



**DAS FORUM**

**SENIORENRESIDENZ  
HELENE DONNER**



## **Vortrag**

**Expertenstandard Sturzprophylaxe**

in der

**der Seniorenresidenz Helene  
Donner**

**Referent: Siegfried Huhn, Berlin**

**27. Februar 2008**

## **Expertenstandard Sturzprophylaxe**

Stürze und Sturzprophylaxe sind ein aktuelles Thema im Gesundheitswesen, weil Instabilität und damit einhergehende Stürze zu den vier großen Problemen in der Geriatrie und gerontologischen Pflege gehören. Für die betroffenen Patienten/Bewohner gehen Stürze und Sturzfolgen oft mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität einher, weil Stürze selten glimpflich und problemlos verlaufen. Fast immer kommt es zu Verletzungen mit bleibender Restsymptomatik bis hin zu massiver Invalidität. Neben den direkten Verletzungen entwickelt sich oft eine ausgeprägte Angst vor weiteren Stürzen, die die bisherige Lebensplanung vollkommen infrage stellen kann.

### **Sturzprophylaxe – ein brennendes Thema**

Konkrete Daten, wie viele Menschen in Deutschland stürzen, liegen nicht vor. Meistens wird in der Literatur beschrieben, dass etwa 30% der Menschen über 65 Jahre mindestens einmal jährlich stürzen, während die Zahl bei den 90jährigen schon mit 50% angegeben wird. Sicher kann aufgrund von Untersuchungen und Erfahrungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe davon ausgegangen werden, dass das Sturzrisiko mit Zunahme des Pflegebedarfs steigt, was in Altenpflegeheimen dazu führt, dass etwa jeder zweite Bewohner mindestens einmal jährlich stürzt.

Die Kosten, die dem Gesundheitswesen aufgrund von Stürzen entstehen, sind außergewöhnlich hoch, wenngleich aufgrund der geringen Datenlage nur die Kosten im Zusammenhang mit Frakturen, insbesondere der sogenannten Schenkelhalsfrakturen, gemacht werden können. Die Kosten für die Operation einer Oberschenkelhalsfraktur liegen bei etwa 5000 Euro. Dem müssen nochmals etwa 5000 Euro für die anschließende Rehabilitation zugerechnet werden. Demnach ergeben sich in Deutschland Kosten von ungefähr 500 Millionen Euro für die Behandlung von Sturzfolgen.

Für Pflegende sind die Stürze von Pflegebedürftigen fast immer mit der Angst vor Schuldzuweisungen und Repressalien verbunden und der Sorge, die Aufsichtspflicht verletzt zu haben.

Stürze und deren Vermeidung, aber auch die Verringerung von Sturzfolgen, gehen bei den beteiligten Berufsgruppen meistens mit Resignation und Ohnmacherleben einher. Stürze werden meistens schicksalhaft als unabwendbar angenommen. Außer freiheitsentziehenden Maßnahmen wurden bis vor einigen Jahren kaum Möglichkeiten einer Sturzverhütung erwogen. Der Themenkomplex Stürze, Sturzverhütung und Verringerung von Sturz-Folgeschäden ist durch ein erhebliches Wissensdefizit seitens der Träger, der Pflegenden, Ärzten und anderen beteiligten Berufsgruppen gekennzeichnet.

## **Expertenstandard entwickelt**

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) unter der Leitung von Prof. Astrid Elsbernd und Christine Sowinski eine Expertengruppe zur Entwicklung des Expertenstandards Sturzprophylaxe zusammengerufen. Die Expertengruppe setzt sich aus Pflegefachkräften zusammen, die im Bereich Lehre und Wissenschaft, Klinik und Altenheim tätig sind, und sich mit dem Thema auf verschiedenen Ebenen auseinander setzen. Unterstützt wurde die Fachgruppe erstmalig von einem Vertreter zum Patientenschutz (Verbraucherzentrale NRW).

Der Expertenstandard liegt nun als überarbeiteter, konsentierter Entwurf vor. Die Expertengruppe war sich darin einig, dass auch bei bester Betreuung und Pflege und bei einem realistischen Personaleinsatz keine Chance besteht, alle Stürze zu vermeiden, wenn Mobilität erhalten bleiben soll, und keine freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt werden. Nach dem derzeitigen Wissensstand erhöhen freiheitsentziehende Maßnahmen das Sturzrisiko, sofern es sich um keine dauerhafte (endgültige) Fixierungsmaßnahme handelt.

In der Standardaussage wird deshalb bewusst von dem Ziel, Stürze und Sturzfolgen zu minimieren gesprochen. Stürze gelten als „natürliches Lebensrisiko“, sofern ein Mensch seinem Wunsch nach Bewegung folgen kann. Für den Lebensalltag der Patienten/Bewohner und den Betreuern besteht außerdem noch das Dilemma, dass moderne Pflege dem Gedanken von Aktivierung, Mobilisation und Rehabilitation folgt, und schon deshalb freiheitsentziehende und bewegungseinschränkende Maßnahmen unerwünscht sind.

Der Standard folgt in seinem Aufbau den bereits vorliegenden Standards. Demnach werden die einzelnen Standardebenen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisbereiche eingeteilt. Der Strukturbereich beschreibt die Bedingungen, die erfüllt werden müssen, um ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen. Im Prozessbereich wird das praktische Vorgehen erläutert, um die Strukturebene in Handlung umzusetzen und zu dem gewünschten Ergebnis zu kommen. In dem Ergebnisbereich wird beschrieben, welches Ziel angestrebt wird.

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe ist ein Pflegestandard. Er wendet sich deshalb in erster Linie an Pflegefachkräfte. Nur da, wo pflegerisches Handeln nicht ohne andere Berufsgruppen möglich ist, oder wo pflegende einer zusätzlichen Legitimation bedürfen, wendet sich der Standard an die Einrichtung. Mit „Einrichtung“ ist hier die Leitungsebene im oberen Management der Einrichtung bzw. in der Trägerschaft gemeint. Die Bezeichnung wurde in Anlehnung an die bereits vorhandenen Standards beibehalten.

## **Standard-Ebene 1**

An erster Stelle einer jeden Prophylaxe steht das Erkennen von Personen, die dieser speziellen Prophylaxe bedürfen. Um Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko zu erkennen, braucht die Pflegefachkraft Wissen darum, welche besonderen Risikofaktoren eine Sturzgefahr begünstigen. Risikofaktoren können sowohl in der Person (interne RF) oder außerhalb der Person, in seinem Umfeld (externe RF) liegen. Die Pflegefachkraft legt auf der Grundlage vorhandener RF das Sturzrisiko für

den Patienten/Bewohner fest. Da jeder Mensch wegen seines aufrechten Ganges ein Sturzrisiko hat, sind die Personen relevant, die ein hohes Sturzrisiko aufweisen, also über das normale Risiko hinaus gefährdet sind. Die Expertengruppe hat sich darauf geeinigt, bei den Personen von einem hohen Sturzrisiko auszugehen, bei denen zwei RF erkannt sind. Die Risikoeinschätzung muss sehr schnell durchgeführt werden, da sich zumindest in Krankenhäusern die meisten Stürze während der ersten drei Tage nach der Aufnahme ereignen.

Die Expertengruppe empfiehlt keine speziellen Verfahren zur Risikoeinschätzung, weil sich alle derzeit vorhandenen Verfahren im wissenschaftlichen Sinne als nicht ausreichend gesichert scheinen. Vielmehr wird festgestellt, dass die Mitarbeiter in der Wahrnehmung und Einschätzung von Risikofaktoren bzw. des Sturzrisikos geschult werden müssen, um das erhöhte Sturzrisiko der Patienten/Bewohner anhand von personen- und umgebungsbedingten Risikofaktoren festzustellen. Die derzeit vorliegenden Messinstrumente sind nicht eher nicht ausreichend, um das multifaktorielle Sturzrisiko einer Person einzuschätzen. Auch scheint es wenig sinnvoll, einzelne Risikofaktoren unterschiedlich zu bewerten. Aus Expertensicht sind alle Risikofaktoren gleich zu behandeln und einer Einstufung nach höher oder niedrig eher nur im Einzelfall möglich. Das Sturzrisiko der Patienten/Bewohner wird möglichst frühzeitig eingeschätzt. Für eine Wiederholung der Einschätzung werden keine Zeitvorgaben gemacht. Das Sturzrisiko einer Person soll immer dann neu eingeschätzt werden, wenn sich deutlich Veränderungen in seinem Allgemeinzustand ergeben. Das Ziel dieser Standardebene ist dann erreicht, wenn eine aktuelle und systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren vorliegt. Systematisch bedeutet, dass die Einschätzung auch für andere Pflegende nachvollziehbar und begründet dargestellt wird.

## **Standard – Ebene 2**

In der zweiten Standardebene wird die fachliche Beratungskompetenz der Pflegefachkraft als Strukturmerkmal eingefordert. Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, bezogen auf Risikofaktoren und mögliche Maßnahmen zur Risikoverringerung sach- und fachgerecht zu beraten. Beratung wird hier als Kompetenz beschrieben, die ggf. erworben werden muss, um dem Klienten in der jeweiligen Situation adäquat zu begegnen. In der praktischen Umsetzung stellt die Pflegefachkraft dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Informationen zu dem erhobenen persönlichen und umweltbedingten Sturzrisiko zur Verfügung und bietet Beratung über individuelle und allgemeine Möglichkeiten der Sturzverhütung. Die Beratung basiert auf den festgestellten Risiken. Das Ziel der Beratung liegt darin, dem Klienten umfangreiche Informationen zur Verfügung zu stellen, um über eine Umsetzung seinerseits entscheiden zu können. Der Patient/ Bewohner und seine Angehörigen u.U. entscheiden selbst, welche der möglichen Interventionen sie für sich in Anspruch nehmen möchten. Die Beratung selbst stellt schon eine Intervention dar. Deshalb sollte die stattgefundenene Beratung aus Sicht des Autors dokumentiert werden. Es kann durchaus sinnvoll sein, als Teil der Beratung schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Manche Einrichtungen entwerfen hierzu kleine Infoblätter, oder stellen Broschüren des Fachhandels vor.

### **Standard – Ebene 3**

In dieser Ebene werden die Fachkenntnisse über mögliche Interventionen zur Sturzprophylaxe eingefordert. Interventionen können sehr unterschiedlich sein und hängen von der Person, deren Fähigkeiten und dem Umfeld ab, in dem die Person lebt. Da nicht alle möglichen Maßnahmen von der Pflegefachkraft alleine geleistet werden können, entwickelt sie in Zusammenarbeit mit dem Patienten/Bewohner, u.U. seinen Angehörigen und anderen beteiligten Berufsgruppen einen Maßnahmenplan, der dem Bedarf des Klienten entspricht und im Rahmen der allgemeinen Möglichkeiten liegt. Aus der Forschungslage und den Erfahrungen der Experten heraus kann festgestellt werden, dass da gute Ergebnisse zur Verringerung von Stürzen und Sturzfolgen erzielt wurden, wo verschiedene Interventionen in Anlehnung an zuvor erhobene Risikofaktoren bzw. Risikosituationen durchgeführt wurden. Deshalb wird hier in der Prozessebene von einem Maßnahmenplan gesprochen. Verschieden Möglichkeiten/Maßnahmen werden geplant und gezielt angeboten. In der ergebnisebene liegt dieser Maßnahmenplan zu Umsetzung vor.

#### **Tabelle: Mögliche Interventionen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

- Information/Beratung/soziale Netzwerke schaffen
- sensorische Ausfälle ausgleichen
- Kraft- und Balancetraining
- Medizinische (ärztl.) Interventionen
- Verbesserung des AZ
- Neubewertung der Medikation
- Einnahmemodalitäten beachten
- Mobilitätstraining
- Kontinuität in der Assistenz d. Pflegenden
- Passende Schuhe, Stoppersocken, Kleidung
- Einsatz u. Anpassung von Hilfsmitteln
- Geh- u. Mobilitätshilfen/Alltagshilfen z.B. Anziehhilfen
- Sicherheit d. Umfeldgestaltung
- Stolperfallen/Sitz- u. Haltemöglichkeiten/
- Hüftprotektoren/Sturzhelme
- Produktvielfalt beachten/Infomaterial
- Sensormatten/Alarmgeber/Sturzmelder

### **Standard – Ebene 4**

Die Ebene vier wendet sich als Strukturmerkmal zunächst an die Einrichtung. Die Einrichtung ermöglicht zielgruppenspezifische Interventionsangebote wie Kraft- und Balancetraining. Hier wurde die Einrichtung (Leitungsebene) in die Verantwortung genommen, weil das von der Pflegefachkraft nicht unbedingt selbstständig entschieden und geleistet werden kann. Die Pflegefachkraft kann aber von der Einrichtung autorisiert werden und sollte dann die Koordination übernehmen.

Umgebungsbedingungen zählen zu den Faktoren, die zu Unsicherheit und damit zu einem erhöhten Sturzrisiko führen können. Auch hier ist zunächst die Einrichtung gefordert, da Umfeldanpassungen, zumal wenn sie mit baulichen Veränderungen wie dem Anbringen von Handläufen, Sicherung von Treppen, Verbesserung der

Lichtverhältnisse usw. einhergehen, nicht mehr im Verantwortungsbereich der Pflegeperson liegen. Neben den Umfeldanpassungen sollen von den Einrichtungen ggf. Hilfsmittel wie Toilettensitzerhöhung, Stütz- und Haltegriffe, Aufstehhilfen oder zusätzliche Alarmsysteme zur Verfügung gestellt werden. Der Pflegefachkraft kommt hier eine beratende Funktion dem Träger gegenüber zu.

Auf der Prozessebene gewährleistet die Pflegefachkraft dann die Umsetzung Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans. Im häuslichen Bereich berät sie den Patienten und seine Angehörigen über mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Umgebungssituation und stellt ggf. einen Kontakt zu einem Fachhandel her. Vielfach lassen sich aber Maßnahmen ohne besonderen zusätzlichen Aufwand umsetzen, wie etwa die Sicherung rutschender Teppiche oder herumliegender Kabel.

Das Ziel ist die Umsetzung des individuellen Maßnahmenplans. Wie bereits erwähnt, ist die Beratung Teil eines Interventionsplans. So kann ein Kraft- und Balancetraining nicht immer direkt angeboten oder durch die Einrichtung selbst gestaltet werden (etwa bei Aufhalten im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich), jedoch kann auf die Möglichkeit hingewiesen und ggf. ein externes Angebot empfohlen werden. Auch können Kooperationen mit anderen Anbietern zu solchen Trainings oder bei der Wohnraumanpassung eingegangen werden. Auch die Umfeldgestaltung muss im Einzelfall von den Möglichkeiten der Patienten/Bewohner abhängig gemacht werden. Pauschale Maßnahmen, wie etwa alle Toilettensitze zu erhöhen, sind eher ungeeignet.

Pflegende können Spezialisten zur Beratung in diesen Bereichen sein, weil sie den Patienten/Bewohner mit seinen Möglichkeiten und Bewegungsabläufen kennen. Sie können im regelmäßigen Kontakt mit den Klienten dessen Bedarfe erkennen und das Umfeld anpassen, Hilfsmittel einsetzen und Mobilität fördern.

## **Standard – Ebene 5**

Die Ebene 5 wendet sich zunächst wieder an die Einrichtung. Die Einrichtung stellt die Information aller beteiligten Berufsgruppen sicher. Die Experten wissen, wie sinnvoll gerade diese Ebene ist, sie wissen aber auch um die besonderen Schwierigkeiten, die mit diesem Anspruch verbunden sind !

Da Sturz-Risikofaktoren überall bestehen bleiben, und die Interventionen zur Sturzprophylaxe entsprechend überall bestehen bleiben müssen, ist es besonders wichtig, eine differenzierte Informationsweitergabe über alle Sturz-Risikofaktoren des Patienten/Bewohners ebenso wie die entsprechenden eingeleiteten Strategien zur Sturzvermeidung für die Person weiter zu geben, um die Versorgungs- und Betreuungskette nicht zu unterbrechen, bzw. eine erhöhte Aufmerksamkeit des ganzen Teams zu gewährleisten.

Da ein Sturzrisiko für die betroffenen Patienten/Bewohner nahezu permanent besteht, sind auch außerhalb des eigentlichen Pflege- und Wohnbereichs, etwa bei Aktivitäten in der Beschäftigung (z.B. Musikgruppe) oder bei Veranstaltungen der Einrichtung wie Kaffeeklatsch und Sommerfest, aber auch bei der Mit- und Weiterversorgung in der Krankengymnastik oder Arztpraxen individuelle Informationen zum erhobenen Sturzrisiko der betroffenen Personen von Bedeutung. Im Krankenhaus heißt das, außerhalb der Station, etwa bei Röntgendiagnostik, EKG usw. detaillierte Informationen weiter zu geben.

## Das sind Informationen

- zum bestehenden Sturzrisiko, insbesondere spezifische Risiken bzw. individuelle Risikofaktoren
- Informationen zur Risikominimierung (Prophylaxe)
- Und zu einer möglicher durch Mitarbeiter erforderlichen besonderen Aufmerksamkeit, damit die Betreuungskette und Beobachtung zu Risikoverhalten nicht unterbrochen werden (Z.B. der Patient überschätzt seine eigenen Möglichkeiten, versucht allein aufzustehen, oder aber der Patient kann stehen, das nur sehr kurz und mit Unterstützung)

Für den Krankenhausbereich bedeutet das eine Weitergabe von Informationen an den Diagnostik- und Therapiebereich, den Hol- und Bringedienst, des Patiententransportbereich, ggf. aber auch eine Weitergabe von Informationen an den Reinigungsdienst im Haus, das direkten Patientenkontakt hat.

Die Prozessebene wendet sich wieder an die Pflegefachkraft und deren besondere Aufgabe in der Umsetzung dieser Ebene. Hierin bedeutet diese Standardebene, dass möglichst im Zusammenwirken mit dem Patient/Bewohner und seinen Angehörigen ein Kommunikationssystem aufgebaut wird, um diesen Austausch zu ermöglichen und die sturzprophylaktische Begleitung und Betreuung nicht zu unterbrechen. Das ist sicherlich innerhalb eines Altenpflegeheims leichter zu gewährleisten, weil dort die Berufsgruppen recht eng miteinander arbeiten bzw. oft gemeinsame Besprechungen stattfinden. Auch der Kontakt zu Ärzten ist in der Regel so gestaltet, dass Informationen fließen und ein Austausch möglich ist.

Innerhalb von therapeutischen Teams in Kliniken kann der Informationsfluss in gemeinsamen Sitzungen geschehen. Für andere Berufsgruppen muss eine fachliche Kommunikationsstruktur oft erst geschaffen werden. Hier sind alle Beteiligten gefordert. Der Pflegeperson kommt eher die Rolle der Vermittlung zu. Vielfach müssen aber die Voraussetzungen auf der Leitungsebene geschaffen werden. Dabei sind Leitungspersonen gefordert, an der Umsetzung mitzuwirken und entsprechende Voraussetzungen zu schaffen, damit nicht die einzelnen Mitarbeitergruppen untereinander erst einmal Grabenkämpfe ausfechten müssen.

Am besten scheint es aus der Erfahrung heraus zu sein, eine Verfahrensanleitung für die Organisation zu erstellen, aus der heraus festgehalten wird, wer in welcher Form informiert wird bzw. informiert werden muss. Bei schriftlichen Überleitungen oder Aufträgen an mitwirkende Berufsgruppen sollte der Punkt „erkannte Sturz-Risikofaktoren“ oder „besondere Risikomomente / Maßnahmen zu Sturzprophylaxe“ vermerkt werden. Das könnte auch auf Anforderungsscheinen, etwa bei der Röntgenanforderung oder sonstigen diagnostischen Anforderungen erscheinen.

Bekannt bedeutet allerdings, dass die Inhalte der Interventionen nicht nur gehört, sondern in ihrer Bedeutung erfasst worden sind. Da, wo etwa ein besonderes Handling, eine Transfertechnik zur Sturzrisiko-Verringerung erarbeitet worden ist, müssen die anderen beteiligten Berufsgruppen in dieses Verfahren eingewiesen werden.

## **Standard – Ebene 6**

Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass Personen ein sogenanntes Sturzmuster entwickeln. In Institutionen gibt es zwischen den Stürzen verschiedener Personen gewisse Ähnlichkeiten: So gibt es bevorzugte Sturzorte oder Sturzzeiten, zu den es besonders häufig zu Stürzen kommt. Um das identifizieren, sollen Stürze systematisch erfasst und über Sturzereignisprotokolle analysiert werden. Ziel ist es, möglichst heraus zu finden, wie es zu dem Sturz gekommen ist, und wie sich zukünftige Stürze vielleicht verhindern lassen. Deshalb sollen Pflegende ein entsprechendes Instrument einsetzen, und auf der Grundlage der gewonnenen Daten das persönliche und umfeldbedingte Risiko neu einschätzen und eine Neubewertung der Interventionen vornehmen.

Das Sturzereignisprotokoll dient auch der Dokumentation von Stürzen. Es kann zu Fallbesprechungen gut eingesetzt werden oder Grundlage von Pflegevisiten sein. Um langfristig ein effektives Sturzmanagement zu implementieren, werden die gewonnenen Daten zentral gesammelt und miteinander verglichen. So werden mögliche Schwachstellen deutlich und Interventionsstrategien gestützt.

## **Schlussbemerkung**

Das Ziel der Sturzprophylaxe ist, die Sturzrate zu senken und Sturzfolgen zu verringern. Dazu ist in den meisten Fällen die systematische Erfassung und Analyse nötig, um aus dem erfolgten Sturz Erkenntnisse zu ziehen, damit Wiederholungsstürze verhindert werden können, aber auch um Daten zu sammeln, die sich auf Risikosituationen und Risikoverhalten anderer Personen übertragen lassen, um dann auch primärpräventiv wirksam zu werden. Den Experten der Arbeitsgruppe ist bewusst, dass Sturzprophylaxe ein umfangreiches Interventionsprogramm nötig macht und das sich Ergebnisse erst nach Monaten und Jahren deutlich zeigen. Dieses Wissen ist wichtig, um die nötige Geduld mit sich selbst und im Umgang mit seinen Erfolgen walten zu lassen.