

# Mikroschulung Sturzvorbereitung



**Netzwerk Patienten- und Familienedukation  
in der Pflege e.V.**



## Vorbemerkungen

Bei Mikroschulungen handelt es sich um kurze standardisierte Lehreinheiten, die sich an ein bis zwei Adressaten richten (Dauer: 10-30 Minuten). Kernelemente sind dabei eine wissenschaftlich gestützte Sachanalyse, das Adressaten-Assessment, eine kleinschrittige Didaktisierung der Mikroschulungseinheiten sowie die Dokumentation und Evaluation.

Die Mikroschulung „Sturzvorbeugung“ orientiert sich strukturell am „Konzept zur Erstellung von ‚Mikroschulungen‘ am Beispiel der ‚subkutanen Injektionen‘“ des Netzwerks Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke. Bei dem Thema Sturzvorbeugung handelt es sich, im Gegensatz zur subkutanen Injektion, jedoch um einen komplexen Sachverhalt, bei dem eine Vielzahl individueller Einflussfaktoren eine Rolle spielt. Auch umfangreiche Themen können und sollen als Mikroschulungen vermittelt werden, dafür liefert dieses Konzept ein Beispiel. Mikroschulungen gehören, wie der Name schon sagt, zum Bereich „Schulung“ (didaktisch aufbereitet, lernzielorientiert). Der Begriff „Schulung“ ist identisch mit dem der „Anleitung“. Daneben existieren die beiden großen Bereiche „Information“ (Mitteilung) und „Beratung“ (ergebnisoffener gemeinsamer Problemlösungsprozess). In komplexen Mikroschulungen, die eine individuelle Ausgestaltung erfordern, finden sich auch informierende und beratende Anteile (wie in diesem Beispiel).

Das Thema Sturz ist vielschichtig und kann sich bei dem einzelnen Menschen unterschiedlich darstellen. Mikroschulungen in diesem Bereich sind daher nur in einem sehr geringen Maße standardisierbar. Das Sturzrisiko wird durch die Bewegung, Medikamente, Grunderkrankungen und vielen anderen Faktoren beeinflusst, die daraus resultierenden Interventionen müssen gezielt auf die individuelle Situation des Einzelnen abgestimmt werden. Theoretisch sind eine Vielzahl von Mikroschulungen notwendig, um allen Aspekten gerecht werden zu können. Daher ist diese Mikroschulung im Sinne eines richtungsweisenden Mikroschulungskonzepts zu sehen. Es ist wichtig, dass eine individuell angepasste Ausgestaltung des Konzeptes an das jeweilige Setting und den/die Adressaten erfolgt. Am Ende des Konzeptes befinden sich drei Fallbeispiele, die das Spektrum der Möglichkeiten verdeutlichen sollen.

Durch den „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und seiner Aktualisierung 2013 liegt bereits eine evidenzbasierte Sachanalyse, d.h. eine Analyse des besten wissenschaftlichen Beweises, vor. Daher wird in diesem Konzept auf eine genaue Sachanalyse verzichtet, genaue Kenntnisse bezüglich der Inhalte des Expertenstandards werden vorausgesetzt. Der Schwerpunkt dieses Mikroschulungskonzepts liegt auf praktischen Hilfsmitteln für die Umsetzung in Form von Checklisten, Arbeits- und Informationsblättern sowie Dokumentations-/ Evaluationsbögen.

Die Mikroschulung „Sturzvorbeugung“ sollte von Pflegekundigen durchgeführt werden, die über Kenntnisse im Bereich der Bewegungskonzepte verfügen. Die Kompetenz der Pflegeexperten in diesem Bereich beeinflusst maßgeblich die Qualität der Umsetzung dieses Mikroschulungskonzepts in der Praxis.

Wir wünschen Ihnen gutes Gelingen, in welchem Rahmen Sie das Konzept auch immer nutzen mögen, und freuen uns auf ihre Erfahrungen.

Januar 2014,  
Mareike Tolsdorf, Altenpflegerin, Pflegewissenschaftlerin (MScN)  
Prof. Dr. Angelika Zegelin, Pflegewissenschaftlerin



Nach Veröffentlichung des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“ des DNQP im Jahre 2006 und seiner Aktualisierung 2013, entstanden zahlreiche Umsetzungs- und Forschungsaktivitäten. Manche Ergebnisse der letzten Jahre, wie eine Erhöhung des Sturzrisikos bei der Einnahme von Psychopharmaka, wurden durch neue Studienergebnisse untermauert. Andere, wie der Einsatz von Hüftprotektoren zur Verringerung des Frakturrisikos, zeigen sich mittlerweile als nicht eindeutig. Alle Altersgruppen sind gefährdet zu stürzen und sich zu verletzen. Jüngere Menschen verletzen sich jedoch meist nur geringfügig, da sie über physiologische Mechanismen verfügen, um schwere Sturzfolgen reflexartig abzuwenden. Ältere Menschen sind dagegen vermehrt von schweren Sturzfolgen, wie die gefürchtete Oberschenkelhalsfraktur, betroffen.

Die Aussagen in diesem Mikroschulungskonzept beziehen sich auf den Expertenstandard des DNQP von 2006 und in seiner aktualisierten Fassung von 2013. Das Thema Sturz ist jedoch komplex und vielschichtig und beinhaltet mehr Ursachen als hier und im Expertenstandard aufgelistet sind. Prinzipiell kann ein Sturz überall erfolgen – das ganze Leben ist ein Sturzrisiko. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass ein „ungebremster Aktionismus“ erforderlich ist (z.B. alle Teppiche entfernt werden müssen). Vielmehr sollten in einem offenen Gespräch Faktoren(gruppen) angesprochen werden und behutsam individuell interveniert werden. Das Wichtigste bei allen Maßnahmen ist, trotz und gerade bei einem Sturzrisiko, die Mobilität weitmöglichst zu erhalten.

## 1. Voraussetzungen

Datum der Autorisierung:	Juni 2008 Aktualisierung Januar 2014
Überprüfung:	Nach Vorliegen breiter, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. nach der nächsten Aktualisierung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege des DNQP
Durchführungskompetenz:	Pflegefachpersonen der Kranken- und Altenpflege mit pädagogisch didaktischen Fähigkeiten und Kenntnissen im Bereich von Bewegungskonzepten.

### Adressaten

Erwachsene (ältere) PatientInnen/Pflegebedürftige und ihre Angehörigen/Bezugspersonen im Krankenhaus, Pflegeheim oder anderen Wohnformen (z.B. Hospiz, betreute Wohngruppen) oder im häuslichen Umfeld, wenn der Patient/Pflegebedürftige

- bereits einen oder mehrere Stürze im letzten Jahr erlitten hat,
- sich als sturzgefährdet sieht oder als solches von anderen eingeschätzt wird,
- kognitiv in der Lage ist von der Mikroschulung zu profitieren.



Dieses Mikroschulungskonzept richtet sich explizit an erwachsene (ältere) Personen. Zwar sind ebenso Kinder in einem besonderen Maße sturzgefährdet, jedoch spielen bei dieser Gruppe andere Faktoren eine Rolle, aus denen sich wiederum andere Interventionen ableiten. Materialien zum Thema Stürze bei Kindern sind u.a. im Internet unter [www.das-sichere-haus.de](http://www.das-sichere-haus.de) und [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) zu finden. Im Expertenstandard von 2013 finden Sie darüber hinaus einen Abschnitt zur Sturzprophylaxe bei Kindern und Menschen mit Behinderung.

### Schulungsort

Schulungsraum (z.B. im Patienten-Informations-Zentrum), „vor Ort“ (z.B. Patientenzimmer auf der Station, Bewohnerzimmer/Wohnbereich in Pflegeeinrichtungen, häusliches Umfeld). Da Stürze häufig in Zusammenhang mit dem Umfeld stehen, ist nach Möglichkeit die Schulung „vor Ort“ vorzuziehen.

## Material

Informationsmaterial	Broschüren von Hilfsmittelherstellern, Wohnberatung, Unfallkassen, Krankenkassen etc. (siehe Literatur/Broschürenhinweise)
Anschauungsmaterial	Kataloge von Hilfsmittelherstellern, Filme, evtl. kleinere Hilfsmittel, Übungsmaterialien (Gummibänder, -ball etc.)
Arbeitsmaterial	Broschüren, Checklisten, Arbeitshilfen, Dokumentations-/Evaluationsbögen (siehe Anhang)

Für die Einweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln sollte der/die Betroffene das von ihm genutzte mitbringen, damit eine individuell abgestimmte Einweisung möglich ist.

## Information/Absprache

Nach der schriftlichen Anordnung der Mikroschulung, spricht die schulende Pflegeperson den Termin/die Termine mit der zu schulenden Person und/oder seiner Bezugsperson ab.

## 2. Sachanalyse



Die Mikroschulung stützt sich auf die Ergebnisse des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) sowie seiner Aktualisierung 2013. Die Sachanalyse kann aus dem Standard übernommen werden. Alle schulenden Personen sollten genau über die Inhalte informiert sein. Im Folgenden werden lediglich einige wenige grundlegende Aspekte, die bei der praktischen Umsetzung der Sturzvorbeugung relevant sind, als Überblick aufgelistet. In den Arbeitshilfen im Anhang, die bei der praktischen Umsetzung helfen können, finden Sie ggf. vertiefende Aspekte. Hinweise darauf sind jeweils an der entsprechenden Stelle der Sachanalyse und der Ablaufplanung zu finden. Am Ende dieser Mikroschulung befinden sich Literaturhinweise für Schulend und Adressaten sowie weitere Schulungsmaterialien, z.B. in Form von Filmen.

### 2.1 Definition Sturz

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem die betreffende Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen niedrigeren Fläche aufkommt (WHO 2007, DNQP 2013). Damit ist nicht nur das klassische "Fallen" aus dem Stand oder beim Laufen gemeint, sondern ebenso das Herausrutschen aus einem Stuhl oder der Fall bei einer plötzlichen Lähmung, wie bei einem Schlaganfall.

### 2.2 Sturzbegünstigende Faktoren (Risikofaktoren)

Faktoren, die Stürze begünstigen können, stehen fast immer im direkten Zusammenhang mit der sturzgefährdeten Person und sind selten äußerlich bedingt. Im Folgenden werden die neun personenbezogenen Faktoren aus dem Expertenstandard aufgelistet, für die robuste wissenschaftliche Belege existieren, dass sie das Sturzrisiko erhöhen

- Stürze in der jüngeren Vorgeschichte (Sturzanamnese)
- Beeinträchtigung sensomotorischer Fähigkeiten und/oder der Balance
- Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten
- Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch)
- Psychische Faktoren (z.B. Sturzangst oder Depression)
- Kontinenzprobleme
- Erhöhte Belastung durch Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen, hohe Komorbidität
- Höheres Alter und Geschlecht (das Geschlecht variiert je nach Studie oder Setting)
- Psychotrope Medikamente, Antihypertensiva und Einnahme mehrerer Medikamente

(DNQP 2013)

Vereinzelte Hinweise deuten zudem auf eine Erhöhung des Sturzrisikos bei freiheitsentziehenden Maßnahmen hin (Becker 2005, Balzer 2012).

Die genannten Faktoren treten nicht in allen Settings gleich stark ausgeprägt auf bzw. nehmen nicht in allen Settings Einfluss auf das Sturzrisiko. Die Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten erhöht beispielsweise im subakuten (Reha) oder ambulanten Bereich das Sturzrisiko, es gibt aber keine wissenschaftlichen Belege, dass sie einen Einfluss auf das Sturzrisiko in der stationären Langzeitpflege haben. Daher ist es unbedingt nötig sich im Expertenstandard über die möglichen Sturzrisikofaktoren in dem Setting, indem die Adressaten leben, zu informieren.

Neben den genannten Faktoren gibt es weitere, wie Erkrankungen die kurzzeitig zu einer Ohnmacht führen oder hinderliche Kleidung, deren Einfluss auf das Sturzrisiko zwar nicht belegt, aber auch nicht widerlegt werden konnte. Auch diese Faktoren sollten weiterhin beachtet werden.

Insgesamt ist ein Sturz ein multifaktorielles Geschehen. Eine Gewichtung der Faktoren ist nicht möglich. Ebenso kann die Anzahl der Risikofaktoren einer Person nichts über die Höhe des Sturzrisikos aussagen.



Die einzelnen Faktoren finden Sie noch einmal in der „Gesprächshilfe Risikofaktoren“ aufgelistet (Anhang C). Der Leitfaden beinhaltet neben den wissenschaftlich belegten ebenso unklare Faktoren, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese eine Rolle spielen. Der Punkt „Höheres Alter und Geschlecht“ wird dort bewusst nicht aufgeführt, da er nicht beeinflussbar ist und vermutet werden kann, dass damit verbundene Faktoren und nicht das Alter/Geschlecht selbst eine Rolle spielt. Dieser Leitfaden kann nur ein Raster für die Erstellung einer Risikoeinschätzung sein, eine genaue, inhaltliche Kenntnis des Sturzstandards von 2006 UND 2013 ist jedoch unbedingt nötig. Daneben gibt es noch zahlreiche weitere, bisher nicht (ausreichend) erforschte Risikofaktoren, die sich im Gespräch mit dem Adressaten herauskristallisieren können. Seien Sie daher sensibel und halten Sie sich auf dem aktuellen Wissensstand.

Verschiedene Assessmentinstrumente versuchen das individuelle Sturzrisiko zu erfassen. Teilweise dienen die Instrumente der pflegerischen Einschätzung, teilweise aber auch der funktionalen Einschätzung. Alle vorliegenden Instrumente weisen Mängel auf, besonders hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität, d.h. der Fähigkeit sturzgefährdete und nicht gefährdete Personen auseinanderzuhalten. Häufig wird zudem die Einschätzung auf die Abfrage von vier bis fünf Risikofaktoren beschränkt. Somit kann keines der vorliegenden Instrumente empfohlen werden.

## 2.3 Sturzmindernde Faktoren

Sturzmindernde Faktoren werden im Expertenstandard des DNQP nicht explizit benannt. In der edukativen Begleitung von sturzgefährdeten Menschen und/oder ihren Bezugspersonen spielen diese Ressourcen jedoch eine Rolle. Sie können als positives Gegengewicht zu den Risikofaktoren gesehen werden. Beispielsweise kann das sichere Gehen an einem Handlauf oder die Freude an der Bewegung als sturzmindernde Faktoren gewertet werden. Immobilität dagegen darf niemals als sturzmindernder Faktor in Betracht gezogen werden.

## 2.4 Interventionen


Es werden die drei Interventionsarten Information, Schulung und Beratung; Einzelinterventionen und Hilfsmittel sowie multimodale Interventionsprogramme unterschieden.

Information, Schulung und Beratung muss mit konkreten Folge- bzw. Begleitinterventionen erfolgen (z.B. Kraft- und Balancetraining), um das Sturzrisiko beeinflussen zu können. Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Unabhängigkeit, muss als Signal eines Beratungsbedarfs erkannt werden. Zentral sind daneben ein respektvoller, empathischer Umgang sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung unter Anerkennung der Entscheidungsautonomie des Adressaten. Die individuellen Bedürfnissen, Präferenzen und Lebensbedingungen müssen die Grundlage der Schulung darstellen, Präventionsangebote objektiv, adressaten- und sachgerecht vermittelt werden.

Es hat sich daneben gezeigt, dass ältere Menschen im Bereich der Information, Schulung und Beratung besonders begrüßen, wenn


- nicht nur die Sturzvermeidung sondern andere positive Effekte auf die Gesundheit betont werden,
- Auswahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheiten bestehen,
- positive, nicht bevormundende Formulierungen gewählt werden,
- ein realistisches, positives Altersbild besteht,
- praktische Tipps, statt statistische Informationen vermittelt werden.

Einzelinterventionen zur Verringerung des Sturzrisikos leiten sich aus den jeweiligen Risikofaktoren und Ressourcen einer Person, bzw. deren Konstellationen, ab. Sie sind somit abhängig von der Person des zu Schulenden, seinem Umfeld usw. und müssen individuell zusammengestellt werden. Gleiches gilt für Hilfsmittel. Aufgrund der Datenlage ist keine sichere Aussage über die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen möglich. Es konnte weder eine Verringerung des Sturzrisikos, noch eine Verringerung der Sturzhäufigkeit sicher festgestellt werden. Es gibt Hinweise, dass Im stationären Umfeld ohne ausreichende personelle und organisatorische Ressourcen Interventionsprogramme das Sturzrisiko erhöhen.

 Einen Überblick möglicher Interventionen befindet sich im Anhang F. Teilweise sind der Nutzen der Intervention nicht eindeutig wissenschaftlich belegt. Umfassende Informationen über Einzelinterventionen und Interventionsprogramme sind dem Expertenstandard von 2006 und 2013 zu entnehmen.

## 2.5 Verhalten nach einem Sturz

Im Expertenstandard des DNQP wird nicht auf Verhaltensweisen nach einem Sturz eingegangen. Das Verhalten nach einem Sturz wird in dieser Mikroschulung jedoch thematisiert, da ein adäquater Umgang mit/nach einem Sturz helfen kann, daraus resultierenden Sturzängsten vorzubeugen. Wissenschaftlich begründete Verhaltensregeln nach einem Sturz liegen nicht vor. Beim Aufstehen vom Boden bzw. der Hilfestellung beim Aufstehen, bietet die Kinästhetik vielfältige Möglichkeiten.

 Das Thema Verhalten nach einem Sturz ist im Anhang G als Informationsleitfaden zu finden. Dieser kann gemeinsam besprochen oder dem Adressaten mitgegeben werden. Literatur- und Filmtipps zum Thema Kinästhetik befindet sich im Literaturverzeichnis.

## 3. Zusammenstellen der Schulungsmaterialien


Es sollte ein Ordner, Mappe, Kiste o.Ä. angelegt werden, indem alle benötigten Schulungsmaterialien aufbewahrt werden. Dazu gehören eine ausreichende Anzahl von Kopien (mindestens 10) einer jeden Vorlage (Arbeitshilfen, Dokumentationsbögen etc.), eine Auswahl unterschiedlicher Broschüren, Kataloge der Hilfsmittelhersteller sowie auch Stifte, Filme, Bücher oder Anschauungsmaterial. Wichtig ist es Verantwortlichkeiten für die Nachbestellung von Broschüren, Sichtung neuer Broschüren, Erstellung neuer Kopien etc. zu schaffen, um Engpässe während einer Mikroschulungssituation zu vermeiden.



## 4. Schulungsablauf

	Inhalte	Arbeitshilfen/Dokumentationsbögen
1. Termin: Orientierungsgespräch	Situation, Vorwissen und Haltung abklären	- Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch*
	Gemeinsames Festlegen der Schulungsziele	- Dokumentationsbogen Schulungsverlauf*
2. und Folgetermine: Schulungseinheiten	(Vertiefende) Problem- und Ressourcenanalyse (fakultativ)	- Gesprächshilfe Risikofaktoren* - Sturzanalyse* - Risikofaktoren- und Ressourcenanalyse* - Checklisten aus Broschüren
	Individuelle Schulungsmaßnahmen	- Überblick möglicher Interventionen* - Broschüren, Kataloge - Filme, Bücher - Hilfsmittel (des Betroffenen) - Informationsleitfaden Verhalten nach Sturz*
	Ggf. Vermittlung weiterer Informationen, Broschüren, Dienste etc.	
	Reflexion	
Letzter Termin: Nachgespräch	Abschließende Reflexion Ggf. erneute Terminabsprache	- Dokumentationsbogen Schulungsverlauf*
	Evaluation	- Evaluationsbogen*

Abb. 2: Termine, Inhalte und Arbeitshilfen/Dokumentationsbögen

 Beispiele für einen Teil der in Abb. 2 aufgelisteten Arbeitshilfen/Dokumentationsbögen (\*) befinden sich im Anhang. Die hier vorgegebenen Arbeitshilfen und Dokumentationsblätter sollten individuell an die zeitlichen Ressourcen und Rahmenbedingungen sowie an das Setting und den/die zu Schulenden angepasst Anwendung finden. Der Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch, Dokumentationsbogen Schulungsverlauf und der Evaluationsbogen bilden die Grundlage. Alle Termine sollten durch den/dieselbe AnleiterIn erfolgen.

### 4.1 Orientierungsgespräch

Je nach Situation kann sich die Situationsanalyse als sehr umfangreich gestalten. Für das Orientierungsgespräch empfiehlt sich daher ggf. ein eigenständiger Termin. So wird es auch möglich, sich auf die individuell zusammengestellten Schulungseinheiten besser vorzubereiten. Am Orientierungsgespräch sollten nach Möglichkeit alle an der Mikroschulung Beteiligten teilnehmen: der/die Anleitende, die sturzgefährdete Person und/oder die Bezugsperson. Im Orientierungsgespräch und auch im weiteren Schulungsverlauf ist es zudem wichtig, der sturzgefährdeten Person und/oder seiner Bezugsperson keine Angst vor einem Sturz zu machen, sondern im Gegenteil, bestehende Ängste anzusprechen und ihnen entgegenzuwirken.

#### 4.1.1 Situation, Vorwissen und Einstellung abklären

Dauer: ca. 10-30 Min

Ziel: Festlegen der individuellen Bedingungen und Einstellungen

##### Situation

Grundlage für eine individuelle Mikroschulung ist eine genaue Kenntnis der schulenden Person über die Situation des jeweiligen sturzgefährdeten Menschen. Die Situationsbeschreibung kann erste Risikofaktoren(gruppen) und Risikokonstellationen sichtbar machen, um im weiteren Verlauf der Schulung

gezielt darauf aufbauen zu können, bzw. weitere Risikofaktoren und Ressourcen erfragen zu können. Zu Anfang sollten allgemeine Fragen geklärt werden, wie

- Welche Erkrankungen liegen vor?
- Welche Medikamente werden eingenommen?
- In welchem Umfeld lebt der Adressat?
- Wie bewegt er sich fort?
- Welche Erfahrungen bezüglich Stürze wurden gemacht?
- Welche Probleme/Risikofaktoren treten auf?
- Welche Hilfen werden erhofft?

Weitere Aspekte, wie die Schilderung vermuteter Sturzursachen, können je nach Gesprächssituation einfließen. Es sollte jedoch kein fließender Übergang in die (erste) Schulungseinheit stattfinden, sondern die Aspekte sollten nach der Festlegung der Schulungsziele im weiteren Schulungsverlauf aufgegriffen werden.



Ein Beispiel für einen Einschätzungsbogen im Rahmen des Orientierungsgesprächs befindet sich in Anhang A. Es handelt sich hierbei ausdrücklich um ein Beispiel, je nach Einrichtung/Umfeld/Situation (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, Häuslichkeit des Betroffenen etc.) sollte ein spezifischer Einschätzungsbogen erstellt werden. Nicht alle im Einschätzungsbogen angesprochene Aspekte müssen zwingend in Bezug auf die jeweilige Person relevant sein. Trotz der standardisierten Bereiche/Fragen des Einschätzungsbogens sollte immer eine offene Gesprächssituation herrschen und ggf. ein Beiblatt benutzt werden, um zusätzliche Informationen festhalten zu können.

### **Vorwissen**

Um Wissenslücken schließen und Bedarfe adäquat ansprechen zu können, muss das bereits vorhandene Wissen erfragt werden. Die zentrale Fragestellung lautet demnach: Inwieweit liegen Kenntnisse im Bereich Sturz und Sturzvorbeugung vor? Darunter fallen Fragen wie

- Wissen Sie, warum Sie gestürzt sind?
- Kennen Sie mögliche Gehhilfen?
- Haben Sie schon über sturzmindernde Maßnahmen nachgedacht, bzw. solche umgesetzt?

### **Einstellung**

Die Einstellung eines Menschen beeinflusst sowohl die Bereitschaft und Motivation sich an einer Schulung zu beteiligen, als auch die Vorstellung wie eine solche ablaufen soll und welche Ergebnisse angestrebt und erhofft werden. Dies beinhaltet Fragen wie

- Ist er/sie offen für Veränderung oder gibt es Vorbehalte?
- Ist er/sie bereit sich mit seiner/ihrer Situation auseinanderzusetzen?
- Ist er/sie motiviert seine Situation zu ändern?
- Welche Erwartungen hat er/sie an die Schulung?

Informationen bezüglich der Haltung können nicht anhand eines Fragenkatalogs abgefragt werden, sondern sollten nach Möglichkeit im Gespräch erspürt werden.

## **4.1.2 Gemeinsames Festlegen der Schulungsziele**

Dauer: ca. 5-10 Minuten

Ziel: Bestimmung der individuellen Zielsetzung

Richtziel: Die sturzgefährdete Person und/oder seine Bezugsperson(en) sind in der Lage potentielle Risikofaktoren, die zu einem Sturz führen können, zu erkennen und daraus resultierende individuelle Maßnahmen einleiten und umsetzen.

Neben der Vorbeugung von Stürzen kann auch das Verhalten bei und nach einem Sturz thematisiert werden. Daher kann ein weiteres Richtziel lauten:

Die sturzgefährdete Person und/oder seine Bezugsperson(en) sind in der Lage sicher und adäquat nach einem Sturz zu reagieren und ggf. dem Gestürzten zu helfen.

Gemeinsam mit der sturzgefährdeten Person und/oder der Bezugsperson werden die konkreten Zielsetzungen formuliert. Beispiele konkreter Zielsetzungen sind:



#### Die sturzgefährdete Person...

- ...erkennt Gefahrenquellen
- ...kennt ihre Ressourcen und „Schwachpunkte“
- ...verfügt über Taktiken, um ihr Sturzrisiko zu mindern (z.B. langsames Aufstehen)
- ...ist sicher in der Anwendung des Hilfsmittels (Gehstock, Gehbock, Rollator etc.)
- ...hat Sicherheit im Verhalten nach einem Sturz
- ...kann die täglichen Wege sturzfrei bewältigen
- ...kann nach einem Sturz selbständig aufstehen

#### Die Bezugsperson...

- ...erkennt Gefahrenquellen
- ...erkennt Risikofaktoren, die in Zusammenhang mit dem Betroffenen stehen (Gesundheitszustand etc.)
- ...ist sicher bei Hilfestellungen (Aufstehen, Laufen)
- ...hat Sicherheit im Verhalten nach einem Sturz

Die individuelle Zielsetzung und die daraus resultierenden Inhalte der Mikroschulungseinheiten können beim Thema Sturz sehr unterschiedlich ausfallen. Zeigt sich, dass mehrere Termine notwendig sind, werden die Richtziele gemeinsam nach Prioritäten auf mehrere Termine aufgeteilt. Stürzt jemand beispielsweise sehr häufig und scheinbar überall, kann der erste Termin das Verhalten nach einem Sturz thematisieren. Neben Techniken, vom Boden aufzustehen, kann die Angst thematisiert werden. Danach können Broschüren und Checklisten mitgegeben werden, die helfen sturzbegünstigende Faktoren zu erkennen. Dies kann dann als Grundlage weiterer Schulungsinhalte, möglichst vor Ort, dienen.

Die angestrebten Ziele und sich daraus ableitenden Schulungsmaßnahmen sollten in einem Dokumentationsbogen, gemeinsam mit den Terminen, vermerkt werden. Dieser Bogen kann dem Adressaten als Orientierung und Leitfaden für die Mikroschulung mitgegeben werden (Kopie). Der Dokumentationsbogen ist jedoch nicht starr zu sehen, da sich evtl. einige nötige Interventionen und somit Schulungsziele, erst bei einer genauen Problem- und Ressourcenanalyse ergeben.



Ein Beispiel eines solchen Dokumentationsbogens befindet sich in Anhang B. Die letzte Spalte des Bogens dient der Ergebniskontrolle im Rahmen der Reflexion(en) und des Nachgesprächs.

## 4.2 Schulungseinheiten

Dauer: jeweils ca. 20-30 Minuten



In jedem Fall ist hier ein kleinschrittiges Vorgehen erforderlich. Inhalte sollten nie gestaucht werden, um die zeitlichen Vorgaben zu erfüllen. Besser ist es mehrere Schulungstermine anzubieten. Ggf. ist es sinnvoll die Schulungseinheiten in Abständen von 3-4 Tagen abzuhalten. In der Zeit kann dann das Gelernte im Alltag umgesetzt werden, die positiven und negativen Erfahrungen können zu Beginn des nächsten Termins besprochen werden. Bei Problemen können weitere spezifische Maßnahmen erfolgen, ggf. Ziele modifiziert oder ergänzt werden. Fragen die nicht mit der Sturzvorbeugung in direktem Zusammenhang stehen wie Sturzfolgen, werden im Folgenden nicht explizit aufgeführt. In Einzelfällen, vor allem im Rahmen der Überprüfung auf Verletzungen nach einem Sturz („Verhalten bei Sturz“), können diese Fragen jedoch auftreten und sollten beantwortet werden.

Die Schulungseinheiten dienen der Wissensergänzung, der Beantwortung von Fragen und der Vermittlung von Fähigkeiten und Hilfsmitteln, die den/die Adressaten zu einer selbständigen Problemlösung befähigen. Dabei kommen auch viele (eher) beratende und informierende Anteile vor. Der/die Schulende ergänzt das Wissen und gibt Hinweise auf mögliche Lösungsstrategien. Die Kompetenzen des/der Adressaten sollten so weit als möglich genutzt und seine Ressourcen unterstützt werden.

## Artikulationsvorschlag

Da die Ziele und Inhalte der Schulung sehr spezifisch sind, wird an dieser Stelle der Artikulationsvorschlag (im Gegensatz zu den detaillierten Ausführungen im Mikroschulungskonzept „subkutane Injektion“) sehr allgemein gehalten.

1. Genaue Problemanalyse und Ressourcenbestimmung (fakultativ)
2. Vermittlung geeigneter Strategien, Wissen, Hilfsmittel; Beantwortung offener Fragen
3. Ggf. Vermittlung/Hinweis zu ergänzenden Diensten, Mitgabe von Informationen, die konkrete Impulse zur Umsetzung der Sturzvorbeugung im Alltag geben
4. Reflexion

Abb. 3: Artikulationsvorschlag Schulungseinheit(en)

Aus den Schulungseinheiten können Umsetzungsstrategien resultieren, die von der sturzgefährdeten Person und/oder ihrer Bezugsperson in ihrem jeweiligen Setting ausprobiert werden müssen. Bei Folgeterminen muss daher ggf. zu Anfang der Schulungseinheit zusätzliche Zeit eingeplant werden, um die mit der Umsetzung gemachten Erfahrung aufzugreifen und ggf. im weiteren Verlauf der Schulung diesbezüglich weiter intervenieren zu können.

Die Inhalte der Mikroschulung beruhen auf der Sachanalyse und somit größtenteils auf den Ergebnissen des „Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP).

### 4.2.1 Problem- und Ressourcenanalyse

Anhand einer Analyse der Risikofaktoren, Ressourcen und ggf. Stürze und/oder Beinahe-Stürze kann, besonders wenn Unklarheiten herrschen, ein genaues Bild der Situation gezeichnet werden. Auf dessen Grundlage können dann gezielt Interventionen getroffen werden, die das Sturzrisiko senken können.



Die Problem- und Ressourcenanalyse ist als Ergänzung des Einschätzungsbogens zu sehen. Hier ist individuell abzuwägen, ob und in welcher Form und Ausprägung dies beim jeweiligen Adressaten nötig ist. Die Anwendung von Assessmentinstrumenten ist, wie in der Sachanalyse beschrieben, nur sehr begrenzt bzw. selten sinnvoll. Daher sollten sie, wenn angewendet, in jedem Fall immer nur Teil einer umfassenden Sturzanalyse sein.

An dieser Stelle sollten ggf. die Risikofaktoren genauer analysiert werden, um gezielte Interventionen folgen zu lassen. Dies gilt vor allem wenn die Ursachen von Stürzen oder „Beinahe“-Stürzen (teilweise) im Unklaren liegen. Da es zahlreiche Risikofaktoren in unterschiedlichsten Konstellationen gibt, kann die genaue Problemanalyse nicht anhand einer Checkliste abgefragt werden. Es muss ein offenes Gespräch geführt werden, bei dem auf Grundlage des Einschätzungsbogens (Orientierungsgespräch), die Situation und die vorhandenen Risikofaktoren gezielt bestimmt werden. Ein Leitfaden mit möglichen Risikofaktoren kann als Orientierungshilfe dienen. Mit einem Textmarker können ggf. zutreffende Punkte angestrichen werden. Keinesfalls sollte der Leitfaden chronologisch abgefragt werden, sondern nur die individuell notwendigen Punkte (vertiefend) angesprochen werden.



Im Anhang C befindet sich ein Leitfaden Risikofaktoren, der als Orientierungshilfe im Gespräch dienen kann, um möglichen Gefahrenquellen nicht zu übersehen. Ggf. können auch Checklisten aus Broschüren nützlich sein, wie beispielsweise die Sicherheitscheckliste in der Broschüre des Zentrums für Generationen und Barrierefreiheit (2007): *Sturzprophylaxe. Mobil sein – dabei sein. Vorsicht Sturzgefahr!* oder die umfeldbezogene Sturz-Risiko-Einschätzung in *Stürze vermeiden – Mobilität erhalten*.

Je nachdem ob Sturzerfahrungen bereits (evtl. mehrfach) gemacht wurden, können die Stürze gezielt analysiert und individuelle Risikofaktoren herausgearbeitet werden. Aber auch Beinahe-Stürze sollten reflektiert werden, sie können ebenso wichtige Hinweise liefern.



Im Anhang D befindet sich ein Fragebogen zur Sturzanalyse. Dieser kann ebenso Anhaltspunkte für die Analyse von Beinahe-Stürzen bieten.

Ressourcen müssen individuell „entdeckt“ werden, sie können persönliche Eigenschaften, wie Selbstvertrauen, hohe Lernbereitschaft oder gute Beweglichkeit umfassen, oder auch Rahmenbedingungen ansprechen, wie eine ebenerdige Dusche. Die aus den Gesprächen gewonnen Informationen können ggf. in einer Problem- und Ressourcenanalyse festgehalten werden, auf deren Grundlage (weitere) individuelle Maßnahmen geplant werden können.



Im Anhang E findet sich ein Dokumentationsbogen zur Problem- und Ressourcenanalyse. Dieser Bogen kann im weiteren Verlauf der Schulung der Planung und Dokumentation der Interventionen dienen.

#### 4.2.2 Individuelle Schulungsmaßnahmen

Individuelle Schulungsmaßnahmen im Bereich Sturzvorbeugung beinhalten schulende, beratende und informierende Aspekte, beispielsweise...

- das konkrete Einüben individueller Bewegungsabläufe, Hilfestellungen beim Aufstehen und Gehen,
- die Beratung bezüglich dem Umgang mit Sturzfurcht,
- das Sichten von Hilfsmitteln oder Katalogen, das Besprechung einer Broschüre.

Weitere mögliche Inhalte können sein:

- Sachgerechte Anwendung von Hilfsmitteln
- Durchführen sicherer Transfers
- Aufstehen vom Boden (allein, mit Hilfe)
- Umgang mit Kontinenzproblemen
- Balance- und Kraftübungen
- Bewegungsfähigkeit und -verhalten (Bewegungsförderung, Aktivierung)
- Ausstattung und Umgebung (z.B. Beleuchtung, mechanischer Schutz)
- Individuelle Umsetzung möglicher Interventionen
- Verhalten nach einem Sturz
- Broschürenweitergabe
- Vermittlung weiterer Ansprechpartner, Hilfen und Dienstleister
- Beantwortung gezielter Fragen

#### 4.2.3 Klärung abschließende Fragen, Vermittlung von Diensten und Informationen

Neben der Schulung und Vermittlung individuell wichtiger Inhalte sollten der sturzgefährdeten Person und/oder seiner Bezugsperson weitere Materialien und Adressen an die Hand gegeben werden. Diese können vertiefende Informationen enthalten, beispielsweise über die konkrete Gestaltung des Umfeldes, oder auch Checklisten und Analyseinstrumente (z.B. umfeldbezogene Risikoeinschätzung, Sturzprotokoll). Teilweise werden diese Materialien bereits während der Schulung ausgehändigt und mit ihnen gearbeitet.

Kostenlose, aktuelle Broschüren sollten daneben zur Mitgabe zur Verfügung stehen. Es ist wichtig, sich diesbezüglich immer auf dem aktuellen Stand zu halten und nach neuen Broschüren zu suchen. Die verschiedenen Broschüren richten sich an unterschiedliche Zielgruppen und verfügen über verschiedene Inhalte. Auch der Umfang kann stark variieren. Alle Broschüren sollten daher vorab sorgfältig gesichtet werden. Die sturzgefährdete Person und/oder seine Bezugspersonen sollten keinesfalls mit Material überschüttet werden, vielmehr muss eine gezielte überschaubare Auswahl getroffen werden. Nur einige wenige Broschüren eignen sich zur generellen Mitgabe (als Überblick) und auch diese sollten zielgruppenspezifisch ausgesucht werden.



Einige der angesprochenen Materialien und Broschürenhinweise finden Sie im Anhang, bzw. Literaturverzeichnis. Die im Literaturverzeichnis angegebenen Broschüren wurden gesichtet, jedoch nicht systematisch getestet. In Anhang H befindet sich zusätzlich ein Leitfaden zur Broschürenbewertung. Beispiele für Broschüren, die sich als Überblick für sturzgefährdete Personen in der eigenen Häuslichkeit richten, sind die der Aktion das sichere Haus und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (o.J.): *Sicher leben auch im Alter. Sturzunfälle sind vermeidbar*, die der Ärztekammer Nordrhein, Universität Bremen, Universität Hamburg (Hrsg.; 2007): *Stürze und ihre Folgen: Risiko erkennen und vermeiden. Eine wissenschaftliche Information für ältere Menschen* (sehr umfangreich) und die des Zentrums für Generationen und Barrierefreiheit (2007): *Sturzprophylaxe. Mobil sein – dabei sein. Vorsicht Sturzgefahr!!!*. In Bezug auf die Erhaltung/Verbesserung von Kraft, Balance und Beweglichkeit im Alter ist die Broschüre der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2006): *Sturzprophylaxe durch Bewegung*. Sie enthält u.a. zahlreiche Übungsvorschläge.

#### 4.2.4 Reflexion

Sind mehrere Schulungseinheiten nötig, sollte am Ende eines jeden Termins eine kurze Reflexion erfolgen. Anhand des Dokumentationsbogens Schulungsverlauf (Beispiel Anhang B) kann die Zielerreichung fortlaufend kontrolliert und ggf. der Schulungsablauf oder die Inhalte an den Verlauf angepasst werden. Stichpunktartig sollten Erfolge und Schwierigkeiten festgehalten werden, die dann im weiteren Schulungsverlauf und im abschließenden Nachgespräch (4.3) noch einmal aufgegriffen werden. Wichtig ist es auch positive Aspekte zu formulieren und sie nicht etwa als selbstverständlich hinzunehmen, um besonders im Nachgespräch ein ausgewogenes Feedback, über das Erreichen der Schulungsziele hinaus, geben zu können. Der Adressat soll innerhalb der Reflexion zudem immer die Möglichkeit erhalten Wünsche, Verbesserungsvorschläge, Bedürfnisse etc. zu formulieren und so aktiv Einfluss auf die individuelle Ausgestaltung der Schulungseinheiten haben.

#### 4.3 Nachgespräch

Nach der letzten Schulungseinheit sollte ein abschließendes Gespräch erfolgen. Je nach Umfang und Art der Schulungseinheiten kann es jedoch sinnvoll sein dieses erst 7-10 Tagen nach der letzten Schulungseinheit durchzuführen. Teilweise können erst zu diesem Zeitpunkt Aussagen über das Greifen verschiedener Maßnahmen (z.B. Kraft- und Balanceübungen, Medikamentenänderungen) bzw. ihre Integration in den Alltag (z.B. Gewöhnung an veränderte Bewegungsabläufe, den sachgerechten Gebrauch von Hilfsmitteln), getroffen werden.

Im Nachgespräch sollen die Erfahrungen nach der Mikroschulung und der Anwendung der verschiedenen mitgegebenen Materialien thematisiert werden und den Betroffenen und/oder Bezugspersonen noch einmal die Gelegenheit gegeben werden offene Fragen zu stellen und Informationen zu erhalten. In jedem Fall sollte eine offene, anerkennende, positive Atmosphäre herrschen.

Daneben sollte im Gespräch anhand der im Dokumentationsbogen Schulungsverlauf (Anhang B) formulierten konkreten Zielsetzungen und ggf. den Anmerkungen im Rahmen der Reflexionen überprüft werden, ob diese erreicht wurden. Wird sichtbar, dass die gesteckten Ziele nicht erreicht wurden, wird gemeinsam mit dem/den Adressaten überlegt, worin die Ursachen liegen könnten und ob es sinnvoll ist weitere Maßnahmen zu ergreifen und/oder weitere Personen (mit)einzubeziehen. Ein Grund (vorerst) keine weiteren Maßnahmen zu ergreifen wäre beispielsweise eine Veränderung der Mobilität (z.B. ist nach einem weiteren schweren Schlaganfall auf den Rollstuhl angewiesen und momentan nicht sturzgefährdet) oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der eine Mikroschulung nicht möglich macht.

Wurde die Zielsetzung nicht erreicht und sollen weitere Interventionen folgen, kann dies beispielsweise Maßnahmen beinhalten wie

- Wiederholung, Ergänzung oder Vertiefung einzelner Schulungsinhalte in einer weiteren Schulungseinheit,
- Vermittlung weiterer/neuer Schulungsinhalte,


- Gemeinsame Situationsanalyse vor Ort mit dem Patienten/Pflegebedürftigen und ggf. seiner Bezugsperson (Patienten-, Bewohnerzimmer, eigene Häuslichkeit),
- Vermittlung ergänzender professioneller Dienste wie Wohnberatung, Physiotherapie oder Sanitätsfachgeschäfte.

Zuletzt sollte der Hinweis erfolgen, dass bei einer Veränderung der Sturzsituation eine erneute Mikroschulung möglich ist. Dies bietet sich beispielsweise innerhalb einer stationären oder ambulanten Einrichtung der Altenhilfe oder in einem Patienten-Informations-Zentrum an. Den Abschluss des Nachgesprächs sollte eine kurze Evaluation bilden (5.).

## 5. Evaluation

Die Evaluation sollte ein fester Bestandteil jeder Mikroschulung sein, um das Konzept, die Inhalte und eigenen Kompetenzen überprüfen und ggf. anpassen zu können. Eine Auswertung der Evaluationsbögen sollte in der Implementierungsphase in kürzeren Abständen (1-2 Jahre) erfolgen, um das Angebot zu optimieren. Im späteren Verlauf ist eine Auswertung in größeren Zeitabständen (alle 2-3 Jahre) ausreichend.

Vor allem eine abschließende Evaluation im Rahmen des Nachgesprächs bietet sich an, da somit eine repräsentative Anzahl an Daten gewonnen wird. Ein postalischer Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht zwar wahrscheinlich weitergehende Einblicke, es ist jedoch mit einer geringeren Rücklaufquote zu rechnen. Es empfiehlt sich den Fragebogen gemeinsam mit dem sturzgefährdeten Menschen und/oder seiner Bezugsperson im Gespräch auszufüllen, um so Rückfragen zu ermöglichen. Für jede an der Mikroschulung teilnehmende Person sollte ein eigener Evaluationsbogen genutzt werden.

 Das Beispiel eines Evaluationsbogens befindet sich in Anhang I. Dieser Bogen ist nicht ausreichend um Daten für eine umfassende Evaluation zu gewinnen, sondern bildet den abschließenden Erhebungspunkt. Des Weiteren können im Schulungsverlauf angelegte (und anonymisierte/durchnummerierte) Dokumentationsbögen für evaluative Zwecke genutzt werden, wie der Einschätzungsbogen im Rahmen des Orientierungsgesprächs (Anhang A) und der Dokumentationsbogen Schulungsverlauf (Anhang B). Werden keine weiteren bzw. für eine Evaluation nicht ausreichend Daten im Vorfeld gesammelt, sollte der (abschließende) Evaluationsbogen in jedem Fall umfangreicher gestaltet werden.

## 6. Fallbeispiele

Anhand der folgenden kurz umrissenen Fallbeispiele soll die individuell notwendige Handhabung dieses Mikroschulungskonzeptes verdeutlicht werden. Es wurden daher drei verschiedene Settings mit unterschiedlichen Problematiken und Ressourcen, aus denen sich unterschiedliche Interventionen ergeben, gewählt. In jedem Fallbeispiel werden andere Dokumentations- und Arbeitshilfen verwendet, der Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch, der Dokumentationsbogen Schulungsverlauf und der Evaluationsbogen sind jedoch grundlegend.

Alle drei Fallbeispiele befassen sich mit, wenn teilweise auch sehr eingeschränkt, mobilen sturzgefährdeten Menschen. Dies stellt die größte Gruppe der Adressaten dar. Jedoch können auch ausschließlich ortsfixierte Personen dazu neigen aus dem Stuhl/Rollstuhl zu gleiten oder bettlägerige Menschen sturzgefährdet sein.

## Fallbeispiel 1

- Setting:** Krankenhaus
- Adressat:** Herr Müller
- Problematik:** Der 79-jährige Herr Müller stürzte bereits zweimal auf dem Weg vom Patientenzimmer zur Toilette. Im Gespräch stellt sich heraus, dass er die Toilette häufig nicht findet und dadurch unnötig lange Wegstrecken zurücklegt. Auch das vorherige Anziehen des Bademantels bereitet ihm aufgrund einer Rheumaerkrankung Schwierigkeiten, er benötigt dazu einige Zeit. Zudem nutzt er die vorhandenen Handläufe selten und traut sich nicht jemanden nach dem Weg zu fragen. Stattdessen bittet er häufiger um eine Urinflasche, um den Weg zur Toilette zu vermeiden, da er fürchtet, ein weiterer Sturz und seine Folgen könnten die Entlassung gefährden.
- Ressourcen:** Herr Müller ist gewillt möglichst selbständig zu bleiben und durch die bevorstehende Entlassung hochmotiviert. Er ist in körperlich guter, stabiler Verfassung.
- Interventionen:** Gemeinsam mit Herrn Müller wird der Weg abgesprochen. Dabei wird er angeleitet bewusst die Handläufe oder andere Haltepunkte zu nutzen. Fehlende Stützpunkte werden geschaffen (z.B. ein Stuhl), Stolperfallen beseitigt (z.B. loses Schuhwerk vor dem Bett), Damit Herr Müller direkt, wenn er ein Bedürfnis verspürt, zur Toilette kann, zieht er nach dem morgendlichen Waschen einen Hausanzug (Trainingsanzug) an, das Anziehen eines Bademantels beim Verlassen des Zimmers wird somit unnötig. Zudem wird Herrn Müller die Wichtigkeit der Mobilitätserhaltung zur Sturzvermeidung vermittelt und seine Furcht vor weiteren Stürzen thematisiert.
- Arbeitshilfen:** Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch, Dokumentationsbogen Schulungsverlauf, Sturzanalyse, Evaluationsbogen.

## Fallbeispiel 2

- Setting:** Häusliche Umgebung
- Adressat:** Frau Paul
- Problematik:** Die 76-jährige multimorbide Frau Paul stürzt in ihrer Wohnung zunehmend häufiger bzw. es kommt zu Beinahe-Stürzen. Vor allem seit die Symptome der Parkinson'sche Krankheit zunehmen, fühlt sie sich häufig unsicher bei Bewegungsabläufen wie dem Aufstehen, Loslaufen oder der Bewältigung kurzer Strecken. Ihre größte Angst ist es, aus der vertrauten Umgebung ausziehen zu müssen,
- Ressourcen:** Frau Paul macht sich bereits viele Gedanken, wie sie ihre häuslichen Wege sicherer gestalten kann. Feststehende Gegenstände, wie Schränke, Sessel etc. nutzt sie als Haltepunkte. Ideen anderer Menschen steht sie offen gegenüber. So nutzt sie beispielsweise einen Rollator, den ihre Nachbarin ihr leihweise zur Verfügung stellte.
- Interventionen:** Aufgrund einer genauen Risikofaktoren- und Ressourcenanalyse stellt sich heraus, dass die Sturzgefahr bei Frau Paul von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Nach einer Wohnungsbegehung und genauen Sturzanalyse werden u.a. Griffe im Bad angebracht, die Medikamente überprüft und der verschreibende Arzt informiert. Ein Teppich der durch sein Muster Frau Paul erkrankungsbedingt zum Anhalten brachte wurde entfernt. Frau Paul wird zu allgemeinen Bewegungsübungen und speziellen Geh- und Aufstehübungen angeleitet. Zusätzlich erhält Frau Paul ein tragbares Notrufsystem mit dem sie nach einem Sturz Hilfe rufen kann. Der Rollator, der eher Stürze bei Frau Paul begünstigt, indem er wegrollt, wird durch einen Gehbock ersetzt, in dessen Anwendung Frau Paul eingewiesen wird.
- Arbeitshilfen:** Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch, Dokumentationsbogen Schulungsverlauf, Gesprächshilfe Risikofaktoren, Risikofaktoren- und Ressourcenanalyse, Überblick möglicher Interventionen, Evaluationsbogen.



### Fallbeispiel 3

- Setting:** Stationäre Einrichtung der Altenhilfe
- Adressat:** Frau Hering
- Einbezug:** Frau Meier (Tochter), Pflegepersonal (Wohnbereich II)
- Problematik:** Die 87-jährige Frau Hering lebt erst seit wenigen Monaten in einer stationären Pflegeeinrichtung. In ihrer Wohnung bewegte sie sich regelmäßig, vor allem im Rahmen der Hausarbeit. Seit ihrem Einzug in der Einrichtung verbringt sie die meiste Zeit im Stuhl sitzend auf ihrem Zimmer oder im Gemeinschaftsraum und sieht fern. Inzwischen benötigt sie Hilfestellung beim Laufen, da sie sich kraftlos fühlt. Teilweise wird sie auch bei Ortswechseln im Rollstuhl gefahren. Zweimal stürzt sie fast, als ihre Tochter Frau Meier sie begleiteten. Die Kräfte in den Beinen versagten ihr. Frau Meier ist nun verunsichert, da sie große Mühe hatte Frau Hering nicht „fallenzulassen“.
- Ressourcen:** Frau Hering besitzt eine sehr gute Bewegungsfähigkeit und kann gut die Balance halten. Zudem bewegt sie sich gern, früher war sie sogar Mitglied einer Wandergruppe. Sie vertraut auf die Fähigkeiten der Personen, die ihr Hilfestellungen beim Gehen leisten und bekräftigt, dass sie nicht glaube zu stürzen, es sei ja immer alles gut gegangen.
- Interventionen:** Frau Hering wird sensibilisiert, rechtzeitig auftretende Signale der körperlichen Schwäche zu bemerken. Um die nach dem Heimeinzug weniger genutzte Muskulatur zu kräftigen, werden Frau Hering verschiedene Kraftübungen gezeigt. Mittels verschiedener Broschüren sucht sie gemeinsam mit der anleitenden Pflegefachkraft Übungen aus, die an ihre Fähigkeiten angepasst sind und die ihr gefallen. Einmal in der Woche besucht sie zusätzlich die einrichtungsinterne Gymnastikgruppe, in der neben Balance- und Bewegungsübungen auch Kraftübungen durchgeführt werden. Die Tochter wird in der Begleitung Frau Herings beim Gehen geschult, sie lernt sie sicher zu führen, so dass sie Frau Hering bei plötzlicher Schwäche gut halten kann. Das Pflegepersonal läuft mit Frau Hering nun mehrmals täglich kurze Strecken (zum Essen, ins Zimmer, zur Toilette etc.), ist die Tochter zu Besuch übernimmt sie dies gern.
- Arbeitshilfen:** Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch, Broschüren (Kraftübungen), Dokumentationsbogen Schulungsverlauf, Evaluationsbogen (jeweils einen für Frau Hering und ihre Tochter)



Zum letzten Fallbeispiel finden Sie in Anhang J einen beispielhaft ausgefüllten Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch und einen Dokumentationsbogen Schulungsverlauf. Weitere ausführliche Beispiele finden Sie u.a. in Pierobon, A.; Funk, M. (2007): Sturzprävention bei älteren Menschen. Mit DVD. Stuttgart: Thieme

## 7. Literatur/Filme

### Literatur (Auswahl)

- Becker C, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, Nikolaus T (2003): *Effectiveness of a multifaceted interventions on falls in nursing home residents*. J Am Geriatr Soc 51: 306-313
- Becker C, Loy S, Sanders S, Nikolaus T, Rissmann U, Kron M (2005): *An algorithm to screen long-term care residents at risk for accidental falls*. Aging clinical and Experimental Research 2005; 17: 186-192
- Becker C, Lindemann U, Rißmann U, Warnke A (2006): *Sturzprophylaxe*. 2. Auflage. Hannover: Vincentz
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) (2004): *Leitlinie Nr.4. Ältere Sturzpatienten*. Düsseldorf: Omikron

- Deutscher Turnerbund (2012): *Sturzprophylaxe Training*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2013): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*, 1. Aktualisierung. Osnabrück
- Fillibeck H (2006): *Sturzprophylaxe nach dem Expertenstandard – Risiken aus dem Weg räumen*. Forum Sozialstation 134 (3): 44-47
- Freiberger E, Schöne D (2009): *Sturzprophylaxe im Alter: Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Gemidas-QM (2005): *Beste Praxis Sturz. Version 5.0*. (Kostenlos im Internet unter [www.gemidas-qm.net](http://www.gemidas-qm.net)) (richtet sich explizit an geriatrische Patienten bei einem stationären Aufenthalt)
- Georg J. (2005): *Alte Menschen, die das Stürzen fürchten; Pflegeassessment, -diagnose und -interventionen*. Nova (9): 11-13
- Gillespie LD; Gillespie WJ; Robertson MC; Lamb SE; Cumming RG; Rowe BH (2003): *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH (2009): *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD00714 6. Review.
- Gläser SA (2009) : *Sturzprophylaxe: Ein Ratgeber für ältere Menschen, Angehörige und Pflegende* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag (Beschäftigt sich vor allem mit der physiotherapeutischen Sicht, d.h. Bewegungsübungen und Umfeldgestaltung).
- Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Heusser-Gretler R. (2001): *Demenz, Depressionen und Aktivitäten des täglichen Lebens als Risikofaktoren von Stürzen von Betagten*. Sozial- und Präventivmedizin 46 (2): 123-130
- Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, Hill KD (2004): *Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial*. British Medical Journal 2004; 328:676-679
- Jansenberger H (2012): *Sturzprävention in Therapie und Training*. Stuttgart: Thieme
- Kamphausen U (2005): *Prophylaxen in der Pflege*. Stuttgart: Thieme
- Kellnhauser E, Schewior-Popp S, Sitzmann F (2012): *Thiemes Pflege*. 12. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme
- Menche, N. (Hrsg.; 2011): *Pflege heute*. 5. Auflage. München: Urban und Fischer
- Meyer G, Schlömer G, Warnke A (2004): *Sturz- und Frakturprävention in der Altenhilfe. Evidenzbasierte pflegerische Versorgung im Pflegealltag*. Stuttgart: Kohlhammer
- o.N. (2004): *Im Gespräch mit Clemens Becker – Mobilität ist kein Selbstzweck. Bewegungsförderung bei alten Menschen*. Pflegezeitschrift 57 (11)
- Parker MJ, Gillespie LD, Gillespie WJ (2006): *Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review*. BMJ 332: 571-574
- Pierobon A, Funk M (2007): *Sturzprävention bei älteren Menschen*. Mit DVD. Stuttgart: Thieme

- Schwendimann R (2000): *Sturzprävention im Akutspital. Eine Literaturübersicht.* Pflege 13 (3): 169-179
- Sorger M (2013): *Sturzprophylaxe bei älteren Menschen: Bedeutung für Pflegenden in der Langzeitpflege.* Hamburg: Diplomica Verlag
- Tideiksaar R (2008): *Stürze und Sturzprävention für PflegeassistentInnen.* Bern: Huber
- Tideiksaar R (2008): *Stürze und Sturzprävention. Assessment – Prävention – Management.* 2. Auflage. Bern: Huber
- Tinetti ME (2003): *Preventing falls in elderly persons.* NEJM 348: 42-49
- WHO (Hrsg. 2004): *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* Health Evidence Network (HEN)
- WHO (2007): *Global Reports on Falls in Older Age.* Internetressource unter [www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/)
- Zegelin A (2005): *Der Prozess des Bettlägerigwerdens.* Bern: Hans Huber
- Ziganek-Soehlke F (2008): *STUBS – Sturzprophylaxe durch Bewegungsschulung.* München: Pflaum



Ausführliche Literaturhinweise sind zudem dem Expertenstandard Sturzprophylaxe zu entnehmen.

### Broschürenauswahl (kostenfrei)



Die hier aufgelisteten Broschüren richten sich mit unterschiedlichen Inhalten und Umfang an unterschiedliche Zielgruppen. Nicht immer geht dies aus dem Titel hervor. Daher wird in der folgenden Auflistung am Ende in Klammern ggf. Besonderheiten erwähnt. Einige Broschüren werden nur noch als Download angeboten.

Beachten Sie darüber hinaus, dass die meisten der Broschüren noch nicht dem aktuellen Expertenstandard des DNQP entsprechen, und daher ggf. nur eingeschränkt nutzbar sind (betrifft alle Broschüren vor 2013). Aufgrund mangelnder Alternativen werden Sie jedoch hier weiter aufgeführt.

Aktion das sichere Haus, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Stand Winter 2012/2013): *Sicher leben auch im Alter. Sturzunfälle sind vermeidbar.* Zu beziehen unter [www.das-sichere-haus.de](http://www.das-sichere-haus.de) (richtet sich vor allem an Menschen die selbständig leben und ihre Angehörigen)

Arbeiter Samariter Bund (ASB o.J.): *Standhaft bleiben – Stürzen im Alter vorbeugen.* Zu bestellen unter [publikationen@asb.de](mailto:publikationen@asb.de) oder beim Publikationsversand des ASB, Sülzburgerstr. 140, 50937 Köln

Ärzttekammer Nordrhein (Hrsg.; 2006): *Gesund und mobil im Alter. Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität – Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung.* Zu beziehen unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Barmer GEK (2012): *Wie vermeide ich Stürze?* ([www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de))

Barmer GEK (o.J.): *Wohnraumanpassung – Wer trägt die Kosten?* ([www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de))

Bayerisches Rotes Kreuz (o.J.): *Sturzprophylaxe – Einflussfaktoren und Maßnahmen.* Internetressource unter [www.brk-ostallgaeu.de/cms/upload/Flyer\\_Prospekte/Prophylaxe-Sturz\\_Web.pdf](http://www.brk-ostallgaeu.de/cms/upload/Flyer_Prospekte/Prophylaxe-Sturz_Web.pdf)

DEGAM (2004): *Ältere Sturzpatienten. Informationen für ältere Menschen und ihre Angehörigen.* Patienteninformation 4. (Internetressource: [www.degam.de/leitlinien/sturz\\_patinfo.pdf](http://www.degam.de/leitlinien/sturz_patinfo.pdf))

Der paritätische Wohlfahrtsverband Berlin (o.J.): *Sturzrisiken älterer Menschen*. Internetressource unter [www.paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Arbeitshilfen/Anlage\\_Sturz-Brosch.pdf](http://www.paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Arbeitshilfen/Anlage_Sturz-Brosch.pdf)

Herzzentrum Bad Krozingen (o.J.): *Stürze lassen sich vermeiden!* Kontakt über das Patienten-Informations-Zentrum [piz@herzzentrum.de](mailto:piz@herzzentrum.de) (Flyer der sich explizit an PatientInnen im Krankenhaus richtet)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2013): *Vorbeugung: Wie kann man ältere Menschen vor Stürzen schützen?* (Merkblatt zum Ausdrucken unter [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de))

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2010): *Sturzprophylaxe durch Bewegung*. Materialien zur Gesundheitsförderung, LZG Schriftenreihe Nr.121. Zu beziehen unter [www.lzg-rlp.de](http://www.lzg-rlp.de) oder Download unter [www.lzg-rlp.de/fileadmin/pdf/Sturzprophylaxe2010.pdf](http://www.lzg-rlp.de/fileadmin/pdf/Sturzprophylaxe2010.pdf). Auf der Seite der Landeszentrale können auch zahlreiche weitere Broschüren bestellt und heruntergeladen werden, die sich mit Bewegung im Alter beschäftigen, beispielweise auch bei Menschen mit Demenz

PIZ am Krankenhaus der barmherzigen Brüder Trier (2012): *Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus*. Unter [www.bk-trier.de](http://www.bk-trier.de)

PIZ am Krankenhaus der barmherzigen Brüder Trier (2009): *Vermeidung von Stürzen. Informationen für Patienten, Angehörige und Interessierte*. Unter [www.bk-trier.de](http://www.bk-trier.de)

Verein „Ein Schritt ins Alter“ (2005): *Mobil sein – dabei sein! Sicher mit dem Rad unterwegs*. (Österreich) Zu beziehen unter [www.zgb.at](http://www.zgb.at)

Verein „Ein Schritt ins Alter“ (2005): *Mobil sein – dabei sein! Sicher zu Fuß unterwegs*. (Österreich) Zu beziehen unter [www.zgb.at](http://www.zgb.at)

Zentrum für Generationen und Barrierefreiheit (2007): *Mobil sein – dabei sein. Sicher mit dem Bus fahren. Tipps für ältere Busfahrgäste*. (Österreich) Zu beziehen unter [www.zgb.at](http://www.zgb.at)

Zentrum für Generationen und Barrierefreiheit (2007): *Sturzprophylaxe. Mobil sein – dabei sein. Vorsicht Sturzgefahr!!!*. (Österreich) Zu beziehen unter [www.zgb.at](http://www.zgb.at)

Gegen eine geringe Schutzgebühr ist des Weiteren folgende Broschüre erhältlich:  
Ärztammer Nordrhein, Universität Bremen, Universität Hamburg (Hrsg.; 2007): *Stürze und ihre Folgen: Risiko erkennen und vermeiden. Eine wissenschaftliche Information für ältere Menschen*. Zu beziehen unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

## Filme

Asmussen-Clausen M (2006): *Fortbewegen statt Heben*. DVD. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Filmhaus Wiesbaden GmbH (2007): *Sturz-Präventions-Schule*, Stürze vermeiden - Sturzfolgen minimieren, DVD

Im **Internet** gibt es weitere zahlreiche Informationen zur Sturzvorbeugung wie

- die regelmäßig aktualisierte Schrift des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen „*Was ältere Menschen tun können, um Stürzen vorzubeugen*“ ([www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) sowie [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de))
- die Initiative verschiedener Experten „Aktiv in jedem Alter“, die neben Informationen auch Anleitungen, Broschüren z.B. zum Krafttraining und andere Materialien sowie Internethinweise für Professionelle bereitstellt ([www.aktivinjedemalter.de](http://www.aktivinjedemalter.de))
- Informationen über Bewegung mittels kinästhetischen Prinzipien finden Sie unter [www.kinaesthetics.de](http://www.kinaesthetics.de), viele praktische Beispiele in Videoform, insbesondere für pflegende Angehörige sind zu finden unter [www.wir-pflegen-zuhause.de](http://www.wir-pflegen-zuhause.de)
-

## 6. Anhang

### A. Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch

<b>Adressat:</b>	<b>Alter:</b>	<b>Anleitende(r):</b>	<b>Datum:</b>
<b>Persönliche schulungsrelevante Daten</b> (Beruf, Hobbys, gesellschaftliche Aktivitäten etc.):		<b>Lernmotivation, -fähigkeiten, -einschränkungen:</b>	
<b>Erkrankungen:</b>		<b>Medikamente:</b>	
<b>Einbezug von Bezugspersonen</b> (wer, ggf. in welcher Form):			
<b>Umfeld momentan:</b> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Eigene Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Anders _____			
<b>Ggf. Umfeld zukünftig:</b> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Eigene Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Anders _____			
<b>Bemerkungen</b> (z.B. Etage, Barrierefreiheit, Aufzug):			
<b>Mobilität:</b> mobil <input type="checkbox"/> größtenteils mobil <input type="checkbox"/> eingeschränkt mobil <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt mobil <input type="checkbox"/> größtenteils ortsfixiert <input type="checkbox"/> größtenteils bettlägerig <input type="checkbox"/>			
<b>Fortbewegung</b> (wie, womit?):			
<b>Bemerkungen:</b>			

**Sturzerfahrungen:**

Stürze, in den letzten 6 Monaten: Ja , \_\_\_\_\_ Mal Nein

„Beinahe-Stürze“ in den letzten 4 Wochen: Ja , \_\_\_\_\_ Mal Nein

**Bemerkungen** (Setting, Ursachen, Hergang):

**Ängste und/oder Einschränkungen aufgrund der Sturzerfahrungen**

Ja sehr  Ja  Ja, ein wenig  Nein

**Wenn ja, in welchen Bereichen, in welcher Form:**

**Individuelle Risiko- und Einflussfaktoren:**

**Individuelle Ressourcen:**

**Vorkenntnisse, Erfahrungen, Maßnahmen im Bereich Sturzvorbeugung:**

**Erhoffte Hilfen:**



**B. Dokumentationsbogen Schulungsverlauf**

Name:					<b>Zielerreichung</b> Datum Nachgespräch:
	Datum/Uhrzeit	Schulungsziel(e)	Schulungsinhalte/Interventionen	Notizen/Reflexion	
1					
2					
3					
4					

### **C. Gesprächshilfe Risikofaktoren**

1. Stürze in der jüngeren Vorgeschichte (Sturzanamnese)
2. Beeinträchtigung sensomotorischer Fähigkeiten und/oder der Balance
  - 2.1 Erkrankungen, die mit einer veränderten Mobilität, Motorik und/oder Sensibilität eingehen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson'sche Erkrankung, Apoplexie, Polyneuropathien, Osteoarthritis, Krebserkrankungen, andere chronische Erkrankungen, schlechter Allgemeinzustand)
  - 2.2 Probleme mit der Körperbalance dem/Gleichgewicht (z.B. erkrankungsbedingt, verlangsamtes Reaktionsvermögen, eingeschränkte Beweglichkeit, Sturzängste)
  - 2.3 Probleme bei der Nutzung von Hilfsmitteln (insbesondere Gehhilfen)
3. Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten  
insbesondere Gangveränderungen (z.B. Gangaufnahmeschwierigkeiten, Schrittasymmetrie, ungleichmäßiges Gangbild), eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, körperliche Schwäche, Abweichung von gewohnten Abläufen
4. Kognitive Beeinträchtigungen oder Veränderung der Stimmung (akut und/oder chronisch) (z.B. Demenz, Depression, Delir)
5. Psychische Faktoren  
(z.B. Sturzangst oder Depression)
6. Kontinenzprobleme  
(z.B. Dranginkontinenz, Nykturie, Probleme beim Toilettengang)
7. Erhöhte Belastung durch Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen (Mehrfacherkrankte) (z.B. Anämien, Nierenerkrankungen, Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen, Hypotonie und Diabetes mellitus)
8. Erkrankungen die mit verringerter Aufmerksamkeit, Kraftlosigkeit infolge körperlicher Schwächung, vorübergehende Verwirrtheit (z.B. bei Leber- oder Nierenerkrankungen), kurzzeitiger Bewusstlosigkeit (z.B. Epilepsie) oder Schwindel einhergehen.
9. Medikamente
  - 9.1 Psychotrope Medikamente insbesondere Antidepressiva, sedierende und angstlösende Medikamente, Antihypertensiva
  - 9.2 Einnahme mehrerer Medikamente (Wechselwirkungen!)

#### **Ggf. zusätzliche begünstigende Faktoren:**

10. Freiheitsentziehenden Maßnahmen die Bewegungen behindern und/oder durch „Ruhigstellung“ zu einem Abbau der Beweglichkeit, Kräfte etc. führen
11. Gefahren in der Umgebung
  - 11.1 Innerhalb von Räumen und Gebäuden  
(z.B. schlechte Beleuchtung, steile Treppen, mangelnde Haltemöglichkeiten, glatte Böden, Stolpergefahren wie Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere )
  - 11.2 Außerhalb von Räumen und Gebäuden  
(z.B. unebene Gehwege und Straßen, mangelnde Sicherheitsausstattung wie fehlende Haltemöglichkeiten und schlechte Beleuchtung, Wetterverhältnisse wie Glatteis, Schnee)
12. Schuhe und Kleidung
13. Sehprobleme wie Gesichtsfeldeinschränkungen, kürzlich Anpassung der Sehhilfe

## D. Sturzanalyse

1. Ort und Zeit: Wann und wo ist es passiert?  
(sturzauslösende/-begünstigende umgebungsbedingte Faktoren)
  
2. Sturzhergang: Wie und wobei ist es passiert?  
(sturzauslösende/-begünstigende Faktoren bezüglich Verhaltensweisen)
  
3. Zustand vor dem Sturz: Welche Risikofaktoren bestanden/bestehen?  
(körperlicher, psychischer Zustand, Medikamentenumstellung etc.)
  
4. Sturzmaßnahmen: Welche Maßnahmen wurden eingeleitet?  
(diagnostische, therapeutische, präventive Maßnahmen etc.)
  
5. Sturzfolgen: Entstanden physische oder psychische Folgen?  
(Verletzungen, Sturzfurcht, Bewegungseinschränkungen etc.)
  
6. Reflexion bei häufigeren Stürzen oder Beinahestürzen: Gibt es Parallelen/Zusammenhänge?
  
7. Planung von Interventionen: Wie könnten zukünftige Stürze verhindert werden?

### E. Risikofaktoren und Ressourcenanalyse

<b>Name:</b>		<b>Datum:</b>
<b>Risikofaktoren</b>	<b>Ressourcen</b>	<b>Interventionen</b>
<b>Bemerkungen:</b>		

## F. Überblick möglicher Interventionen

### Inhalte empfohlener Interventionsprogramme ...

#### ... für zu Hause lebenden Personen

- Durchführung eines Gehtrainings
- Beratung/Instruktion bezüglich Gehhilfen
- Überprüfung/Anpassung der Medikamente
- Durchführung von Trainingsprogrammen/Gleichgewichtstraining
- Behandlung orthostatischer Störungen
- Gefahrenquellen in der Umgebung erkennen und modifizieren
- Behandlung kardiovaskulärer Störungen/Arrhythmien

#### ... in stationären Einrichtungen

- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflege- und Betreuungspersonal
- Gehtraining und Beratung bezüglich Gehhilfen
- Überprüfung/Anpassung der Medikation

American Geriatric Society, British Geriatric Society and American Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001):  
Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. J Am Geriatrics Soc; 49:664-72. Zitiert in DNQP 2006

### Einzelinterventionen und Hilfsmittel

- Motorisches Training  
wie Balance- und Kraftübungen, Gleichgewichts- und Gangtraining, Muskelerhaltungs- und Aufbautraining
- Überprüfung und Anpassung der Umgebung  
wie Anpassung der Beleuchtung, Schaffung von Haltemöglichkeiten (Handläufe, Griffe, Möbel etc.), Beseitigung von Stolperfallen, rutschfeste/ebene Böden, Toilettensitzerhöhung
- Überprüfung und Anpassung der Medikation
  - insbesondere psychotrope Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa/Hypnotika, Benzodiazepine), Antihypertensiva
  - Überprüfung der Medikamente auf Nebenwirkungen die das Sturzrisiko begünstigen, ggf. Information an den verschreibenden Arzt und Anpassung der Medikation
  - Überprüfung von Wechselwirkungen bei der Einnahme mehrerer Medikamente, ggf. Information an den verschreibenden Arzt und Anpassung der Medikation
- Überprüfung freiheitseinschränkender Maßnahmen auf Notwendigkeit, ggf. Änderung

### Einzelinterventionen ohne bzw. mit nicht ausreichend erwiesenem Nutzen

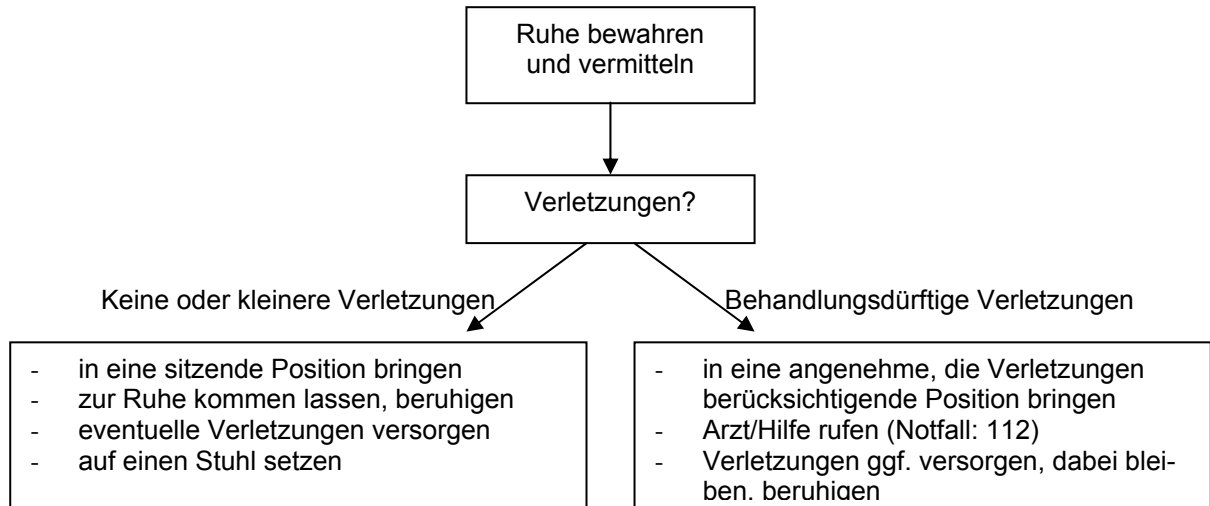
- Anpassung der Ernährung  
wie ausreichende Kalorienzufuhr, ausreichende Flüssigkeitszufuhr zur Vermeidung körperlicher Schwäche
- Anpassung von Sehhilfen (eine neue Sehhilfe kann das Sturzrisiko jedoch auch erhöhen!)
- Einsatz von Niedrigbetten zur Verminderung von Sturzfolgen
- Auswahl der Schuhe/Strümpfe  
nach Kriterien wie Schafthöhe, Rutschfestigkeit
- Sachgerechter Einsatz von Hilfsmitteln, ggf. Reparatur oder Einweisung
- Einsatz von Hüftprotektoren zur Verminderung von Sturzfolgen

Zusammengefasst aus DNQP (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung

Beachten Sie darüber hinaus weitere individuelle Risikofaktoren, die beeinflussbar sind!

## G Informationsleitfaden Verhalten nach einem Sturz

Ein angemessenes Verhalten nach einem Sturz trägt dazu bei, aus dem Sturzerlebnis resultierende Ängste zu vermeiden.



1. Das wichtigste ist zunächst Ruhe zu bewahren und dies dem Gefallenen verbal und nonverbal zu vermitteln. Bevor hektisch Maßnahmen getroffen werden, sollte man sich dem Gefallenen zuwenden und ihn ggf. beruhigen oder trösten.
2. Feststellen ob der Sturz Verletzungen nach sich gezogen hat. Den Gestürzten wenn möglich fragen, auf Schmerzsignale achten, vorsichtig die Gliedmaßen bewegen lassen, nach offensichtlichen Verletzungen schauen (z.B. Schürfwunden.)

### **Keine oder kleinere Verletzungen:**

Den Gefallenen in eine sitzende Position bringen. Normalität schaffen (den Schreck überwinden und durchatmen lassen, ein Glas Wasser reichen etc.) Erst wenn der Gefallene bereit ist, ihm beim Aufstehen helfen.<sup>1</sup> Achtung: Niemals hochzerren, ggf. Hilfe (Freunde, Nachbarn etc.) holen! Beim Aufstehen die Eigenbewegung des Gefallenen unterstützen, Hilfsmittel in Greifnähe stellen. Auch wenn keine Folgen sichtbar sind, in den folgenden Tagen auf Sturzfolgen achten (Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, als Zeichen einer Gehirnerschütterung; Schmerzen, die durch den „Schock“ über den Sturz erst verzögert wahrgenommen werden).

Bei oberflächlichen Wunden (Schürfwunden etc.) oder leichten Prellungen/Hämatome kann wie oben angegeben verfahren werden, der Ablauf kann jedoch individuell variieren, ggf. sollte erst die Wunde versorgt werden bzw. die Prellung gekühlt. Für einen Menschen ist es wichtig als erstes wieder vom Boden auf einen Stuhl zu gelangen, ein anderer möchte zunächst seine Wunde versorgt wissen, ein Dritter benötigt erst noch etwas Zeit um sich zu beruhigen.

### **Behandlungsbedürftige Verletzungen:**

Bei Verletzungen einzelner Gliedmaßen oder Verletzungen die einer medizinischen Behandlung bedürfen sollte umgehend Hilfe gerufen werden (ambulanter Pflegedienst, Hausnotruf, Hausarzt, Krankenwagen, Bereitschaftsarzt etc.) Je nach Schwere und Art der Verletzung sollte der Gefallene jedoch zuvor in eine für ihn angenehme Lage gebracht (in aufrechte Position, Kopf unterstützen, kleine Lagekorrekturen) und weitere Hilfen (z.B. Decke, Eisbeutel) angeboten werden.

<sup>1</sup> Hier bietet beispielsweise die Kinästhetik vielfältige individuelle Möglichkeiten, lassen Sie sich von einem/einer Pflegekundigen beraten!



## H Leitfaden Broschürenbewertung

Die folgenden Aspekte und Fragen helfen Broschüren strukturiert bewerten und einordnen zu können, um gezielt den Informationsbedarf des Adressaten zu erreichen.

- 1. Zielgruppe und Zielsetzung**  
An welche Zielgruppe (Angehörige, PatientInnen, professionell Pflegende, ethnische Gruppen, Sehbehinderte etc.) richtet sich die Broschüre?  
Sind die Informationen zielgruppenspezifisch ausgerichtet?  
Werden die Ziele und die Zielgruppe erreicht?
- 2. Alltagsbezug und -relevanz**  
Beinhaltet die Broschüre vorwiegend medizinische Informationen oder bezieht sie sich auf alltagsrelevante Informationen (Umgang im Alltag, Verhaltensweisen etc.)?  
Wird der Betroffene direkt angesprochen („Sie“)?
- 3. Positive und angemessene Ansprache**  
Sind die Inhalte positiv ausgerichtet und unterstützen sie eine positive Herangehensweise/Bewältigung?  
Sind die Sprache und ggf. Bilder angemessen (nicht diskriminierend, erschreckend, ins Lächerliche ziehend etc.)?
- 4. Informationsgehalt**  
Welcher Informationsbedarf wird bedient?  
Treffen die Informationen den Punkt oder wird der Leser mit Informationen „überschüttet“?  
Wird das gewählte Thema/der gewählte Aspekt vollständig beschrieben?  
Sind die Informationen neutral (z.B. Finanzierung, Autoren)?
- 5. Gestaltung und Layout**  
Ist der Umfang begrenzt oder verführt er zum „Überfliegen“?  
Ist die Schriftgröße auch mit Seheinschränkungen gut lesbar (12-14pt Schrift, evtl. fett gedruckt)?  
Ist der Druck kontrastreich?  
Sind das Layout und die Kapitelgliederungen übersichtlich?  
Sind die Gestaltungselemente (Text, Bilder, Tabellen) ausgewogen?  
Sind die Abbildungen/Tabellen auf Thema bezogen und werden sie ggf. erklärt?
- 6. Verständlichkeit und Sprache**  
Wird Alltagssprache benutzt und werden Fremdwörter vermieden?  
Werden genannte Fachbegriffe erklärt?  
Werden die Sachverhalte einfach erklärt?  
Gibt es einen „roten Faden“ der dem Gedankengang des Nutzers folgt?
- 7. Neuzzeitliches Wissen**  
Entspricht der Inhalt dem aktuellen Wissensstand?  
Werden Quellen, Literatur etc. angegeben?
- 8. Weiterführende Hinweise**  
Werden weiterführende Adressen, Broschüren, Bücher, Videos/DVD etc. empfohlen?

In Anlehnung an einen Auszug aus dem Studienbrief „Patientenedukation 2“ des Fernlehrgangs Patientenedukation der Universität Witten/Herdecke (Autorin: Dr. Angelika Zegelin) sowie den Beurteilungskriterien für Bücher und Informationsbroschüren in Patienteninformationszentren (PIZ) aus dem Buch „Patienteninformationszentren als pflegerisches Handlungsfeld. Aufbau und Gestaltung“ (Zegelin A. (Hrsg.) 2007, Schlütersche).

## I Fragebogen Evaluation

1. In welchen Bereichen konnten Sie Hilfe erfahren, haben etwas dazu gelernt? Wo sind Sie aufmerksamer geworden?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Entsprachen die Inhalte Ihren Bedürfnissen?

- Ja     Ja, zum überwiegenden Teil     Nein, eher nicht     Nein, überhaupt nicht

3. War die Vermittlung der Inhalte für Sie angemessen?

- Ja     Ja, zum überwiegenden Teil     Nein, eher nicht     Nein, überhaupt nicht

4. War das Tempo der Schulung für Sie angemessen?

- Ja     Ja, zum überwiegenden Teil     Nein, eher nicht     Nein, überhaupt nicht

5. Wurden alle Ihre Fragen ausreichend beantwortet?

- Ja     Ja, zum überwiegenden Teil     Nein, eher nicht     Nein, überhaupt nicht

6. Haben Sie Checklisten, Broschüren oder andere Informationsmaterialien erhalten?

- Ja     Nein

Wenn ja, waren diese für Sie hilfreich?

- Ja     Ja, zum überwiegenden Teil     Nein, eher nicht     Nein, überhaupt nicht

---

---

---

---

---

---

---

---

Ergänzungen zu Frage 2-6

7. Gibt es weitere Anmerkungen (Lob, Kritikpunkte, Verbesserungsvorschläge, Hinweise)?

---

---

---

---

---

---

---

---

### J. Dokumentationsbögen zum Fallbeispiel 3 Einschätzungsbogen Orientierungsgespräch

<b>Adressat:</b> Gerda Hering	<b>Alter:</b> 87	<b>Anleitende(r):</b> Christel Vogel	<b>Datum:</b> 07.07.2008
<b>Persönliche schulungsrelevante Daten</b> (Beruf, Hobbys, gesellschaftliche Aktivitäten etc.): War früher in einer Wandergruppe		<b>Lernmotivation, -fähigkeiten, -einschränkungen:</b> Motiviert, keine schulungsrelevanten Einschränkungen	
<b>Erkrankungen:</b> Diabetes mellitus Typ 2 (gut eingestellt) Herzinsuffizienz (unauffällig)		<b>Medikamente:</b> nicht schulungsrelevant	
<b>Einbezug von Bezugspersonen</b> (wer, ggf. in welcher Form): Direkter Einbezug Gisela Meier (Tochter) Weitergabe der Informationen an das Pflegepersonal (Wohnbereich II)			
<b>Umfeld momentan:</b> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Eigene Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Anders _____			
<b>Ggf. Umfeld zukünftig:</b> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Eigene Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Anders _____			
<b>Bemerkungen</b> (z.B. Etage, Barrierefreiheit, Aufzug):			
<b>Mobilität:</b> mobil <input type="checkbox"/> größtenteils mobil <input type="checkbox"/> eingeschränkt mobil <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt mobil <input checked="" type="checkbox"/> größtenteils ortsfixiert <input type="checkbox"/> größtenteils bettlägerig <input type="checkbox"/>			
<b>Fortbewegung (wie, womit?):</b> Frau H. läuft z.T. kurze Strecken mit Hilfestellung durch eine Person und unter Nutzung der Handläufe/Haltepunkte. Zunehmend wird auch ein Rollstuhl für die Transfers genutzt, wenn sie sich „wackelig auf den Beinen“ und „kraftlos“ fühlt.			
<b>Bemerkungen:</b> Frau H. lebte bis vor 4 Monaten zu Hause. Dort organisierte sie den Haushalt größtenteils selbst und bewegte sich dadurch viel. Dies sei ihr zwar immer schwerer gefallen, aber sie habe es gern getan. Seit ihrem Umzug verbringt sie den Tag nun meist im Zimmer oder Aufenthaltsraum sitzend und sieht fern.			

<p><b>Sturzerfahrungen:</b></p> <p>Stürze, in den letzten 6 Monaten: Ja <input type="checkbox"/>, _____ Mal Nein <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>„Beinahe-Stürze“ in den letzten 4 Wochen: Ja <input checked="" type="checkbox"/> <u>2</u> Mal Nein <input type="checkbox"/></p> <p><b>Bemerkungen</b> (Setting, Ursachen, Hergang):                  Beide Beinahe-Stürze in Begleitung der Tochter, die Mutter sei plötzlich „weggesackt“. Sie habe die Mutter am rechten Arm geführt und kaum halten können. Frau H. sagt, dass sie keine Kraft mehr in den Beinen verspürte, aber glaubte, „es noch zu schaffen“. Ein Beinahe-Sturz geschah, als die Tochter zwecks eines Toilettengangs die Badezimmertür öffnen wollte und einmal, als sie der Mutter einen Stuhl im Aufenthaltsraum zum Setzen zurechtrücken wollte.</p>	
<p><b>Ängste und/oder Einschränkungen aufgrund der Sturzerfahrungen</b></p> <p>Ja sehr <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, ein wenig <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>Wenn ja, in welchen Bereichen, in welcher Form:</b>                  Anmerkung: Frau M. formuliert Ängste und Unsicherheit, die Mutter weiterhin zu begleiten, da beide Beinahe-Stürze in ihrer Gegenwart geschahen. Frau H. fühlt sich dagegen sicher, wenn ihre Tochter ihr Hilfestellungen leistet.</p>	
<p><b>Individuelle Risiko- und Einflussfaktoren:</b>                  Abnehmende Muskelkraft durch zunehmende Immobilität                  Diabetes (bisher jedoch keine Hypoglykämien)                  Überschätzung der eigenen Kräfte</p>	<p><b>Individuelle Ressourcen:</b>                  Gute Balance- und Bewegungsfähigkeit,                  Freude an der Bewegung                  Vertrauen in Hilfspersonen/keine Ängste</p>
<p><b>Vorkenntnisse, Erfahrungen, Maßnahmen im Bereich Sturzvorbeugung:</b></p>	
<p><b>Erhoffte Hilfen:</b>                  Frau H. möchte sich wieder „kraftvoller“ fühlen und selbständig kurze Wege gehen können. Frau M. wünscht sich Hilfestellung wie sie die Mutter sicher führen kann. Beide wünschen sich zukünftig auch wieder gemeinsame Unternehmungen außerhalb der Einrichtung, die sie sich momentan aufgrund der Sturzgefährdung nicht zutrauen.</p>	

**Dokumentationsbogen Schulungsverlauf**

Name: Gerda Hering (tw. Einbezug von Frau Meier, Tochter)					Zielerreichung Datum Nachgespräch: 14.07.2008
	Datum/Uhrzeit	Schulungsziel(e)	Schulungsinhalte/Interventionen	Notizen/Reflexion	
1	07.07.2008	Frau H. kann ihre Kräfte beim Laufen einschätzen	Sensibilisierung für körperliche Signale der Schwäche	Mitgabe von Broschüren mit verschiedenen Übungen zur Stärkung der Muskelkraft (für nächsten Termin)	Frau H. kann ihre Kräfte gut einschätzen  Frau H. führt regelmäßig und mit Freude die Übungen durch, fühlt sich bereits „agiler“  Frau M. fühlt sich sicher beim Führen der Mutter
2	08.07.2008	Frau H. kennt Übungen zur Stärkung der Muskelkraft und kann diese selbständig durchführen	Besprechung der mitgegebenen Broschüren/Übungen, Treffen einer Auswahl von Übungen, Anleitung zur Durchführung	Frau H. äußert den Wunsch in der Gemeinschaft zu üben. Teilnahme an Gymnastikgruppe (Mittwochs) - Information Pflegepersonal (WB II)	
3		Frau M. fühlt sich in der Lage die Mutter sicher zu führen und bei plötzlicher Schwäche adäquat zu reagieren	Gemeinsame Schulung Frau H. und Tochter, Anleitung zur Hilfestellung beim Gehen, Setzen	Frau M. bittet darum, in den nächsten Tagen vom Pflegepersonal unterstützt zu werden (Info WB II)	
4				Information an das Pflegepersonal (WB II): Kurze Strecken mit Frau H. bitte laufen (Tochter übernimmt dies, wenn sie da ist)	

Anmerkung: Erneuter Termin für den 03. August vereinbart (Frau H. und Tochter), Überprüfung der Erfolge, ggf. erneute Anpassung der Übungen

© Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. 2014  
Department für Pflegewissenschaft  
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH  
Stockumer Str. 12  
D-58453 Witten