (Evaluation auf Basis von Daten der Krankenhausdiagnosestatistik).

In der internationalen Literatur werden sturzbedingte Beeinträchtigungen als „harm“ bezeichnet. Dabei wird berücksichtigt, dass neben Verletzungen Sturzangst eine relevante Sturzfolge sein kann. Außerdem wird in der internationalen Literatur nicht von ambulanter Sturzprävention gesprochen, sondern von Maßnahmen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren.

Nachdem in der ersten Arbeitsphase der Landesinitiative die Sturzprävention in Einrichtungen der stationären Altenpflege Schwerpunkt war, sollen nun in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren fokussiert werden.

Die Lenkungsgruppe der Landesinitiative hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, die vorliegende Planungshilfe als konsentierete Handlungsgrundlage für Maßnahmen und Projekte der ambulanten Sturzprävention zu erarbeiten.

1.2 Stürze und Sturzfolgen bei älteren Menschen – Daten und Fakten

Ältere und betagte Menschen in NRW

Ende 2011 lebten in Nordrhein-Westfalen 4.662.723 Bürgerinnen und Bürger im Alter von mindestens 60 Jahren, 964.249 Bürgerinnen und Bürger im Alter von 80 und mehr Jahren. Von Letzteren wurden Ende 2011 111.685 (11 %) in vollstationären Einrichtungen der Pflege betreut (Statistisches Bundesamt 2013). Die anderen Personen dieser Altersgruppe lebten in der Gemeinde, waren also potentielle Zielgruppe sturzpräventiver Maßnahmen. Verlässliche Zahlen über den Anteil von Personen, die ein erhöhtes Sturzrisiko haben, fehlen. 77.106 der mindestens 80 Jahre alten Menschen wurden Ende 2011 ambulant gepflegt (Statistisches Bundesamt 2013).

Häufigkeit von Stürzen und sturzbedingten Beeinträchtigungen

Exakte Zahlen zur Häufigkeit von Stürzen fehlen, da es schwierig ist, dieses Ereignis ausreichend verlässlich zu erheben. Es wird geschätzt, dass unter den älteren Personen etwa 30 % mindestens einmal pro Jahr stürzen. Dabei sind Frauen, auch in gleichen Altersgruppen, häufiger betroffen als Männer. Die genauen Gründe sind nicht geklärt.

Nach einem Sturz ist neben Verletzungen auch die Angst zu stürzen eine relevante Sturzfolge. Sie kann zur Reduktion der Mobilität mit Folgen für die Beweglichkeit, aber auch zu Einschränkungen des sozialen Lebens führen. Eine Übersichtsarbeit gibt an, dass mindestens 50 % der Seniorinnen und Senioren mit Sturzerfahrung oder gar Hüftfrakturen an Sturzangst leiden (Visschedijk 2010).

Laut internationalen Studien verursachen etwa 20 % der Stürze behandlungsbedürftige Verletzungen und 1 % der Stürze führen zu Knochenbrüchen wie Hüftfrakturen (proximale Femurfrakturen, „Schenkelhalsfrakturen“). Nach Daten der Krankenhausdiagnosestatistik waren in Deutschland im Jahr 2010 rund 128.000 Personen von mindestens einer Hüftfraktur betroffen, von denen über 90 % über 60 Jahre alt waren (Icks 2013). In Nordrhein-Westfalen erlitten im Jahr 2004 rund 25.000 Personen mindestens eine Hüftfraktur. Jenseits der 60 sind Frauen deutlich häufiger von Hüftfrakturen betroffen als Männer.

Unter Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur – mit dem heute höheren Anteil älterer Menschen – blieb das Risiko für eine Hüftfraktur zwischen 1995 und 2010 insgesamt konstant.

Bei älteren Frauen zeigte sich eine Tendenz zur Reduktion des Risikos, bei älteren Männern eine Tendenz zur Steigerung (Icks 2013).

Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen

Als potentielle Risikofaktoren für Stürze werden in der Literatur eine Vielzahl von Bedingungen diskutiert. Eine systematische Übersichtsarbeit nennt folgende belastbare Einflussfaktoren:

- vorausgegangene Stürze und Beeinträchtigung von Gang und Gleichgewicht,
- potentiell Probleme beim Aufstehen von einem Stuhl,
- vermehrte Bettlägerigkeit in den letzten vier Wochen,
- Einnahme von mehr als drei Medikamenten oder von Psychopharmaka, Schlaf- und Beruhigungsmitteln
- sowie die ärztliche Diagnose „Demenz“ (Ganz 2007).

Folgen von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

Die individuellen wie auch die gesellschaftlichen Folgen von Stürzen und Hüftfrakturen sind erheblich. Eine zentrale Folge ist die Angst, erneut zu stürzen, die das Selbstvertrauen und das Handeln im Alltag dauerhaft beeinträchtigen kann. Gut untersucht sind die Folgen von Hüftfrakturen. Nach internationalen Studien sterben bis zu einem Drittel der Menschen im hohen Alter, die wegen einer Hüftfraktur stationär behandelt werden müssen, innerhalb eines Jahres. Dabei ist nach internationalen Studien die Sterblichkeit bei Männern höher als bei Frauen (höhere Komorbidität bei Männern mit Hüftfraktur-Ereignis). Bei Betrachtung der Überlebenden unterscheiden sich Komplikationen und funktionelle Kompetenzen zwischen Frauen und Männern eher nicht, teils werden ungünstigere Verläufe bei Frauen beschrieben (zum Beispiel Hawkes 2006).

Rund 50 % der Patientinnen und Patienten erlangen nach einer Hüftfraktur ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück, und etwa 20 % werden ständig pflegebedürftig (Pientka 1999, Ohmann 2005).

Die Hüftfraktur ist eine der häufigsten Ursachen für eine Heimaufnahme. Es wird geschätzt, dass in Deutschland durch Hüftfrakturen direkte Kosten von 2,77 Milliarden Euro pro Jahr entstehen, wobei indirekte Kosten, zum Beispiel durch Arbeitsunfähigkeit oder Ausfall von ehrenamtlicher Tätigkeit, nicht mit eingerechnet sind (Weyler 2007).

1.3 Sturzprävention für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren – Definition des Begriffs

International ist es üblich, Sturzpräventionsmaßnahmen zu differenzieren. Unterschieden wird dabei zwischen Maßnahmen, die sich an Seniorinnen und Senioren in der Gemeinde richten und Maßnahmen in Institutionen, die einen gesundheitsbezogenen, rehabilitativen oder pflegenden Service anbieten. Letztere werden in der Regel unterteilt in den „akuten Bereich“ – also Klinik – und den Bereich der „long time care“, in dem Sinne der stationären Pflege. In der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren leben zu Hause oder in Wohnheimen. Als Seniorinnen und Senioren gelten in der Regel Personen, die 60 Jahre und älter sind.

In der Regel werden sturzpräventive Maßnahmen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren „ambulant“ angeboten. Es kann jedoch durchaus sein, dass der Ort, an dem diese Maßnahmen angesiedelt sind, ein „stationärer“ ist – zum Beispiel die im Altenheim lokalisierte Seniorenbegegnungsstätte.

1.4 Zielstellung der Planungshilfe

Handlungsrahmen

Im Mittelpunkt steht die Sturzprävention für in der Gemeinde lebende ältere und alte Menschen mit einem erhöhten Sturzrisiko.

Zielstellung

Die Planungshilfe soll

- den Stand der Forschung und die wissenschaftliche Diskussion zur Sturzprävention für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren beschreiben sowie
- Optionen für die Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen benennen. Zu diesem Zweck werden vorliegende Empfehlungen vorgestellt, Rahmenbedingungen, Settings und Akteure in NRW aufgezeigt sowie Projekte zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen beziehungsweise Sturzfolgen vorgestellt.

Auch für Gesundheitsförderung und Prävention sollten vorliegende Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen, ihrer Zielerreichung und Umsetzbarkeit berücksichtigt werden. Dazu sind Kenntnisse der wissenschaftlichen Diskussion erforderlich. Ziel der Planungshilfe ist es deshalb auch, das Bewusstsein für die wissenschaftliche Fundierung von präventiven Maßnahmen und die kritische Reflexion zu erhöhen.

Zudem soll die Planungshilfe konkrete Hilfestellung für die Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen geben, indem geeignete Settings und Akteure benannt und bereits laufende sturzpräventive Maßnahmen beispielhaft beschrieben werden. Letztlich soll sie dazu beitragen, Akteurinnen und Akteure im Bereich der Sturzprävention zu vernetzen, den Austausch zu fördern, Maßnahmen abzustimmen und somit Synergien zu schaffen und zu nutzen.

Zielgruppe

Die Planungshilfe wendet sich an

- potentielle Akteurinnen und Akteure der Sturzprävention im kommunalen Kontext und
- relevante kommunale Entscheidungsträger.

Die angesprochene Zielgruppe reicht von Mitgliedern der Gesundheitsfachberufe als Akteurinnen und Akteure in sturzpräventiven Programmen über Ärztinnen und Ärzte als Kommunikatoren, Fachkräfte der Gesundheitsversorgung als Koordinatoren, Seniorenbegegnungsstätten als potentielle Settings für sturzpräventive Maßnahmen bis zu Entscheidungsträgern der kommunalen Politik.

2. Stand der Forschung

Zum Stand der Forschung werden folgende Fragen angesprochen:

- Welche Maßnahmen der Sturzprävention wurden in Studien untersucht?
- Wie ist die Wirksamkeit dieser Maßnahmen?

2.1 Ansätze der Sturzprävention

In der Literatur wird zwischen verschiedenen Ansätzen der Sturzprophylaxe unterschieden:

- Einzelinterventionen, die individuell an der einzelnen Patientin oder dem einzelnen Patienten ansetzen,
- populationsbasierte Interventionen: Kommunale Programme, die verschiedene Interventionen auf verschiedenen Ebenen beinhalten und auch umgebungsbezogene Maßnahmen (zum Beispiel Gehwegveränderungen, mediale Kampagnen) einbeziehen.

2.1.1 Einzelinterventionen

Einzelinterventionen lassen sich unterteilen in:

- singuläre Einzelinterventionen: zum Beispiel Bewegungstraining, Überprüfung der Medikation,
- Kombination von Einzelinterventionen: sogenannte multimodale Interventionen, zum Beispiel Bewegungstraining und Medikationsprüfung,
- multifaktorielle Interventionen: Hierunter wird verstanden, dass bei Seniorinnen und Senioren individuell Sturzrisikofaktoren erhoben werden und darauf basierend individuell angepasste Maßnahmen erfolgen.

Interventionen, die einzelne Maßnahmen fokussieren und in Wirksamkeitsstudien untersucht wurden, umfassen:

- Bewegungsübungen,
- Medikation (Supplementierung mit Vitamin D oder Analoga),
- andere Interventionen, die die Medikation adressierten (Erhebung und gegebenenfalls Anpassung der Medikation, Reduktion von Psychopharmaka),
- chirurgische Interventionen (Herzschrittmacher und Katarakt-Operation),
- Ernährungstherapie,
- psychologische Interventionen,
- Verbesserung der Sicherheit in der häuslichen Umgebung,
- Erhebung der Sehfähigkeit und gegebenenfalls Anpassung,
- Tragen von speziellem Schuhwerk sowie Schulungsmaßnahmen.

In dieser Planungshilfe werden Maßnahmen, die primär ärztliches Handeln betreffen (Medikation und deren Anpassung, chirurgische Interventionen) nicht betrachtet, weil diese bereits in ärztlichen Leitlinien behandelt werden.

Bewegungsübungen

Im Rahmen der Sturzprophylaxe werden Programme mit kombinierten Bewegungsübungen durchgeführt. Diese Programme beinhalten Übungen zur Schulung der Balance und zur Kräftigung der Muskulatur mit einfachen Geräten (unter anderem mit Gewichten). Sie werden individuell oder in Gruppen angeboten. Die Übungen wurden in Studien durch ausgebildete Übungsleiterinnen und Übungsleiter beziehungsweise Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten vermittelt. Nach Erlernen der Übungen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sie auch für sich allein durchführen (Gillespie 2012).

Auch Tai-Chi wurde im Rahmen der Sturzprävention untersucht. Beim Tai-Chi werden Bewegungsabfolgen, in der Regel in Gruppen, eingeübt. Diese Art von Gymnastik hat zum Ziel, die Muskulatur zu entspannen, die Beweglichkeit der Gelenke und die Körperhaltung zu verbessern. Ursprünglich war Tai-Chi eine Kampfkunst zur Selbstverteidigung. Heute steht die allgemeine Bewegungslehre im Vordergrund. In den vorliegenden Studien wurde das Training von erfahrenen Tai-Chi-Lehrkräften geleitet (Gillespie 2012).

Verbesserung der Sicherheit in der Wohnung

Zu diesen Maßnahmen zählen Veränderungen in der Wohnung, beispielsweise:

- die Verbesserung der Beleuchtung,
- das Anbringen von rutschfesten Matten,
- von Handläufen an den Treppen
- und von Haltegriffen im Bad.

Aber auch eine Anleitung für ein sicheres Verhalten in der Wohnung gehört dazu, auch zum Beispiel das Tragen von rutschhemmenden Socken und Schuhen oder die Verwendung von Gehhilfen. Programme rund um die Sicherheit wurden in Studien in der Regel von unterschiedlichen Professionen wie Ärzteschaft, Krankenschwestern beziehungsweise Krankenpflegern, Ergo- und Physiotherapeutinnen sowie -therapeuten geleitet (Gillespie 2012).

Ernährungstherapie

Bei gebrechlichen Seniorinnen und Senioren wurde die Ernährungstherapie eingesetzt. Diese bestand in den drei vorliegenden Studien aus der Gabe von hochkalorischen diätetischen

Supplementen (flüssige, zusätzlich zur normalen Nahrung angebotene Ergänzungsnahrung, „Astronautenkost“) an gebrechliche Seniorinnen und Senioren (Gillespie 2012).

Psychologische Intervention

Angeboten und untersucht im Rahmen der Sturzprophylaxe wurden zwei Interventionen bestehend aus kognitiver Verhaltenstherapie mit Entspannungstraining und Unterweisung bezüglich Gesundheit und Sicherheit. Die beiden Studien umfassten folgende Maßnahmen: In einer Studie erfolgte die kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen von 8 bis 12 Personen. Hierbei wurde vermittelt, dass Sturzrisiko und Sturzangst kontrollierbar sind. In der zweiten Studie erfolgte die kognitive Verhaltenstherapie in Form von Entspannungstraining, Training zur Verbesserung der Reaktionsgeschwindigkeit und Unterweisung in Gesundheit und Sicherheit (Gillespie 2012).

Spezielles Schuhwerk

Eine Studie untersuchte die Effekte der Anwendung von speziellen Schuhschneeketten auf das Sturzrisiko bei Außenaktivitäten unter winterlichen Bodenbedingungen. Es handelte sich dabei um die sogenannten „Yaktrax walker“, bei denen ein Drahtnetz mit kleinen Drahtrollen über das übliche Schuhwerk gezogen wird, um den Grip unter winterlichen Bedingungen zu erhöhen. Die Tragezeit der Schuhschneeketten betrug 3 Monate, also über den ganzen Winter (Gillespie 2012).

2.1.2 Kommunale Interventionen und Maßnahmen

Die in Studien (McClure 2005) überprüften populationsbasierten Interventionen erfolgten in der Regel im Rahmen größerer kommunaler Gesundheitsförderungsprogramme („WHO Safe Community“-Prozess). Verschiedene Initiativen wurden auf unterschiedlichen Ebenen implementiert, wie:

- Multimedialkampagnen mit Informationen zur Sturzprävention,
- Schulungen von Professionellen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- aktives Aufsuchen der Risikopopulation, zum Beispiel durch Hausbesuche, mit Identifikation von individuellen Sturzrisikofaktoren und der Initiierung entsprechender Präventionsmaßnahmen,
- kommunale Bewegungsangebote und umgebungsbezogene Maßnahmen, wie Gehwegsanierung und öffentliche Beleuchtung.

Zum „WHO Safe Community“-Prozess gehören 6 Punkte:

1. Eine Infrastruktur, die auf Partnerschaft und Zusammenarbeit basiert, geleitet durch eine Querschnitts-Gruppe, welche verantwortlich für die Förderung der Sicherheit in ihrer Gemeinde ist.
2. Langfristige nachhaltige Programme für Frauen und Männer - unabhängig von Alter, Umfeld und Lebenssituation.
3. Programme, die auf Hochrisiko-Gruppen und -Umgebungen abzielen, und Programme, die die Sicherheit von gefährdeten Gruppen fördern.
4. Programme, die Häufigkeit und Ursachen von Verletzungen dokumentieren.
5. Evaluationsmaßnahmen, um Programme, Prozesse und die Auswirkungen des Wandels zu bewerten.

6. Laufende Teilnahme an nationalen und internationalen „Safe Communities“-Netzwerken (SCFNZ 2015).

In den Kommunen, die in den Studien untersucht wurden, fanden folgende Maßnahmen statt (jeder Spiegelstrich entspricht einer Studie und dem entsprechenden Maßnahmenbündel) (McClure 2005):

- Information der Bevölkerung über Broschüren, Poster und Lebensmittelverpackungen sowie über das Fernsehen und Radio.
Von der Kommune initiierte Multiplikatorenschulungen.
- Reduktion häuslicher Risiken.
Einbeziehen lokaler Kliniker und Angehöriger anderer Gesundheitsberufe.
- Angebot von Tai-Chi-Übungen und Aufklärung der Bevölkerung über Sturzprävention mittels Postern und Broschüren.
- Informationen der Bevölkerung zur Vermeidung von Verletzungen beziehungsweise zur Erhöhung der Sicherheit (wie zum Beispiel bezüglich der Wichtigkeit von entsprechendem Schuhwerk im Winter). Die Informationsvermittlung erfolgte über Medien wie Gemeinde-Displays und Broschüren und Hausbesuche.
Darüber hinaus fand eine Anpassung der Umgebung durch Straßen- und Gehwegsanierung sowie die Beleuchtung von öffentlichen Plätzen statt.
- Verteilung von Broschüren über Sturzrisikofaktoren mittels E-Mails und
- Informationsgesprächen in ortsansässigen Clubs und Zentren.
- Hausbesuche einer Krankenschwester für die 70-74 Jahre alten Teilnehmenden sowie Hausbesuche durch eine Hausärztin/einen Hausarzt für die 75-79 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Das Ziel war die Information über Sturzrisiken und gegebenenfalls deren Beseitigung.
- Information der Bevölkerung zum Beispiel durch eine Ausstellung über Sicherheitsausrüstung, Videos über Risiken im Wohnumfeld oder Anzeigen über Sicherheit in
- der Gemeinde.
- Schulung von Beschäftigten im Gesundheitswesen der Region:
- Anpassung der physischen Umgebung.
- Lokale Medienberichterstattung über das Programm.
- Pädagogische Gespräche.
- Hausbesuche für Hochrisikopatientinnen und Hochrisikopatienten durch Professionelle des Gesundheitswesens.
- Bewerbung von sicherem Schuhwerk, physischer Aktivität und Beseitigung von Gefahren im Wohnumfeld.
- Einbeziehen von lokalen Agenturen der Gemeinschaft und Dienstleistern.
- Freiwillige ältere Bewohnerinnen und Bewohner der Kommune fungierten als Wissensvermittlerinnen und Wissensvermittler der professionell erarbeiteten Sturzpräventionsprogramme. Sie ermutigten zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen bezüglich sicherem Schuhwerk, der Gestaltung einer sicheren Umgebung, der Überprüfung der Medikamente und der öffentlichen Sicherheit.
Verantwortliche Professionelle der Gesundheitsförderung entwickelten und begleiteten Interventionen, die die physische Aktivität fördern sollten. Im Einzelnen waren dies: Expositionen zur physischen Aktivität, Training für freiwillige Fitness-Anleiterinnen und -Anleiter, eine Mul-

timediakampagne, eine Studie zu Überweisungen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie ein Anleitertraining für Professionelle).

Einige der ausrichtenden Kommunen nahmen am „WHO Safe Community“-Prozess teil.

2.2 Wirksamkeit sturzpräventiver Maßnahmen

Wie sieht es nun mit der Wirksamkeit oben beschriebener sturzpräventiver Maßnahmen aus? Darauf wird im Folgenden näher eingegangen. Es erfolgt zunächst ein kurzer Überblick über die systematischen Übersichtsarbeiten, dann eine Beschreibung der Wirksamkeit von Einzelinterventionen und kommunalen Maßnahmen sowie abschließend eine zusammenfassende Darstellung des Forschungsstands.

2.2.1 Übersichtsarbeiten zur Evaluation

Zusammenfassende Bewertungen der Wirksamkeitsstudien zu sturzpräventiven Maßnahmen finden sich im Wesentlichen in drei systematischen Übersichtsarbeiten:

- Der Cochrane-Review von Gillespie zu Einzelinterventionen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren bezog 159 randomisiert-kontrollierte Studien ein und fasste Studien mit vergleichbarer Intervention in einer Meta-Analyse zusammen (Gillespie 2012). Das bedeutet, sie wurden wie eine große Studie ausgewertet. Dieses Verfahren wird in der wissenschaftlichen Bewertung häufig durchgeführt, um die Fallzahlen zu erhöhen. Auf diese Weise können sicherere Aussagen gewonnen werden, da einzelne Studien oft zu klein sind, um sichere statistisch signifikante Ergebnisse zu finden.
- In dem Cochrane-Review wurden die Ergebnisse der sturzpräventiven Maßnahmen im Hinblick auf Veränderungen der Zahl von Stürzen (rate of falls) sowie der Zahl von Personen, die mindestens einen Sturz erlitten („Stürzer“, risk of falls) dargelegt. Teilweise wurde auch über sturzbedingte Verletzungen berichtet.
- Ein Health Technology Assessment-Bericht (HTA-Bericht) des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bezog 184 Studien ein, sowohl solche zu sturzpräventiven Maßnahmen für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren als auch für solche im Heimbereich (Balzer 2012). Darunter befassten sich 30 Studien mit in der Gemeinde lebenden Seniorinnen und Senioren. Im Gegensatz zum Cochrane-Review wurde keine Meta-Analyse durchgeführt, da die Studien als zu heterogen betrachtet wurden. Die Studien wurden ebenfalls nach vergleichbaren Interventionen sortiert, dann jedoch einzeln referiert.
- Eine zusammenfassende Beschreibung der Evaluation kommunaler Programme nahm der Review von McClure (2005) vor. Einbezogen wurden hier bevölkerungsbezogene Maßnahmen. Diese sind definiert als koordinierte, kommunen-weite, verschiedene Strategien beinhaltende Initiativen mit dem Ziel, sturzbedingte Verletzungen zu reduzieren. Zur Überprüfung wurden in der Regel Krankenhausregister herangezogen. Auch in Deutschland wird auf Basis von Krankenhausregisterdaten der Trend von Hüftfrakturen untersucht. Im Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen ist diese Evaluation formuliert.

2.2.2 Einzelinterventionen - Cochrane Review und HTA-Bericht

Im Cochrane Review wurden folgende singuläre Einzelinterventionen als wirksam beschrieben:

- die Kombination verschiedener Bewegungsübungen in der Gruppe,
- individuell verordnete, mehrere Bestandteile umfassende Bewegungsübungen zuhause,
- Tai-Chi (chinesische Bewegungsübungen),
- die Gestaltung einer sicheren Umgebung, um Unfallgefahren in der Wohnung auszuschalten, dies jedoch nur bei Personen mit stark eingeschränktem Sehvermögen.

Nach Prevention of Falls Network Europe (ProFaNE) werden Bewegungsübungen in 6 Kategorien unterteilt: Balancetraining, Krafttraining, Beweglichkeit/Flexibilität, Tai-Chi und ähnliches, generelle physische Aktivität sowie Ausdauer. Besonders wichtig für die Sturzprävention sind Training von Balance und Kraft; Tai-Chi beinhaltet beide Kategorien (Gillespie 2012).

Die meisten Studien, in denen eine Kombination von Einzelmaßnahmen untersucht wurde, beinhalteten auch die Kombination verschiedener Bewegungsübungen und zeigten eine signifikante Reduktion der Anzahl von Stürzern.

Multifaktorielle Interventionen konnten keine signifikante Reduktion der Zahl von Stürzern belegen (sie reduzierten lediglich die Anzahl von Stürzen).

Hinweis: Medikamentenanpassung durch einen spezifisch geschulten Hausarzt und Vitamin-D-Gabe bei Seniorinnen und Senioren mit Vitamin-D-Defizit waren ebenfalls wirksam, zählen jedoch zu den ärztlichen Maßnahmen und sind daher hier nicht berücksichtigt.

Der HTA-Bericht folgte aus einer systematischen Recherche:

- Positive Effekte von Trainingsangeboten sind für rüstige Seniorinnen und Senioren zu erwarten. Für eher gebrechliche Zielgruppen werden auch gegenteilige Effekte berichtet in dem Sinne, dass die Sturzhäufigkeit anstieg.
- Studien zu wohnraumbezogenen Maßnahmen geben Hinweise auf eine mögliche sturzprophylaktische Effektivität bei älteren Menschen mit vorbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen.
- Die Effektivität von, Nahrungsergänzungsmitteln, psychologischen Interventionen, speziellen Schuhschneeketten, Schulung von Umgebungspersonal, multiplen und multifaktoriellen Programmen sowie von Maßnahmen zum Ausgleich einer Sehschwäche bleibt unklar.

2.2.3 Kommunale Programme – Review McClure

Zu beachten ist, dass es sich bei den Studien um kontrollierte, jedoch nicht randomisiert-kontrollierte Studien handelt. Das bedeutet, dass Ergebnisse in den Kommunen, in denen sturzpräventive Programme eingerichtet wurden, mit Ergebnissen in Kommunen ohne solche Programme verglichen wurden. Die Kommunen wurden aber nicht zufällig ausgewählt und auf eine Programm- und eine Kontrollgruppe verteilt. Daher können sich Unterschiede in der Sturzhäufigkeit auch aufgrund anderer Faktoren als der sturzpräventiven Maßnahmen ergeben. Die Aussagekraft der wissenschaftlichen Studien ist daher weniger belastbar als in randomisiert-kontrollierten Studien. Dennoch schlussfolgert McClure angesichts der positiven Ergebnisse aller 6 Studien, dass populationsbasierte Interventionen erfolgreich sein können.

Randomisiert-kontrollierte Studien sind der Goldstandard. Solche Studien gibt es zur Überprüfung kommunaler Programme zur Sturzprävention nicht. Die vorliegenden Studien entsprechen daher der besten verfügbaren Evidenz.

2.2.4 Zusammenfassung: Stand der Forschung

Zur Sturzprophylaxe gibt es eine Reihe guter Ansätze. Aufgrund des heterogenen Studienmaterials lassen sich übergreifende Aussagen und somit klare Handlungsempfehlungen zur Sturzprophylaxe anhand wissenschaftlicher Kriterien derzeit jedoch schwer aussprechen. Es gibt allerdings Hinweise, dass das Training motorischer Funktionen das Sturzrisiko zu senken scheint. Zudem scheinen wohnraumbezogene Maßnahmen zumindest bei Seniorinnen und Senioren mit stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen positive Effekte zu zeigen. Auch für die Wirksamkeit von kommunalen Programmen gibt es Hinweise.

Es besteht also weiterer Forschungsbedarf. Da jedoch auch aktuell Handlungsnotwendigkeit gesehen wird, haben einige Institutionen auf der Basis von Praxiserfahrungen Empfehlungen zur Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen ausgesprochen und Projekte initiiert.

Dabei sollte kritisch realisiert werden, dass die Evidenz noch immer unsicher ist, und Maßnahmen kontinuierlich an den Stand der Forschung angepasst werden müssen.

3. Empfehlungen zur Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen

Welche Empfehlungen können angesichts der aktuellen Diskussion zur Evidenz überhaupt gegeben werden? Auf diese Frage wird im Folgenden näher eingegangen. Es werden (1.) vorliegende Empfehlungen benannt, (2.) Rahmenbedingungen, Settings und Akteure in NRW diskutiert, die für sturzpräventive Maßnahmen potentiell relevant sind, und (3.) beispielhafte sturzpräventive Projekte vorgestellt. Basierend auf den Ergebnissen der Wirksamkeitsstudien stehen nachfolgend vor allem Bewegungsübungen und wohnraumbezogene Maßnahmen sowie kommunale Programme im Fokus.

3.1 Vorliegende Empfehlungen

Im Folgenden werden existierende Empfehlungen näher beleuchtet. Es wird genauer auf Empfehlungen für Maßnahmen im Allgemeinen, für die Zielgruppe ältere Menschen aber auch für potentielle Akteurinnen und Akteure eingegangen. Außerdem werden gezielt einzelne Maßnahmen, wie Bewegungsmaßnahmen, Wohnraumgestaltung und kommunale Programme, und deren Empfehlungen betrachtet.

3.1.1 Empfehlungen zur Umsetzung von Bewegungsmaßnahmen

Die Bundesinitiative Sturzprävention (BIS) hat 2010 ein Empfehlungspapier für die Einrichtung und Förderung von Bewegungsmaßnahmen zur Sturzprävention für in der Gemeinde lebende Seniorinnen und Senioren herausgegeben. Dabei sollten die Maßnahmen definierten Qualitätsansprüchen genügen und flächendeckend umsetzbar sein (BIS 2009). Insbesondere liegen den Empfehlungen der bereits beschriebene Review von Gillespie (in Fassung 2009) sowie ein Review von Sherrington (2008) zugrunde.

Die Bundesinitiative Sturzprävention ist ein Zusammenschluss von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Sturzprävention, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen sowie von Sport- und Wohlfahrtsverbänden. Alle beteiligten Verbände oder Einzelpersonen verfügen über vielfältige wissenschaftliche Kenntnisse oder über praktische Erfahrungen in der Umsetzung von Sturzpräventionsmaßnahmen für ältere Menschen am Wohnort. Gemeinsames Ziel der Beteiligten ist es, die Umsetzung von ambulanten Sturzpräventionsgruppen zu fördern (vgl. BIS 2009).

Bewegungsmaßnahmen

Kernelement ist das regelmäßige, progressive, körperliche Training. Im Mittelpunkt steht das Balancetraining mit zunehmender Schwierigkeit. Für muskulär geschwächte Teilnehmerinnen und Teilnehmer soll ein Muskelaufbautraining ergänzt werden. Auch Tai-Chi wird als geeignete Maßnahme empfohlen.

Die BIS empfiehlt vor Beginn des Programms ein motorisches Testverfahren einzusetzen. Dafür werden Tests beschrieben, in deren Durchführung die Kursleiterinnen und Kursleiter im Rahmen der nachfolgend dargestellten Fortbildungen geschult werden. Das anfängliche motorische Testverfahren dient zum einen der Einordnung der Seniorinnen und Senioren in die Zielgruppe (siehe unten), zum anderen als „Ausgangswert“ bei einer potentiellen Verlaufskontrolle.

Die BIS empfiehlt in der Regel Gruppenangebote. Als von großer Bedeutung wird herausgestellt, dass die Programme ausreichend häufig, progressiv und über längere Zeiträume, idealerweise als Dauerangebote eingerichtet werden. Falls die Einrichtung von Dauerangeboten nicht umsetzbar ist, sollte die Mindestdauer der Interventionen 3 Monate betragen, 6 Monate sind dabei anzustreben (Sherrington 2008). Sichergestellt werden muss dabei, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr als 1 Stunde, zumindest 2 Stunden pro Woche trainieren.

Zielgruppen

Die BIS-Empfehlung adressiert ältere Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko. Diese werden in zwei Zielgruppen unterteilt:

- Zielgruppe 1: Ältere Menschen mit moderatem Sturzrisiko.
- Zielgruppe 2: Ältere Menschen mit hohem Sturzrisiko.

Zur Identifizierung und Zuordnung empfiehlt die BIS einfache Testinstrumente, die die Sturzanamnese, die Geh- und Stehfähigkeit sowie die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit beurteilen. Solche Tests können zum Beispiel in der Hausarztpraxis im Rahmen des hausärztlich-geriatrischen Basis-Assessments (im Alter unter 70 unter der Bedingung, dass bestimmte Vorerkrankungen vorliegen) durchgeführt werden. Sie können aber auch im Rahmen von Angeboten von Bewegungsübungen zur Sturzprävention ausgeführt werden. Die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Testinstrumente sind im Empfehlungspapier der BIS beschrieben (BIS 2009).

Die sturzpräventiven Maßnahmen sind gegebenenfalls auch für Menschen mit Behinderungen, zum Beispiel bei Demenz, Parkinson oder nach einem Schlaganfall, geeignet. Vor allem diese Personen haben zum Teil ein verstärktes Risiko zu stürzen. Hier sind die bio-psychosozialen Aspekte in besonderem Maße zu berücksichtigen. Für ältere Menschen ohne erhöhtes Sturzrisiko sollten andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund stehen.

Welche Qualifikationen müssen potentielle Akteurinnen und Akteure vorweisen können?

Laut Empfehlung der BIS können Bewegungstrainerinnen und Bewegungstrainer aus unterschiedlichen Basis-Qualifikationen kommen – Übungsleiterinnen und Übungsleiter, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Fachkräfte des Sozialwesens. Denkbar sind aber auch Angehörige anderer Professionen, wenn sie über eine bewegungsorientierte Qualifikation verfügen. Sie sollten in jedem Fall eine zusätzliche spezifische Fortbildung absolviert haben. Diese umfasst eine zweistufige Fortbildung mit definierten Ausbildungsinhalten, die jeweils 25 Lerneinheiten umfasst. Stufe 1 befähigt zum Training von Seniorinnen und Senioren mit moderatem Sturzrisiko, Stufe 2 zum Training von Seniorinnen und Senioren mit stark erhöhtem Sturzrisiko.

Qualitätssicherung

Die BIS empfiehlt neben der Einrichtung von sturzpräventiven Maßnahmen nach definierten Standards auch die fortlaufende Prüfung, ob die Maßnahmen auf qualitativ ausreichendem Standard erfolgen. Zu diskutieren sind kontinuierliche Überprüfungen der Struktur-, der Prozess- sowie der Ergebnisqualität. Struktur- und Prozessqualität können durch Prüfung bei Einrichtung und Supervision geprüft werden. Die Frage ist, ob eine kontinuierliche externe Überprüfung der Ergebnisqualität, die belastbare Aussagen zulässt, zu leisten ist.

Detaillierte Informationen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind in dem Online-Leitfaden „Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention“ des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), nachzulesen auf der Webseite des LZG.NRW im Themenfeld „Gesundheit schützen und fördern“ mit den Stichworten „Qualitätsentwicklung“.

3.1.2 Empfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen der Wohnraumgestaltung

Die Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung NRW wurde 1999 in Dortmund gegründet und vereinigt über 90 Einrichtungen als Mitglieder und kooperierende Organisationen. Ziel ist es, die selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung und im gewohnten Umfeld zu verlängern. Erreicht werden soll die – präventive oder reaktive – optimale Anpassung der Wohnverhältnisse an die Bedürfnisse der jeweiligen Menschen. Folgende Empfehlungen für eine qualifizierte Wohnberatung werden formuliert:

Handlungsebenen der Wohnberatung

Die Beratung zur Wohnungsanpassung sollte neben der Beratung am Telefon, in der Beratungsstelle oder in anderen Einrichtungen auch Hausbesuche anbieten. Dabei geht es neben der Klärung der Situation und der persönlichen Rahmenbedingungen auch um die gemeinsame Hilfeplanung, die Begleitung sowie die Nachschau. Es erfolgt eine Beratung zum Einsatz von Hilfsmitteln, zu möglichen Ausstattungsveränderungen, baulichen Maßnahmen sowie zu möglichen Finanzierungsquellen und, sofern erforderlich, auch Hilfe bei der Antragstellung.

Zielgruppe sind neben Betroffenen auch Akteure, das heißt Fachleute und Institutionen, die im Gesundheits-, Alten-, und Behindertenbereich tätig sind, wie zum Beispiel aus Handwerk und Architektur, Wohnungsgesellschaften und Wohnungsgenossenschaften.

Auf der strukturellen Ebene steht das Anliegen, „Quartiere für alle“ zu schaffen – mit möglichst vielen barrierearmen Wohnungen im Bestand und barrierefreien Wohnungen im Neubau und einer entsprechenden Quartiersgestaltung für alle Menschen.

Anlaufstellen bei Fragen rund um die Wohnraumgestaltung in Nordrhein-Westfalen:

Unterstützung bei der Wohnraumgestaltung bieten verschiedene Anlaufstellen in NRW. Ein Beispiel ist die Landesarbeitsgemeinschaft Wohnraumberatung NRW (LAG Wohnberatung NRW) (www.wohnberatungsstellen.de/index.php (Abruf: 24.03.2014)). Die Wohnraumberatung befasst sich mit sämtlichen Fragen des Wohnens sowie mit den Themen „Außenbereich“, „Umfeld“, „Quartier“ und „Versorgung“. Neben verschiedenen Aspekten des Wohnraums, wie zum Beispiel Größe und Ausstattung der Wohnung, wird auch das Thema einer sicheren und stolperfreien Wohnung behandelt. Außerdem bietet diese Homepage eine Liste der verschiedenen Wohnberatungsstellen in NRW sowie nützliche Materialien, unter anderem die Checkliste zum Bedarf einer Wohnraumberatung.

Auch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) informiert auf seinen Seiten über das Aufgabenspektrum der Wohnberatung in NRW. Zusätzlich ermöglicht eine Suchfunktion das schnelle Auffinden einer geeigneten Wohnberatungsstelle in Wohnortnähe (www.mgepa.nrw.de/pflege/Ratgeber/wohn___pflegeberatung/Adressen_der_Wohnberatung/index.php (Abruf: 24.03.2014)).

Wo finde ich eine Wohnberatung in meiner Nähe?

Hier finden Sie alle Wohnberatungsstellen, die zum Projekt "Wohnberatung in NRW" gehören. Unter Ihrer Postleitzahl finden Sie schnell eine Wohnberatungsstelle in Ihrer Nähe. Rufen Sie dort an und Sie werden kompetent beraten.

Hinweis: Wir kontrollieren unsere Datenbank regelmäßig auf Aktualität und Richtigkeit. Sollten Sie jedoch einmal "an die falsche Adresse" geraten, bitten wir um Entschuldigung und eine kurze Mitteilung.

Auswahl des Ortes

Ort wählen

oder suchen Sie nach einer Postleitzahl

Abbildung: Screenshot der Suchmaske für die Wohnberatung (MGEPA NRW 2015)

Tipps für einen stolperfreien Wohnraum

Flur/Treppenhaus:

- Flur nicht verstellen,
- gute/ausreichende Beleuchtung (eventuell Bewegungsmelder anbringen),
- fest angebrachte Garderobe,
- Sitzmöglichkeit, auf der die Schuhe an- beziehungsweise ausgezogen werden können,

- Treppengeländer einrichten,
- Leuchtstreifen an Treppenabsätzen anbringen,
- Fahrstuhl und Rampen nutzen (falls vorhanden).

Küche:

- Arbeitsbereich gut beleuchten,
- rutschfester Bodenbelag.

Bad:

- Haltegriffe in der Dusche, der Badewanne und beim WC anbringen,
- rutschfester Bodenbelag sowie rutschfeste Matten in Dusche und/oder Badewanne (zum Beispiel mit Saugnäpfen),
- gegebenenfalls Bewegungsmelder anbringen,
- Duschsitz in Badewanne und Dusche,
- Wasserlachen auf dem Boden sofort wegwischen,
- nach außen öffnende und schließende Türen.

Wohnzimmer:

- keine hohen Teppiche auslegen,
- rutschfeste Unterlagen unter den Teppichen,
- freiliegende Kabel vermeiden (festmontierte Kabelkanäle anbringen),
- Sitzgarnitur in einer angemessenen Sitzhöhe.

Schlafzimmer:

- keine hohen Teppiche auslegen,
- rutschfeste Unterlagen unter den Teppichen,
- angemessene Betthöhe,
- Nachtlicht oder gegebenenfalls Bewegungsmelder anbringen.

Die hier beschriebenen Empfehlungen zur Wohnraumgestaltung sind modifiziert und unter anderem unter folgenden Quellen zu finden: ÄKNO 2012; Land Salzburg 2011.

Tipps für die kommunale Umgebungsgestaltung

Kommunen können mit baulichen und strukturellen Maßnahmen im öffentlichen Raum Barrieren abbauen und so Stürzen vorbeugen sowie die Teilhabe älterer Menschen fördern, zum Beispiel durch

- gut erhaltene Bürgersteige,
- gute Straßenbeleuchtung,
- ausreichend Parkbänke mit Armlehnen,
- kurze Wege für Einkäufe, Arztbesuche, zum Freizeitangebot sowie einen
- zuverlässigen Winterdienst, der die Gehwege und Straßen räumt und von Eis befreit (LZG. NRW 2012).

Checkliste zur sicheren Wohnumgebung

Für die Beratung zu Hause sowie zur Beurteilung einer stolperfreien Wohnung können verschiedene Informationsquellen hinzugezogen werden. Ein Beispiel ist hier die Checkliste „Haus und Wohnung unter der Lupe“ der LAG Wohnberatung NRW. In dieser Checkliste werden einige Aspekte zur sturz- und stolperfreien Wohnung thematisiert.

Haus und Wohnung unter der Lupe

aus NRW-Tipp „Sicher und bequem zu Hause Wohnen, Wohnberatung für ältere und behinderte Menschen“

Allgemeines	Ja	Nein
Hat Ihre Wohnung die richtige Größe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat die Wohnung Zentral- oder Etagenheizung und fließendes Wasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in der Wohnung sicher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Zimmer gut aufgeteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind alle Räume gut beleuchtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Wohnung ohne Probleme verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie ohne Schwierigkeiten in den Keller und zu den Mülltonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die Möglichkeit im Notfall schnell Hilfe zu holen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Hauseingang		
Ist der Zugang zu Ihrem Wohnhaus trittsicher und frei von Stolperfallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie die Haustür ohne Schwierigkeiten erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässt sich die Haustür leicht öffnen und schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Haustür überdacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Klingelschilder, Hausnummer und Eingangstür ausreichend beleuchtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie vor der Tür genug Platz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausflur und Treppenhaus		
Haben Sie im Hausflur genügend Platz, um zum Beispiel eine Gehhilfe abzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie den Briefkasten bequem erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Bodenbelag im Flur und auf den Treppen trittsicher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind der Flur und die Treppen hell genug beleuchtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennt die Treppenhausbeleuchtung lange genug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bietet Ihnen das Treppengeländer genügend Halt und Sicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie das Treppenhaus ohne Probleme benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Wohnungsflur	Ja	Nein
Ist die Wohnungstür breit genug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bietet Ihnen die Wohnungstür genügend Sicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Platz, um Mantel und Schuhe an- und auszuziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie die Garderobe bequem erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind genügend Abstellmöglichkeiten vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Flur frei von Stolperfallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Küche		
Haben Sie ausreichend Platz in der Küche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Küche frei von Stolperfallen oder störenden Möbelkanten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die Arbeitsflächen die richtige Höhe für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, im Sitzenzu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie alle Schränke gut erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reicht die Beleuchtung über den Arbeitsflächen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Arbeitsabläufe bequem für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad und WC		
Können Sie ohne Schwierigkeiten, zum Beispiel auch ohne Gehhilfe, ins Bad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Bad groß genug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Fußboden rutschfest, auch wenn er feucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Wanne sicher und bequem benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind für einen sicheren Ein- und Ausstieg Haltegriffe vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt in der Wanne eine rutschfeste Matte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie eine Dusche haben: Können Sie sie sicher und bequem benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt in der Dusche eine rutschfeste Matte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Benutzung des Waschbeckens bequem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie das Waschbecken gegebenenfalls auch im Sitzen benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hängt der Spiegel in der richtigen Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Ablage und Spiegelschrank gut zu erreichen?

Können Sie die Toilette sicher und bequem benutzen?

Das Wohnzimmer

Haben Sie genug Platz im Wohnzimmer?

Können Sie sich bewegen, ohne auf Stolperfallen oder Möbelkanten achten zu müssen?

Das Wohnzimmer

Ja Nein

Haben die Sitzmöbel die richtige Höhe?

Können Sie bequem Platz nehmen und wieder aufstehen?

Haben Sie genug Licht zum Lesen?

Das Schlafzimmer

Ist das Schlafzimmer groß genug?

Können Sie die Schränke bequem erreichen?

Hat Ihr Bett eine angenehme Höhe?

Ist Ihr Bett bequem genug?

Können Sie den Lichtschalter auch im Dunkeln erreichen?

Haben Sie neben dem Bett genug Abstellfläche?

Ist neben dem Bett Platz für Telefon und/oder Notruf?

Balkon, Terrasse und Garten

Sind Balkon, Terrasse und Garten bequem und sicher zu erreichen?

Sie haben alle Fragen mit „ja“ beantwortet?

Herzlichen Glückwunsch, Sie wohnen in einer geradezu idealen Wohnung.

Sie haben häufig „nein“ angekreuzt?

Dann sollten Sie aktiv werden und sich an eine Wohnberatungsstelle wenden.

Eine Liste der Wohnberatungsstellen in NRW finden Sie unter www.wohnberatungsstellen.de.

Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung NRW www.wohnberatungsstellen.de/mehr-hintergr.php?news_id=2 (Abruf: 24.03.2014)

Welche Kenntnisse und Qualifikationen sind in Wohnberatungsstellen notwendig?

Wohnberatung erfordert zum einen allgemeine sozialarbeiterische Kompetenzen und zum zweiten spezifische Kenntnisse der Wohnungsanpassung.

Zu den allgemeinen sozialarbeiterischen Kompetenzen zählen:

- Beratungskompetenz,
- rechtliches Wissen, insbesondere Sozialgesetzgebung, SGB V, SGB IX SGB XI und SGB XII,
- Landesbauordnung, Landesgleichstellungsgesetz und UN-Behindertenkonvention,
- Kenntnisse über Antragsverfahren,
- Kenntnisse für die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit,
- Überblick über Krankheitsbilder, Hilfe-/ Pflegebedürftigkeit, Demenz und verschiedene Behinderungen,
- Kenntnisse über das Unfallgeschehen in der Wohnung,
- Wissen über Lebensweisen und Lebenslagen älterer oder behinderter Menschen und über verschiedenste Aspekte des Älterwerdens sowie Übersicht über die kommunalen Wohn- und Versorgungsangebote.

Diese Qualifikation bieten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Diplompädagoginnen und Diplompädagogen oder Fachpersonen mit vergleichbarer Qualifikation.

Zu den spezifischen Kenntnissen zur Wohnungsanpassung gehören:

- Hilfsmiteleinsetz,
- Ausstattungsveränderungen,
- baulich-technische Umgestaltungen
- und Finanzierungsmöglichkeiten für die Durchführung von Anpassungsmaßnahmen.

Derartige Qualifikation erfordert eine baulich-technische Ausrichtung. Weitere spezifische Qualifikationen sind Ergotherapie, Architektur, Bauingenieurswesen.

3.1.3 Empfehlungen zur Umsetzung von kommunalen Programmen

Es gibt eine Reihe von vorwiegend internationalen Empfehlungen, die allerdings sehr allgemein verbleiben und daher als Hilfestellung für konkrete Maßnahmen wenig geeignet sind. Im Kapitel 3.3 „Beispielhafte Projekte“ finden sich Beispiele für Projekte aus den Bereichen „Bewegung“, „Wohnraum“ und „kommunale Programme“.

3.2 Rahmenbedingungen in NRW

Die vorliegende Planungshilfe hat zum Ziel, lokalen Akteurinnen und Akteuren in NRW eine Hilfestellung bei der Umsetzung eigener Vorhaben zur Sturzprävention zu geben. Dazu müssen auch die vor Ort vorhandenen Rahmenbedingungen in den Blick genommen werden. Vermutlich wird es nicht möglich sein, Bedingungen zu formulieren, die für alle Kommunen und Städte in gleicher Weise gültig sind, da jede Kommune und Stadt ihre individuell gestalteten Strukturen hat, in denen gesundheitliche Versorgung umgesetzt wird. Dennoch sollen grundsätzliche Aktions- und Gestaltungsräume sowie mögliche Arbeitspartnerschaften skizziert werden.

3.2.1 Träger, Settings und Akteure – ein praktischer Einstieg in das Handlungsfeld Sturzprävention

Maßnahmen zur Sturzprävention können von unterschiedlichen Trägern koordiniert, verantwortet und darüber hinaus in verschiedenen kommunalen Settings implementiert werden. Die Bandbreite möglicher Aktionsformen ist denkbar groß. Die folgende Auflistung soll – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einen Beitrag dazu leisten, das kommunale Handlungsfeld der Sturzprävention in seiner potentiellen Vielfalt zu veranschaulichen und greifbar zu machen. Außerdem sollen Anregungen gegeben werden, wie Institutionen sowie Akteure sich hier selbst einbringen können und welche Partner – mit ihren spezifischen Handlungsmöglichkeiten und Zielgruppenzugängen – sich für Kooperationen besonders anbieten.

- **Kommunen in Nordrhein-Westfalen**

haben die Aufgabe, an der Gesundheitsförderung, der Prävention sowie der Gesundheitshilfe vor Ort mitzuwirken. Ihnen obliegt die Koordination der gesundheitlichen Versorgung. Darüber hinaus sind sie angehalten, komplementäre ambulante Dienste zu gewährleisten. Zu diesen gehören unter anderem hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung sowie ergänzende ambulante Hilfen für pflegebedürftige Personen (MIK NRW 1997, MIK NRW 1996).

- **Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK)**

sind in allen Kreisen und kreisfreien Städten NRWs implementiert. Hier sind alle wesentlich Verantwortung tragenden Akteure der gesundheitlichen Versorgung und der kommunalen Gesundheitsförderung vertreten. Aufgabe ist es, Kooperationsstrukturen zwischen den Institutionen aufzubauen und sie zu vernetzen, eine transparente Diskussion über kommunale Gesundheitsfragen zu führen, prioritäre Probleme zu identifizieren, gemeinsame Lösungsansätze zu finden und einvernehmliche Handlungsempfehlungen für deren Umsetzung zu formulieren.

- **Pflegekonferenzen**

wurden mit dem Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (PfG NW) in den Kommunen eingerichtet. Aufgabe der Pflegekonferenzen ist die Förderung und Initiierung der effektiven ortsnahen Zusammenarbeit aller für den pflegerischen Bereich tätigen Institutionen. Neben Mitgliedern des Kreises oder der kreisfreien Stadt sind beispielsweise Vertreterinnen und Vertreter von Pflegeeinrichtungen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), von Pflegekassen, kommunaler Seniorenvertretung sowie Akteurinnen und Akteure der örtlichen Selbsthilfegruppen vertreten (MIK NRW 1996). Im Hinblick auf Sturzprävention sind diese Institutionen wichtige potentielle Multiplikatoren und Akteure. Häufig arbeiten kommunale Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen zusammen und fungieren als zentrales lokales Koordinierungsgremium im Gesundheits- und Pflegesektor (MIK NRW 1996).

- **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

hat in NRW eine wichtige berichterstattende, initiierende und koordinierende Funktion im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung inne. Dies kommt nicht zuletzt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Geschäftsstellenleitung der Kommunalen Gesundheitskonferenz in der Regel beim ÖGD angesiedelt ist. Im Bereich der Sturzprophylaxe kommt dem ÖGD (im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung) die Rolle der Sachstandsanalyse und der Initiierung geeigneter Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu. Er wird in der Regel weniger direkt bevölkerungsbezogen als mit Blick auf politisch-administrative und übergreifende praktische Handlungsmöglichkeiten agieren.

- **Ambulante Pflegedienste**

sowie Sozialstationen stehen in direktem Kontakt mit Seniorinnen und Senioren in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld. Sie verfügen über einen guten Zugang zu Menschen, bei denen ein potenzielles Sturzrisiko vorliegt, und können die Zielgruppe über Beratungsleistungen oder Informationsmaterialien auf das Thema Sturzprävention aufmerksam machen. Darüber hinaus bieten ambulante Pflegedienste seit dem 1. Januar 2013 neben der Grundpflege und Beratungsleistungen auch Betreuungsangebote zum Beispiel zur Alltagsgestaltung an (BMG 2013).

- **Haus- oder Facharztpraxis**

Ärztinnen und Ärzte nehmen neben den medizinischen Interventionsstrategien (Überprüfung der Medikation, Visusprüfung, etc.) eine wichtige beratende Rolle in der Sturzprävention ein. Im Rahmen des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments erhebt die Hausärztin oder der Hausarzt das Sturzrisiko und klärt Patientinnen und Patienten über die unterschiedlichen Maßnahmen der Sturzprävention auf. Gleichzeitig können sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über kommunale und gut erreichbare Angebote informieren und Wege dorthin bahnen.

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Wissenschaftliche Fachgesellschaften führen regelmäßig ärztliche Fortbildungen zum Thema Sturzprävention durch. Ärztliche Leitlinien liegen zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vor.

Die Leitlinien der DEGAM zum Beispiel zu älteren Sturzpatienten können kostenlos unter: <http://www.degam.de/leitlinien.html> (Abruf: 24.03.2014) heruntergeladen werden.

- **Apotheken**

bieten in der Regel keine unmittelbare Sturzprävention an, sie können allerdings als Arzneimittelspezialisten darüber informieren, welche einzelnen Medikamente und welche Arzneimittelkombinationen Gangunsicherheit erhöhen. Sie erreichen viele Seniorinnen und Senioren, die oftmals an verschiedenen Erkrankungen leiden und deswegen unterschiedliche Arzneimittel gleichzeitig einnehmen müssen. Der gesetzliche Auftrag der Apotheken, die Patientinnen und Patienten über Arzneimittel zu informieren und zu beraten, bietet einen guten Einstieg in ein intensives Gespräch. Aufgrund des Beratungsgesprächs haben Apotheken die Möglichkeit, mittels persönlicher Ansprache, aber auch mit Schaufensteraktionen oder Informationsmaterialien über Stürze und sturzbedingte Verletzungen sowie präventive Angebote zu informieren. Sie können in diesem Sinne durchaus eine kommunale Wegweiserfunktion übernehmen. Für diese Idee sollte aber zunächst die jeweilige Kreisvertrauensapothekerin oder der jeweilige Kreisvertrauensapotheker gewonnen werden.

- **Berufsverbände der Gesundheitsfachberufe (Verband der Physiotherapeuten, Pflegeverbände etc.)**

können in Bezug auf Sturzprävention eine Multiplikatoren- und Ausbilderrolle einnehmen. Ihnen obliegt die Sensibilisierung der Professionellen im Gesundheitswesen für dieses Thema, indem sie spezifische Ausbildungsangebote sowie Fort- und Weiterbildungen unterstützen.

- **Einrichtungen des betreuten Wohnens**

Ältere Menschen können hier noch besser und nachhaltiger in ihrem häuslichen Wohnumfeld angesprochen werden. Sie können für das Anliegen der Sturzprophylaxe sensibilisiert und motiviert werden, etwas gegen ihr eigenes Sturzrisiko zu tun. Beratungsangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner können individuell gestaltet und an die persönliche Wohnraum- und Lebenssituation angepasst werden. Allgemeingültige Informationen können zentral vermittelt werden, zum Beispiel durch die Auslage von Informationsmaterialien oder Aktionen in Gemeinschaftsräumen. Idealerweise bietet sich in diesen Einrichtungen die Implementierung von spezifischen Bewegungsangeboten an. Denkbar wären regelmäßig und kon-

tinuierlich stattfindende qualifizierte Kurse zum Kraft- und Balancetraining in einer zentralen Räumlichkeit des Wohnhauses selbst.

- **Gemeinde- beziehungsweise Seniorenzentren und Seniorenbüros in der Kommune**

Gute Möglichkeiten, Seniorinnen und Senioren über das Setting Kommune anzusprechen, bieten die Gemeinde- oder Seniorenzentren. Diese Einrichtungen werden von zahlreichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren genutzt und bieten viele Chancen der zielgruppen-gerechten Ansprache älterer Menschen. Verschiedene Arbeitsansätze bieten sich an dieser Stelle an: Informationsangebote, die Bereitstellung von Räumlichkeiten für Bewegungsange-bote, die durch ausgebildete Trainerinnen und Trainer durchgeführt werden, oder Fachvorträ-ge.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros NRW (LaS NRW) bietet mit ihrer Internetseite (<http://www.las-nrw.de/> (Abruf: 08.10.2013)) beispielsweise eine Plattform, auf der sich kommunale Seniorenbüros mit ihren aktuellen Aktivitäten präsentieren können.

- **Das Setting „Eigene Wohnung“**

Maßnahmen zur Sturzprophylaxe können (zum Beispiel von ambulanten Pflegediensten) di- rekt im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bietet fachliche Hinweise dazu. Nähere Informationen sind auf den Seiten des DNQP zu finden. Dort kann auch der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ aufgerufen werden (www.wiso.hs-osnabrueck.de/38090.html (Abruf: 19.12.2013)).

- **Klinisches Setting**

In Krankenhäusern und gegebenenfalls anderen klinischen Einrichtungen können Patien- tinnen und Patienten direkt nach Eintritt eines spezifischen Ereignisses angesprochen wer- den. Die konkrete Sturzsituation kann dabei aufbereitet und analysiert werden; die entspre- chenden Schlussfolgerungen können durch allgemeine Hinweise auf Sturzrisiken und eine Diskussion zu Möglichkeiten der Sturzprophylaxe ergänzt werden. Bei Bedarf sollten die Pati- entinnen und Patienten die Möglichkeit haben, spezifische Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen sowie ihre individuelle Sturzgefahr ermitteln zu lassen.

- **Körperschaften (zum Beispiel Ärztekammern)**

Ärztekammern sind in der gesundheitlichen Versorgung koordinierend tätig und Träger von Projekten. Zudem spielt die Ärzteschaft als Multiplikator sowie als direkter Akteur der Sturz- prävention eine zentrale Rolle. Körperschaften können Ärztinnen und Ärzte über Beratungs-, Informations- und Fortbildungsmaßnahmen (zum Beispiel geriatrische Versorgung oder geri- atrisches Basisassessment) für Sturzprophylaxe sensibilisieren.

- **Krankenkassen**

sind in der gesundheitlichen Versorgung koordinierend tätig und häufig Träger von Projekten. Viele von ihnen bieten Kurse und Materialien zur Sturzprävention für Seniorinnen und Seni- oren an. Neben spezifischen Kursangeboten können sie ihre Mitglieder über Informationsma- terialien, aber auch über Beratungsangebote sowohl auf das Thema als auch auf spezifische Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufmerksam machen.

- **Pflegestützpunkte/Pflegeberatung**

Jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt in Nordrhein-Westfalen ist laut Landespflegegesetz dazu verpflichtet, eine Anlaufstelle zur Pflegeberatung zur Verfügung zu stellen. Diese neutralen Stellen dienen der wohnortnahen Beratung, Versorgung sowie Betreuung und beraten bei- spielsweise zu Leistungen der Pflegekasse, Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Ange- hörige und weiteren Hilfsangeboten. Platziert werden kann das Thema „Sturzprävention“ in diesen Einrichtungen zum Beispiel über individuelle Beratungsleistungen und die Bereitstel- lung von Informationen (MGEPA NRW 2014; MIK NRW 1996).

Eine Liste der Pflegestützpunkte in den Kreisen und kreisfreien Städten stellt die Landesstelle Pflegende Angehörige auf ihren Seiten unter: www.lpfa-nrw.de unter dem Stichwort „Pflegestützpunkte“ (Abruf: 17.12.2013) bereit.

- **Reha-Ambulanzen etc.**

In ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden Angebote der medizinischen Rehabilitation wohnortnah durchgeführt. Idealerweise könnte hier Sturzprophylaxe als Thema platziert werden, indem beispielsweise gezielte Maßnahmen oder Beratungen durchgeführt, aber auch Informationsmaterialien an die Patientinnen und Patienten weitergegeben werden.

- **Sportvereine**

Angebote von Kursen zur Sturzprophylaxe werden bereits in vielen Sportvereinen durchgeführt. Es ist im Einzelfall darauf zu achten, dass es sich um spezifische und qualifizierte Angebote handelt, wie zum Beispiel ein qualitätsgesichertes Kraft- und Balancetraining nach Mindestanforderungen der BIS.

- **Universitäre Institute**

Einige An-Institute von Universitäten entwickeln sturzpräventive Programme und setzen sie um. Zu nennen ist in NRW beispielsweise die Deutsche Sporthochschule Köln (www.dshs-koeln.de/ (Abruf: 16.06.2015)), an der unter anderem das Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie mit dem Programm „Fit für 100“ angesiedelt ist.

- **Wohlfahrtsverbände**

Bedingt durch ihr soziales Engagement in der Gemeinschaft, etwa über Beratungsangebote oder Projekte, sind Wohlfahrtsverbände (zum Beispiel Caritas, AWO, Paritätische NRW, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, Jüdische Gemeinden) für viele ältere Menschen zentrale Kontaktstellen. Diese Kooperationspartner können Ältere beispielsweise durch Einzelberatung, Informationsmaterial zur Sturzprophylaxe sowie über Vorträge auf das Thema Sturzprävention aufmerksam machen.

Weiterführende Informationen zu Wohlfahrtsverbänden in NRW finden Sie auf den Seiten der freien Wohlfahrtspflege NRW (www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/ (Abruf: 23.01.2014)).

Für die Organisation und Koordination sturzpräventiver Maßnahmen sind Fachkräfte aller bereits genannten potentiellen Settings und Einrichtungen geeignet. Die von der Bundesinitiative Sturzprävention formulierten Qualifikationsanforderungen für Trainerinnen und Trainer von Bewegungsprogrammen wurden bereits beschrieben (siehe 3.1.1). Empfehlungen zur Qualifikation von Akteurinnen und Akteuren in der Wohnraumberatung sind ebenfalls benannt worden (siehe 3.1.2).

3.2.2 Sturzprävention als Thema im weiteren Umfeld

Das Thema „Sturzprävention“ weist aber auch Schnittmengen und Bezüge zu vielen anderen Handlungsfeldern auf, die sich vielleicht nicht immer auf den ersten Blick erschließen. Um den Blick für potentielle, vermeintlich handlungsfeldfremde Kooperationspartner im kommunalen Raum zu weiten, sollen hier drei Beispiele genannt sein:

Erwachsenenbildungseinrichtungen´

Volkshochschulen sind in den meisten Städten und Gemeinden gut etablierte Einrichtungen, die potentiell auch für die Sturzprävention nutzbar gemacht werden können. Volkshochschulen können zur Sturzprophylaxe informieren beziehungsweise ältere Menschen für das Thema sensibilisieren. Denkbar sind etwa das Auslegen von Informationsmaterialien, Vortragsreihen, aber auch das Angebot von spezifischen Kursen zum Thema Sturzprävention.

Wohnungsbaugenossenschaften/-gesellschaften

Auch hier können wichtige Anstöße gegeben und Handlungsfelder in Bezug auf Sturzprophylaxe erschlossen werden. Unter baulichen Gesichtspunkten können Wohnräume hinsichtlich eines geringen Sturzrisikos geplant werden. Aber auch in bereits bestehende Angebote, zum Beispiel zur sozialen Teilhabe, kann das Thema Sturzprophylaxe sinnvoll integriert werden: Für spezifische Maßnahmen können Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Stadtplanung und Quartiersgestaltung

Das Gesundheitsthema wird zunehmend auch in stadtplanerischen Zusammenhängen wahrgenommen (und ernstgenommen) und etwa bei der Konzeption von Bauvorhaben oder der (Um-)Gestaltung von Quartiersräumen berücksichtigt. Gesundheitsfachleute (hierzu werden oft der ÖGD und/oder externe Expertinnen/Experten herangezogen) bringen dann verschiedene Aspekte der Gesundheitsverträglichkeit und Gesundheitsförderung ein. Das Thema „Sturzprävention“ kann bei solchen Gelegenheiten ebenfalls sinnvoll eingebracht werden, insbesondere wenn es speziell um Wohn- und Lebensräume älterer Menschen geht.

3.2.3 Evaluation auf Populationsebene

Die Einführung von kommunalen Programmen, aber auch eine flächendeckende Einrichtung von Einzelmaßnahmen (Bewegungsangebote, Wohnraumberatung) sollte sich letztlich darin niederschlagen, dass sich Stürze und Sturzfolgen in der Bevölkerung reduzieren. Eine mit vertretbarem Aufwand durchführbare Evaluation ist zum Beispiel auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik möglich, in der stationär behandelte Sturzfolgen – vor allem Hüftfrakturen – betrachtet werden.

Sollte, besonders im Rahmen kleinerer Projekte, eine externe, methodisch anspruchsvolle Evaluation nicht zu realisieren sein, bietet sich als pragmatische Lösung eine Selbstevaluation an, die niederschwelliger ausgerichtet ist. Denn: Eine Selbstevaluation kann auch mit geringen personellen und finanziellen Ressourcen durchgeführt werden und ist hilfreich, wenn es darum geht, Maßnahmen zum Beispiel hinsichtlich ihrer Machbarkeit, ihrer Prozesse und ihrer Zielerreichung begleitend zu beobachten. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen hat im Rahmen der „Qualitätsinitiative NRW“ einen Leitfaden zur Selbstevaluation für Praktikerinnen und Praktiker veröffentlicht. Dieser ermöglicht es, selbst bei geringen methodischen Vorkenntnissen eine Evaluation durchzuführen.

Den Leitfaden zur Selbstevaluation finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit den Stichworten „Leitfaden Selbstevaluation“ (Abruf: 24.03.2014).

3.3 Beispielhafte Projekte

Die folgenden Projekte stehen beispielhaft dafür, welche Aktivitäten in den bereits beschriebenen Bereichen „Bewegung“, „Wohnen“ und „Kommune“ bereits stattfinden oder durchgeführt wurden. Im Kapitel „Ausgewählte Projekte und Maßnahmen der Sturzprävention“ findet sich eine Liste mit weiteren Projekten und Programmen zur Sturzprävention. Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Maßnahmen ausführlicher beschrieben.

Darüber hinaus steht eine Checkliste für sturzpräventive Maßnahmen als Download bereit, die bei der Einschätzung beziehungsweise der Optimierung von Projekten hilfreich sein kann.

3.3.1 Bewegungsprogramme

„Aktiv und Mobil im Alter“ im Kreis Neuss

Das Projekt ist die regionale Umsetzung eines Konzepts der Ärztekammer Nordrhein auf Basis des Ulmer Modells (Becker 2008). Träger ist die kommunale Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss. Akteure sind vor allem Seniorenbegegnungsstätten. Das Projekt wurde bis 2014 durch die BKK Deutsche Bank gefördert.

Kern des Projektes ist ein regelmäßiges mindestens einmal wöchentlich in Seniorenbegegnungsstätten angebotenes Kraft- und Balancetraining nach dem Ulmer Modell. Nachdem die Seniorinnen und Senioren die Bewegungsübungen unter Anleitung erlernt haben, erhalten sie Trainingsanleitungen zur selbstständigen Übung zu Hause. Die Anleitung erfolgt durch Übungsleiterinnen beziehungsweise Übungsleiter (Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenschwester/Krankenpfleger, Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten und Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen), die entsprechend dem Curriculum der BIS geschult wurden. Die Schulungen wurden im Rhein-Kreis Neuss durchgeführt. Die Ansprache der Seniorinnen und Senioren erfolgt über die Hausärztinnen und Hausärzte, Seniorenbegegnungsstätten und Krankenkassen.

Inhalte des Projektes sind außerdem die Erstellung von Informationsmaterialien, Vorträge in Seniorenbegegnungsstätten und Vernetzungstreffen.

Ende 2012 fanden allein im Kreisgebiet Neuss in 17 Begegnungsstätten Kurse mit 400 Aktiven statt.

3.3.2 Wohnraumberatung

„Sicher Wohnen 60+“

Im Land Salzburg wurden im Rahmen des Projektes „Sicher Wohnen 60+“ 100 Seniorenwohnungen hinsichtlich potentieller Sturzgefahren untersucht. Die Ergebnisse wurden den Bewohnerinnen und Bewohnern – individuell auf ihre jeweiligen Wohnungen bezogen – mitgeteilt. Anschließend erfolgte eine Beratung zu Maßnahmen, die zur Reduktion der Unfallgefahr in der eigenen häuslichen Umgebung beitragen. Darüber hinaus wurden die Resultate in einer Broschüre zusammengestellt und veröffentlicht.

In der Broschüre „Sicher Wohnen 60+“ (Land Salzburg 2011) finden sich unter anderem anschauliche Informationen und Empfehlungen für Verhaltensweisen zum sicheren Wohnen zu Hause: www.rotekreuz.at mit den Stichworten „Broschüre sicher Wohnen“ (Abruf: 16.06.2015).

3.3.3 Kommunale Programme

„Schritt halten – aktiv älter werden in Reutlingen“

Unter diesem Titel wird in der Stadt Reutlingen ein kommunales Projekt zur Sturzprävention für die dortige Bevölkerung ab 65 Jahren durchgeführt. Das Projekt umfasst unter anderem verschiedene Initiativen und Kooperationen lokaler Partner, die zum Beispiel auf die Bewegungsförderung der Zielgruppe hinarbeiten.

Mehr Informationen sind unter <http://www.schritthalten.info/> (Abruf: 30.01.2014) zu finden.

„Bewegung – aber sicher!“ / „Mobil im Alter“ in Hamburg

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg koordiniert die Arbeitsgruppe „Mobil im Alter“, deren Aufgabe es ist, Angebote zur Sturzprävention für Seniorinnen und Senioren in Hamburg auszubauen und zu bündeln. Die Angebote sollen möglichst vielen selbstständig lebenden älteren Menschen zugänglich gemacht werden. Verschiedene Organisationen bringen dabei ihre Expertise in das Kooperationsprojekt ein:

- der Paritätische Wohlfahrtsverband,
- die Forschungsgruppe Albertinen (Geriatric, Qualitätssicherung),
- der Verein „Barrierefrei Leben“ (Wohnraumanpassung),
- der Landesseniorenbeirat (Interessenvertretung alter Menschen),
- der Hamburger Sportbund (Bewegung für Seniorinnen und Senioren),
- die Seniorenbildung (offene Seniorenarbeit),
- die Hamburger Inliner Skating-Schule (Bewegungswissenschaft).

Im Allgemeinen kann jede Einrichtung, die von älteren Bürgerinnen und Bürgern genutzt wird, ihren Beitrag zur Sturzprävention beisteuern.

Die Aktivitäten des Kooperationsprojektes umfassen beispielhaft:

- Informationsveranstaltungen für Seniorinnen und Senioren,
- Fortbildung für mit älteren Menschen arbeitende Multiplikatoren,
- Schulung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern aus Vereinen,
- Ausarbeitung eines Fragebogens zur Ermittlung des individuellen Sturzrisikos,
- aufsuchendes Bewegungsangebot in Seniorentreffs,
- Bewegungsangebote in Sportvereinen,
- Beratung von Senioreneinrichtungen.

3.4 Antrag und Checkliste zur Aufnahme von Projekten in das „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen“ sowie Überprüfung eigener Vorhaben

Falls Ihr Projekt als assoziierte Maßnahme in die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ aufgenommen werden soll, können Sie hierfür einen online-gestützten Antrag in der Projekt-Datenbank zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen stellen. Qualitätsgesicherte und themenspezifisch relevante Projekte, die nach sorgfältiger Prüfung aufgenommen werden, bereichern die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ maßgeblich. Daher freuen wir uns über Ihre Bewerbungen.

Nähere Informationen zur Projekt-Datenbank und zur Antragstellung finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit dem Stichwort „Projekt-datenbank“.

Zur Einschätzung bzw. zur Optimierung Ihres Projektes oder Ihrer Maßnahme soll die vorliegende Checkliste als Hilfestellung dienen. Sie wurde anhand der „Checkliste Qualitätskrite-

rien“ (MGEPA NRW 2014) sowie den Vorarbeiten der Lenkungsgruppe der Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ erstellt. Es finden sich Kriterien, die auf der Basis von nachgewiesener (proven), aber auch aussichtsreicher (promising) Evidenz erforderlich sind, um die Qualität einer Intervention zu gewährleisten. Sämtliche der genannten fettgedruckten Punkte müssen daher mit »Ja« beantwortet werden können, es sein denn, sie sind für die Durchführung einer Maßnahme irrelevant (schwach gedruckt bedeutet, dass das entsprechende Kriterium nicht zwingend berücksichtigt werden muss oder eine Auswahl besteht).

Mit dieser Checkliste können Sie vor der Einreichung einer Maßnahme als Beitrag zur Landesinitiative überprüfen, ob alle wesentlichen Voraussetzungen im Rahmen Ihrer Projektplanung bedacht wurden.

Checkliste Planungshilfe Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen (modifiziert nach MGEPA NRW 2014) Stand: 09.04.2014

1.	Planungsqualität	Ja	Nein
1.1	Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und wurde dokumentiert.		
1.2	Eine IST-Analyse beziehungsweise Bestandsaufnahme ist erfolgt.		
1.3	Die für das Projekt notwendigen finanziellen Ressourcen sind sichergestellt.		
1.4	Die Zielgruppe(n) ist (sind) definiert.		
a)	Seniorinnen und Senioren mit erhöhtem Sturzrisiko in der Gemeinde		
b)	Angehörige		
c)	Andere Betreuungspersonen		
d)	Multiplikatoren		
e)	Andere: _____		
1.5	Besonderheiten der Zielgruppen werden berücksichtigt.		
1.6	Die Erreichbarkeit (zum Beispiel durch Pretest ¹) der Zielgruppen wurde überprüft.		
1.7	Besondere Zugangswege ² zu Risikogruppen (zum Beispiel niedriger sozioökonomischer Status, Zuwanderungsgeschichte) werden berücksichtigt.		
1.8	Zielgruppe(n) wird (werden) in die Projektplanung und -durchführung einbezogen (Partizipation).		
1.9	Geschlechtsbezogene Besonderheiten werden berücksichtigt.		
1.10	Soziokulturelle Merkmale werden berücksichtigt.		

 1 Vortest
 2 Weg, über den die Zielgruppe erreicht werden soll; zum Beispiel Infolyer, direkte Ansprache etc.
 3 Stadtteile mit einem großen Anteil von Bürgern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES).
 4 Bitte spezifizieren, welche Maßnahmen geplant sind und an welchen Programmen Sie sich orientieren.
 5 Bitte spezifizieren, in welcher Form.

1.11	Der Ansatz ist sozialräumlich ³ ausgerichtet.		
1.12	Ansätze der Sturzprävention wurden definiert aus den Bereichen ⁴		
a)	Bewegung (v.a. Kraft, Balance)		
b)	Wohnraumgestaltung		
c)	Kommunale Maßnahmen, nämlich		
d)	Andere: _____		
1.13	Kurzfristig erreichbare Ziele als Teilschritte wurden definiert.		
1.14	Eine Überprüfung der Ziele ist geplant. ⁵		
2.	Konzeptqualität		
2.1	Ein Konzept zum Erreichen der Ziele beziehungsweise Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.		
2.2	Potentielle Nebenwirkungen werden berücksichtigt.		
2.3	Das Konzept berücksichtigt auch einen verhältnispräventiven Ansatz ⁶ .		
2.4	Die Maßnahme ist niederschwellig ⁷ .		
	noch Konzeptqualität	Ja	Nein
2.5	Die Maßnahme ist innovativ beziehungsweise verfügt über innovative Elemente. ⁸		
2.6	Die Maßnahme fußt auf einem Ansatz, dessen Wirksamkeit belegt wurde.		
2.7	Wesentliche Inhalte des Konzepts (Kernbotschaften) entsprechend der definierten Ziele wurden formuliert.		
2.8	Eine adäquate Zielgruppenansprache entsprechend der Ziele wurde berücksichtigt (Vermittlung).		
2.9	Die Dauer der Maßnahme ist definiert.		
3.	Strukturqualität in Beziehung zu den Zielen/Zielgruppen		
3.1	Ausreichend Personal für die Umsetzung der Maßnahme entsprechend der definierten Ziele ist vorhanden.		
3.2	Angemessene Qualifikationen ⁹ der Akteure entsprechend der Zielgruppe und Ziele hinsichtlich Inhalten und Vermittlung sind vorhanden.		
3.3	Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen werden den Anforderungen/Zielen der Maßnahme gerecht, zum Beispiel Räume, Materialien, Medien.		
4.	Dokumentation		

6 Verhältnisprävention setzt vor allem an Änderungen der Verhältnisse an, Verhaltensprävention vielmehr am Individuum.

7 Einstieg in Präventionsangebote ohne hohe Hürden, zum Beispiel kostenfrei, einfach, nicht zu umfangreich.

8 Nicht jeder Ansatz muss absolut neu sein, auch Zugangswege können innerhalb einer bekannten Maßnahme neu gewählt werden. Wichtig ist, dass nicht „alte“, nicht effektive Dinge wiederholt werden.

9 Qualifikationen bezieht sich nicht nur auf eine ausreichende berufliche Qualifikation, sondern auch hinsichtlich einer passenden Planung, Definition der Zielsetzung etc.

4.1	Inhalte der Maßnahmen werden dokumentiert (Prozessdokumentation).		
4.2	Das Erreichen der Teilziele und Ziele wird dokumentiert.		
4.3	Die Zufriedenheit der Akteure wird abgefragt.		
4.4	Die Zufriedenheit der Zielgruppe wird abgefragt.		
4.5	Es erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse durch Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen des Angebots.		
4.6	Auf der Grundlage der Bewertung werden Ablauf und Ziele des Angebotes regelmäßig überprüft und optimiert (Optimierungsprozess).		
4.7	Die Kosten der Maßnahme werden dokumentiert.		
5.	Nachhaltigkeit	Ja	Nein
5.1	Der Fortbestand des Angebots ist längerfristig gesichert durch die Einbettung in strukturelle und organisatorische Gegebenheiten (Implementierung ¹⁰).		
5.2	Das Angebot unterhält Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern, um seine Reichweite und Effizienz zu erhöhen (Vernetzung).		
5.3	Die Maßnahme ist auch von anderen Einrichtungen beziehungsweise für andere Akteure nutzbar, zum Beispiel durch das schriftliche Konzept (Übertragbarkeit/Transparenz).		
a)	Es bestehen Qualifizierungsangebote entsprechend der Ziele und Zielgruppe.		
b)	Es besteht ein Zertifizierungsangebot.		

 10 Nachhaltigkeit durch die Einbindung in vorhandene Strukturen.

4. Anhänge

c)	Multiplikatoren werden entsprechend der Ziele und Zielgruppen ausgebildet.		
d)	Es ist das Ziel des Angebotes, Strukturen zu erzeugen, die über die Dauer des Angebotes hinaus bestehen.		
e)	Finanzielle und personelle Voraussetzungen für eine Fortführung werden geschaffen.		
f)	Das Projekt ist auch auf andere Einrichtungen übertragbar / für andere Akteure nutzbar.		
g)	Ein für den Transfer erforderlicher Leitfaden wird erstellt.		

4.1 Ausgewählte Projekte und Maßnahmen der Sturzprävention

Projekttitle	Kurzbeschreibung	Träger/Kontakt
	primär Einzelmaßnahmen	
Standfest vor Ort: Neuer Präventionskurs für die Generation 60+	Das Kurskonzept wurde von der Uni Bochum in Kooperation mit dem Reha-Zentrum Oberhausen, proxomed-Medizintechnik und der BKK vor Ort entwickelt. Es beinhaltet gerätegestütztes Training von Koordination, Muskelkraft, Beweglichkeit, Gleichgewichtssinn, sowie Falltraining, Entspannungsübungen und ein Heimübungsprogramm.	BKK Vor Ort

"fit für 100 - Bewegungsangebote für Hochaltrige"	"fit für 100 - Bewegungsangebote für Hochaltrige" ist ein Seniorensportprojekt zur Förderung der Mobilität und Selbständigkeit aller Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren, speziell aber auch für Menschen des vierten Lebensalters (80+).	Deutsche Sporthochschule Köln Ansprechpartner für das Projekt: Frank Nieder Tel.: 0221-4982-6142 f.nieder@dshs-koeln.de www.ff100.de (Abruf: 15.12.2014)
LAG Wohnberatung NRW	Broschüren, Beratungen und Qualifizierung zur Anpassung der Wohnung an individuelle Bedürfnisse älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, auch und insbesondere Prävention.	LAG Wohnberatung NRW http://www.wohnberatungsstellen.de/ (Abruf: 15.12.2014)
Casaplus - präventives Fallmanagement geriatrischer Patienten	Fallmanagement zur Reduktion stationärer Kosten: speziell zur Sturzprophylaxe: Sicherheitstraining.	MedicalContact AG Kronprinzenstr. 5-7 45128 Essen Tel.: 0201 4398-0 E-Mail: info@medical-contact.de http://www.medical-contact.de (Abruf: 15.12.2014)
Projekttitlel	Kurzbeschreibung	Träger/Kontakt
	primär Einzelmaßnahmen	
Gesund und mobil im Rhein-Kreis Neuss	Kraft- und Balance-Gruppentraining, Information und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte über das Thema Sturzprävention und das spezifische Angebot im RKN, Info/ Ansprache der Zielgruppe über Maßnahmen durch Öffentlichkeitsarbeit.	Rhein-Kreis Neuss Projekt ist abgeschlossen
Aktiv und Mobil im Alter	Gruppen-Kraft-und Balance Training (Ulmer Modell), Broschüre mit Übungen, wöchentliche Informationsveranstaltung zur Sicherheit im Haushalt und weiteren Sturzrisikofaktoren (eingeschränktes Sehvermögen, Medikation, Schuhwerk).	Ärztchammer Nordrhein http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5289 (Abruf: 15.12.2014) Kontakt zur Gesundheitsförderung Sabine Schindler-Marlow 0211-4302-2030, Snezana Marijan 0211-4302-2031, sabine.schindler-marlow@aekno.de snezana.marijan@aekno.de 0211-4302-2031, Kraft- und Balancetraining: www.aekno.de (Abruf: 15.12.2014)
Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige	Multiplikatorenschulung mit Übungen zur Sturzprophylaxe und Gehübungen in Theorie und Praxis.	Deutscher Turner-Bund e. V. (DTB) Otto-Fleck-Schneise 8 60528 Frankfurt am Main Tel.: 069-67801-0 www.dtb-online.de (Abruf: 15.12.2014) Aus- und Fortbildungen sind im Programmheft der DTB-Akademie ausgeschrieben; siehe www.dtb-akademie.de (Abruf: 15.12.2014)

Sturzprophylaxe on tour	Multiplikatoren-schulung	Deutscher Turner-Bund e. V. (DTB) Otto-Fleck-Schneise 8 60528 Frankfurt am Main Tel.: 069-67801-0 www.dtb-online.de (Abruf: 15.12.2014) Aus- und Fortbildungen sind im Programmheft der DTB-Akademie ausgeschrieben; siehe www.dtb- akademie.de (Abruf: 15.12.2014)
Fit bis ins hohe Alter	Im Rahmen der DTB-Kursleiterausbildung „Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige“ finden unter anderem Schulungen im Programm "Fit bis ins hohe Alter" statt. Hierbei handelt es sich um ein ambulantes Präventions-sport-Angebot, bei dem Mobilität, Stärke, Sicherheit und Beweglichkeit gefördert werden sollen.	Infos über die Geschäftsstelle der BARMER Ersatzkasse, sowie über den Deutschen Turner-Bund e. V. http://www.dtb-online.de/portal/gymwelt/gesundheits-sport/standardisierte-programme/fit-bis-ins-hohe-alter.html (Abruf: 15.12.2014)
Projekt-titel	Kurzbeschreibung	Träger/Kontakt
	primär Einzelmaßnahmen	
FitAI - mit Sicherheit mobil - Aufsuchendes individuelles Training für ältere Versicherte	Spezielles Trainingsprogramm für ältere Menschen, die zu Hause leben: Es umfasst bis zu sechs Hausbesuche und beinhaltet: Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts und der Kraft Tipps und Beratung zur Stärkung der Bewegungsfähigkeit Informationen zu Hüftprotektoren Ratschläge zur Anpassung der Wohnung, z. B. zur Vermeidung von Stolperfallen Information, Beratung und Übungsprogramm übernehmen geschulte Trainer der Bosch BKK.	Bosch BKK http://www.bosch-bkk.de/de/bkk/leistungen/vorsorge_und_gesundheit/sturzpraevention/sturzpraevention.html (Abruf: 15.12.2014)
Aktiv bis 100	Zielgruppe sind Menschen über 80 Jahren, zu Hause lebend, körperlich inaktiv, auf der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit.	
Ziel: Gehfähigkeit und Mobilität, Muskelkraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit aufrechterhalten, Pflegebedürftigkeit verschieben bzw. verhindern. Zunächst Übungen im Sitzen, auch Gehtraining.	Hessischer Turnverband e. V. http://www.htv-online.de/index.php?id=1664 (Abruf: 15.12.2014)	
Projekt-titel	Kurzbeschreibung	Träger/Kontakt
	primär Einzelmaßnahmen	

Sturzprophylaxe	Kursangebote zur Sturzprophylaxe in den Kneippvereinen. Die Finanzierung erfolgt über Teilnehmer-/Kursgebühren.	Kneipp-Bund e. V. Informationen über www.kneippakademie.de (Abruf: 15.12.2014) oder ska@kneippbund.de
„Sicher und mobil bleiben“ – Ein Angebot zur Sturzprophylaxe	Schulungsangebot für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Alten- und Pflegeeinrichtungen, in dem als Vorbereitung zur Leitung von Trainingsgruppen gezielt Maßnahmen zur Sturzvermeidung in Form eines Kraft-Balance-Trainings vermittelt werden.	AOK Rheinland/Hamburg
www.aok-gesundheitspartner.de/rh/vigo_pflege/veranstaltungen/index.html (Abruf: 15.12.2014)		
Ansprechpartnerin: Laura Linden, laura.linden@rh.aok.de		
Projekttitle	Kurzbeschreibung	Träger/Kontakt
	primär Einzelmaßnahmen	
(primär) kommunale Programme mit verschiedenen Aktivitäten und Ebenen		
Rangendingens Senioren sind und bleiben fit	Umfangreiches Bewegungsprogramm inklusive Sturzprävention, alltagsnah für Personen mit/ohne Mobilitäts Einschränkungen, Migrantinnen und Migranten, sozial isolierte Personen, Personen mit niedrigem Einkommen, Allgemeinbevölkerung, Seniorinnen und Senioren und Hochaltrige.	Gemeinde Rangendingen Gemeinde Rangendingen - Bürgermeisteramt Ansprechpartner/in: Tanja Wild Schulstr. 8 72414 Rangendingen www.rangendingen.de (Abruf: 15.12.2014)
STÜTZPUNKT aktiv-55plus - Koordinationsstelle für Bürgerinnen und Bürger über 55 Jahr in Radevormwald	Bewegungsangebot für Menschen über 55 Jahre in Radevormwald, Krafttraining für Hochaltrige, Sturzprophylaxe, Beckenbodentraining, Initiativen zum barrierefreien, verkehrssicheren und angepassten Lebensraum, Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen (z. B. Stressbewältigung/Entspannung), Aktivierung und Empowerment, Vernetzung ambulanter Angebote.	
	Trägerverein aktiv55plus Radevormwald e.V., initiiert durch den Johanniter-Orden, die Stadt Radevormwald Grabenstraße 18 42477 Radevormwald Tel. 02195 9277 353 info@aktiv55plus.de	

4.2 Glossar

Im Folgenden werden die in der Planungshilfe verwendeten Begriffe beziehungsweise jene mit zentraler Bedeutung erklärt.

An-Institut

Ein An-Institut ist eine organisatorisch sowie rechtlich eigenständige Forschungseinrichtung, die einer deutschen Hochschule angegliedert ist (Wikipedia 2015).

Evidence based - Evidenzbasierung

Die wohl bekannteste Definition bezieht sich auf die Medizin:

David Sackett hat Evidence-based Medicine wie folgt definiert: "Evidence-based Medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients". Für Evidence-based Public Health gilt sie sinngemäß, indem "decisions about the care of individual patients" durch "health care decisions" ersetzt werden kann. Kernpunkte des „Evidence-based“-Ansatzes sind also zwei Forderungen:

- Entscheidungen sollen explizit aufgrund der besten vorhandenen wissenschaftlichen Informationen gefällt werden.
- Entscheidungen beziehungsweise Lehrmeinungen sind immer zu begründen (vgl. EBPH).

Meta-Analyse

Systematische Übersichtsarbeit, in der mit statistischen Methoden wissenschaftliche Ergebnisse zusammengefasst werden (Behrens und Langer 2006).

Randomisiert-kontrollierte Studie

Der Nutzen von sturzvorbeugenden Maßnahmen muss in sogenannten kontrollierten Studien geprüft werden. Diese Studien werden folgendermaßen durchgeführt: Einem Teil der Studienteilnehmenden, der so genannten Behandlungsgruppe, werden vorbeugende Maßnahmen angeboten (zum Beispiel Bewegungsübungen). Dem anderen Teil der Studienteilnehmenden, der so genannten Vergleichsgruppe, werden keine Maßnahmen angeboten. Die Entscheidung, welche Teilnehmerin und welcher Teilnehmer in welche Gruppe kommt, wird am besten per Zufall („randomisiert“) getroffen. Damit soll erreicht werden, dass die beiden Gruppen bei Studienbeginn vergleichbar sind. Nur so können Unterschiede in der Sturzhäufigkeit am Ende der Studie auf die angebotenen Maßnahmen zurückgeführt werden. Solche Studien werden als „randomisiert-kontrollierte Studien“ bezeichnet. Neben dem Nutzen muss die Sicherheit der Maßnahme geprüft werden. Das heißt, es muss untersucht werden, ob Nebenwirkungen (unerwünschte Folgen) auftreten können.

Review

„Eine Fragestellung wird gezielt aufgrund relevanter Literatur bearbeitet, wobei durch die Verwendung mehrerer Studien, die beurteilt und gewichtet werden, eine Übersicht“ über den aktuellen Forschungsstand entsteht (Behrens und Langer 2010, S. 366).

Risikofaktor

Meint eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ereignis/eine bestimmte Erkrankung eintritt, wenn bestimmte physiologische oder anatomische Eigenschaften, genetische Prädispositionen oder Umweltkonstellationen vorliegen. Im Rahmen der Sturzprävention wird

zwischen personenbezogenen beziehungsweise intrinsischen Risikofaktoren und umgebungsbezogenen beziehungsweise extrinsischen Risikofaktoren unterschieden (vgl. Wikipedia 2014).

Systematische Übersichtsarbeit

„Eine systematische Übersichtsarbeit (Metaanalyse) fasst die Ergebnisse mehrerer randomisiert kontrollierter Studien zusammen. Ziel ist es, die Aussagekraft von Studienergebnissen zu bündeln. Diese Zusammenführung ist nicht unproblematisch, da sich die einzelnen Studien zum Beispiel in der Studiendauer, in den angewendeten Maßnahmen oder in den Eigenschaften der Studienteilnehmenden unterscheiden können. Dennoch gilt das Ergebnis einer Übersichtsarbeit in der Regel als aussagekräftiger als das einer einzelnen Studie“ (Ärztammer Nordrhein, Universität Witten/Herdecke 2009, S. 55-56).

5. Literatur

Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und zur Sicherung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der älter werdenden Bevölkerung im Kreis Heinsberg - Älter werden in Heinsberg	Information für Seniorinnen und Senioren, Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und deren Angehörige.	Kreisgesundheitskonferenz und Pflegekonferenz des Kreis Heinsberg Kontakt: Kreis Heinsberg Der Landrat Stabsstelle Demografischer Wandel und Sozialplanung / Gesundheitsamt / Amt für Soziales Valkenburgerstr. 45, 52525 Heinsberg, Telefon: (02452) 1353-13 (02452) 1355-02 ,Telefax: (02452) 1353-95, E-Mail: karin.gerads@kreis-heinsberg.de (Abruf: 15.12.2014) www.kreis-heinsberg.de/buergerservice/servicebereiche/ (Abruf: 15.12.2014)
Fit älter werden - sicher in Bewegung bleiben: Sturzprävention und Bewegungsförderung im Stadtteil	Gründung eines Netzwerks zur Bewegungsförderung im Stadtteil. Analyse bestehender Angebote und Erweiterung durch zusätzliche Kurse, Bewegungspark.	Stadt Essen Gesundheitskonferenz Geschäftsführung, Koordination und Planung: Lisa Schwermer 0201-88-53118
Interkulturelle Gesundheitsförderung - Sturzprävention im Stadtteil	Gruppenkurse von jeweils 10 Seniorinnen und Senioren, 1 Infoveranstaltung, 5 Trainingsstunden (1,5 Balance, 2,5 Kraft, 1 Wiederholungsstd.) plus Hausbesuch mit individueller Beratung zu Stolperfallen etc.	Stadt Oberhausen Sabine Hippert Tannenbergstr.11-13 46045 Oberhausen Tel.: 0208-8252-452 sabine.hippert@oberhausen.de

Ärzttekammer Nordrhein (AEKNO): Initiative „Gesund und mobil im Alter“. Abruf unter: <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5287> (Abruf: 27.08.2014)

- Ärzttekammer Nordrhein, Universität Witten/Herdecke: Stürze und ihre Folgen: Risiko erkennen und vermeiden. Eine wissenschaftliche Information für ältere Menschen. 2. Auflage, Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein. 2009
- Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H: Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment, 2012, Band 116, 1. Auflage
- Becker C: Ulmer Modell. 2008. Abruf unter: <http://www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php?id=start> (Abruf: 27.08.2014)
- Behrens J, Langer G: Evidence-based Nursing and Caring. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber 2010
- Behrens J, Langer G: Evidence-based nursing and caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen; vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 2., vollständige überarbeitete und ergänzte Auflage Bern: Verlag Hans Huber 2006
- Bundesinitiative Sturzprävention (BIS) (Hrsg.): Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen, Frankfurt am Main: 2009. Download unter: http://www.dtb-online.de/portal/fileadmin/user_upload/dtb.redaktion/Internet-PDFs/GYMWELT/AEltere/Empfehlungspapier%20Sturzpraevention.pdf (Abruf: 27.08.2014)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Glossarbereich Ambulanter Pflegedienst. Berlin: BMG 2013. Abruf unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/ambulanter-pflegedienst.html> (Abruf: 27.08.2014)
- Evidence-based Public Health (EBPH): Die Bedeutung des Begriffs „Evidence“. Abruf unter: http://www.henet.ch/ebph/03_philosophie/philosophie_031.php (Abruf: 16.06.2015)
- Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al.: Will my patient fall? Journal of the American Medical Association. 297 (2007), S. 77-86
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al.: Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane database of systematic reviews. Sept. 12 (2012) Nr. 9, CD007146
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane database of systematic reviews. Apr. 15 (2009), Nr. 2, CD007146
- Hawkes WG, Wehren LW, Orwig D, et al.: Gender differences in functioning after hip fracture. Journals of Gerontology. 61 (2006), S. 495-499
- Icks A, Arend W, Becker C, et al.: Incidence of hip fractures in Germany from 1995 to 2010. Archives of Osteoporosis. 2013 (in press)
- Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2012, eigene Berechnung für NRW durch das LZG. NRW. Abruf unter: <https://www.lzg.nrw.de/00indi/Odata/02/html/0200700052012.html> (Abruf: 28.08.2014)
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) (Hrsg.): Bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommune. Evidenzen und Handlungskonzepte für die Kommunalentwicklung - ein Leitfaden. Bielefeld: LZG.NRW 2012

- Land Salzburg (Hrsg.): Zu Hause mit 60+. Sicher Wohnen. Kleine Maßnahmen – große Wirkung. Salzburg: Hausdruckerei Land Salzburg 2011. Download unter: http://www.rote-kreuz.at/fileadmin/user_upload/LV/Salzburg/Broschuere_Sicher_Wohnen_60.pdf (Abruf: 16.06.2015)
- McClure RJ, Tuner C, Peel N, et al.: Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review). Cochrane database of systematic reviews. Jan 25 (2005), Nr. 1, CD004441
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW): Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen. Veröffentlichungsnummer 142. Düsseldorf: MGEPA NRW 2014. Download unter: https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Planungshilfe_Inhalt_mgepa2014.pdf (Abruf: 16.06.2015)
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW): Wo finde ich eine Wohnberatung in meiner Nähe? Suchmaske für die Wohnberatung. Abruf unter: www.mgepa.nrw.de/pflege/Ratgeber/wohn___pflegeberatung/Adressen_der_Wohnberatung/index.php (Abruf: 16.06.2015)
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK NRW): Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW). 1997. Abruf unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2120&bes_id=4659&aufgehoben=N&menu=1&sg=0 (Abruf: 27.08.2014)
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK NRW): Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PfG NW). 1996 (zuletzt geändert: 8. Juli 2003). Abruf unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=3007&vd_back=N380&sg=&menu=1 (Abruf: 16.06.2015)
- Ohmann C et al.: A new model of comprehensive data linkage--evaluation of its application in femoral neck fracture, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 99 (2005), S. 547-554
- Pientka L, Friedrich C: Die Kosten hüftgelenksnaher Frakturen in Deutschland: Eine prospektive Untersuchung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 32 (1999), S. 326-332
- Safe Communities Foundation New Zealand (SCFNZ): Criteria and Process for Accreditation / Reaccreditation as a Safe Community. Abruf unter: <http://www.safecommunities.org.nz/becoming/accred/view> (Abruf: 16.06.2015)
- Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, et al.: Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 56 (2008), S. 2234-2243
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. Tabelle Nordrhein-Westfalen (2013). Abruf unter: www.gbe-bund.de (Abruf: 16.12.2014)
- Visschedijk J, Achterberg W, Van Balen R, et al.: Fear of falling after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors. Journal of the American Geriatrics Society. 58 (2010), S. 1739-1748

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

