

„Stürze lassen sich nicht verhindern, Risikofaktoren schon“

Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“



Praktische Empfehlungen
zur Umsetzung des Expertenstandards in der Pflege



FACHMAGAZIN DES
KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE
ISSN 1430-1911 2,50 EURO

PRO ALTER

Sonderdruck März 2007

Sturzprophylaxe nach dem Expertenstandard: Stürze lassen sich nicht verhindern, Risikofaktoren aber schon	3
Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“	5
Kopiervorlage des Expertenstandards	11
Eine Aufgabe des Managements: Die Einführung von Expertenstandards in der Praxis	12
PROALTER-Interview: „Strategisch gegen Stürze vorgehen, Prävention nicht dem Zufall überlassen“	15

Liebe Leserinnen und Leser,

alte Menschen stürzen überdurchschnittlich häufig mit schlimmen Folgen. Das Sturzereignis hat für die Betroffenen selbst, aber auch für ihre Angehörigen und das Pflegepersonal weitreichende Folgen. Angst, Sorge oder aber Schuldgefühle können sich bei den Beteiligten breit machen. Deshalb kommt der Sturzprophylaxe in der Altenpflege eine besondere Bedeutung zu. Eine große Hilfe zur Strukturierung einer wirkungsvollen Sturzprophylaxe bietet der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) entwickelte und 2005 veröffentlichte Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“, an dem auch Experten des KDA mitgearbeitet haben.

Mit dieser Sonderausgabe des PROALTER-Heftes 1/2007 möchten wir Ihnen konkrete Tipps und Arbeitshilfen mit an die Hand geben, die eine schnelle und effiziente Umsetzung und Implementierung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe in Ihrer Einrichtung und Ihrem Dienst möglich machen.

Ihre PROALTER-Redaktion

IMPRESSUM

PROALTER wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegeben und erschien zuvor (bis zum 28. Jahrgang) als „Presse- und Informationsdienst“.
ANSCHRIFT: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Referat Öffentlichkeitsarbeit, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Telefon 02 21 / 93 18 47-0, Fax 02 21 / 93 18 47-6, E-Mail: publicrelations@kda.de, Internet: www.kda.de
REDAKTION: Klaus Großjohann (V.i.S.d.P.), Ines Jonas, Harald Raabe
REDAKTIONELLE MITARBEIT BEI DIESER SONDERAUSGABE: Heiko Fillibeck, Christine Sowinski
TEXTKORREKTUR: Karin Bergmann, Köln
SATZ: typeXpress, Köln
TITEL: Heidi Bitzer, Köln

TITELFOTO: Heiko Fillibeck
DRUCK: farbo print + media, Köln
COPYRIGHT: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
PROALTER, Sonderdruck/März 2007, 35. Jahrgang
ISSN 1430-1911

STÜRZE LASSEN SICH NICHT VERHINDERN, RISIKOFAKTOREN ABER SCHON

Im Leben eines jeden Menschen gibt es Ereignisse, die die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten negativ beeinflussen. Ein Sturz ist eines davon. Ein Mensch, der gestürzt ist, muss mit diesem Verlust der Selbstbeherrschung erst einmal zurechtkommen. Das bedeutet, dass ein Sturz nicht selten ein mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie eine verstärkte Angst vor neuen Stürzen nach sich zieht. Auch für die Angehörigen einer gestürzten älteren Person stellt diese Erfahrung oft einen tiefen Einschnitt im Umgang mit ihr dar. Die Sorge um den Menschen wächst, und gleichzeitig kann es dazu kommen, dass ihr eine selbstständige Lebensführung nicht mehr zugetraut wird (siehe Kästen S. 52).

Schon allein aus diesen Gründen gilt es, alles zu tun, um Stürze zu vermeiden. Da alte Menschen sehr viel häufiger von Stürzen betroffen sind als jüngere – rund 30 Prozent der über 65-Jährigen stürzen während eines Jahres mindestens ein Mal, bei den über 90-Jährigen wird sogar von über der Hälfte ausgegangen –, nimmt die Sturzprophylaxe in der Altenpflege einen besonders hohen Stellenwert ein.

Auch deshalb, weil die Altenpflegerinnen und Altenpfleger häufig von einem schlechten Gewissen geplagt werden, wenn eine/einer ihrer Klientinnen und Klienten während ihrer Arbeitszeit (sowohl in ihrer An- als auch Abwesenheit) gestürzt ist. „Hätte ich das nicht verhindern können? Habe ich etwas falsch gemacht?“, sind Fragen, die sich ihnen dann aufdrängen (siehe auch Fallbeispiele S. 64 f.).

Da Stürze aber Ereignisse sind, welche immer durch eine Verkettung ungünstiger Umstände zustande kommen, gibt es auch immer mehrere Ansatzmöglichkeiten, um ihnen vorzubeugen. Stürze gehören aufgrund unserer aufrechten Körperhaltung unvermeidlich zum Leben dazu, daher werden letztlich nicht alle Stürze zu verhindern sein, aber die Wahrscheinlichkeit, dass es in einigen ungünstigen Situa-



Stürze haben immer mehrere Gründe. Manchmal ist die unsachgemäße Verwendung von Hilfsmitteln nur noch der Auslöser. Foto: Heiko Fillibeck

tionen zu einem Sturz kommt, kann durch zielgerichtete und geeignete Interventionen deutlich verringert werden.

Einem Sturz liegt immer ein auslösendes Ereignis zugrunde. Es kann sich um ein Stolpern über einen Gegenstand, um ein Ausrutschen, um einen Ohnmachtsanfall oder einfach um einen Verlust der Körperbeherrschung handeln. Dabei kommt es immer zu einem Verlust der Körperbalance. Sowohl der Eintritt eines Ereignisses, dass zu einem Balanceverlust führt, als auch die Unfähigkeit, den Körper wieder in Balance zu bringen, wird durch das

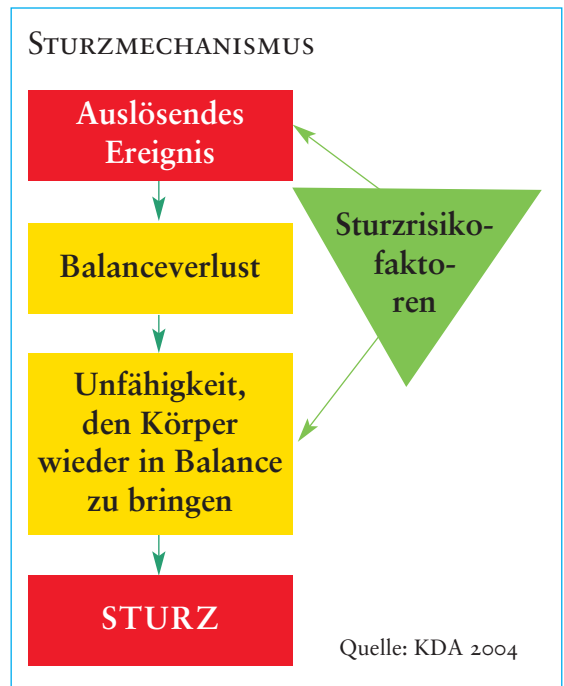
„ICH FÜHLE MICH AUF DAUER WACKELIG“

„Vor vier Jahren bin ich auf der Treppe gestürzt. Seit diesem Tag war alles anders. Ich musste mit einem Oberschenkelhalsbruch ins Krankenhaus. So richtig laufen konnte ich danach nicht mehr. Aber das Schlimmste war, dass ich mich seitdem allgemein so unsicher auf den Beinen fühlte. Ich war doch vorher nie groß hingefallen, höchstens mal ausgerutscht, aber immer ohne irgendwelche Auswirkungen. Und jetzt fühle ich mich auf Dauer wackelig und habe immer Angst, dass mir das noch mal passiert. Ich habe jetzt einen Gehstock. Die vom ambulanten Pflegedienst wollen, dass ich zu Hause so einen Gehwagen nehme, aber das will ich nicht. Ich sitze sowieso die meiste Zeit herum.“
Fritz N., 89 Jahre

„IM HEIM KANN MAN BESSER AUF SIE AUFPASSEN“

„Meine Mutter ist 92 und hat sich bis vor kurzem allein in ihrer Drei-Zimmer-Wohnung versorgt. Zwar fiel ihr das zunehmend schwer, doch sie bestand auf ihre Selbstständigkeit – auch beim Einkaufen. Und kurz vor Weihnachten ist das passiert, was ich immer befürchtet habe: Sie war einkaufen, zieht ihren „Shopper“ hinter sich her und rutscht an der Bordsteinkante ab. Da muss sie wohl auch eine Weile gelegen haben, bis ihr jemand aufhalf. Sie war so durcheinander, dass die Leute sie ins Krankenhaus gefahren haben, und die haben uns angerufen. Für mich ist das das Zeichen gewesen, dass Mutter nicht mehr alleine zu Hause leben kann. Sie wird wieder hinfallen. Und dann vielleicht schlimmer. Ich habe dann auch keine ruhige Minute mehr. Deshalb habe ich mich nach einem Heimplatz für sie umgesehen. Im Heim kann man besser auf sie aufpassen.“
Brigitta G., 68 Jahre

Vorliegen von Sturzrisikofaktoren begünstigt. Daraus resultiert die Tatsache, dass die Abminderung oder sogar Beseitigung von Sturzrisikofaktoren den entscheidenden Ansatzpunkt zur Verhinderung von Stürzen darstellt.



Ein große Hilfe zur Strukturierung einer wirkungsvollen Sturzprophylaxe bietet der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlichte Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (siehe folgenden Beitrag und Abbildung S. 59). Darin werden die Voraussetzungen, die Pflegefachpersonen, aber auch Einrichtungen der Altenhilfe erfüllen müssen, genannt, die notwendig sind, um die Sturzprophylaxe nach dem aktuellen Stand des pflegefachlichen Wissens zu gestalten. Der Handlungsablauf von Pflegefachpersonen bei der Sturzprophylaxe wird in sechs Schritten beschrieben. Dazu werden sechs Ergebniskriterien benannt, anhand derer überprüft werden kann, ob die Sturzprophylaxe dem neuesten Stand des Pflegefachwissens entspricht.

Da dieser Standard nun schon der dritte innerhalb von fünf Jahren ist, der von der Altenpflege umgesetzt werden muss, ist es umso wichtiger, nicht vor „immer neuen und zusätzlichen Anforderungen“ zu resignieren, sondern die Standards nach und nach in den Altenpflegeeinrichtungen bestimmt, aber nicht überstürzt einzuführen (siehe Beitrag S. 60). Wer nach den Standards arbeitet, erreicht nicht nur eine qualitativere Pflege, sondern ist auch rechtlich auf der sicheren Seite; ein schlechtes Gewissen sollte dann jedenfalls nicht mehr nötig sein.

■ Heiko Fillibeck

DER EXPERTENSTANDARD „STURZPROPHYLAXE IN DER PFLEGE“

ERKLÄRT VON HEIKO FILLIBECK



Heiko Fillibeck, Referent für Pflegepraxis im Kuratorium Deutsche Altershilfe, war wissenschaftlicher Mitarbeiter der Expertengruppe, die den Standard im Auftrag des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege erstellt hat.
Foto: privat

ERFASSUNG VON STURZRISIKOFAKTOREN – BISHERIGE ASSESSMENTINSTRUMENTE UNGEEIGNET

Der erste Schritt bei der Durchführung einer Sturzprophylaxe nach dem Expertenstandard ist die Erfassung von Sturzsrisikofaktoren. Dazu ist es notwendig, dass Pflegefachpersonen die durch aussagekräftige wissenschaftliche Studien belegten Faktoren kennen und in der Lage sind, deren Vorliegen in spezifischen Einzelsituationen überprüfen zu können.

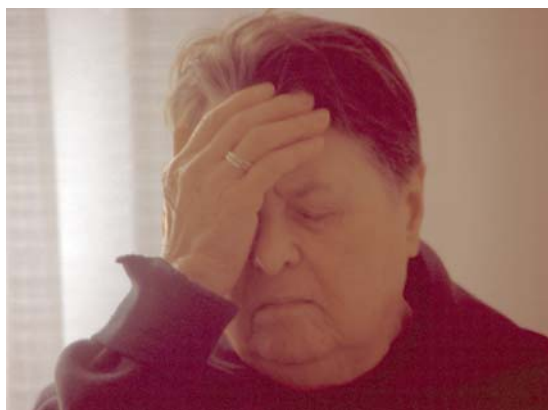
Die wesentliche Neuerung dieses Ansatzes besteht darin, dass nicht versucht wird zu ermitteln, wie hoch die Sturzgefährdung einer Person ist, sondern welche Sturzsrisikofaktoren im konkreten Fall vorliegen. Die Expertinnen und Experten, die den Standard im Rahmen des DNQP entwickelt haben, entschieden sich für diese Herangehensweise, da die bisher entwickelten und erprobten Assessmentinstrumente zur Erfassung der Sturzgefährdung als nicht valide genug angesehen werden können. Das heißt: Entweder werden mit diesen Instrumenten zu viele Personen fälschlicherweise als sturzgefährdet eingestuft, oder es werden Personen, die häufig stürzen, unzutreffend als nicht sturzgefährdet identifiziert. So kann es passieren, dass beispielsweise von zehn Personen, die als nicht sturzgefährdet eingestuft wurden, dennoch acht im Nachhinein stürzen. Bei diesen Personen wurden mit dem verwen-

deten Assessmentinstrument die eigentlichen Risikofaktoren offensichtlich nicht erfasst.

Um in der Pflegepraxis ein Hilfsmittel an der Hand zu haben, vorliegende Sturzsrisikofaktoren systematisch erfassen zu können, erstellten die Expertinnen und Experten nach intensiver Diskussion von weltweit durchgeführten Studien eine Liste mit elf evidenzbasierten Sturzsrisikofaktoren. Mit Hilfe dieser „Elfer-Liste“ kann ermittelt werden, welche der am häufigsten auftretenden Risiken im Einzelfall vorliegen. Die Liste beinhaltet sowohl intrinsische – also von der Person ausgehende – als auch extrinsische – also von außen auf die Person einwirkende – Sturzsrisikofaktoren.

Pflegefachpersonen sollten wissen, woran die bedeutendsten Sturzsrisikofaktoren erkannt werden können. So können körperliche Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen anhand von Problemen mit der Körperbalance, die schon beim geraden Stehen zu beobachten sein können, oder durch Gangveränderungen sowie Veränderungen der Motorik im Allgemeinen identifiziert werden. Zudem gibt auch die Diagnose bestimmter Erkrankungen, die negative Auswirkungen auf die Mobilität, die Motorik und auch auf die Sensibilität haben, geschulten Pflegefachpersonen einen Hinweis auf ein erhöhtes Sturzsrisiko.

Schwindel macht es schwer möglich, die Balance zu halten. Foto: Heiko Fillibeck





Eine falsche Brille kann das Risiko zu stürzen deutlich erhöhen.

Foto: Heiko Fillibeck

Dass Sehbeeinträchtigungen eine Erhöhung des Sturzrisikos mit sich bringen, ist hinlänglich bekannt. Wenn Pflegefachpersonen eine Sehbeeinträchtigung vermuten, sollten sie darauf hinwirken, dass von Fachleuten wie z. B. Augenärzten oder Optikern abgeklärt wird, ob dahinter eine mangelnde Kontrastwahrnehmung oder Sehschärfe steckt. Die zuständige Pflegefachperson sollte auch dafür Sorge tragen, dass sturzgefährdete Personen die richtige Brille, also nicht die Lesebrille oder die Brille des Ehepartners, beim Umhergehen in der Wohnung tragen. Bei Beeinträchtigung der Kognition und der Stimmung, also insbesondere bei Menschen mit Demenz, mit einer Depression oder in einem Delir, ist aufgrund der häufigen Fehleinschätzung der eigenen Fähigkeiten oder der Verkennung der Situation ebenfalls von einer erhöhten Sturzgefährdung auszugehen. Die für die Sturzprophylaxe verantwortliche Pflegefachperson sollte auch bei der Diagnose von Erkrankungen, die zu einer Ohnmacht führen können, wissen, dass die davon ausgehende Sturzgefährdung unbedingt beachtet werden muss.

Des Weiteren sollte sie in der Lage sein, eine bestehende Dranginkontinenz, ein vermehrtes nächtliches Wasserlassen oder die bestehende Angst vor Stürzen erkennen zu können. Es gehört auch zu den Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachperson, Stürze in der Vergangenheit zu erfragen und so weit wie möglich deren Ursachen zu analysieren.

Neben den bisher genannten intrinsischen Faktoren muss bei der Erfassung von Sturzrisi-

kofaktoren auch an die Gefährdung, die von außen auf die Betroffenen einwirken kann, gedacht werden. Daher sind auch Stolper- und Ausrutschgefahren in der Umgebung, Gefahren durch ungeeignete Schuhe sowie Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten zu berücksichtigen. Verwenden vermeintlich sturzgefährdete Personen Hilfsmittel, so sind deren sachgemäßer Gebrauch und deren ordnungsgemäßer Zustand zu überprüfen. Pflegefachpersonen sollten auch wissen, dass die Verwendung von Hilfsmitteln darauf hinweist, dass intrinsische Sturzrisikofaktoren vorliegen, die mit diesen Hilfsmitteln kompensiert werden sollen. So ist gerade bei Personen, die Hilfsmittel verwenden, auf Sorgfältigkeit bei der Erfassung von den zuvor benannten intrinsischen Sturzrisikofaktoren zu achten (siehe nebenstehende Tabelle).

INFORMATION UND BERATUNG – AUSEINANDERSETZUNG MIT ZEITGEMÄSSEN BERATUNGSFORMEN

Hat die verantwortliche Pflegefachperson die vorliegenden Sturzrisikofaktoren identifiziert, sollte mit den Betroffenen und deren Angehörigen abgesprochen werden, welche Maßnahmen zur Verbesserung in der vorliegenden Situation akzeptabel und praktikabel erscheinen. Zentrale Aufgabe der Pflegefachperson ist es, alle möglichen Interventionen und Interventionsalternativen zu beschreiben und somit für die Entscheidung für oder gegen die ein oder

TABELLE DER HÄUFIGSTEN STURZRISIKOFAKTOREN

(Expertenarbeitsgruppe Sturzprophylaxe, 2004)

Intrinsische Risikofaktoren:

1. **Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen**
 - Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht
 - Gangveränderungen/eingeschränkte Bewegungsfähigkeit
 - Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen:
 - Multiple Sklerose
 - Parkinson'sche Erkrankung
 - Apoplexie/apoplektischer Insult
 - Polyneuropathie
 - Osteoarthritis
 - Krebserkrankungen
 - Andere chronische Erkrankungen/schlechter klinischer Allgemeinzustand
2. **Sehbeeinträchtigungen**
 - Reduzierte Kontrastwahrnehmung
 - Reduzierte Sehschärfe
 - Ungeeignete Brillen
3. **Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung**
 - Demenz
 - Depression
 - Delir
4. **Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen**
 - Hypoglykämie
 - Haltungsbedingte Hypotension
 - Herzrhythmusstörungen
 - TIA (Transitorische ischämische Attacke)
 - Epilepsie
5. **Ausscheidungsverhalten**
 - Dranginkontinenz
 - Nykturie
 - Probleme beim Toilettengang
6. **Angst vor Stürzen**
7. **Sturzvorgeschichte**

Extrinsische Risikofaktoren:

8. **Verwendung von Hilfsmitteln**
9. **Schuhe (Kleidung)**
10. **Medikamente**
 - Psychopharmaka
 - Sedativa/Hypnotika
11. **Gefahren in der Umgebung**
 - Innerhalb von Räumen und Gebäuden:**
 - Schlechte Beleuchtung
 - Steile Treppen
 - Mangelnde Haltemöglichkeiten
 - Glatte Böden
 - Stolpergefahren (z. B. Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere)
 - Außerhalb von Räumen und Gebäuden:**
 - Unebene Gehwege und Straßen
 - Mangelnde Sicherheitsausstattung (z. B. Haltemöglichkeiten, Beleuchtung)
 - Wetterverhältnisse (Glatteis, Schnee ...)

andere Intervention eine breite Wissensbasis zu schaffen.

Diese Herangehensweise bedeutet, dass es nicht so sehr darauf ankommt, unbedingt jeden einzelnen ermittelten Sturzrisikofaktor anzugehen, sondern vielmehr die Gesamtsituation zu entschärfen. Im Einzelfall kann das bedeuten, dass eine Stolpergefahr auf Wunsch der Betroffenen nicht entfernt wird, die Stolperwahrscheinlichkeit aber dadurch verringert wird, dass mehrmals täglich ein Gangtraining erfolgt, mit dem Ziel, das Anheben der Füße beim Gehen zu verbessern. Die Anschaffung von geeigneten Hausschuhen (feste Schuhe in passender Größe mit rutschfester, dünner und harter Sohle) könnte den Erfolg einer solchen Intervention zudem verstärken. Dieses Beispiel verdeutlicht, warum die Einbeziehung von Angehörigen wichtig sein kann, da diese das Gangtraining unterstützen, wenn nicht sogar mit den Betroffenen selbst durchführen, und wahrscheinlich auch die neuen Hausschuhe besorgen.

Die Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist ein Vorgang, der von den Pflegefachpersonen verlangt, sich mit zeitgemäßen Beratungsformen auseinander zu setzen. Ziel ist es, dass die Beteiligten zu einer von allen Beteiligten mitgetragenen Entscheidung kommen. Dafür ist es notwendig, dass die verantwortliche Pflegefachperson sowohl die Expertenberatung als auch die Prozessberatung beherrscht. Bei der Expertenberatung zeigt eine Pflegefachperson fachlich begründete Handlungsalternativen zu einem bestehenden Problem auf (eine geschulte Pflegefachperson schlägt z. B. ein bestimmtes Mobilitätstraining vor). Die Kompetenz des Beraters liegt dabei primär im fachlichen Bereich. Die Prozessberatung hingegen unterstützt den Ratsuchenden bei der selbstständigen Problemlösung. Die Kompetenz des Beraters liegt primär im kommunikativen Bereich.

ERSTELLUNG EINES MASSNAHMENPLANS – ERHALT UND FÖRDERUNG EINER SICHEREN MOBILITÄT

Haben sich alle Beteiligten nach erfolgreichem Beratungsprozess auf Interventionen verständigt, erstellt die zuständige Pflegefachperson einen Maßnahmenplan. Anhand dieses Maß-



Leicht durchführbare Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance fördern die sichere Mobilität.

Foto: Heiko Fillibeck

nahmenplans muss nachvollziehbar sein, welche Sturzrisikofaktoren modifiziert werden sollen. Des Weiteren müssen die einbezogenen Ressourcen deutlich werden. Es muss also erkennbar sein, wer welche Maßnahmen durchführt, welche Hilfsmittel eingesetzt werden und warum die Maßnahmen so und nicht anders durchgeführt werden, zum Beispiel wegen bisheriger Gewohnheiten oder aufgrund des besonderen Wunsches der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Zudem sollte festgehalten sein, wie oft diese Maßnahmen täglich durchgeführt werden (z. B. Kraft- und Balancetraining drei Mal täglich) und wer im Bedarfsfall bei den Maßnahmen assistiert (z. B. Pflegerin begleitet Frau X morgens und abends zur Toilette, die Tochter bei allen weiteren Toilettengängen).

Hinsichtlich der Auswahl von Maßnahmen lassen sich zwei Ansätze unterscheiden, die geeignet sind, Stürze zu verhindern. Zum einen ist es angebracht, sturzauslösende Faktoren von vornherein auszuschalten. Zu diesen Maßnahmen zählen das Entfernen von Stolperfaktoren, die Schaffung einer an die Sehfähigkeit der Betroffenen angepassten Beleuchtung, die Verwendung von geeignetem Schuhwerk, aber

auch die Vermeidung von Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten, insbesondere von Psychopharmaka und Sedativa.

Zum Zweiten sollten möglichst viele der vorgefundenen intrinsischen Sturzrisikofaktoren modifiziert werden. Dazu zählen die Verbesserung der Kraft, Beweglichkeit und der Balance durch entsprechende Übungen, die Verbesserung der Sehfähigkeit durch Brillen oder eine Augenoperation sowie die Modifikation von Krankheitssymptomen wie Schwindelanfälle oder Herzrhythmusstörungen. Diesbezüglich ist auf die richtige Menge an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu denken, an eine dem Ausmaß der Erkrankungen angepasste Medikation sowie an den Einsatz weiterer krankheitsinduzierter Maßnahmen, wie z. B. der Einsatz eines Herzschrittmachers.

Da aber selbst die Kombination all dieser Interventionen keine Garantie bietet, alle Stürze zu verhindern, ist es wichtig, vor allem schlimme Folgen von Stürzen zu vermeiden. Dazu gehört insbesondere die Schenkelhalsfraktur. Untersuchungen bestätigen zweifelsfrei eine deutliche Vermeidung dieser Sturzfolge, wenn die gestürzten Personen einen Hüftprotektor benutzt haben. In den Untersuchungen wurde aber auch nachgewiesen, dass Personen Hüftprotektoren nur dann akzeptieren, wenn zuvor sie selbst, ihre Angehörigen und auch die Pflegenden hinsichtlich der Nutzung und der Wirkung der Protektoren beraten wurden. Bei Personen, die beispielsweise an einer Epilepsie erkrankt sind, kann in Einzelfällen die Verwendung weiterer Protektoren wie z. B. eines Sturzhelmes angebracht sein. Der Einsatz solcher

Hilfsmittel ist allerdings sehr genau abzuwägen, da eine „Übersorgung“ zu unnötiger Sturzangst führen kann.

Manchmal glauben Pflegende, die Folgen eines Sturzes verringern zu können, indem sie Matratzen auf den Boden legen. Diese Maßnahme ist aber alles andere als hilfreich, da Matratzen das Gegenteil bewirken, nämlich die Sturzwahrscheinlichkeit erhöhen. Denn jede Matratze ist weicher als der Fußboden und erschwert dadurch einen sicheren Stand.

Die oberste Prämisse bei der Umsetzung pflegerischer und ergänzender Maßnahmen ist der Erhalt und die Förderung einer sicheren Mobilität. Aus diesem Grund sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen zum Zweck der Sturzprophylaxe keinesfalls akzeptabel. Auch der gut gemeinte Tipp: „Bleiben Sie doch bitte sitzen, sonst fallen Sie hin“, ist also nicht mit einer Sturzprophylaxe nach dem Expertenstandard vereinbar. Es ist darauf zu achten, dass Personen, die sturzgefährdet sind, alle Möglichkeiten erhalten, ihre Sturzgefährdung zu minimieren, um sich dann so oft und so sicher wie möglich bewegen zu können.

UMSETZUNG DES MASSNAHMENPLANS – INFORMATION UND KOORDINIERUNG ALLER BETEILIGTEN PERSONEN

Die für die Sturzprophylaxe verantwortliche Pflegefachperson ist neben der Erstellung eines Maßnahmenplans auch für dessen angemessene Umsetzung zuständig. Kann sie die Maßnahmen nicht selbst durchführen, muss sie



Nicht immer muss sofort ein Teppich entfernt werden. Es reicht schon aus, wenn er richtig liegt.

Foto: Heiko Fillibeck

dafür sorgen, alle an der Sturzprophylaxe Beteiligten zu koordinieren. Das Ziel ist, die schnelle Umsetzung der Interventionen zu gewährleisten. So ist zum Beispiel bezüglich der Kostenübernahme von Hilfsmitteln frühzeitig Kontakt mit den Kostenträgern aufzunehmen.

Die Umsetzung der Maßnahmen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe hängt aber nicht nur von der Pflegefachperson allein ab, sondern erfordert auch die grundsätzliche Bereitschaft der Einrichtung, die Voraussetzungen für die Realisierung zu schaffen. Aufgrund der Tatsache, dass in der Regel alle Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen von ähnlichen Sturzrisikofaktoren betroffen sind, erscheint dort die Bündelung mehrerer Einzelmaßnahmen zu Interventionsprogrammen sinnvoll. Ein solches Programm könnte dann zum Beispiel aus der Schulung der Mitarbeiter, aus einem Mobilitätstraining für die Sturzgefährdeten zur Stärkung von Kraft und Balance, der Modifizierung der Räumlichkeiten und dem Einsatz von Hüftprotektoren bestehen.

Bei zu Hause lebenden Personen ist insbesondere auf die Betreuung der Angehörigen zu achten, die Aufgaben im Rahmen der Sturzprophylaxe übernehmen. Treten diesbezüglich Probleme auf, so sollte die verantwortliche Pflegefachperson gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen Lösungen für die Schwierigkeiten erarbeiten. Auch die Kontaktanbahnung zu Wohnberatungsstellen ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Aufgabe für die Pflegefachperson.

Auch sollte immer über eine Kooperation mit anderen Anbietern von Programmen zur Sturzprophylaxe nachgedacht werden. In man-

chen Regionen bieten beispielsweise einzelne Pflegekassen Kurse zur Verhinderung von Stürzen an. Pflegefachpersonen sollten sich kontinuierlich über Angebote dieser oder ähnlicher Art informieren, um diese in die Umsetzung des eigenen Maßnahmenplans einbeziehen zu können.

Im Rahmen der Umsetzung des Maßnahmenplans zur Sturzprophylaxe ist die verantwortliche Pflegefachperson auch für die Information aller an der Versorgung der Betroffenen beteiligten Personen und Berufsgruppen verantwortlich. Zu denken ist hier an die Ärzteschaft, an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, an Reinigungspersonal, an Freundinnen und Freunde und andere Besucherinnen und Besucher. Die Zustimmung der Betroffenen bezüglich der Weitergabe von Informationen ist selbstverständlich Grundvoraussetzung.

DOKUMENTATION UND ANALYSE VON STÜRZEN – LÜCKEN FESTSTELLEN UND SCHLIESSEN

Sollte es trotz aller korrekt durchgeführten Interventionen dennoch zu einem Sturz kommen, so ist die zuständige Pflegefachperson verpflichtet, das Sturzgeschehen detailliert zu erfassen und im Anschluss zu analysieren. Damit beginnt der Prozess der Sturzprophylaxe von neuem. Das bedeutet, dass also spätestens nach einem Sturz die Sturzrisikofaktoren erneut erfasst werden müssen, um eventuelle Lücken beim Prozess der Sturzprophylaxe zu korrigieren. Aber auch, um neu aufgetretene Sturzrisikofaktoren zu identifizieren und diese anzugehen.

Standardaussage: Jeder Patient/Betroffene mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze verhindert oder 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 zum Verlust 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>Die Pflegefachkraft ... P1 – identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch die personen- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann (siehe Tabelle „Sturzrisikofaktoren“ in der Kommentierung). – wiederholt die Erfassung der Sturzrisikofaktoren bei Veränderungen der Pflegesituation und nach jedem Sturz des Patienten/Bewohners.</p>	<p>E1 – Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.</p>
<p>S2 – verfügt über Beratungskompetenz in Bezug auf Sturzrisikofaktoren und entsprechende Interventionen.</p>	<p>P2 – informiert den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über die festgestellten Sturzrisikofaktoren und bietet eine Beratung zu den Interventionen an.</p>	<p>E2 – Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die individuellen Risikofaktoren sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe.</p>
<p>S3 – kennt wirksame Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Faktoren.</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 Einrichtung S4a – ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote. – gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität. Die Pflegefachkraft S4b – ist zur Koordination der Interventionen autorisiert.</p>	<p>P4 – gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans. – 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>
<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 S6 – ist zur systematischen Sturzerfassung und -analyse befähigt.</p>	<p>P6 – dokumentiert systematisch jeden Sturz, analysiert diesen – gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen – und schätzt die Sturzrisikofaktoren neu ein.</p>	<p>E6 – Jeder Sturz ist dokumentiert und analysiert. In der Einrichtung liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.</p>

DIE EINFÜHRUNG VON EXPERTENSTANDARDS IN DIE PRAXIS

Seit März 2005 gibt es den lang ersehnten Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege. Für alle Einrichtungen stellt sich die Frage: „Wie führen wir den Standard ein?“ Die KDA-Pflegeexpertin *Christine Sowinski* gibt im Folgenden einige exemplarische Tipps zur Implementierung.

Erfahrungen zeigen, dass die Implementierung eines Expertenstandards erst dann erfolgreich ist, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter merken, dass es dem Management „ernst ist“. Haben die Pflegenden allerdings das Gefühl, hier werde exemplarisch etwas ausprobiert und das Ganze befinde sich in einer Testsituation, so fehle oft die Ernsthaftigkeit bei diesem Prozess, berichten Einrichtungen, die den Standard umgesetzt haben. Die Pflegedienstleitung, die verantwortliche Pflegefachkraft, die Qualitätsbeauftragten, aber auch die Gesamtleitung einer Einrichtung sollten der Einführung eines nationalen Expertenstandards deshalb oberste Priorität einräumen.

Mit der Implementierung verändern sich viele Abläufe in einer Pflegeeinrichtung. Man verbessert nicht nur die Qualität in einem bestimmten Bereich, sondern der Standard hat beispielsweise auch positive Auswirkungen auf die Angehörigenarbeit oder die bessere Zusammenarbeit mit dem Arzt.

STUDIERN SIE DEN EXPERTENSTANDARD, DIE PRÄAMBEL, DIE KOMMENTIERUNG UND DIE LITERATURANALYSE

Das mag sich selbstverständlich anhören, ist es aber nicht. In manchen Pflegeeinrichtungen wird nur das DIN-A4-Standardblatt mit Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien verteilt, und die Pflegefachpersonen bekommen die dazu geschriebene Kommentierung gar nicht zu Gesicht. Neben den Kommentierungen, in denen die sechs Ebenen des Standards erklärt werden, gibt die Literaturanalyse Antworten auf Fragen, die bei der Umsetzung des Stan-

dards auftauchen können. Die Literaturanalyse ist die Basis dafür, warum der Standard ist, wie er ist. Um den Standard zu verinnerlichen, brauchen die Pflegefachpersonen ein tieferes Verständnis vom Phänomen wie zum Beispiel Sturz oder Dekubitus. Die große neue Erkenntnis beim Thema „Dekubitus“ war für viele, dass es nicht darum geht, Lagerungen durchzuführen, bei denen die Klientin oder der Klient passiv bleiben, sondern dass es insgesamt darum geht, ihre Beweglichkeit zu fördern, um so eine häufige Druckentlastung gefährdeter Körperpartien zu erreichen.

Beim Thema „Sturz“ soll den Pflegenden vor allem vermittelt werden, wie wichtig für einen Menschen seine Kraft und seine Balancefähigkeit sind, um mögliche Stürze zu verhindern. Wir kommen des Öfteren ins Stolpern, stürzen aber nicht, weil wir entsprechende ausgleichende Bewegungen machen können. Als nach der Konsensuskonferenz zum Thema „Sturz“ in einem Seminar über die Expertenstandards diskutiert wurde, sagte eine Teilnehmerin: „Die Standards zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe zeigen sehr anschaulich, wie wichtig die Förderung der Beweglichkeit und Mobilität bei älteren Menschen ist. Das ist ein Bereich, den wir vor lauter Körperpflege und Inkontinenzproblemen oft vernachlässigen.“

BESCHÄFTIGEN SIE SICH MIT DEN ELF HÄUFIGSTEN RISIKOFAKTOREN

Es macht Sinn, eine innerbetriebliche Fortbildung zum Thema „Sturzprophylaxe“ mit allen Pflegefachkräften durchzuführen. Der Wissenshintergrund des „Expertenstandards Dekubi-

Häusliche Pflege in Balance



Sonderpreis
49,- EUR

- Beurteilen Sie, ob Ihre Pflege dem „Stand der Künste“ entspricht
- Entscheiden Sie, wo Sie Ihre Pflege verändern wollen

Ein Ratgeber für die Zusammenarbeit mit Klienten und Angehörigen in allen AEDL

Preis 49,- Euro zuzüglich Versand · ISBN 3-935299-37-0 · Bestelladresse: Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3 · 50677 Köln · Tel. 0221/93 18 47-0 · Fax 0221/93 18 47-6 · versand@kda.de



tusprophylaxe“ war gut informierten Kolleginnen und Kollegen in der Altenpflege zum großen Teil bekannt. Bei den Expertenstandards „Schmerzmanagement“ und „Sturzprophylaxe“ ist dies allerdings nicht der Fall. Die Standards vermitteln hier neue internationale Erkenntnisse.

Auf der Konsensuskonferenz in Osnabrück im Oktober letzten Jahres war die große Überraschung die, dass kein Assessmentinstrument zur Erkennung des Sturzrisikos empfohlen werden konnte. Das KDA rät dringend dazu, sich auch daran zu halten. Wer trotzdem mit einem Assessmentinstrument zur Sturzrisikoeerkennung arbeiten möchte, vergeudet unter Umständen Pflegezeit der Klienten, die dann wieder an anderer Stelle fehlt (siehe Kasten auf der folgenden Seite).

Die Gruppe der elf häufigsten Risikofaktoren sollten Pflegefachpersonen inhaltlich diskutieren. Hier hilft die Literaturanalyse weiter: Was hat zum Beispiel eine Demenz oder eine Depression mit dem Risiko, zu stürzen, zu tun? Warum gilt das auch für Psychopharmaka und bestimmte Formen der Inkontinenz?

IDENTIFIZIEREN SIE DIE STURZGEFÄHRDETEN KLIENTEN IN IHRER EINRICHTUNG ODER IN IHREM PFLEGEDIENST

Nach einer Weile verinnerlichen die damit beschäftigten Pflegefachpersonen die Elfer-Liste. Nun geht es darum, die sturzgefährdeten Klientinnen und Klienten zu identifizieren. In der stationären Altenpflege kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die meisten Bewohnerinnen und Bewohner sturzgefährdet sind.

Eine Rolle bei der Einführung eines Expertenstandards spielt die Frage: Wann soll die Identifikation der person- und umgebungsbezogenen Risikofaktoren stattfinden? Der Standard sagt hier, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags, d. h. also beim Einzug ins Altenheim. Die dafür zuständigen Pflegefachpersonen sollten dies so schnell wie möglich tun, da es sich bei der Sturzgefährdung um ein hohes Gefährdungspotenzial handelt.

DIE DREI HÄUFIGSTEN UNNÖTIGEN MASSNAHMEN BEI DER ANWENDUNG DER EXPERTENSTANDARDS:

1. Anwendung einer Dekubituskala bei nicht dekubitusgefährdeten Menschen (Menschen, die mobil sind)
2. Anwendung des Schmerzmanagementstandards bei Menschen, für die der Standard nicht gedacht ist (nämlich Klienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen)
3. Anwendung eines Assessmentinstruments zur Identifizierung von sturzgefährdeten Klienten, obwohl der Standard ausdrücklich davon abrät

ENTSCHEIDEN SIE SICH FÜR PFLEGERISCHE INTERVENTIONEN, DIE IN IHRER EINRICHTUNG DURCHGEFÜHRT WERDEN KÖNNEN

Die Möglichkeiten, pflegerische Interventionen zur Vermeidung von Stürzen oder zur Verminderung von Sturzfolgen durchzuführen, sind in jeder Einrichtung unterschiedlich. Hilfreich ist es, wenn sich Pflegefachpersonen zu einer Arbeitsgruppe zusammenschließen, um zu diskutieren, welche Interventionen – z. B. ein Kraft- und Balancetraining – in ihrem Haus machbar erscheinen. Dazu ist neben dem personellen Aufwand auch die Häufigkeit und die zeitliche Eingrenzung zu berücksichtigen. Daneben muss auch bedacht werden, inwiefern andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses einbezogen werden können und müssen.

IMPLEMENTIEREN SIE EIN VERFAHREN, DAS GARANTIERT, DASS JEDER STURZ NACH BESTIMMTEN KRITERIEN ANALYSIERT UND DOKUMENTIERT WIRD

Kommt es trotz korrekt geplanter und durchgeführter Interventionen dennoch zu einem Sturz, so muss eine fachgerechte Dokumentation erfolgen, mit dem Ziel, auch solche Stürze zukünftig zu vermeiden. Die meisten Einrichtungen dokumentieren Stürze, der Standard empfiehlt, folgende Daten zu erheben:

- Zeitpunkt des Sturzes
- Situationsbeschreibung
- Aktivitäten vor einem Sturz
- Ort des Sturzes
- Zustand vor einem Sturz
- Folgen des Sturzes
- Eingeleitete Folgemaßnahmen

Was unter den Folgemaßnahmen zu verstehen ist, wird in der Literaturanalyse beschrieben. Aus den Statistiken zu Stürzen in den Einrichtungen lassen sich immer wieder neue Rückschlüsse ziehen, wie die sichere Mobilität der Klienten gewährleistet oder verbessert werden kann.

LITERATURHINWEISE:

Die bisher erschienenen Expertenstandards in der Pflege:

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), April 2004: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 17,50 Euro (inkl. Versand)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Februar 2004: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002), 17 Euro (inkl. Versand)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Januar 2004: Sonderdruck Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, einschl. Kommentierung und Literaturanalyse, 15 Euro (inkl. Versand)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Februar 2005: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 16 Euro (inkl. Versand)

BESTELLADRESSE:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
 Fachhochschule Osnabrück
 Postfach 19 40, 49009 Osnabrück
 Fax: 05 41/9 69-29 71
 E-Mail: j.schemann@fh-osnabrueck.de

„STRATEGISCH GEGEN STÜRZE VORGEHEN, PRÄVENTION NICHT DEM ZUFALL ÜBERLASSEN“

Der Krankenpfleger und Gesundheitspädagoge *Siegfried Huhn* beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren mit dem Thema „Sturz“. Zudem war der selbstständige Pflegeberater in der Fort- und Weiterbildung Mitglied der vom DNQP beauftragten Expertengruppe zur Erstellung des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“. Heiko Fillibeck hat ihn in PROALTER zu seinen Erfahrungen, die er in Kontakt mit Pflegepraktikern gesammelt hat, befragt.



Siegfried Huhn.
Foto: privat

Trotzdem hat sie sich innerhalb weniger Monate nach dem Ereignis nur noch sitzend auf einem Bürostuhl mit Rollen fortbewegt und nur noch die Kochnische sowie die Stube benutzt. Dort hat sie einen Toilettenstuhl stehen gehabt und auf dem Sofa geschlafen. Sie hat sich geschämt, den Toilettenstuhl von fremden Menschen ausleeren zu lassen, aber ihre Angst, zu stürzen, war größer als ihre Scham. Aus ärztlicher Sicht war die Frau voll bewegungsfähig, und es gab keinen objektiven Grund für ihr Verhalten.

PROALTER: Welche Rolle spielen Stürze im Leben alter Menschen?

Siegfried Huhn: Das Risiko, zu stürzen, nimmt mit dem Alter zu. Instabilität und Stürze gehören neben Inkontinenz, Ess- und Trinkproblemen sowie kognitiven Beeinträchtigungen zu den vier großen Problemen im Alter. Besonders gefürchtet sind Mehrfachstürze, weil sie unter Umständen die ganze Lebensplanung eines Menschen verändern können. Selbst wenn dabei keine Verletzungen entstehen, entwickeln die meisten alten Menschen Angst bis hin zu einer echten Phobie und schränken ihren Lebensradius daraufhin erheblich ein. Das bedeutet natürlich immer einen Verlust an Lebensqualität.

PROALTER: Wie kann dies in der Praxis aussehen?

Siegfried Huhn: Viele alte Menschen wehren sich zum Beispiel häufig gegen Mobilisationsversuche, eben aus der Angst, dabei zu stürzen. Wir hatten eine Patientin im ambulanten Bereich, die eine große Sturzangst entwickelt hat, nachdem sie gestürzt war und sich dabei dennoch keine Verletzung zugezogen hat.



Stürze sind gefürchtet und machen unsicher. Sie können sogar die ganze Lebensplanung eines Menschen verändern. Foto: Heiko Fillibeck

Erwähnen möchte ich ebenfalls noch, dass auch Pflegende bezüglich der Sturzgefahr von Klientinnen und Klienten oft phobisch reagieren. Aus Angst, für einen Sturz verantwortlich sein zu können, halten sie am häufigsten sogar Fixierungsmaßnahmen für begründet, um Stürze zu verhüten.

„STÜRZE STELLEN EIN NATÜRLICHES LEBENSRISSKO DAR“

PROALTER: Sind Stürze in Einrichtungen der Altenhilfe von besonderer Bedeutung und müssten Stürze dort nicht vermeidbar sein?

Siegfried Huhn: Zunächst ist es wichtig zu sehen, dass Stürze ein natürliches Lebensrisiko darstellen. Wenn wir zudem moderne Altenhilfe anbieten, befinden wir uns in dem Dilemma, dass durch Aktivierung und Mobilisierung das Sturzrisiko steigt. Bewohner von Alteneinrichtungen haben heute einen erhöhten Pflegebedarf und weisen deshalb in aller Regel auch mehr Risikofaktoren auf, die eine Sturzwahrscheinlichkeit erhöhen. Hier zeigen sich die besonderen Herausforderungen. Grundsätzlich sind Stürze bei diesem hohen Risiko nicht vermeidbar, wenn wir Freiheit gewähren und keine dauerhaften freiheitsentziehenden Maßnahmen durchführen wollen. Das muss allen Beteiligten klar sein. Ziel ist es, die Sturzhäufigkeit zu verringern und sturzbedingte Folgen zu minimieren. Wenn wir das erreichen, haben wir gute Arbeit geleistet.

PROALTER: Wie ist es haftungsrechtlich, wenn Heimbewohner stürzen und sich gegebenenfalls erheblich verletzen?

Siegfried Huhn: Nun, ich bin kein Jurist und kann deshalb nur pflegefachlich argumentieren. Wir Pflegenden müssen das Problem erkennen und Maßnahmen entwickeln, die Risikofaktoren zu verringern. Das muss auch nachweisbar dokumentiert sein. Nach bisheriger Rechtsprechung kann keine Rundum- oder Ein-zu-eins-Pflege gewährleistet werden. Deshalb hat nicht jeder Sturz juristische Konsequenzen. Juristisch relevant ist allerdings, ob eine Sturzprophylaxe eingeleitet worden ist bzw. ob aus vorangegangenen Stürzen Konsequenzen entwickelt wurden.

PROALTER: Wie sieht der Einfluss von ambulanten Pflegediensten bei der Sturzprophylaxe aus? Unterscheidet er sich gegenüber

STURZ IN ABWESENHEIT VON PFLEGENDEN

Frau Schunck lebt in einem Pflegeheim. Sie ist nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt und bei der Fortbewegung auf ihren Rollstuhl angewiesen. Frau Schunck wird vor dem Bett liegend aufgefunden. Neben ihr liegt der umgekippte Rollstuhl. Auf die Nachfrage, was denn passiert sei, reagiert sie sehr ungehalten. „Das sieht man doch wohl. Sie können mir glauben, das wird ein Nachspiel haben!“

PFLEGERISCHE ASPEKTE

Auf den ersten Blick scheint der Sturz von Frau Schunck mit pflegerischen Mitteln nicht vermeidbar gewesen zu sein. Er ereignete sich in ihrem Zimmer ohne Beisein von Pflegepersonen. Da dem Personal aber ihr Wunsch nach selbstständiger Mobilität bekannt war, ist davon auszugehen, dass die Pflegenden um ihre Sturzgefahr wissen mussten. Ihre Unfähigkeit, sicher zu stehen, geschweige denn einen Schritt gehen zu können, müsste aus der Pflegeprozessdokumentation ersichtlich werden. Unter der AEDL „sich bewegen können“ sollte sowohl der Wunsch nach selbstständigem Transfer als auch die Einschränkungen beim Stehen und beim Gehen dokumentiert sein. Darauf ausgerichtete Pflegeziele sowie entsprechende Maßnahmen sollten nachvollziehbar ausgearbeitet und allen Pflegenden bekannt sein. Um zu beurteilen, ob der Sturz von Frau Schunck pflegerisch vermeidbar gewesen wäre, ist zu überprüfen, ob die in der Pflegeplanung beschriebenen Maßnahmen den Fähigkeiten von Frau Schunck entsprechen und sie von den Pflegenden auch umgesetzt wurden. Entsprechende Maßnahmen wären: das Bett auf die gleiche Höhe wie die Sitzfläche des Rollstuhls stellen, den Rollstuhl vor dem Bett bereitstellen, so dass Frau Schunck den Transfer über die ungelähmte Seite möglich ist, die Rollstuhlbremsen anziehen, einen geeigneten Haltegriff zur Unterstützung des Bett-Rollstuhl-Transfers anbringen und vor allen Dingen die Erreichbarkeit der Notrufklingel sicherstellen. Weiterhin wäre zu überprüfen, ob neben den situationsbezogenen Pflegezielen auch mittel- und langfristige Pflegeziele genannt und entsprechende Maßnahmen dazu geplant wurden. Dabei könnte es sich um ein kontinuierliches Transfertraining sowie ein Training zur Unterstützung der gelähmten Körperseite handeln.

Diesbezüglich könnte zunächst eine – gegebenenfalls sogar fortlaufende – Beratung von Frau Schunck beabsichtigt oder bereits eingeleitet worden sein.

All diese Überprüfungskriterien sind nach dem heutigen Stand des Pflegewissens gerechtfertigt.

STURZ IN ANWESENHEIT EINER PFLEGEPERSON

Frau Hall, die aufgrund hohen Übergewichts und einer allgemeinen Gebrechlichkeit zunehmend Probleme bei der Fortbewegung hat, benötigt Unterstützung bei allen Alltagsaktivitäten, die mit Transfers verbunden sind. So hilft ihr eine Pflegerin morgens aus dem Bett und führt sie dann ins Bad zur Morgentoilette. An einem Morgen berichtet Frau Hall, dass sie schlecht geschlafen habe. Die Pflegerin geht auf ihren leidlichen Zustand ein, indem sie beim Aufstehen etwas mehr hilft und Frau Hall auch etwas mehr Zeit lässt. Beim Führen ins Bad wird Frau Hall dann aber „schwarz vor Augen“, sie fällt nach vorne über, so dass die Pflegerin sie nicht mehr halten kann. Frau Hall schlägt mit dem Kopf gegen die Klinke der Badtüre und zieht sich dabei eine Platzwunde zu.

PFLEGERISCHE ASPEKTE

Ein Sturz, der sich in Anwesenheit einer Pflegeperson ereignet, ist immer eine heikle Angelegenheit. Aus pflegerischer Sicht ist in diesem Fall zu prüfen, ob die Risiken, die die Pflegeperson eingegangen ist, kalkulierbar und vermeidbar waren. Im beschriebenen Fall stellt sich zunächst einmal die Frage, anhand welcher Kriterien die Pflegerperson den Zustand von Frau Hall an diesem Morgen beurteilt hat. Gerade bei einer Frau, bei der anzunehmen ist, dass ihre Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten in erster Linie auf ihren schlechten Allgemeinzustand zurückzuführen sind, sollten bei einer akuten Verschlechterung des Befindens die Vitalzeichen kontrolliert werden. Blutdruck und Puls sind nicht durch eine Inaugenscheinnahme der Klientin zu erfassen. Auch eine erhöhte Körpertemperatur ist – auch für erfahrene Pflegepersonen – nicht ohne Überprüfung durch Temperaturmessung auszuschließen. In dem beschriebenen Fall hätte die Pflegeperson nach Überprüfung dieser Vitalzeichen eine Entscheidung hinsichtlich der Art des Transfers zur Toi-

lette treffen müssen. Dabei hätte sie unter verschiedenen Optionen auswählen können. Bei nicht erhöhter Körpertemperatur und für Frau Hall üblichem Puls und Blutdruck hätte sie einen Transfer unter Zuhilfenahme eines Rollstuhls in Erwägung ziehen können. Des Weiteren hätte sie Frau Hall anbieten können, die Morgentoilette zu einem späteren Zeitpunkt, z. B. nach einem Frühstück im Bett, durchzuführen. Darüber hinaus sollte Frau Hall auch die Möglichkeit eröffnet werden, die morgendliche Körperpflege im bzw. am Bett durchzuführen. Falls Frau Hall – zu welchem Zeitpunkt auch immer – dennoch eine Körperpflege im Bad vorzieht, ist zu prüfen, ob die Pflegerin mögliche Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beim Transfer zum Badezimmer eingeleitet hat. Dabei könnte es sich um das Angebot eines Hilfsmittels zum Gehen, z. B. einen Stock oder einen Gehwagen, oder der Schaffung von Möglichkeiten zum Abstützen, z.B. durch das Positionieren von Stühlen, handeln. Zu berücksichtigen ist dabei natürlich, dass diese Möbelstücke durch Verengung des Transferweges nicht noch die Sturzgefahr erhöhen. Schließlich ist es von immenser Bedeutung, dass die Pflegerin sich bei der Begleitung der Morgentoilette nicht so verhalten hat, dass ein möglicher Sturz durch ihr Verhalten verhindert hätte werden können. Sie hätte Frau Hall so anfassen müssen, dass sie ihren Körper gegen eine unkontrollierte Verlagerung des Gewichts in alle Richtungen geschützt hätte. So hätte sie zumindest dafür Sorge getragen, dass es bei einem Verlust des Gleichgewichtes zu einem kontrollierten Erreichen einer niedrigeren Ebene, also eines Stuhls oder auch des Bodens, gekommen wäre. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob es nicht angemessen gewesen wäre, eine weitere Pflegeperson zur Unterstützung beim Transfer hinzuzuholen.

Das Beispiel des Sturzes von Frau Hall macht eindringlich deutlich, wie wichtig eine detaillierte Pflegedokumentation für eine Absicherung der Pflegepersonen im Schadensfall ist. Nur aus ihr hätte im Nachhinein rekonstruiert werden können, dass es beispielsweise Frau Hall abgelehnt hat, im bzw. am Bett versorgt zu werden.

■ Heiko Fillibeck

den Vorgehensweisen in stationären Einrichtungen?

Siegfried Huhn: Ich denke, dass im ambulanten Angebot vor allem die Beratung von Klienten und Angehörigen eine wichtigere Rolle einnimmt als im stationären Bereich, in dem wir Pflegenden doch viele Entscheidungen bezüglich der Sturzprophylaxe abnehmen können. Beispielsweise können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe das Umfeld zu einem großen Teil gestalten und somit auch beeinflussen, während das im ambulanten Bereich deutlich schwieriger ist. Von besonderer Bedeutung für das Pflegepersonal im ambulanten Sektor ist auch die Koordination des Pflegenetzes, in das alle unterstützenden Personen miteinbezogen werden müssen. Dieses zu erhalten oder gegebenenfalls wieder aufzubauen braucht die Unterstützung von beruflich Pflegenden. Von besonderer Bedeutung ist dies bei allein lebenden Klientinnen und Klienten, denn so erhalten sie mehr Sicherheit im Alltag, was sich positiv auf ihre Sturzgefährdung auswirkt.

PROALTER: Wie sind Ihre Erfahrungen bezüglich der Kenntnisse beruflich Pflegender zu einer effektiven Sturzprophylaxe?

Siegfried Huhn: Die meisten Pflegenden sind sich nicht bewusst, dass sie einen großen Anteil effektiver Sturzprophylaxe schon längst in ihre pflegerische Arbeit integriert haben. So wird auf das Schuhwerk geachtet, Stolperfallen werden entfernt, Informationen zum Sturzrisiko gegeben und Assistenz angeboten. Was wir nun brauchen, ist eine systematische Risikoeinschätzung und ein konsequentes und kontinuierliches Umsetzen von pflegerischen Maßnahmen. Alle Berufsgruppen, die mit alten Menschen arbeiten, haben einen Wissensbedarf und brauchen mehr Informationen. Gegenüber anderen Problemen in der Altenhilfe sind wir aber mit der Sturzprophylaxe sehr schnell vorgekommen. Vergleichen wir den Umgang mit dem Sturzproblem etwa mit der Vorgehensweise bei Dekubitus oder Ernährungsdefiziten, so ist doch zu erkennen, dass hier wesentlich schneller ein Problembewusstsein entwickelt worden ist. Vor allem dann, wenn wir sehen, dass die ersten deutschen Veröffentlichungen zum Thema „Sturzprophylaxe/Sturz“ aus Anfang der 90er Jahre stammen. Da kann ich nur sagen: zehn bis 15 Jahre „Sturz“ als Thema und schon einen Expertenstandard, das ist toll!

„WIEDER LERNEN, ZU BEOBACHTEN“

PROALTER: An welchen Punkten des bisherigen Umgangs mit einer Sturzprophylaxe halten Sie Veränderungen für notwendig?

Siegfried Huhn: Neben der Aneignung von Fachwissen müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege wieder lernen, zu beobachten! In Bezug auf die Sturzprophylaxe heißt das, vor allem die Bewegungsabläufe bei Bewohnerinnen und Bewohnern zu studieren und Bewegungsstörungen zu erkennen. Nach jedem erfolgten Sturz sollte der Vorgang möglichst detailliert rekonstruiert werden. Nur so lassen sich die Gefahrenquellen aufdecken und beseitigen.

Die Pflegenden brauchen aber unbedingt auch mehr Handlungssicherheit. Dazu gehören sicherlich auch juristische Informationen, damit es gelingt, die latent vorhandene Angst, an allen Stürzen mitschuldig zu sein, abzubauen und die anstehenden Aufgaben sachlich und gelassen anzugehen.

PROALTER: Kann der „Expertenstandard Sturzprophylaxe“ dazu einen Beitrag leisten?

Siegfried Huhn: Natürlich, sonst hätten wir ihn nicht gebraucht. Dieser Standard ist eine Expertise von Fachleuten, um den Pflegepersonen einen Handlungsrahmen aufzuzeigen. Er hilft den Pflegepersonen, den Einrichtungen und den Trägern, sich die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Sturzprophylaxe anzueignen und in der Praxis umzusetzen.

PROALTER: Wie sollte Ihrer Meinung nach in Zukunft die professionelle Vermeidungsstrategie von Stürzen sein?

Siegfried Huhn: Sie haben das wichtigste Stichwort gegeben. Prävention darf nicht dem Zufall überlassen werden, sondern muss als Strategie entwickelt werden. Als Erstes empfehle ich allen, festzuhalten, welche Maßnahmen schon ergriffen worden sind und welche ohne zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen dazukommen können. Wird dies reflektiert, dann wächst die Berufsgruppe der Pflegenden in die Anforderungen der Sturzprophylaxe – auch entsprechend den Expertenstandards – hinein. Für die anschließende Umsetzung des Standards muss unbedingt genug Zeit einkalkuliert werden, statt alles schnell über das Knie brechen zu wollen.

Bestellformular



Bitte auch bei Bestellungen per Telefax (02 21/93 18 47-6) benutzen.

PROALTER erscheint vierteljährlich. Die Bezugsgebühr für das Jahresabonnement (4 Hefte) beträgt 16,- € (inkl. Porto und Inlandsversand). Ein Einzelheft kostet 4,80 € (zzgl. Porto- und Versandkosten).
Gebühren für Bezieher im Ausland: Jahresabo 32,50 €, Einzelheft 8,46 € (jeweils inkl. Porto und Versand).
Ältere Ausgaben sind lieferbar, solange der Vorrat reicht.

Hiermit bestelle ich/bestellen wir:

_____ Exemplare der Ausgabe _____ von PROALTER.

Ich/Wir möchte/n PROALTER ab der Ausgabe _____ abonnieren.

Liefer- und Rechnungsanschrift – bitte deutlich schreiben:

Vor- und Nachname

Kunden-Nr.*

Organisation

Straße

PLZ, Ort

* Sofern Sie bereits Publikationen vom KDA bestellt haben, finden Sie Ihre Kunden-Nummer auf der Rechnung.

Bitte senden Sie mir/uns auch ein aktuelles Gesamtverzeichnis der lieferbaren Veröffentlichungen des KDA.

Datum

Unterschrift

Ausgefüllt senden an:

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Versand
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Unsere Publikationen können Sie auch
im Internet unter www.kda.de
oder per E-Mail: versand@kda.de bestellen.

PRO ALTER

Das Fachmagazin des
Kuratoriums Deutsche Altershilfe

Viermal im Jahr
fundierte und kompetent
informiert über

- Gesundheit und Pflege
- Altengerechtes
Bauen und Wohnen
- Politik und Soziales
- Neues aus dem KDA

Für alle, die aktuelles Wissen
aus erster Hand erfahren müssen

ProAlter erscheint vierteljährlich. Die Bezugsgebühr für das Jahresabonnement (4 Hefte) beträgt 16,- € (inkl. Porto und Inlandsversand). Ein Einzelheft kostet 4,80 € (zzgl. Porto- und Versandkosten). Gebühren für Bezieher im Ausland: Jahresabo 32,50 €, Einzelheft 8,46 € (jeweils inkl. Porto und Versand).

Ältere Ausgaben sind lieferbar, solange der Vorrat reicht.

Bestelladresse:

Kuratorium
Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Telefon: (02 21) 93 18 47-0

Fax: (02 21) 93 18 47-6

E-Mail: versand@kda.de

Internet: www.kda.de



Für mehr
Lebensqualität
im Alter



PRO ALTER