



Bundesinteressenvertretung für alte
und pflegebetroffene Menschen e.V.

Sturzprophylaxe in der Pflege

Expertenstandards leicht verständlich

Eine verbraucherfreundliche Darstellung des vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelten und verabschiedeten Standards

BIVA

Die Entwicklung des Expertenstandard wurde vom Bundesministerium für
Gesundheit gefördert (Az: G 18 - 43164-1/578)

Impressum

Herausgeberin:
Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (**BIVA**) e.V.
Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn

Tel.: 0228-909048-0
Fax: 0228-909048-22
E-Mail: info@biva.de
Internet: www.biva.de

Verantwortlich i.S.d.P.:
Der Vorstand der BIVA e.V.
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Dr. Manfred Stegger

Bearbeitung: Bettina Meller

Stand: Januar 2013
Unter Berücksichtigung der 1. aktualisierten
Fassung des Expertenstandards 2013

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine
Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte
dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung –
auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin erfolgen.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

- Was sind Expertenstandards in der Pflege?
- Warum sind Expertenstandards notwendig?
- Welche Aussagen machen Expertenstandards?
- An wen richtet sich der Expertenstandard?
- Welche Expertenstandards wurden bisher entwickelt?
- Können Expertenstandards Maßstab für Haftungsansprüche sein?
- Was bezweckt diese Broschüre zur Sturzprophylaxe in der Pflege?

DER EXPERTENSTANDARD ‚STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘

- Warum muss der Sturzprophylaxe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden?
- Was bedeutet ein Sturzereignis im Leben eines Menschen?
- Kann man ein Sturzereignis voraussehen und abwenden?
- Welches Ziel verfolgt der Expertenstandard und wie ist er aufgebaut?

DIE SECHS EBENEN DES EXPERTENSTANDARDS MIT IHREN ERLÄUTERUNGEN

- Ebene 1: Das Wissen um die Identifikation der Sturzrisikofaktoren
- Ebene 2: Die Kompetenz, über Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzvermeidung zu informieren und zu beraten
- Ebene 3: Die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Sturzvermeidung
- Ebene 4: Die Umsetzung des Maßnahmenplans
- Ebene 5: Die Information aller beteiligten Personengruppen über das Sturzrisiko
- Ebene 6: Der Umgang mit der Sturzdokumentation in der Einrichtung
- Zusammenfassung der sechs Ebenen des Expertenstandards für den schnellen Leser/die schnelle Leserin

DIE KOMMENTIERUNG DER STURZRISIKOFAKTOREN UND MASSNAHMEN ZUR STURZVERMEIDUNG

- Tabelle der häufigsten Sturzrisikofaktoren
 - Personenbezogene Risikofaktoren
 - Medikamentenbezogene Risikofaktoren
 - Umgebungsbezogene Risikofaktoren
- Ausgewählte Maßnahmen zur Sturzvermeidung

AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG DES EXPERTENSTANDARDS ‚STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘ AUF DIE QUALITÄT DER PFLEGE

ANHANG

I Expertenstandards des DNQP

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege,
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

II Entstehungsgeschichte des 'Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege'

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Grundlagen des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege

III Wiedergabe des ‚Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege‘ 1. Aktualisierung 2013

- Präambel zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013
- Abdruck des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2013
- Abdruck der Tabelle der Risikofaktoren

IV Expertenarbeitsgruppe ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘

V Bestellhinweis

VI Kontakt

EINLEITUNG

Was sind Expertenstandards in der Pflege?

Expertenstandards dienen dazu, die Pflegequalität zu verbessern. Auf der Basis wissenschaftlich überprüfter Erkenntnisse über Entstehung und Verlauf bestimmter gesundheitlicher Risikofaktoren enthalten sie Handlungsanweisungen für die Pflege kranker oder pflegebedürftiger Menschen. Qualitätsstandards wenden sich somit nicht nur an die professionell Verantwortlichen in der Pflege, sondern auch an pflegende Angehörige und die Betroffenen selbst.

Expertenstandards legen also fest, welche Voraussetzungen eine qualitativ gute Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und aufgrund der Erfahrung und Erprobung in der fachlichen Praxis erfüllen müssen.

Neben der pflegfachlichen Bedeutung haben Expertenstandards aber auch juristische Bedeutung. Sie gelten als allgemein anerkannter Stand der Pflegeforschung und damit als Maßstab für pflegfachliches Handeln. An ihnen wird gemessen, ob ein bestimmtes Tun oder Unterlassen fehlerhaft ist und somit sowohl zivilrechtlich als auch strafrechtlich geahndet werden kann.

Die Expertenstandards sind in ihrer Sprache und der Art der Darstellung der Thematik in erster Linie auf Fachkräfte in den Krankenhäusern, in den Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege ausgerichtet. Für pflegfachliche Laien, also die Betroffenen und ihre Angehörigen, ehrenamtliche Helfer und sonstige Vertrauenspersonen, sind sie in ihrem Wesensgehalt nicht so ohne weiteres verständlich.

Mit der vorliegenden Broschüre soll der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege für diesen Personenkreis leicht verständlich dargestellt werden. Er wird für die Betroffenen und ihre Angehörigen inhaltlich wie sprachlich „übersetzt“.

Betroffene, ihre Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer sind nämlich diejenigen, die ganz besonders in den Prozess der Anwendung und Umsetzung empfohlener Maßnahmen zur Vorbeugung vor Stürzen einbezogen werden und tagtäglich unmittelbar mit Fragen der Lebensqualität konfrontiert sind. Auch bei stationärer und ambulanter Betreuung können Betroffene und ihre Angehörigen durch aufmerksame Begleitung des Pflegeprozesses dazu beitragen, die interne Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle durch unmittelbares Tätigwerden zu verbessern.

Somit soll mit dieser Broschüre gleichzeitig auch eine Arbeitshilfe geschaffen werden, die die Verständigung zwischen den Leistungsanbietern und den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen über pflegerische Standards und deren Umsetzung erleichtert und so zur Qualitätsverbesserung beiträgt.

Für die interessierte Öffentlichkeit soll die Broschüre als Informationsquelle dienen und zur Aufklärung darüber beitragen, was als „anerkannter Standard pflegerischer Erkenntnisse“ im Bereich der Sturzprophylaxe anzusehen ist.

Warum sind Expertenstandards notwendig?

Expertenstandards sind notwendige und nutzbringende Instrumente und Praktiken in der Qualitätsentwicklung. So konnte in Studien nachgewiesen werden, dass sich die Pflegequalität spürbar verbesserte, wenn bestimmte interne und externe Bedingungen erfüllt sind, wenn beispielsweise

- das Pflegepersonal eine hohe fachliche Sicherheit erhält und
- Pflegende in der Praxis auf geeignete Unterstützungssysteme zurückgreifen können.

Neben der fachlichen Beratung und Begleitung sowie dem Zugang zu Fachliteratur bieten Expertenstandards Orientierungshilfen für das im jeweiligen Bereich angestrebte Qualitätsniveau. So führt die Anwendung der Expertenstandards nicht nur zu einem deutlichen Qualitätssprung bei der Entwicklung von betriebsinternen Standards, Expertenstandards fördern auch den notwendigen Dialog sowohl zwischen den einzelnen Fachrichtungen der pflegerischen und medizinischen Versorgung als auch zwischen Wissenschaft und Praxis.

Die wesentlichen Aufgaben von Expertenstandards bestehen darin,

- die beruflichen Fähigkeiten und Verantwortungen zu beschreiben und festzulegen,
- Anstöße für Erneuerungen und Veränderungen bei den pflegerischen Maßnahmen zu geben,
- ein einheitliches Niveau des beruflichen Selbstverständnisses und der beruflichen Praktiken zu bilden und
- allen Personen, die mit der Pflege von Menschen befasst sind, Handlungssicherheit zu bieten.

Neben der Beschreibung des professionellen Niveaus bieten die Expertenstandards Handlungsalternativen und Handlungsspielräume an wie beispielsweise bei

- der Forderung von Patientenautonomie und Selbstpflegekompetenz,
- der Unterstützung beim Aufbau von Ängsten oder
- der Anpassung an veränderte Lebensumstände.

Welche Aussagen machen Expertenstandards?

Expertenstandards sind darüber hinaus auch als Instrumente zu verstehen, die Aussagen darüber machen,

- welche Verantwortung die Pflege gegenüber der Gesellschaft, insbesondere den Pflegebedürftigen übernimmt,
- welche Verantwortung die Pflege auch gegenüber der eigenen Berufsgruppe und ihren einzelnen Mitgliedern trägt,
- auf welcher Grundlage zwischen den Pflege- und anderen Gesundheitsberufen sich ergänzende Versorgungswege entwickelt werden können,
- welche Anforderungen an gesetzliche Rahmenbedingungen zu stellen sind und
- wieweit die Wirkung pflegerischen Handelns kontrollierbar ist.

Aus diesen Funktionen der Expertenstandards lassen sich **zwei wichtige Botschaften** ableiten:

1. Die Entwicklung von Standards auf Experten- und Praxisebene bietet eine gute Chance, Transparenz über den Beitrag der Pflege an der Gesundheitsversorgung insgesamt und über die therapeutische Bedeutung von Pflege im Behandlungsprozess speziell herzustellen.
2. Pflegestandards haben bestimmte fachliche und ethische Inhalte zu transportieren. Sie geben Zielrichtungen bei komplexen pflegerischen Aufgaben vor.

Welche Expertenstandards wurden bisher entwickelt?

Bis zum Jahre 2013 wurden Expertenstandards zu den folgenden Pflegeproblemen entwickelt¹:

- Dekubitusprophylaxe²
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Sturzprophylaxe³
- Schmerzmanagement
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
- Entlassungsmanagement

Die vorliegenden Expertenstandards werden regelhaft alle fünf Jahre aktualisiert.

¹ Näheres zu den bereits verabschiedeten Expertenstandards findet sich im Anhang

² Dekubitus (lateinisch) = Druckgeschwür, Wundliegen

³ Prophylaxe (griechisch) = Vorbeugung; Sturzprophylaxe = Sturzvorbeugung; der erste Standard Sturzprophylaxe in der Pflege wurde im Jahre 2006 veröffentlicht

Können Expertenstandards Maßstab für Haftungsansprüche sein?

Durch die zum 01. Juli 2008 in Kraft getretene Pflegeversicherungsreform haben die Expertenstandards eine weitere Aufwertung erfahren:

Nach §113a SGB XI⁴ sind die Kostenträger (der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) sowie die Leistungsträger (die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verpflichtet, „die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege“ sicher zu stellen. Es bleibt abzuwarten, wieweit die bisher entwickelten Expertenstandards hierbei übernommen oder in wesentlichen Teilen einfließen werden.

In jedem Fall werden die Expertenstandards in Zukunft eine höhere Verbindlichkeit erhalten als bisher. Durch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger werden sie rechtsverbindlich werden. Dies bedeutet, dass die Pflegebedürftigen einen Rechtsanspruch auf Beachtung der in den Expertenstandards festgelegten Maßnahmen haben werden und im Falle der Missachtung rechtliche Konsequenzen hieraus ziehen können.

Für die Leistungsanbieter und die von ihnen beschäftigten Pflegekräfte bedeutet das, dass sie gezwungen sind, Vorgaben der Expertenstandards einzuhalten und alles zu tun, um dieser Verpflichtung nachzukommen. Für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind die Expertenstandards Messlatte bei den Qualitätsprüfungen (Pflegequalität) ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet das, dass sie wissen müssen, wie der Stand der Wissenschaft bei den unterschiedlichen Pflegesituationen ist und welche Maßnahmen sie erwarten können. Nur wer seine Rechte kennt, kann sie auch einfordern.

⁴ SGB XI = Abkürzung für Sozialgesetzbuch 11. Buch, Soziale Pflegeversicherung

DER EXPERTENSTANDARD ‚STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘

Warum muss der Sturzprophylaxe besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden?

Der Expertenstandard ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘ in seiner 1. Aktualisierung definiert den Sturz in Anlehnung an die WHO⁵ wie folgt:

„Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt.“

Damit sind außer Stürze, die den ganzen Körper zu Boden bringen, auch solche Sturzereignisse eingeschlossen, nach denen die Person z.B. in der Hocke oder im Sitzen aufkommt⁶.

Obwohl es in Deutschland noch keine systematischen und verlässlichen Daten zu Stürzen gibt, ist aus Studien bewiesen, dass die Sturzhäufigkeit mit dem Alter zunimmt:

- Mehr als 40% der über 80-jährigen und der Senioren mit erheblicher chronischer Erkrankung sowie Erwachsene mit geistigen Behinderungen stürzen mehrmals jährlich,
- 30 % der Erwachsenen über 65 Jahre stürzen mindestens einmal in zwei Jahren,
- über die Hälfte der 90-jährigen stürzt mindestens einmal pro Jahr,
- 55% der gebrechlichen Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung leben und
- 50% der Bewohner eines Pflege- oder Altenheims stürzen einmal jährlich, 30% der Heimbewohner⁷ sogar mehrmals.

Folgen von Stürzen sind in der Regel Prellungen, Wunden und Verstauchungen, sie können aber auch zu Knochenbrüchen bis hin zum Tod führen.

Nach jüngsten deutschen Studien kommt es

- bei 1 % der Personen über 75 Jahren durch einen Sturz zu Knochenbrüchen im Hüftbereich,
- bei Pflegeheimbewohnern liegt der Anteil sogar bei jährlich 4%.

⁵ World Health Organization (WHO) = (Weltgesundheitsorganisation). Global Report on Falls in Older Age. 2007, http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/, Zugriff: 29.05.2012

⁶ Die Ausweitung der Definition des Sturzes erfolgte aufgrund von Einordnungsproblemen bei der Erfassung eines Sturzes in der Praxis, wenn gestürzte Personen in der Hocke oder in sitzender Stellung aufgefunden werden. Diese wurden aufgrund der bisherigen Definition ‚..._auf einer tieferen Ebene zu **liegen** kommen‘ nicht einheitlich eingeordnet. Siehe aktualisierter Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 2013, S. 13

⁷ Zur sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Geschlechtsform verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

Häufig funktioniert der Körper nach einem Sturz nicht mehr so wie vor dem Sturz. Es kommt zu zunehmenden Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit, außerdem oft zu schwerwiegenden psychischen sowie sozialen Folgen:

- Die Betroffenen verlieren das Vertrauen in die eigene Mobilität.
- Es entsteht ein Teufelskreis von
 - Sturzangst,
 - Vermeidung von Aktivitäten und
 - eingeschränkten Tätigkeitsfeldern bis zur
 - Vereinsamung und einer
 - weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Die Behandlung von Sturzfolgen ist kostenintensiv. 15% der Senioren müssen einmal pro Jahr im Krankenhaus nach einem Sturz behandelt werden. Die Kosten der Operation und Rehabilitation eines hüftgelenknahen Bruchs von Pflegeheimbewohnern belaufen sich allein für die Krankenkassen auf rund 7.500 € pro Person. Hinzu kommen zusätzliche Kosten für die Betroffenen und ihre Familien und evtl. für die Pflege- oder Rentenversicherungen. Gesamtwirtschaftlich gesehen sind die Kosten der Behandlung von Sturzfolgen älterer Menschen ungefähr so hoch wie die für die Versorgung anderer typischer Krankheiten dieser Altersgruppen (z.B. Demenz, Depression, Schizophrenie).

Durch eine konsequente Sturzprophylaxe können demnach nicht nur Stürze und Verletzungen verhindert werden, sondern auch erhebliche Kosten eingespart werden. Vor allem aber steigert jeder vermiedene Sturz die Lebensqualität älterer und kranker Menschen und stärkt das Vertrauen in ihre Mobilität. Dies führt zum Erhalt ihrer Selbständigkeit. **Sturzprophylaxe ist damit auch ein Gradmesser für Lebensqualität.**

Kann man ein Sturzereignis voraussehen und abwenden?

Jeder Mensch, der sich bewegt, trägt das Risiko in sich, zu stürzen, sei es durch Unachtsamkeit oder bei einer sportlichen Betätigung. Über dieses alltägliche Risiko hinaus gibt es aber Stürze, deren Ursache im Verlust der Fähigkeit liegt, einen Sturz zu vermeiden. Sie sind häufig Folge einer Verkettung und Häufung von Risikofaktoren.

Den betroffenen Personen - überwiegend ältere Menschen oder Menschen mit reduziertem Allgemeinzustand - gelingt es nicht mehr, den Körper in Balance zu halten oder ihn bei Verlust des Gleichgewichts wieder in Balance zu bringen. Es gelingt den Betroffenen z.B. nicht mehr, sich noch aufzufangen oder festzuhalten und auf diese Weise den Sturz zu vermeiden oder seine Folgen durch angemessene Schutzreaktionen zu vermindern.

Um das Sturzrisiko bei diesem Personenkreis einschätzen zu können, kann man

- bestimmte Personengruppen identifizieren, die ein erhöhtes Sturzrisiko besitzen und
- bestimmte Situationen erkennen, die zu einem solchen erhöhten Sturzrisiko führen.

Dennoch ist ein Sturzrisiko nicht immer voraussehbar. Manche Stürze geschehen unbeobachtet, und ihre eigentliche Ursache ist häufig nicht nachvollziehbar.

Werden mögliche Sturzrisiken und Sturzursachen erkannt, gibt es verschiedene Möglichkeiten einzugreifen oder vorzubeugen, um einen Sturz abzuwenden. Da viele unterschiedliche Faktoren zu einem Sturz führen, sind auch die Maßnahmemöglichkeiten vielschichtig und nicht in allen Bereichen gleich wirkungsvoll anwendbar.

Welches Ziel verfolgt der Expertenstandard und wie ist er aufgebaut?

Die **Zielsetzung** für den Standard lautet:

Jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze weitgehend verhindert oder Sturzfolgen minimiert (= größtmöglich verringert).

Die **Begründung** hierzu lautet:

- Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar.
- Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Knochenbrüchen über Einschränkung des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Beweglichkeit bis hin zur Aufgabe⁸ einer selbständigen Lebensführung reichen.
- Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren,
- durch eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen sowie
- durch gemeinsame Maßnahmenplanung und deren Durchführung kann eine sichere Beweglichkeit gefördert werden.

Der Standard gliedert sich in **sechs Ebenen**.

⁸ Im Expertenstandard zur Sturzprophylaxe 2006 hieß es „...*Verlust* einer selbständigen Lebensführung ...“

Im Bereich der Sturzvorbeugung kann der Verbraucher von den Pflegefachkräften folgende Voraussetzungen für eine fachkompetente Pflege erwarten:

1. Das aktuelle Wissen zur Identifizierung von Sturzrisikofaktoren
2. Die Kompetenz zur Beratung über Sturzrisikofaktoren und über entsprechende Interventionen zur Sturzvermeidung
3. Die Kenntnisse über geeigneter Maßnahmen zur Sturzvermeidung und Minimierung sturzbedingter Folgen
4. Die Befähigung zur Umsetzung des Maßnahmenplans
 - a. Koordination der Maßnahmen durch die Pflegefachkraft
 - b. Art und Umfang des Angebots an Maßnahmen als Voraussetzungen für eine sichere Beweglichkeit
5. Die Information aller an der Versorgung des Bewohners/Patienten beteiligten Personen über das Sturzrisiko
6. Der Fähigkeit zur systematischen Sturzdokumentation
 - a. Erfassung und Analyse eines Sturzereignisses
 - b. Bereitstellung von Personal und anderer Ressourcen für die Auswertung und Analyse von Stürzen

Die genannten Ebenen werden nachstehend in ihren wesentlichen Aussagen beschrieben. Dabei ist das Augenmerk auf die Perspektive der Patienten/Bewohner, ihre Angehörigen und Laienhelfer gerichtet.

Der wesentliche Inhalt der sechs Ebenen wird am Ende des Kapitels zusammengefasst. Eine tabellarische Übersicht sowie die Präambel (das Vorwort) der Verfasser des Standards ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘, 1. Aktualisierung 2013, sind im Anhang abgedruckt.

DIE SECHS EBENEN DES EXPERTENSTANDARDS MIT IHREN ERLÄUTERUNGEN

Ebene 1: Das Wissen um die Identifikation der Sturzrisikofaktoren

Welches Fachwissen kann von den Pflegefachkräften erwartet werden?

Die Pflegefachkräfte müssen über das Fachwissen auf ihrem Fachgebiet verfügen, das dem neuesten Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis entspricht. So sieht es das Gesetz vor⁹. Jeder Patient und Bewohner kann dieses Wissen einfordern. Es ist Maßstab für Haftungsfragen.

Die Einrichtungen der Pflege haben dafür zu sorgen, dass ihre Pflegefachkräfte ihr z.B. im Rahmen der Berufsausbildung erworbenes Wissen fortlaufend auf den neuesten Erkenntnisstand bringen.

Patienten/Bewohner und ihre Angehörigen können also erwarten, dass Pflegefachkräfte:

- die anerkannten Risikofaktoren (Umstände) kennen, die zu Stürzen führen können,
- wissen, dass ein Sturz durch mehrere Ursachen bedingt sein kann,
- die Methoden beherrschen, mit denen sie diese Risiken bei dem jeweiligen Patienten/Bewohner auf eine systematische Art und Weise einschätzen können.

Welche Umstände stellen ein Sturzrisiko dar?

Man unterscheidet:

- **Umstände, die in der Person des Betroffenen liegen**, z.B.:
 - die Beeinträchtigung einer Körperfunktion^{10*}, die die Aktivitäten des täglichen Lebens einschränken wie z.B. Gehprobleme, Gleichgewichtsprobleme*, bestimmte Erkrankungen¹¹, Sehbeeinträchtigungen, Kontinenzprobleme
 - die Beeinträchtigung sensomotorischer¹² Funktionen wie z.B. Gang- und Gleichgewichtsstörungen
 - Einschränkungen der sensiblen Wahrnehmung des Körpers, z.B. Gefühllosigkeit oder Lähmungen in den Beinen oder Füßen,
 - Depression*
 - Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Verlust des Bewusstseins oder starker körperlicher Schwäche einhergehen
 - akute und/oder chronische¹³ Beeinträchtigungen des Denkvermögens* wie z.B. bei Delir und Demenz
 - Sturzangst
 - Sturzvorgeschichte*

⁹ § 11 SGB XI, siehe die entsprechenden Regelungen in den Heimgesetzen der Länder

¹⁰ Die Faktoren mit einem * sind in Studien belegt

¹¹ Eine Liste dieser Krankheiten siehe s.S. 32

¹² Sensomotorisch: Gesamtheit des durch Reize bewirkten Zusammenspiels von Sinnesorganen und Muskeln

¹³ Chronisch = andauernd

- **Medikamentenbezogene Risikofaktoren¹⁴, z.B.:**
 - Antihypertensiva
 - Psychotrope Medikamente
 - Polypharmazie

- **Umgebungsbezogene Risikofaktoren, z.B.:**
 - Freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Gefahrenquellen in der Umgebung wie z.B.
 - lose verlegte Kabel
 - glatte Fußböden
 - fehlende Haltemöglichkeiten (im Innen- und Außenbereich)
 - zu hohe oder zu niedrige Toiletten
 - geringe Beleuchtung
 - zu schwache Lichtkontraste
 - ungeeignetes Schuhwerk
 - unebene Wege und Straßen
 - Wetterverhältnisse wie Glätteis, Schnee

Die Sturzrisikofaktoren sind im Anhang zusammengefasst.

Wann, wie und wie oft werden diese Umstände beurteilt?

Der beste Zeitpunkt, abzuklären, ob bei dem Patienten/Bewohner ein Sturzrisiko besteht, ist der Beginn der Inanspruchnahme von professioneller Pflege, am besten im Rahmen des Aufnahmegesprächs. Dann können notwendige Maßnahmen so früh wie möglich eingeleitet werden. Zu diesem Zeitpunkt können und sollten auch die Angehörigen ihre Beobachtungen mitteilen.

Die Pflegekraft muss die Vorgeschichte des Betroffenen systematisch zusammenstellen, seinen jetzigen Zustand, seine Medikamente, seine Beschwerden erfragen und ihn genau und fortlaufend beobachten. Die Beobachtungen der Angehörigen sind mit einzuziehen.

So ist darauf zu achten, wie der Betroffene die täglichen Herausforderungen bewältigt, wie er z.B. vom Stuhl aufsteht oder aus der Dusche steigt.

Je nach der Umgebung, in der sich der Betroffene aufhält, muss auch auf bestimmte Gegebenheiten besonderes Augenmerk gerichtet werden, z.B. im häuslichen Umfeld Stolperfallen wie Teppiche oder Kabel, im Krankenhaus mögliche Desorientierung wegen der ungewohnten Umgebung oder Schwindelgefühl nach einer Operation.

¹⁴ Zur Erklärung der Medikamente und ihrer Wirkung auf das Sturzrisiko siehe unter Kommentierung der Sturzrisikofaktoren, s.S. 32

Die Tabelle der Sturzrisikofaktoren¹⁵, bietet hierbei eine Orientierungshilfe¹⁶. Dabei ist zu beachten, dass manche Betroffene mehrere Risikofaktoren aufweisen können und dennoch weniger gefährdet sind als andere, die nur einen Risikofaktor aufweisen.

Festzuhalten sind auch sogenannte Beinahe-Stürze. Damit sind Stürze gemeint, die durch das Eingreifen eines Angehörigen oder einer Pflegekraft verhindert oder durch den Betroffenen selbst in letzter Sekunde aufgefangen werden. Sie gelten nicht als eigener Risikofaktor, geben aber möglicherweise Hinweise auf eine gesundheitliche Einschränkung, die zur Sturzgefährdung führen kann.

Die in jedem Einzelfall festgestellte Sturzgefahr ist systematisch und aktuell zu erfassen und zu dokumentieren. Wichtig ist dabei, dass die Feststellungen als Grundlage für die Beratung der Patienten/Bewohner und Planung der zu ergreifenden Maßnahmen benutzt werden können.

Die Erfassung stellt außerdem sicher, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die vorliegenden Sturzrisiken und die Maßnahmen informiert sind. Für die Pflegekräfte sowie für den Verbraucher kann die Dokumentation im Falle eines Sturzes als Beweismittel dienen.

Es gilt der Grundsatz: Je grösser die Sturzgefahr ist, desto häufiger muss sie neu überprüft und neu eingeschätzt werden. Dies ist insbesondere bei Veränderungen der Pflegesituation der Fall, so z.B.

- nach jeder akuten Veränderung des Gesundheitszustandes
- nach einer Veränderung der Medikation
- nach dem Erhalt neu angepasster oder veränderter Brillen
- nach einer Veränderung der Umgebung (z.B. durch Orts- oder Zimmerwechsel)
- nach einer Überarbeitung der Pflegeplanung
- nach jedem Sturz

Zusätzlich muss die Pflegekraft überprüfen, ob die bisherigen Vorbeugungsmaßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden, ob sie verändert oder neue Maßnahmen angeordnet werden müssen.

¹⁵ In der Aktualisierung des Standards alphabetisch, also nicht nach Häufigkeit der Faktoren gelistet

¹⁶ Im Expertenstandard Sturzprophylaxe 1. Aktualisierung 2013 wurde eine besondere Tabelle mit den Sturzrisikofaktoren je nach Aufenthaltsort entwickelt. Diese ist für die Verbraucher jedoch weniger interessant, zumal sie wegen fehlender Untersuchungen in vielen Bereichen noch nicht vollständig ist. Deshalb wird auf ihren Abdruck verzichtet.

Ebene 2: Die Kompetenz, über Sturzrisikofaktoren und geeignete Maßnahmen zur Sturzvermeidung zu informieren und zu beraten

Was ist das Ziel einer professionellen Information und Beratung zur Sturzvermeidung?

Wer über das Thema Sturzvermeidung gut informiert und beraten wird, erhält wichtiges Wissen über sich selbst, welches ihm die Möglichkeit gibt, selbst Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und bewusst zu entscheiden, was er für seine Gesundheit tun kann und will.

Ziele einer solchen Beratung sind:

- zur körperlichen Bewegung zu motivieren
- die Selbstpflegefähigkeit zu erhalten oder zu vergrößern
- den Alltag selbstbestimmt bewältigen zu können
- den Zusammenhang zwischen dem Erhalt der körperlichen Aktivität und der eigenen Lebensqualität aufzuzeigen
- die eigene Mobilität weitestgehend zu erhalten oder zu fördern
- individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen und zu respektieren
- selbst unter möglichen Maßnahmen auswählen zu können

Wie sieht eine professionelle Information und Beratung aus?

Die Pflegekräfte müssen in den modernen Methoden ausgebildet sein, um Beratungsgespräche und Schulungsmaßnahmen angemessen zu gestalten.

Hierbei ist die Sicht des Verbrauchers einzunehmen:

- Kann der Betroffene dem Gespräch inhaltlich folgen?
- Stellt die Pflegekraft verständliche Fragen?
- Benutzt die Pflegekraft eine einfache und klare Sprache?
- Versteht sie es, anschauliche Beispiele für Risiken und ihre Vermeidung zu geben?
- Kann sie praktische Tipps geben?
- Bezieht sie den Angehörigen mit ein und hat der Betroffene hierfür vorher sein Einverständnis gegeben?
- Begegnet sie dem Menschen mit Respekt und Einfühlungsvermögen?

Die Information und Beratung sollte folgende Bedingungen erfüllen:

- Sie muss sachlich, wahrheitsgemäß, klar und in einer für den Betroffenen verständlichen Sprache erfolgen.
- Sie darf weder bevormundend noch negativ ausfallen (z.B. nicht: „Sie sind sturzgefährdet, deshalb muss Ihr Zimmer umgestaltet werden.“).

- Sie sollte vielmehr positiv und motivierend sein (d.h. dem Betroffenen darlegen, dass und warum sein persönliches Risiko zu stürzen verglichen mit dem normalen Alltagsrisiko erhöht ist und dass es aber mehrere Möglichkeiten gibt, diese Gefahr zu senken).
- Dem Betroffenen sind die Schulung¹⁷ und Unterstützung für vorbeugende Maßnahmen anzubieten.
- Die Vor- und Nachteile von vorbeugenden Maßnahmen, deren Ziel sowie mögliche Alternativen sind darzustellen,
- Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Betroffene möglicherweise nicht ohne weiteres über seine Sturzgefährdung sprechen möchte (z.B. aus Angst, seine Selbständigkeit zu verlieren).
- Der Betroffene ist über mögliche Folgen aufzuklären, wenn Maßnahmen abgelehnt werden.
- Falls empfohlene, sachlich gebotene Maßnahmen abgelehnt werden, ist der Wille des Betroffenen zu respektieren. Dies ist zu dokumentieren.

Wer soll in die Information und Beratung mit einbezogen werden?

An der Planung und Durchführung der Informations-, Beratungs- und Schulungsangebote sind mehrere Personen einzubeziehen:

- die Betroffenen,
- ihre Angehörigen, sofern die Betroffenen es wünschen, und
- bei Bedarf alle beteiligten Berufsgruppen wie Ärzte oder Physiotherapeuten

Wann kann die Information und Beratung als erfolgreich angesehen werden?

Sie kann als erfolgreich angesehen werden, wenn sowohl die Betroffenen als auch die einbezogenen Angehörigen und sonstigen Beteiligten die Sturzrisiken kennen und wissen, welche Schulung und Maßnahmen in Frage kommen und sie sich selbst in der Lage fühlen, über die angebotenen Maßnahmen zu entscheiden.

Besonders erfolgreich ist die Beratung, wenn die Betroffenen den Zusammenhang zwischen ihren eigenen Möglichkeiten zur Festigung ihrer körperlichen Beweglichkeit und deren Auswirkungen auf ihre Lebensqualität verinnerlichen. Entscheidend für den Erfolg der Maßnahmen ist nämlich, dass die Patienten/Bewohner vom Nutzen der Maßnahmen überzeugt sind und sich aktiv an ihrer Anwendung beteiligen. Dabei hat sich besonders die Einbeziehung der Angehörigen als hilfreich erwiesen.

¹⁷ Die Schulung wird in der Aktualisierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe ausdrücklich erwähnt.

Ebene 3: Die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Sturzvermeidung und zur Verringerung sturzbedingter Folgen

Welche Verantwortung obliegt der Pflegekraft bei der Auswahl der Maßnahmen?

Die Pflegefachkraft muss wissen,

- welche unterschiedlichen Maßnahmen zur Sturzvermeidung zur Verfügung stehen,
- welche geeigneten d.h. auf das persönliche Sturzrisiko des Betroffenen abgestimmte Maßnahmen auszuwählen sind und welche der Betroffene sich hiervon wünscht,
- wie der Nutzen bzw. eventuelle Schaden der Maßnahme für den Betroffenen abzuwägen ist,
- dass es Grenzen der Sturzvorbeugung gibt und daher keine falschen Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen geweckt werden dürfen.

Solche Maßnahmen können beispielsweise sein¹⁸:

- Einzelmaßnahmen wie
 - Anpassung der Wohnungsumgebung,
 - Anpassung der Sehhilfen; hier ist besondere Aufmerksamkeit in der Zeit nach einer Anpassung z.B. von Mehrstärken-/Gleitsichtbrillen geboten,
 - Anpassung von Schuhwerk,
 - der Einsatz von Hilfsmitteln, z.B. Hüftprotektoren, Sturzhelme,
 - Kraft- und Balancetraining.
- Maßnahmenpakete
 - Sie zielen auf eine Vielzahl von Sturzursachen ab und versprechen größeren Erfolg bei der Verminderung von Stürzen. Mit ihnen können sowohl die persönlichen also auch die umgebungsbezogenen Risikofaktoren berücksichtigt werden:
z.B. gezielte Veränderung der Umgebung zur Verminderung von Sturzgefahr kombiniert mit einer Anpassung der Sehhilfen und einem Kurs mit Balance- und Kraftübungen
- „Selbstverständliche“ Maßnahmen
 - Auch naheliegende und an sich selbstverständliche Maßnahmen, die Pflegende schon nach ihrem gesunden Menschenverstand anwenden würden, sind zu beachten. Oft ist deren Aufwand gering.
z.B. das Pflegebett auf eine Höhe stellen, die das selbstständige Aufstehen erleichtert, angemessene Beleuchtung herstellen, Stolperfallen beseitigen

Wegen ihrer Selbstverständlichkeit wird leicht übersehen, sie als pflegerische Aufgabe zu erfassen und zu dokumentieren.

¹⁸ Ausführlicher zu den einzelnen Maßnahmen s. S. 33 ff

- Zusätzliche nicht-pflegerische Maßnahmen
 - Dies sind Maßnahmen, deren mögliche Anwendung mit den anderen beteiligten Berufsgruppen zu diskutieren ist, da sie nicht unmittelbar in den pflegerischen Kompetenzbereich fallen.
z.B. Anpassung der Medikation, regelmäßiges körperliches Training

Wie kann ein Maßnahmenplan aussehen?

Die eigens für den Betroffenen ausgesuchten und besprochenen Maßnahmen werden als individueller Maßnahmenplan in den Pflegeakten festgehalten und mit den an ihrer Umsetzung beteiligten Personen besprochen, z.B.

- Tragen eines Hüftprotektors
- Teilnahme am Balance- und Krafttraining, zweimal wöchentlich
- Teilnahme am Kontinenztraining, einmal wöchentlich

Dürfen freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet werden?

Freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen¹⁹ sind z.B. Gurte, Bettgitter, das Absperrn von Türen, die Wegnahme von Gehhilfen, Fortbewegungsmitteln wie Rollstuhl etc. oder die Vergabe von Medikamenten zur Ruhigstellung.

Zum einen sind diese Maßnahmen nur mit Zustimmung des Betroffenen zulässig oder bei Einwilligungsunfähigkeit mit einer vorherigen oder im akuten Ausnahmefall nachträglich einzuholenden richterlichen Genehmigung. Diese wird nur bei Gefahr der Selbstschädigung des Betroffenen erteilt. Ansonsten sind Maßnahmen dieser Art ohne vorherige Einwilligung des Betroffenen oder richterlicher Genehmigung strafbar.

Zum andern dienen solche Maßnahmen nicht der Sturzvorbeugung, sondern können ihrerseits das Sturz- und Verletzungsrisiko des Betroffenen erhöhen. Bewohner/Patienten können z.B. trotz hochgestellter Bettgitter herausfallen und sich durch die größere Fallhöhe oder die Körperhaltung beim Klettern über das Gitter schwere Verletzungen zuziehen. Es gibt auch keine Nachweise dafür, dass Sturzraten steigen, wenn freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden.

Der Erhalt und die Förderung sicherer Mobilität müssen oberstes Ziel der Pflege sein! Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen deshalb keinesfalls zur Sturzvorbeugung eingesetzt werden.

¹⁹ Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von geringer Dauer und Intensität z.B. das einmalig und nur kurze Zeit hochgezogene Bettgitter.

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne von § 1906 BGB sind solche Maßnahmen, die den Betroffenen durch mechanische Vorrichtungen oder auf andere Weise z.B. durch sedierende Medikamente in seiner Fortbewegungsweise beeinträchtigen und der Betroffene diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann.

Sollte der Patient/Bewohner selbst nach mechanischen Hilfsmitteln fragen, z.B. nach einem Bettgitter, muss sein Sicherheitsbedürfnis gegen das Risiko des Hilfsmittels abgewogen werden: So könnte stattdessen ein Teilbettgitter am Kopfende des Bettes angebracht werden, welches ein gewisses Sicherheitsgefühl vermittelt, andererseits aber einen normalen Ausstieg aus dem Bett ermöglicht.

Ebene 4: Die Umsetzung des Maßnahmenplans

4 a Wofür ist die Pflegefachkraft verantwortlich?

Stationäre Betreuung:

Bei der stationären Betreuung ist innerbetrieblich festzulegen, dass die Pflegefachkraft zur Koordination der Maßnahmen zur Sturzprophylaxe für die Patienten/Bewohner verantwortlich ist.

Die Pflegefachkraft plant die Maßnahmen und koordiniert ihre Durchführung. Sie sollte beispielsweise frühzeitig

- Kontakt zu den Kostenträgern aufnehmen, um die Kostenübernahme von Hilfsmitteln einzuleiten,
- bei Mängeln in der Umgebung, die Sturzfallen sein können, die entsprechenden Stellen informieren, zur Abhilfe auffordern und (wichtig)! auch kontrollieren, ob die Mängel beseitigt wurden.

Erfolgreiche Planung bedeutet, dass die Maßnahmen angeboten bzw. umgesetzt werden und die Patienten/Bewohner an Mobilität/Beweglichkeit gewinnen bzw. sicherer werden. Da es sich um einen Prozess handelt, müssen Beratung und gegebenenfalls Überprüfung anderer Vorbeugemaßnahmen kontinuierlich angeboten werden.

Im häuslichen Bereich:

In der ambulanten (häuslichen) Pflege ergibt sich die Verantwortung aus dem Pflegeauftrag.

Hier geht es vor allem darum, den Senioren und ihren Angehörigen mögliche Gefahrenquellen aufzuzeigen und Maßnahmen zur Anpassung der Wohnumgebung zu besprechen. Dies ist wirksamer, wenn auch für die Umsetzung solcher Maßnahmen Unterstützung angeboten wird.

Eine Pflegefachkraft könnte z.B. anbieten

- mit einer Wohnberatungsstelle Kontakt aufzunehmen oder
- mit dem Hausarzt über mögliche Maßnahmen zu sprechen,
- die Koordination der an der Unterstützung und Pflege beteiligten Personen (Pflegedienst, Angehörige, Hausärzte, Therapeuten, Fußpflege, Beratungsstellen) zu übernehmen.

Die Entscheidung über die Umsetzung des Angebots bleibt allein Sache des Bewohners bzw. seiner Angehörigen.

4 b Wofür ist die Einrichtung verantwortlich?

Die Einrichtung bietet entweder selbst durch eigene oder durch eigens engagierte Fachkräfte Maßnahmen zur Sturzvermeidung an. Die Art dieses Angebots muss sich an den speziellen Bedürfnissen der Bewohner/Patienten und der Besonderheit der Einrichtung orientieren.

Senioren- und Pflegeheime:

Besonders in diesen Einrichtungen ist das vorrangige Ziel, die Mobilität der Bewohner zu erhalten. Gerade Einrichtungen der Altershilfe sind dafür geeignet, ganze Maßnahmenprogramme anzubieten. Erste Voraussetzung für Qualität ist hier eine gute Organisation durch die Leitung der Einrichtung. Die Bewohner bekommen ein gutes Angebot zur Sturzprophylaxe, wenn u.a.

- die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten hinsichtlich des Angebots von Maßnahmen klar geregelt ist,
- speziell ausgebildetes Personal z.B. für Trainingsprogramme zur Stärkung von Kraft und Balance sowie zur Kontinenz zur Verfügung steht oder
- eine enge Zusammenarbeit mit Anbietern von außen besteht sowie
- Durchführung und Umsetzung der Maßnahmen kontrolliert und regelmäßig angepasst werden.

Unumgänglich ist allerdings, dass genügend bzw. zusätzliche finanzielle und personelle Mittel bereitgestellt werden. Ohne eine sorgfältige Einführung und Umsetzung der angebotenen Maßnahmen sind diese nicht wirksam, ja können sogar zu einer Erhöhung des Sturzrisikos führen.

Krankenhäuser:

Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ist begrenzt. Entsprechend kommt es hier insbesondere auf die Beratung der Patienten über die Möglichkeit und auch Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sturzvorbeugung an.

Trainingsprogramme sollten bereits im Krankenhaus begonnen werden, selbst wenn sie wegen der kürzeren Verweildauer im Krankenhaus weniger wirkungsvoll sind als in der stationären Altenpflege.

Für Patienten, die in ihre häusliche Umgebung entlassen werden, ist es hilfreich, wenn schon im Krankenhaus Wohnberatungsstellen mit einbezogen werden²⁰.

Wichtig ist es auch, die Personengruppen, die den Patienten nach seiner Entlassung weiter betreuen, zu informieren und mit in die Maßnahmenplanung einzubeziehen.

Da auch ältere Patienten heutzutage häufig bereits kurz nach einer Operation nach Hause entlassen werden, muss bei der Entlassung und beim Nachhausekommen

²⁰ z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungsanpassung e.V., www.wohnungsanpassung.de

besonders auf die zu diesem Zeitpunkt erhöhte Sturzgefahr hingewiesen und Hilfe angeboten werden. Dies kann durch eine Beratung oder einen Hinweis auf Beratungsangebote geschehen wie oben unter dem Abschnitt 4 a beschrieben.

Wann sind die Maßnahmen wirksam?

In allen Einrichtungen sind die Organisation, die Schulung des Personals durch externe Experten und die Bereitstellung von genügend Zeit- und Personal entscheidend für den Erfolg von Programmen.

Besonders in Krankenhäusern sind die Zuverlässigkeit des Personals bei der Durchführung der Maßnahmen sowie die Aufmerksamkeit gegenüber den gefährdeten Patientengruppen wichtig.

Welche äußeren Bedingungen müssen die Einrichtungen schaffen?

Die Umgebung kann insbesondere dann ein Risikofaktor werden,

- wenn sie für die Betroffenen ungewohnt ist oder
- wenn neue Einschränkungen der körperlichen Fähigkeiten des Betroffenen auftreten.

Die Einrichtung muss daher dafür sorgen, dass alle Bewohner barrierefrei wohnen²¹ und die notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung stehen:

- Die technischen Voraussetzungen müssen gefahrlos nutzbar bzw. mängelfrei sein z.B. Erreichbarkeit der Lichtschalter, Helligkeit des Lichts, Bremsvorrichtungen an Nachttischen, Betten, WC-Stühlen, am Badewannenlifter, passende Toilettensitzerhöhungen, Badewanneneinstiegshilfen, rutschfeste Bewegungsmatten, funktionierende Falldetektoren; Alarmsysteme an Bett, Türen etc.

Zur Verfügung gestellte Hilfsmittel müssen technisch einwandfrei und sicher sein z.B. Gehwagen, Gehstock, Rollstuhl, Hüftprotektor

- Die räumlichen Voraussetzungen müssen den körperlichen Einschränkungen angepasst sein z.B. Handläufe, Größe des Zimmers, Beschaffenheit des Fußbodens,

Die Einrichtung sollte regelmäßige Sicherheitskontrollen ihrer Umgebung und der von ihr zur Verfügung gestellten Hilfsmittel durchführen. Da die Finanzierung und damit die Verantwortung für das richtige Funktionieren von Hilfsmitteln im Heim sozialrechtlich oft strittig sind, kann der Betroffene zumindest eine gute Beratung zu den Hilfsmitteln durch seine Einrichtung erwarten. Eine gute Einrichtung sollte z.B. Hüftprotektoren unterschiedlicher Hersteller zur Ansicht bereithalten.

²¹ Siehe DIN-Normen 18024/18025

Ebene 5: Die Information aller an der Versorgung der Bewohner/Patienten beteiligten Personengruppen über das Sturzrisiko

Wie nimmt eine Einrichtung ihre Verantwortung für die Information über das Sturzrisiko gegenüber ihren Bewohnern wahr?

Das Sturzrisiko des Bewohners/Patienten besteht nahezu ständig und überall. Die Einrichtung muss deshalb nicht nur im Wohn- und Pflegebereich, sondern in allen Bereichen, in denen sich Bewohner/Patienten aufhalten, Informationen zur Sturzprophylaxe weitergeben und Maßnahmen durchführen. Dazu gehören:

- Räume für die Beschäftigung
- Musikräume
- Gymnastik- und andere Sporträume
- Veranstaltungsräume

Dies gilt auch gegenüber externen Veranstaltern, die z.B. Kabel verlegen oder Aufbauten vornehmen.

Wird ein Patient/Bewohner in ein Krankenhaus, in eine Reha oder in eine andere Pflegeeinrichtung verlegt, muss im Pflegebericht oder Arztbrief oder auf sonstige Weise ein Hinweis auf die Sturzgefährdung und entsprechende Maßnahmen erfolgen.

Wie kann die Information gestaltet sein?

Die Leitung einer jeden Einrichtung ist hauptverantwortlich für den wichtigen Bereich der Information und deren Weitergabe. So muss in jeder Einrichtung geregelt werden, wie Informationen gestaltet sein sollen und welche Berufsgruppen zusätzlich zu informieren sind. Die Information kann je nach Bedarf mündlich, schriftlich oder auch persönlich mit einer kurzen Einweisung erfolgen.

Entscheidend sowohl für den Verbraucher als auch für alle an der Pflege Beteiligten ist, dass die Inhalte der Maßnahmen nicht nur gehört oder gelesen werden können, sondern dass sie in ihrer Bedeutung wirklich verstanden und aufgenommen werden. Der Bewohner/Patient kann erwarten, dass auch andere Personen, die ihn versorgen, z.B. in die besondere Technik zum Aufstehen eingewiesen werden, die die Pflegekraft mit ihm erarbeitet hat.

Werden die Informationen schriftlich erteilt, z.B. durch Überleitungen oder Aufträge an andere Berufsgruppen, sollten Punkte wie *‚bestehendes Sturzrisiko‘* oder *‚besondere Risikomomente bzw. Sturzprophylaxe-Maßnahmen‘* vermerkt werden.

Wie wird dafür gesorgt, dass alle an der Versorgung eines Betroffenen beteiligten Personen informiert sind?

Die Zusammenarbeit sämtlicher an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen und Personen auch außerhalb der Einrichtung ist für den Erfolg der Sturzprophylaxe wesentlich, um eine gleichmäßige Durchsetzung und Anwendung der Maßnahmen zu gewährleisten.

Kommt ein Patient/Bewohner neu in eine Einrichtung oder übernimmt ein Pflegeservice die Betreuung einer Person, muss mit den anderen beteiligten Berufsgruppen z.B. Ärzten oder Physiotherapeuten die Planung und Durchführung der Beratung und Information der Patienten/Bewohner abgesprochen werden.

In Kliniken können z.B. Krankenhausinformationssysteme eingesetzt werden, um den Austausch der Informationen zu gewährleisten. Anforderungsschreiben z.B. an die Röntgenabteilung in einem Krankenhaus oder an den Krankentransportdienst können Vermerke wie *„Begleitung zum Toilettengang nötig“* enthalten.

Unter Umständen müssen auch das Reinigungspersonal oder Laienhelfer, die mit dem Patienten/Betroffenen Kontakt haben, informiert werden.

Wenn es noch kein funktionierendes Kommunikationssystem gibt, muss die Pflegekraft die Informationen auf andere geeignete Art und Weise weitergeben.

Ebene 6: Der systematische Umgang mit der Sturzdokumentation in der Einrichtung

6 a Die Erfassung und Analyse eines Sturzereignisses durch die Pflegefachkraft

Jeder Sturz ist für den Betroffenen ein bedrohendes Ereignis. Daher ist die Untersuchung der individuellen Umstände des Sturzes durch die verantwortliche Pflegekraft notwendig.

Nach jedem Sturz sind **drei wesentliche Fragen** zu beantworten:

1. Warum ist der Patient/Bewohner gestürzt?
2. Warum ist der Patient/Bewohner sturzgefährdet?
3. Was kann getan werden, um einen weiteren Sturz bzw. eine Sturzverletzung zu vermeiden?

Auf diese Fragen müssen fachlich folgerichtige Antworten gegeben werden, um dann begründet die geeigneten therapeutischen und vorbeugenden Maßnahmen zu treffen:

- **Zeitpunkt des Sturzes**
Der Zeitpunkt kann einen Hinweis auf die sturzauslösenden Faktoren geben.
z.B.: stürzen Patienten/Bewohner nachts, könnte die Beleuchtung nicht ausreichend sein.
- **Situationsbeschreibung**
Sie gibt Aufschluss über das Gesamtgeschehen.
z.B. ist der Patient ausgerutscht, gestolpert, irgendwo herunter- oder über etwas gefallen?
Waren andere Personen zugegen oder beteiligt?
- **Aktivitäten vor einem Sturz**
Wichtig für die Anpassung des zukünftigen Verhaltens sind Kenntnisse darüber, bei welcher Aktivität der Sturz erfolgt ist.
z.B. könnten Alternativen entwickelt werden, um Aktivitäten zu vermeiden, die zu einer erhöhten Sturzgefahr führen.
- **Ort des Sturzes**
Der Ort kann einen Hinweis auf die umgebungsbezogenen Sturzrisiken geben.
z.B. ist der Boden rutschig, werden die Bewegungen durch Hindernisse eingeschränkt, bestehen Barrieren, ist die Beleuchtung nicht ausreichend?
- **Zustand vor einem Sturz**
Wichtig sind Kenntnisse vom körperlichen und psychischen Zustand des Gestürzten, aber auch vom Zustand seiner Kleidung. Die Erfassung kann anhand der Gliederung der Sturzrisikofaktoren erfolgen. Hier kann man der Frage nachgehen, ob der Patient/Bewohner
z.B. aufgrund seines Risikoprofils vor dem Ereignis als ‚sturzgefährdet‘ galt.

- **Folgen des Sturzes**
Eine sorgfältige Erfassung der Folgen beinhaltet das Ausmaß und die genaue Lokalisation der Verletzungen. Sturzfolgen können die weitere Rehabilitation deutlich beeinflussen.
z.B. Prellungen, Verstauchungen, Platz- oder Schnittwunden, Brüche und dadurch bedingte Schmerzen, auch psychische Folgen wie Angst, Verzweiflung, Desorientierung.
- **Eingeleitete Folgemaßnahmen**
Dies können die Abklärung und Behandlung von Sturzfolgen sein.
z.B. Röntgenuntersuchung, Kühlung von Prellungen, Wundverbände, Lagerungen und/oder die Planung und Einleitung therapeutischer oder präventiver Maßnahmen, Information des diensthabenden bzw. behandelnden Arztes.
- **Allgemeine Angaben**
Im Sturzprotokoll werden persönliche Angaben zur betroffenen Person, Angaben zur Einrichtung, Datum, Zeit, erfasst. Die erhobenen Daten werden in der Akte des Patienten/Bewohners abgelegt.

6 b Wie muss eine Einrichtung mit Daten über das Sturzgeschehen umgehen?

Um allgemeine Daten zu Sturzhäufigkeit und von Verletzungsfolgen, sowie zu den Umständen, die zu Stürzen führen, zu erhalten, muss in jeder Pflegeeinheit (Station oder Wohnbereich) eine systematische und vollständige Erfassung aller Stürze erfolgen. Ob Sturzvorbeugeprogramme einer Einrichtung wirksam sind, kann nur festgestellt werden, wenn man sie langfristig beobachtet und überprüft.

Diese Aufzeichnungen und ihre Auswertungen dienen auch der internen Qualitätskontrolle sowie einer Absicherung in haftungsrechtlicher Hinsicht und können somit auch für die Verbraucher sinnvoll sein.

In der Regel werden sämtliche Sturzereignisse in einer separaten Sammlung erfasst. Die Erfassung muss einheitlich nach anerkannten Sturzindikatoren²² erfolgen, damit die Ergebnisse auf der Basis eines Programms zur Sturzvorbeugung analysiert werden können. Das Management einer jeden Einrichtung hat für die Erfassung und deren Auswertung zu sorgen.

²² z.B. der Sturzindikator des National Quality Forum in den USA; <http://www.qualityforum.org/QPS/041>

Zusammenfassung der sechs Ebenen des Expertenstandards für den schnellen Leser/ die schnelle Leserin

1	<p>Die Identifikation der Sturzrisikofaktoren</p> <p>Das Wissen der Pflegekräfte über die Identifikation und Einschätzung des Sturzrisikos muss auf dem neuesten Stand sein. Die Pflegekräfte müssen von Beginn der Pflege an das Sturzrisiko fortlaufend einschätzen. Die Erkenntnisse müssen systematisch dokumentiert werden.</p>
2	<p>Die Kompetenz des Personals</p> <p>Die Pflegekräfte müssen in der Lage sein, ihr Wissen auf den einzelnen Betroffenen zu beziehen. Die Pflegefachkräfte informieren und beraten über Sturzrisikofaktoren unter Anwendung moderner Beratungsmethoden. Der Wille des Betroffenen und seiner Angehörigen wird respektiert. Der Betroffene wird überzeugt und aktiv beteiligt. Beratung ist ein ständiger Prozess. Die an der Versorgung des Betroffenen beteiligten übrigen Personengruppen (einschl. der Angehörigen) werden mit einbezogen.</p>
3	<p>Die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Sturzvermeidung</p> <p>Ziel ist Erhalt und Förderung der Beweglichkeit als zentraler Teil der Lebensqualität des älteren Menschen sowie einer sicheren Mobilität. Die Pflegekräfte kennen wirksame Maßnahmen zur Sturzprophylaxe und Minimierung von Sturzfolgen und sind in der Lage, für jeden einzelnen Betroffenen geeignete Maßnahmen auszuwählen und gemeinsam mit ihm einen individuellen Maßnahmenplan aufzustellen und umzusetzen. Dabei sind die äußeren Voraussetzungen und die Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen. Alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen sind mit einzubeziehen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen für die Sturzvorbeugung nicht eingesetzt werden. Maßnahmenpakete sind wirksamer als Einzelmaßnahmen.</p>
4	<p>Die Umsetzung des Maßnahmenplans</p> <p>Die Einrichtungen sollten auf die Bewohner zugeschnittene Maßnahmenprogramme anbieten. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sind zu berücksichtigen. Der Leitung der Einrichtung kommt die Rolle einer effektiven Organisation des Angebots von Maßnahmen zu. Sie ist ferner für die Gewährleistung sicherer Umgebungsbedingungen verantwortlich. Die Bereitstellung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen ist</p>

	<p>entscheidend für die Wirksamkeit der Maßnahmen. Der Pflegefachkraft kommt eine herausragende Rolle bei der Auswahl, Anleitung, Motivation, Durchführung und Koordination der Maßnahmen zu. Im häuslichen Bereich muss insbesondere beraten und informiert sowie für die Umsetzung der Vorschläge Unterstützung angeboten werden. Ziel dieser Ebene ist die verbesserte und zugleich sichere Mobilität des Patienten/ Bewohners.</p>
<p>5</p>	<p>Die Information aller beteiligten Personengruppen</p> <p>Für eine gleichmäßige Durchsetzung und Anwendung der Maßnahmen ist die Information aller mit der Versorgung der Patienten/Bewohner betrauten Berufsgruppen und Personen erforderlich. Die Pflegefachkraft wählt aus, über welche Maßnahmen zu informieren ist. Die Einrichtung organisiert, welche Informationswege genutzt werden und an wen die Informationen zu erfolgen haben. Informiert sein heißt, dass die Maßnahmen inhaltlich bekannt und in ihrer Bedeutung verstanden werden.</p>
<p>6</p>	<p>Die systematische Erfassung und Analyse aller Stürze</p> <p>Die systematische Erfassung und Analyse aller Stürze ist wichtig für die Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmenprogrammen. Sie hat haftungsrechtliche und allgemeine Bedeutung für die Pflege. Die Form der Erfassung bestimmt die Einrichtung. Das Pflegepersonal muss entsprechend fortgebildet werden, um Erfassung und Analyse der Sturzereignisse durchführen zu können. Es sind alle im Protokoll aufgeführten Elemente anzugeben. Die Einrichtungen sollen vollständige Sturzdokumentationen haben, anhand derer die Maßnahmenprogramme zu überprüfen sind.</p>

KOMMENTIERUNG DER STURZRISIKOFAKTOREN UND MASSNAHMEN ZUR STURZVORBEUGUNG

Tabelle der Sturzrisikofaktoren²³

Unterteilung	Risikofaktoren	Fremdwörtererklärung
Personen-bezogene Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten* z.B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens • Beeinträchtigung sensomotorischer Fähigkeiten und/oder der Balance* z.B. Einschränkungen der Gehfähigkeit oder Balance -Störungen • Depression* • Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen • Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch)* • Kontinenzprobleme* • Sehbeeinträchtigungen • Sturzangst* • Stürze in der Vorgeschichte* 	<p>Sensomotorisch = Sinne und Bewegungsapparat betreffend</p> <p>Kognitive Fähigkeiten= wahrnehmen, denken, lernen , erinnern akut = im Moment chronisch = andauernd</p> <p>Kontinenzproblem = Problem, Urin/Stuhlgang zurückzuhalten</p>
Medikamenten-bezogene Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Antihypertensiva* • Psychotrope Medikamente* • Polypharmazie* 	<p>Antihypertensiva = blutdrucksenkende Medikamente</p> <p>Psychotrope Medikamente: = Medikamente, die die Psyche des Menschen beeinflussen</p> <p>Polypharmazie = Einnahme mehrerer Medikamente²⁴</p>
Umgebungs-bezogene Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Freiheitsentziehende Maßnahmen* • Gefahren in der Umgebung (z.B. Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung) • Inadäquates Schuhwerk 	<p>inadäquat = unangepasst</p>

²³ Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 1. Aktualisierung 2013
Sturzrisikofaktoren, alphabetisch geordnet; mit * gekennzeichnete Risikofaktoren sind durch Studien belegt

²⁴ Ab der Einnahme von vier Medikamenten geht der Expertenstandard von Polypharmazie aus

Die in der Tabelle aufgeführten Risikofaktoren sind alphabetisch geordnet nach den Kategorien

- **personenbezogene Faktoren**, d.h. den Eigenschaften, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt,
- **medikamentenbezogene Faktoren**, d.h. bei denen durch die Wirkstoffe in den eingenommenen Medikamenten Nebenwirkungen ausgelöst werden können,
- **umgebungsbezogene Faktoren**, d.h. die von außen auf die Person einwirken.

Nach dem derzeitigen Forschungsstand gibt es keine Rangliste für bedeutendere oder unbedeutendere Risikofaktoren. Höchstwahrscheinlich sind aber die folgenden Faktoren die bedeutendsten:

- geistige Einschränkungen der Patienten/Bewohner
- Sturzvorgeschichte von zwei oder mehr Stürzen im vergangenen Jahr
- jede Art von Einschränkung der Mobilität

Im Folgenden werden einige der Risikofaktoren und der Maßnahmen erläutert, wobei der Aufzählung in der Tabelle gefolgt wird.

Personenbezogene Risikofaktoren

Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten und sensomotorischer Fähigkeiten und/oder der Balance

Unter bewegungsbezogenen Funktionsbeeinträchtigungen versteht man alle körperlichen Veränderungen, die Auswirkungen auf das Stehen und Gehen haben. Diese können in den Gehorganen selbst liegen oder im zentralen Nervensystem, welches dem Betroffenen eine bestimmte Reaktion zum Auffangen versagt.

Probleme mit der Körperbalance bzw. dem Gleichgewicht sind erwiesenermaßen Sturzrisikofaktoren. Ist die Fähigkeit des Menschen zur Aufrechterhaltung seiner Körperbalance durch Alter oder Krankheit gestört, ist dies häufig an seinem Bewegungsbild oder Gehverhalten erkennbar.

Hinweise auf derartige Probleme können z.B. sein:

- Die Schwierigkeit, aufzustehen und sich in Gang zu setzen
- eine Veränderung des Gangbildes
- Richtungsabweichung beim Gehen
- ungleichmäßiger oder schwankender Gang
- wenn das Gehen die volle Aufmerksamkeit erfordert

Ferner deuten veränderte Bewegungsabläufe auf Bewegungseinschränkungen der Betroffenen hin:

- verzögerte, unsichere Bewegungsabläufe,
- kleinere Abweichungen, bei Drehungen und beim Greifen nach Gegenständen, die zu Unsicherheiten führen,
- Abweichungen vom gewohnten alltäglichen Bewegungsablauf.

Ein wichtiger Umstand für eine erhöhte Sturzgefährdung ist auch die Abnahme von Muskelkraft und Muskelspannung der Extremitäten, z.B.

- nach einer längeren Bettlägerigkeit²⁵
- durch Mangel an körperlichen Aktivitäten, der bei Alten- und Pflegeheimbewohnern häufig besteht
- Muskelschwäche durch die verminderte Beugekraft im Fußgelenk bei Personen mit Bewegungseinschränkungen
- Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen

Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung/Depression

Geistige (kognitive) Einschränkungen, Verwirrtheit, Delir²⁶, Demenz²⁷ und Depression wirken sich auf die Fähigkeit eines Menschen aus, seine Umgebung und Situation wahrzunehmen und einzuschätzen. Sie stellen bereits für sich allein Sturzrisikofaktoren dar, denn sie beeinflussen auch die Bewegungsfähigkeit und das Gangbild der Betroffenen. Kommen allgemeine Risikofaktoren, Gefahren in der Umgebung und Orientierungsschwierigkeiten hinzu, ist das Sturzrisiko erhöht.

Der beeinträchtigte kognitive Zustand zeigt sich durch Verwirrtheit, Desorientierung, Verständnisschwierigkeiten und eingeschränkte Erinnerungsfähigkeit.

In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen wurde festgestellt, dass kognitiv beeinträchtigte sowie demente Menschen doppelt so sturzgefährdet sind wie gesunde Menschen. Die Verletzungsgefahr ist eineinhalb bis dreimal so hoch wie bei anderen Gestürzten.

Erhöhte Belastungen durch Krankheit oder Gesundheitsbeeinträchtigungen

Es gibt eine Vielzahl von Krankheiten, deren Symptome deutlich die Mobilität, Bewegungsfähigkeit oder die Sensibilität der Patienten/Bewohner beeinträchtigen und damit zu einer erhöhten Sturzgefährdung führen.

Hierzu zählen insbesondere

- Multiple Sklerose²⁸
- Parkinson'sche Erkrankung²⁹
- Periphere Neuropathie/Polyneuropathie³⁰

²⁵ Personen nach einem erlittenen Hüftknochenbruch haben durchschnittlich noch sieben Monate nach Abschluss der Behandlung verminderte Kraft im Quadrizeps (großer Streckmuskel des Oberschenkels), Zitat aus Expertenstandard 2006

²⁶ Delir = Verwirrheitszustand durch akute psychische Störung organischen Ursprungs

²⁷ Demenz = wörtlich: ohne Geist; eine Erkrankung des Gehirns

²⁸ Multiple Sklerose = Entzündliche Entmarkungskrankheit des zentralen Nervensystems

²⁹ Parkinson'sche Erkrankung, wird auch Schüttellähmung genannt

- Apoplexie³¹
- Osteoarthritis

Kommen Demenzen und/oder Depressionen zu der Grunderkrankung hinzu, verstärkt sich die Sturzgefährdung, z.B. durch

- Einschränkung der Gehfähigkeit
- verlangsamte Denkprozesse
- längere Reaktionszeit auf äußere Reize
- verringerte Aufmerksamkeit für Sturzrisiken
- Gesichtsfeldveränderungen
- Störung des Gleichgewichtssinns

Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen können

Eine Ohnmacht bedeutet, dass bestimmte Körperfunktionen ausfallen und insbesondere das Gehirn minder durchblutet wird.

Da Stürze anlässlich einer plötzlichen Ohnmacht selten verhindert werden können, sollten Patienten/Bewohner mit folgenden Erkrankungen besonders beobachtet werden:

- Hypoglykämie³², besonders bei Personen mit Diabetes mellitus³³, aber auch nach einem längeren Zeitraum, in dem keine Nahrung aufgenommen wurde
- Blutdruckabfall beim Aufstehen
- Herzrhythmusstörungen z.B. bei Trägern von Herzschrittmachern
- TIA (Transitorische ischämische Attacke)³⁴
- Epilepsie³⁵

Aus dem Ergebnis von Untersuchungen wird deutlich, dass die Symptome, Schweregrade und die Folgen der aufgeführten Erkrankungen die eigentlichen Sturzrisikofaktoren darstellen. Die Erkrankung kann demnach einen Hinweis darauf geben, dass die Patienten in ihrer Beweglichkeit, Motorik und Sensibilität eingeschränkt sind.

Kontinenzprobleme

Wer in Eile die Toilette aufsuchen muss, läuft besonders nachts Gefahr zu stürzen. Entsprechend besteht insbesondere für Menschen, die unter Inkontinenz³⁶,

³⁰ Periphere Neuropathie/Polyneuropathie = Erkrankung des peripheren Nervensystems

³¹ Apoplexie = Schlaganfall; apoplektischer Insult = Hirnschlag

³² Hypoglykämie = krankhafte Unterzuckerung

³³ Diabetes mellitus = Zuckerkrankheit

³⁴ Transitorische ischämische Attacke = leichteste vorübergehende Durchblutungsstörung einer Gehirnregion aufgrund derer eine plötzliche nervliche Störung eintreten kann, insbesondere der plötzliche Gleichgewichtsverlust,

³⁵ Epilepsie (Fallsucht/Krampfleiden) = Anfallsleiden aufgrund verschiedener Ursachen z.B. infolge einer Erkrankung der Hirnorgane, von Stoffwechselstörungen oder ohne nachweisbare Ursachen.

³⁶ Inkontinenz = ungewollter Urinverlust; Dranginkontinenz = nicht unterdrückbarer Harndrang

Nykturie³⁷ oder an einer Durchfallerkrankung leiden, ein erhöhtes Sturzrisiko³⁸. Das gleiche gilt für Menschen, die Hilfebedarf beim Toilettengang haben.

Weder widerlegt noch bewiesen ist die Annahme, dass die Einnahme von Entwässerungstabletten zu einer höheren Sturzgefahr führt.

Sowohl Inkontinenz als auch Durchfall sind als Sturzrisikofaktoren festgestellt worden und gewinnen insbesondere dann an Bedeutung, wenn andere Sturzrisikofaktoren hinzukommen wie z.B. Bewegungs- oder Sehbeeinträchtigungen.

Sehbeeinträchtigungen

Unser Sehvermögen ist ein Grundpfeiler für die Fähigkeit, das Gleichgewicht zu halten. Sehbeeinträchtigungen stellen deshalb einen bedeutenden Sturzrisikofaktor dar. Führt die Sehbeeinträchtigung dazu, dass Sturzgefahren zu spät erkannt oder gar übersehen werden, erhöht sich das Sturzrisiko.

Eine verminderte Sehkraft von weniger als 30% auf beiden Augen wird als starker Risikofaktor angesehen. Auch bei einer noch bestehenden Sehkraft von mehr als 30%, erhöht sich das Sturzrisiko, wenn einer oder mehrere der folgenden Umstände hinzukommen, z.B.

- der Verlust der Tiefenschärfenwahrnehmung
- nachlassendes Räumlichkeitssehen
- die eigene Einschätzung, schlecht zu sehen
- das Nichtaufsetzen der Brille
- das Stehen auf nachgebendem Untergrund
- das Tragen von Mehrstärkengläsern für Kurz- und Weitsichtigkeit bei älteren Menschen insbesondere außerhalb ihres eigenen Wohnumfelds
- das Tragen von unangepassten, ungeeigneten oder der Situation unangemessenen Brillen
- Gesichtsfeldeinschränkungen bei älteren Menschen mit Glaukom³⁹

Beeinträchtigungen des Sehvermögens kommen vor allem bei schlechten Lichtverhältnissen zum Tragen, weil sie das Erkennen von Gegenständen erschweren, z.B.

- im Schatten
- an schwach beleuchteten Orten
- aber auch in extrem hellen Bereichen

Maßnahmen zur Korrektur der Sehfunktion wie eine Überprüfung und Korrektur der Sehfunktion allein führt nach den neuesten Forschungsergebnissen jedoch nicht unbedingt zu einer Senkung des Sturzrisikos. Im Gegenteil: im Zeitraum nach einer Anpassung der Brille, besonders nach der Anpassung oder Veränderung von Gleitsichtgläsern bis zur Gewöhnung an das veränderte Sehen ist die Sturzgefahr erhöht und bedarf besonderer Aufmerksamkeit.

³⁷ Nykturie= nächtliches Harnlassen

³⁸ ausführlich und Quelle im Expertenstandard 2006, S.59/60

³⁹ Glaukom = grüner Star

Sturzvorgeschichte und Sturzangst

Wer bereits einen oder mehrere Stürze erlebt hat, ist in Gefahr, erneut zu stürzen⁴⁰. Auch Art und Ort des Sturzes wiederholen sich häufig. Kommen weitere Risikofaktoren hinzu, kann von einer erhöhten Sturzgefährdung ausgegangen werden.

Die Sturzvorgeschichte ist ebenso wie Sturzangst durch Befragen der Betroffenen (ggf. der Angehörigen) leicht festzustellen.

Sturzangst ist eine weit verbreitete Erscheinung. Sie tritt am häufigsten bei Aktivitäten des täglichen Lebens auf, die viele Bewegungen erfordern. Allerdings hat nicht jeder Sturzangst, der schon einmal gestürzt ist und umgekehrt haben manche Menschen Sturzangst, die noch nie gestürzt sind. Sturzangst kann auch bereits bestehende Risikofaktoren erhöhen oder zusätzliche Sturfaktoren auslösen.

Eine schwerwiegende Folge der Sturzangst ist, dass die Betroffenen weniger körperlich aktiv werden und infolgedessen in Gefahr sind, an Muskelkraft und an Fähigkeit zur Beweglichkeit zu verlieren und zu stürzen.

Medikamentenbezogene Sturzrisikofaktoren

Einnahme von Medikamenten

Die Einnahme von bestimmten Medikamentengruppen ist in den letzten Jahren in Hinblick auf eine sturzgefährdende Wirkung umfassend untersucht worden.

Wenn ältere und/oder kranke Personen die nachstehend genannten Medikamente einnehmen, erhöht dies bereits ohne das Vorliegen weiterer Faktoren ihr Sturzrisiko. Dies gilt besonders bei allen auf die Psyche des Menschen wirkenden Medikamenten wie z.B.

- Antihypertensiva (blutdrucksenkende Medikamente)
- Psychotrope Medikamente (Medikamente, die die Psyche des Menschen beeinflussen), wozu auch Sedativa (Beruhigungsmittel), Hypnotica (Schlafmittel) und Antidepressiva gehören⁴¹
- Polypharmazie = Einnahme von mehreren Medikamenten⁴²

Nicht nur der Wirkstoff, sondern auch die Dosierung kann eine Auswirkung auf die Sturzgefährdung haben. Bei einer nicht gut auf den einzelnen Patienten abgestimmten Dosierung entsprechender Medikamente können Nebenwirkungen wie z.B. Schwindel, Koordinationsstörungen, Müdigkeit und Muskelschwäche/ Muskelkrämpfe auftreten, die wiederum Sturzrisikofaktoren darstellen.

⁴⁰ Manche Studien gehen von 17 % andere von bis zu 40 % oder sogar von 52 % Mehrfachstürzen aus

⁴¹ Anders als im Standard 2006, wo diese Medikamente nicht in diese Gruppe eingeordnet wurden .

⁴² Polypharmazie (griechisch) = viele Medikamente; laut Definition der WHO besteht eine Polypharmazie ab der Einnahme von sechs Medikamenten, die Experten gehen im Standard von mindestens vier Medikamenten aus. Im Standard 2006 waren ab der Einnahme von drei Medikamenten besondere Überprüfungen gefordert.

Anpassung der Medikation

Das Absetzen, Anpassen und Reduzieren der Medikation ist Teil vieler Maßnahmenprogramme. Dies ist eine ärztliche Aufgabe. Der Pflegekraft obliegt hier die Beobachtung des Patienten, wie weit sich die Medikamente auf das Sturzrisiko auswirken und ggf. die Information des Arztes.

Insbesondere die Kombination von mehr als vier Medikamenten bedarf besonderer Aufmerksamkeit, um eine Erhöhung des Sturzrisikos zu ermitteln.

Nach dem schrittweisen Absetzen von Psychopharmaka wurde z.B. eine deutliche Verminderung des Sturzrisikos festgestellt. Im Übrigen ist aber unklar, ob und in welchem Maße sich gezielte Maßnahmen bei der Medikamentengabe auf Stürze und Verletzungsfolgen auswirken.

Es sollte zu einer guten Pflege und guten ärztlichen Betreuung gehören, Medikamente nur nach sorgfältiger Prüfung der Indikationen zu geben und Medikamente, die nachgewiesenermaßen sturzerhöhende Nebenwirkungen wirken, möglichst begrenzt zu verordnen.

Umweltbezogene Sturzrisikofaktoren

Schuhwerk

Es konnte bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden, dass das Tragen einer bestimmten Art von Schuhwerk ein Sturzrisiko darstellt.

Die Experten empfehlen älteren und/oder kranken Menschen darauf zu achten, kein kaputtes oder als unsicher empfundenen Schuhwerk, rutschige Sohlen oder offene Schnürsenkel zu tragen. Deshalb steht der Faktor *geeignetes Schuhwerk* auf der Liste der möglichen Sturzrisikofaktoren.

Verwendung von Gehhilfsmitteln

Gehhilfsmittel werden eingesetzt, um die Bewegungsmöglichkeit der Betroffenen zu vergrößern und um das Sturzrisiko zu verringern, vollständig beseitigen können sie es nicht.

Es ist unklar, ob Gehhilfsmittel, sofern sie einwandfrei funktionieren, selbst sturzauslösend sein können. Ihre Benutzer haben in der Regel bereits aus konstitutionellen Gründen ein Sturzrisiko. Möglich ist, dass beim Zusammenkommen mehrerer Faktoren auch das Hilfsmittel eine Rolle beim Sturz spielt.

Ein nicht funktionierendes Gehhilfsmittel kann zu Stürzen führen. Es muss deshalb darauf geachtet werden, dass die einwandfrei funktionieren.

Maßnahmen zur Sturzvermeidung

Identifikationsarmbänder

Farblich auffällige Armbänder, die sturzgefährdete Personen selbst und das Pflegepersonal an ihre Sturzgefährdung erinnern sollen, führen nach derzeitigem Forschungsstand nicht zu einer Verminderung des Sturzrisikos.

Bettalarmsysteme

Bettalarmsysteme sind mit der Matratze/ dem Sessel des Bewohners verbunden und sollen das Pflegepersonal automatisch alarmieren, wenn ein sturzgefährdeter Bewohner im Begriff ist, das Bett zu verlassen oder aus dem Sessel aufzustehen. Durch rechtzeitiges Eingreifen der Pflegekräfte sollen Stürze vermieden werden.

Ein Nachweis für eine sturzvermindernde Wirkung dieser Hilfsmittel ist bisher nicht geführt worden.

Hüftprotektoren/Sturzhelme/Rückenprothesen

Hüftprotektoren bewirken, dass bei einem Sturz möglichst wenig Kraft auf den großen Rollhügel⁴³ geleitet wird und helfen so, hüftgelenksnahe Frakturen zu verhindern. Manche Modelle leiten die Aufprallenergie des Sturzes auf das umliegende Weichteilgewebe und erreichen so ein größeres Aufprallgebiet. Andere dienen als energieaufnehmende Polsterung oder vereinen beide Wirkprinzipien. Hüftprotektoren sind technisch gesehen wirksam, um Knochenbrüche im geschützten Bereich zu verhindern.

Die Bereitschaft älterer Menschen, über einen längeren Zeitraum Hüftprotektoren zu tragen, ist allerdings begrenzt.

Die Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Hüftprotektoren sind uneinheitlich. Im stationären Pflegebereich gibt es Ergebnisse, die die Wirksamkeit bestätigen.

Pflegekräfte sollten die Wirkweise und die Vor- und Nachteile dieses Hilfsmittels kennen und je nach Einschätzung des Sturzrisikos im Einzelfall zu einer Benutzung raten.

Stark sturzgefährdeten Personen mit einem großen Drang zur Bewegung können auch Sturzhelme oder Rückenprotektoren angeraten werden.

Bewegungs- und Muskeltraining

Eine der wichtigsten Aussagen des ‚Expertenstandards Sturzprophylaxe‘ ist die Notwendigkeit, auch im Alter und trotz Krankheit möglichst beweglich zu bleiben.

⁴³ Trochanter Major

Motorisches Training fördert die Beweglichkeit und Bewegungsfähigkeit. Ziel des Trainings ist es, die psychomotorischen Funktionen wie z.B. Gang und Balance zu fördern und Muskelfunktionen aufzubauen.

Dies wirkt sich körperlich und psychisch aus: Die betroffenen Personen lernen (wieder), Stürze abzuwenden, und subjektiv fühlen sich die Betroffenen nach regelmäßigem Training wohler und sicherer in ihrer Bewegung. Letzteres macht sie in Hinblick auf ihre Bewegungen selbstbewusster und mindert ihre eventuelle Sturzangst.

In Übungsprogrammen wird eine Kombination von Muskelaufbau-, Gleichgewichts- und Gangtraining angeboten, wobei der Schwerpunkt auf dem Gleichgewichtstraining liegt. Es handelt sich um Übungen wie z.B.

- Hüftkreisen
- über die Schulter schauen
- verschiedene Gehvariationen
- Übungen mit Hilfsmitteln wie Handtüchern
- Übungen im offenen und geschlossenen Stand
- Übungen zur Stärkung der Beinmuskulatur
- Gehübungen z.B. 30 bis 40 Minuten am Tag
- Gehen im Rollstuhl (Tippeln)
- Beinbewegungen im Sitzen und Stehen am Stuhl
- Armkreisen und Schulterübungen
- langsames Aufstehen vom Stuhl ohne Zuhilfenahme der Arme

Die Übungen können hinsichtlich Art, Anzahl, Ausdauer und Beweglichkeit variieren.

In Krankenhäusern und Pflegeheimen dient die pflegerische Mobilisierung in der Regel auch z.B. der Dekubitus- und Pneumonievorbeugung⁴⁴.

⁴⁴ Pneumonie = Lungenentzündung

AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG DES EXPERTENSTANDARDS ‚STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE‘ AUF DIE QUALITÄT DER PFLEGE AUS VERBRAUCHERSICHT

Seit dem Erscheinen des ersten Expertenstandards ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘ im Jahre 2006 sind sechs Jahre vergangen, in denen Maßnahmen bzw. –programme zur Sturzprophylaxe an vielen Pflegeorten eingeführt wurden.

Die Vielzahl von Untersuchungen zum Thema ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘, die seit dem ersten Expertenstandard veröffentlicht wurden, zeigt die große Bedeutung der Sturzvorbeugung in der pflegerischen Versorgung.

Der Standard fordert von den Pflegekräften mehr Wissen und erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber sturzgefährdeten Betroffenen. Allein durch Schulungsmaßnahmen des Personals kann das Sturz- und Verletzungsrisiko der Bewohner nicht verringert werden. Von den Einrichtungen wird effektive Organisation und die Bereitstellung genügender personeller und finanzieller Mittel gefordert, damit sich an die Beratung geeignete Maßnahmen anschließen und deren Anwendung und evtl. Anpassung gesichert ist. Dies ist nicht möglich mit einer Personalausstattung, die nur die reine Routineversorgung leisten kann.

Wie wichtig sorgfältige Erläuterung und Umsetzung der Maßnahmen mit ausreichendem Personal ist, zeigte eine Untersuchung bei Bewohnern/Patienten, die in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt waren und die nicht ihrem Gesundheitszustand entsprechend über die vorgeschlagenen Maßnahmen informiert und beraten worden waren: Es kam zu einer Erhöhung der Sturzrate. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass die Patienten/Bewohner aufgrund der nicht auf ihren Verständnishorizont abgestellten Art der Beratung verunsichert oder überfordert waren.

Die zentrale Aussage und Botschaft, die älteren/kranken Menschen vermittelt werden muss, ist die Erhaltung ihrer Lebensqualität durch aktives Arbeiten am Erhalt ihrer eigenen körperlichen Beweglichkeit.

‘Leben heißt sich regen durch bewegen‘.

Aus Verbrauchersicht wurde festgestellt, dass sich nach einer qualitativ guten Beratung und Information ein großer Teil der Betroffenen zu den möglichen Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen besser aufgeklärt fühlte und angab, mehr achtzugeben auf mögliche Sturzfallen.

Für die konsequente Bewegungsförderung gilt es, Anreize zu schaffen. Häufiges Körpertraining kombiniert mit anderen Maßnahmen hat sich z.B. bei gesunden noch rüstigen Senioren, die in ihrer häuslichen Umgebung leben, als sturmindernd erwiesen.

Mitentscheidend für den Erfolg der Maßnahmen ist, dass die Patienten/Bewohner vom Nutzen der Maßnahmen überzeugt sind und sich deshalb aktiv an ihrer

Anwendung beteiligen. Wenn sich die Einstellung durchsetzt, dass regelmäßige Bewegung in jedem Lebensalter des Menschen wichtig ist, beim älteren Menschen jedoch das ‚Leib- und Magen‘ Rezept für seine Selbstständigkeit als Teil seiner Lebensqualität bedeutet, ist der Standard ein wirksamer Beitrag zur Sturzvorbeugung.

ANHANG I

Expertenstandards des DNQP

Herausgeber:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Bezugsadresse:

DNQP, Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 19 40, 49009 Osnabrück
Tel.: 0541. 969-2004
Fax: 0541. 969-2971
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: www.dnqp.de/Expertenstandard

Bisher verabschiedete Expertenstandards:

- Expertenstandard **Dekubitusprophylaxe in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2004, 1. Aktualisierung Dez. 2010
- Expertenstandard **Entlassungsmanagement in der Pflege**, 2004, 1. Aktualisierung Juli 2009
- Expertenstandard **Schmerzmanagement in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Mai 2005, 1. Aktualisierung Dezember 2011
- Expertenstandard **Sturzprophylaxe in der Pflege**, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Februar 2006, Aktualisierung Januar 2013
- Expertenstandard **Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, April 2007
- Expertenstandard **Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, Juni 2009
- Expertenstandard **Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung, Mai 2010

II Entstehungsgeschichte des 'Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege'

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Der ‚Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege‘ ist das Ergebnis der Zusammenarbeit zwischen

- dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück als wissenschaftlicher Leitung sowie
- einer Arbeitsgruppe von Experten aus der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis unter der Leitung von Christine Sowinski (Expertenstandard Sturzprophylaxe 2006), und Prof. Dr. Cornelia Heinze (1. Aktualisierung 2013). Ferner wirkten je ein Vertreter der Patientinnen und Patienten sowie des Verbraucherschutzes mit.

Der aktualisierte Expertenstandard ist nach dem im Jahre 2011 entwickelten ‚Leitfaden zur Erstellung von Expertenstandards im DNQP‘ erarbeitet worden⁴⁵.

Grundlagen des ‚Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege‘

Sowohl die Erkenntnisse der Wissenschaft, der Stand und die Handlungsbedingungen der Praxis als auch die Bedürfnisse der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen wurden in die Kriterien des Expertenstandards mit einbezogen.

Der von der Expertenarbeitsgruppe in den Jahren 2003/2004 erarbeitete (wissenschaftlich fundierte) Entwurf des Expertenstandards berücksichtigt 250 Quellen aus der nationalen und internationalen Fach- und Forschungsliteratur zum Stand der Sturzthematik.

Er wurde im Oktober 2004 der Fachöffentlichkeit auf einer Konsensuskonferenz mit 650 Teilnehmern vorgestellt, erläutert und diskutiert. Vertreter der Gesundheitspolitik, der Spitzenorganisationen und Spitzenverbände aus dem Gesundheitswesen sowie Experten anderer Gesundheitsberufe waren als Konferenzbeobachter anwesend.

Ziel der Konferenz war es, einen möglichst hohen Grad an Übereinstimmung zum angestrebten Qualitätsniveau bei der Sturzprophylaxe zu erreichen.

Die Ergebnisse der Fachdiskussion auf der Konsensuskonferenz wurden anschließend von der Expertengruppe in den Expertenstandard eingearbeitet. Man verständigte sich darin auf 6 Ebenen mit messbaren Kriterien zur angestrebten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Von Januar bis Juni 2005 zeigte die modellhafte Einführung des Expertenstandards in 24 Einrichtungen des Gesundheitswesens dessen Praxistauglichkeit.

⁴⁵ Siehe www.dnqp.de/methodisches Vorgehen

Im Februar 2006 wurde der 'Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege' veröffentlicht.

Von 2011 bis 2013 lief das Verfahren zur Aktualisierung dieses Expertenstandards. Dies entspricht dem geplanten 5-jährigen Turnus, in dem die Expertenstandards aktualisiert werden sollen.

Das Verfahren umfasste

- die Einberufung und Ergänzung der Expertengruppe aus neuen und ehemaligen Experten aus Pflegewissenschaft und Praxis,
- die Erstellung einer aktuellen Literaturstudie; für die aktualisierte Fassung 2013 wurde eine neue Literaturstudie für den Zeitraum 2004 bis 2011 erstellt, in der insgesamt 275 Beiträge gesichtet und verarbeitet wurden,
- eine Anpassung von Standard und Kommentierung an den neuen Wissensstand zum Thema Sturzprophylaxe,
- den Abstimmungsprozess mit der Fachöffentlichkeit und dem DNQP-Lenkungsausschuß (Konsentierungsphase),
- die Neuauflage der Buchveröffentlichung zum aktualisierten Expertenstandard (DNQP 2011, S. 19ff) im Januar 2013. Aufgrund des Umfangs der Literaturstudie wurde diese in zwei Fassungen veröffentlicht: Eine Kurzfassung ist Teil des vorliegenden aktualisierten Standards. Die Langfassung ist auf der Website des DNQP veröffentlicht worden und kann von dort frei heruntergeladen werden.

III Wiedergabe des ‚Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege‘

Präambel zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, -

1. Aktualisierung 2013

Jeder Mensch hat ein Risiko zu stürzen, sei es durch Unachtsamkeit oder bei einer sportlichen Betätigung. Über dieses alltägliche Risiko hinaus gibt es Stürze, deren Ursache im Verlust der Fähigkeit zur Vermeidung eines Sturzes liegt. Den betroffenen Patienten/Bewohnern⁴⁶, überwiegend ältere Menschen oder Menschen mit reduziertem Allgemeinzustand, gelingt es nicht mehr, den Körper in Balance zu halten oder ihn bei Verlust des Gleichgewichts wieder in Balance zu bringen bzw. Sturzfolgen durch intakte Schutzreaktionen zu minimieren. Physische Auswirkungen von Stürzen reichen von schmerzhaften Prellungen über Wunden, Verstauchungen und Frakturen bis hin zum Tod. Zu den möglichen psychischen Folgen zählt vor allem der Verlust des Vertrauens in die eigene Mobilität. Durch die physischen und/oder psychischen Sturzfolgen kann es schließlich zu einer Einschränkung des Bewegungsradius kommen und damit schlimmstenfalls zur sozialen Isolation

Definition

Im vorliegenden Expertenstandard ist mit Sturzrisiko grundsätzlich das erhöhte Sturzrisiko gemeint, das über das alltägliche Risiko zu stürzen, hinausgeht. In Anlehnung an die WHO (2007) wird im Expertenstandard die folgende Definition zugrunde gelegt⁴⁷:

„Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt.“

Hiermit sind auch Stürze gemeint, in deren Folge die Betroffenen den Boden oder die tiefere Ebene nicht mit dem ganzen Körper berühren, sondern dort auch beispielsweise sitzen oder hocken. Häufig kann im Beisein von Pflegefachkräften ein Sturz so weit abgefangen werden, dass es nicht zu einer Berührung des Körpers mit dem Boden kommt. Diese „Beinahestürze“ geben wichtige Hinweise auf zugrunde liegende Risikofaktoren, wie eine beeinträchtigte Balance oder eine orthostatische Hypotonie, wie z. B. nach dem Aufstehen. Die Expertenarbeitsgruppe hat sich darauf geeinigt, dass Beinahestürze nicht als Stürze zu definieren sind, aber im pflegerischen Alltag im Rahmen der Risikoeinschätzung berücksichtigt werden sollten.

Zielsetzung

Der Expertenstandard hat zum Ziel, Pflegefachkräfte sowie Pflege- und Gesundheitseinrichtungen dabei zu unterstützen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenmeinungen, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren. Dieses Ziel ist allerdings nicht durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erreichen, sondern vielmehr durch die Erhaltung bzw.

⁴⁶ Zur sprachlichen Vereinfachung und zur besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Geschlechtsform verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

⁴⁷ World Health Organization (WHO). Global Report on Falls in Older Age. 2007, http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/, Zugriff: 29.05.2012

Wiederherstellung einer größtmöglichen, sicheren Mobilität von Patienten/Bewohnern, verbunden mit einer höheren Lebensqualität. Die Expertenarbeitsgruppe spricht sich daher gegen jegliche Form freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zwecke der Sturzprophylaxe aus.

Anwender des Expertenstandards

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe richtet sich an alle Pflegefachkräfte⁴⁸, die Patienten/Bewohner entweder in der eigenen häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung der stationären Gesundheitsversorgung oder einer stationären Pflegeeinrichtung betreuen. Wenn im Expertenstandard von Einrichtung die Rede ist, so ist damit auch die häusliche Pflege gemeint, wohlwissend, dass dort nicht alle Interventionen, vergleichbar mit einem Krankenhaus oder einer stationären Pflegeeinrichtung, durchgeführt werden können.

Zielgruppen

Der Expertenstandard bezieht sich auf alle Personen, die sich kurz- oder langfristig in pflegerischer Betreuung befinden. Hierbei sind explizit alle Altersgruppen gemeint sowie spezifische Gruppen, zum Beispiel Menschen mit Behinderungen. Aufgrund der Studienlage lässt sich ableiten, dass sich die im Standard beschriebenen Sturzrisikofaktoren auch auf Kinder oder Personen mit Behinderungen beziehen lassen. Die limitierte Anzahl an Interventionsstudien lässt allerdings bezüglich letztgenannter Personengruppen keine spezifischen Schlussfolgerungen zu sturzprophylaktischen Maßnahmen zu.

Aktualisierung des Expertenstandards

Der ersten Aktualisierung des Expertenstandards liegt eine ausführliche Recherche der nationalen und internationalen Literatur von September 2004 bis September 2011 zugrunde. Ausgeschlossen von der Recherche waren Studien zu Interventionen, die primär zum ärztlichen Verantwortungsbereich gehören, wie die Verschreibung von Medikamenten (z. B. Vitamin D) oder chirurgische Eingriffe (z. B. Kataraktoperationen). Es liegen Aussagen zur Epidemiologie des Sturzgeschehens, seiner Ursachen und Risikofaktoren sowie zur Risikoeinschätzung und zur Wirksamkeit präventiver Interventionen vor. Darüber hinaus wurden Studien zu Anforderungen an eine angemessene Beratung zur Sturzprophylaxe, vor allem aus Sicht der Betroffenen, und Aspekte zu relevanten Kontextbedingungen für die Umsetzbarkeit sturzprophylaktischer Maßnahmen in Organisationen recherchiert. Trotz der hohen Anzahl der in die Literaturanalyse einbezogenen Studien (275 Beiträge) lassen sich nur bedingt eindeutige Schlussfolgerungen für die Art und Weise der pflegerischen Einschätzung des Sturzrisikos und der Planung und Durchführung sturzprophylaktischer Maßnahmen ziehen. Beispielsweise liegen zu den sturzpräventiven Interventionen teilweise widersprüchliche Ergebnisse vor, oder sie sind nicht bei jeder Adressatengruppe gleichermaßen effektiv. Ein wesentlicher Grund hierfür ist sicherlich das multifaktorielle Geschehen, das zu einem Sturz führt und entsprechend komplexer Interventionen bedarf.

Interventionen zur Sturzprophylaxe können maßgeblichen Einfluss auf die Lebensführung von Patienten/Bewohnern haben, z. B. durch eine

⁴⁸ Im Standard werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) angesprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

Umgebungsanpassung, die Empfehlung für spezielle Schuhe oder Hilfsmittel, die Aufforderung, nur mit Hilfestellung auf die Toilette zu gehen, oder das Besuchen von Kursen zur Förderung von Kraft und Balance. Aus diesem Grund ist es notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Sturzprophylaxe, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten/Bewohnern zu achten und zu unterstützen. Eine wichtige Grundlage dafür ist die umfassende Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen über das vorliegende Sturzrisiko und die möglichen Interventionen im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Mit Einverständnis der Patienten/Bewohner sollten die Angehörigen grundsätzlich in die Information, Beratung und die Maßnahmenplanung eingebunden werden.

Voraussetzungen für die Implementierung des Expertenstandards

Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in den Einrichtungen ist die gemeinsame Verantwortung der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte. Notwendige strukturelle Voraussetzungen, z. B. das Angebot von Fortbildungen für Pflegefachkräfte und hauseigenen Interventionen oder die Umsetzung von Umgebungsanpassungen in stationären Einrichtungen, sind von der leitenden Managementebene (Betriebsleitung und Pflegemanagement) zu gewährleisten.

Die Aufgabe der Pflegefachkraft besteht im Erwerb aktuellen Wissens, um Patienten/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko identifizieren und entsprechende Interventionen einleiten zu können sowie bei Bedarf zusätzliche notwendige Strukturen einzufordern und dies fachlich begründen zu können.

Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, beispielsweise mit den therapeutischen Berufsgruppen oder den Ärzten, ist maßgeblich für ein effektives Interventionsangebot. Auf der Grundlage der jeweiligen professionsspezifischen Qualitätsinstrumente (z.B. Leitlinien, Standards) können dann gemeinsame Vorgehensweisen vereinbart werden. Der konsequente Einbezug sowie eine umfassende Information der beteiligten Berufsgruppen ist dafür eine wesentliche Voraussetzung.

Expertenstandard ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘

1. Aktualisierung 2013

Zielsetzung: Jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze weitgehend verhindert und Sturzfolgen minimiert.

Begründung: Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Frakturen über Einschränkung des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Mobilität bis hin zur Aufgabe einer selbstständigen Lebensführung reichen. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung kann eine sichere Mobilität gefördert werden.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Pflegefachkraft S1 – verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation von Sturzrisikofaktoren.</p>	<p>P1 – identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren aller Patienten/ Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann (siehe Tabelle „Sturzrisikofaktoren“ in der Kommentierung).</p> <p>– überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz</p>	<p>E1 – Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S2 – verfügt über Beratungskompetenz in Bezug auf Sturzrisikofaktoren und entsprechende Interventionen.</p>	<p>P2 – informiert den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet Beratung und ggf. Schulung zu den Interventionen an.</p>	<p>E2 – Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die individuellen Risikofaktoren sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Die Beratung und ggf. die Schulung sind dokumentiert</p>
<p>Die Pflegefachkraft S3 – kennt geeignete Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen.</p>	<p>P3 – entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan.</p>	<p>E3 – Ein individueller Maßnahmenplan zur Sturzprophylaxe liegt vor.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S4a – ist zur Koordination der Interventionen autorisiert.</p> <p>Die Einrichtung S4b – ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote.</p> <p>– gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität.</p>	<p>P4 – gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans.</p> <p>– sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung sowie für den Einsatz geeigneter Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe.</p>	<p>E4 – Interventionen, Hilfsmittel und Umgebung sind dem individuellen Sturzrisiko des Patienten/Bewohners angepasst und fördern eine sichere Mobilität.</p>

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S5 – stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten über das vorliegende Sturzrisiko informiert werden.</p>	<p>P5 – informiert die an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen über das Sturzrisiko des Patienten/Bewohners und gibt Hinweise zum situativ angemessenen Umgang mit diesem.</p>	<p>E5 – Den an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen sind das individuelle Sturzrisiko und die jeweils notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bekannt.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S6a – ist zur systematischen Sturzerfassung und -analyse befähigt.</p> <p>Die Einrichtung S6b – stellt Ressourcen zur Auswertung und Analyse von Stürzen zur Verfügung.</p>	<p>P6 – dokumentiert systematisch jeden Sturz, analysiert diesen-gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen</p>	<p>E6a – Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert. In der Einrichtung liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.</p> <p>E6b – In der Einrichtung liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.</p>

IV Expertenarbeitsgruppe ‚Sturzprophylaxe in der Pflege‘ 1. Aktualisierung 2013

Wissenschaftliche Leitung DNQP: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team DNQP: Prof. Dr. Andreas Büscher
Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg
Prof. Dr. Martin Moers
Anna Möller, MA
Prof. Dr. Doris Schieman
Dipl. Pfleger Heiko Stehling, MScN

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Cornelia Heinze
Moderation: Astrid Elsbernd
Christine Sowinski

Expertenarbeitsgruppe:
Prof. Dr.rer.cur. Jürgen Härlein; Siegfried Huhn; Dr. rer.cur Markus Mai; Horst Mühlberger; Katrin Nitsch; Dipl. Pfleger Ulrich Reißmann; Dipl. Pflegerin Andrea van Schayck; Dr. MSN Michael Simon; Jens Ullmann; Rechtsanwalt Wolfgang Schuldzinski; Helga Walter; Dipl. Pfleger Josef Weiß

V Bestellhinweis

Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
ISBN-13: 978-3-00-015082-1, 160 Seiten
Preis: 19,50 € (inkl. MwSt., versandkostenfrei)

VI Kontakt

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Hochschule Osnabrück Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 1940; 49009 Osnabrück
Tel: 0541 969 2004
Email: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: <http://www.dnqp.de>