

Sturzprävention als Prozess

2

In Kapitel 2 werden die verschiedenen Arbeitsschritte von der Identifikation sturzgefährdeter Personen über die Erhebung der individuellen Risiken bis hin zur Auswahl und Umsetzung der jeweiligen Maßnahmen beschrieben. Kapitel 2 setzt zum Verständnis die in Kapitel 1 zusammengefassten Grundlagen voraus. Die Unterkapitel spiegeln die fünf Schritte der Sturzprophylaxe wider. Jeder Schritt wird zunächst erläutert und dann in einem eigenen Abschnitt als Handlungsanweisung zusammengefasst.

Aufgrund der hohen Bedeutung von Stürzen für den Alltag der Betroffenen wäre es wichtig, die gefährdeten Personen und ihre spezifischen Risiken prospektiv, d.h. vor dem Eintritt eines Sturzes, zu ermitteln. Auch die Evaluation von Einzelmaßnahmen sollte deren Wirkung sicher vorhersagen können. Hierzu wurden verschiedene Assessments und Testverfahren entwickelt, welche jedoch allesamt aufgrund ihrer zu geringen Sensitivität und/oder Spezifität nicht als „das“ Instrument der Wahl angesehen werden können. So kann es etwa vorkommen, dass eigentlich nicht gefährdete Personen als risikobehaftet eingestuft werden (zu niedrige Sensitivität), oder aber auch, dass zu viele gefährdete Menschen als nicht gefährdet identifiziert werden.

Stürze und Sturzprophylaxe erfordern von den Pflegenden mehr Aufmerksamkeit in der Risikoerfassung als andere Prophylaxen, da Stürze selten eindeutige Ursachen haben. Es muss deshalb neben der personenbezogenen Risikoeinschätzung (durch das Screening und das Assessment) auch eine umfeldbezogene Risikobewertung vorgenommen werden.

Ausgehend von der unter 1.4 dargestellten Theorie, dass ein Sturzgeschehen i. d. R. einen multifaktoriellen Hintergrund hat, erklärt sich, warum auch die Einschätzung des Sturzrisikos multifaktoriell erfolgen muss. Grundsätzlich kann dabei zwischen drei Arten von Assessments und Testverfahren, aber auch bei der Maßnahmenumsetzung unterschieden werden: die medizinische, die funktionelle und die pflegerische Betrachtung.

Bei der **medizinischen Betrachtung** des Sturzrisikos stehen Erkrankungsaspekte im Vordergrund. Die Diagnostik erfolgt durch den ärztlichen Behandler und gestaltet sich oft im Vergleich als aufwendigste Methode. So erfolgt z.B. eine Erhebung des neurologischen Status durch einen Facharzt für Neurologie, um krankheitsspezifische Risiken zu ermitteln, oder es werden spezielle diagnostische Geräte benötigt. Die medizinische Erhebung basiert dabei auf standardisierten Untersuchungsmethoden, meist in Leitlinien der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften erläutert, birgt aber die Gefahr der Pauschalierung (z.B. „alle Parkinson-Patienten sind sturzgefährdet“), da die individuellen Kontextfaktoren nicht mit erhoben werden bzw. nicht bekannt sind. Die medizinische Betrachtung ist daher meist ein Instrument, das zunächst eine potenziell gefährdete Gruppe von sturzgefährdeten Personen identifiziert (z.B. alle Patienten mit Parkinson), bei denen dann nähere Betrachtungen erforderlich werden. Damit gleicht die medizinische Betrachtung eher einem Screening als einer spezifischen Erhebung und kann niemals alleine eine vollständige Sturzrisikoanalyse darstellen.

WICHTIG!

Medizinische Betrachtung

*Pflegerische
Betrachtung*

Die **pflegerische Betrachtung** des Sturzrisikos geht von den Problemen des Alltags der Betroffenen aus. Etwa kann die Frage gestellt werden, ob die betroffene Person Unterstützung bei bestimmten Tätigkeiten des täglichen Lebens benötigt, beispielsweise beim Toilettengang, und ggf. ergibt sich daraus ein erhöhtes Sturzrisiko. Die pflegerische Betrachtung ist damit wesentlich spezifischer als die medizinische Betrachtung und berücksichtigt zudem stärker die kontextuellen Faktoren. Auch ist die pflegerische Betrachtung eher pragmatisch orientiert und damit auch eine weniger aufwendige Methode als die medizinische Betrachtungsweise. Es werden keine besonderen Instrumente oder Geräte benötigt, und die Bewertung des Sturzrisikos kann durch geübte Pflegekräfte entsprechend schnell erfolgen. Auslöser für die pflegerische Betrachtung ist entweder die Erfahrung der Pflegekraft, d.h., es ist für die Fachkraft sofort ersichtlich, dass hier eine Gefährdungssituation vorliegen kann, oder aber das Ergebnis des vorhergehenden „Screenings“, d.h. der medizinischen Betrachtung.

*Funktionelle
Betrachtung*

Die erfahrene Pflegekraft wird die pflegerische Betrachtung um eine **funktionelle Betrachtung** der Sturzrisiken ergänzen, denn nur dann können umfassend die Gefährdungen identifiziert werden. Das funktionelle Assessment ermittelt auf Basis von Tests und Übungen Merkmale zur Bewegung (z.B. Aufrichten aus dem Bett), zur Mobilität (beispielsweise Gehen) und zur Balance (beispielsweise das Stehen an einer Schräge). Die individuelle pflegerische Einschätzung wird damit durch die funktionelle Betrachtungsweise verifiziert und auch nachvollziehbar gemacht. Sie ist daher auch für die Beantragung von Sach- und Dienstleistungen bei den Kranken- und Pflegekasen sehr wichtig.

*Sturzprävention
als Prozess*

Sturzpräventive Maßnahmen sind als Prozess anzusehen und gliedern sich in der Regel in fünf Schritte (vgl. auch Kapitel 1) oder Module:

1. Erkennung sturzgefährdeter Personen (Screening)
2. Individuelle Risikoerhebung und -erkennung
3. Individuelle Reaktion auf erkannte Risiken (Einleitung von Maßnahmen der Sturzprophylaxe) inklusive Zieldefinition
4. Evaluation der Maßnahmen, Ermittlung und Beurteilung des verbleibenden Restrisikos
5. Gegebenenfalls Einleitung von Maßnahmen der Sturzfolgenprophylaxe

Die medizinische Betrachtung des Sturzrisikos stellt ein Instrument für den ersten Schritt dar. Eine Gesamtbeurteilung der Sturzsituation erfordert aber, wie erwähnt, eine medizinische, pflegerische und funktionelle Betrachtung unter Berücksichtigung aller Kontextfaktoren und bezieht die gesamte Lebenssituation der Betroffenen mit ein. Sodann sind alle ermittelten Risikofaktoren individuell für die jeweilige Situation zu bewerten, Ziele zu definieren und die erforderlichen Maßnahmen zur Zielerreichung in einen Handlungsablauf, wie z.B. die Pflegeplanung, zu übertragen und nach Umsetzung zu verifizieren (Überprüfung, Evaluation) sowie ggf. eine Sturzfolgenprophylaxe einzuleiten. Es wäre sinnvoll, hier über ein Instrument zu verfügen, das den gesamten Prozess der Sturzprophylaxe begleitet und als Leitfaden genutzt werden könnte, ohne dabei den Limitierungen der herkömmlichen Skalen und Checklisten zu unterliegen.

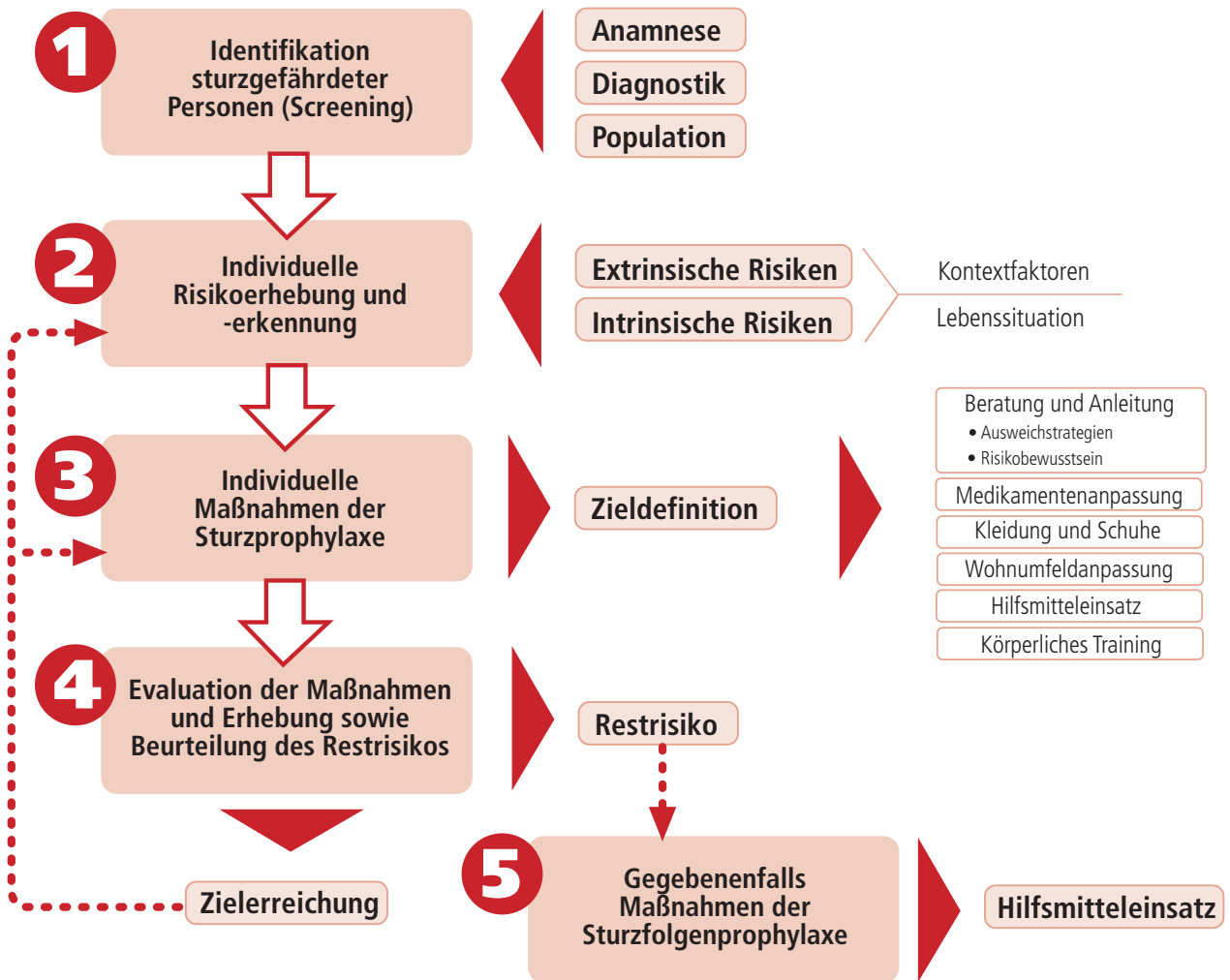


Abb. 2-1 Die fünf Schritte der Sturzprophylaxe

Alle Schritte der Sturzprophylaxe werden ausführlich dokumentiert. Dies ist nicht nur wichtig, damit Veränderungen rechtzeitig wahrgenommen werden, sondern auch zum Selbstschutz der Pflegekräfte, wenn es doch trotz aller Maßnahmen zu einem Sturz kommt und nach Verantwortlichkeiten gefragt wird.

WICHTIG!

2.1 Die ICF als ein Instrument in der Sturzprophylaxe

Als ein probates Mittel der ausführlichen Beschreibung von Schädigungen und Funktionsdefiziten hat sich in der Rehabilitation die ICF – ICF steht für „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (International Classification of Functioning, Disability and Health) – der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erwiesen. Die ICF kann auch im Prozess der Sturzprävention wertvolle Hilfe leisten.

Die ICF besitzt das Potenzial, bei allen fünf Schritten der Sturzprophylaxe als ein Leitfaden und Beschreibungsinstrument eingesetzt zu werden. Zudem kann sie z.B. gegenüber Kostenträgern oder dem MDK genutzt werden, um

Leitfaden

die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen – und später auch deren erfolgreiche Umsetzung – darzulegen.

So kann zur Prüfung der Umstände der Notwendigkeit einer konkreten sturzprophylaktischen Intervention nicht alleine die Diagnose herangezogen werden. Vielmehr sind unter Gesamtbetrachtung der funktionellen und der strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik

- ▶ der Bedarf für eine Intervention,
- ▶ die Fähigkeit zur Anwendung der Intervention,
- ▶ die Prognose unter Berücksichtigung der Intervention und
- ▶ das Ziel der Intervention

auf der Grundlage realistischer, für den Patienten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen. Dieses komplexe Zusammenspiel nachvollziehbar darzulegen kann auf Basis der ICF erfolgen. Die ICF ist damit ein ideales Instrument zur Beschreibung rehabilitativer Maßnahmen (zu denen auch die Sturzprävention zählt), kann aber auch zur systematischen Anleitung beim Durchlaufen der „Fünf Schritte“ genutzt werden.

Die ICF ist eine Ergänzung der diagnosebezogenen Klassifikation (ICD-10) und gehört somit zu der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Faktoren der funktionalen Gesundheit. Die ICF kann im Internet unter

Weitere Infos <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

eingesehen werden. Mit der ICF sollen die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsstörungen oder Krankheiten eines Menschen auf seine Körperfunktionen und -strukturen, auf seine Aktivitäten und seine Partizipation (Teilhabe – Einbezogenheit in Lebenssituationen) unter Berücksichtigung von individuellen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren strukturiert erfasst und beschrieben werden. So werden die Auswirkungen einer Krankheit mittels der ICF auf der Organebene, der personalen Ebene und der sozialen Ebene dargestellt. Als Konzeption stellt sie den theoretischen Rahmen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen den bestimmenden Komponenten von Gesundheit zur Verfügung und kann daher auch sehr gut zur Einschätzung des Hilfebedarfs oder der Auswirkungen von sturzprophylaktischen Interventionen oder auch einer Hilfsmittelversorgung herangezogen werden. Die ICF wird daher zunehmend von MDK und von speziell ausgebildeten Hilfsmittelberatern (den sogenannten Hilfsmittelexperten) als Basis für Versorgungsentscheidungen und -empfehlungen und im Case Management genutzt. Voraussetzung dafür sind aber mindestens Grundkenntnisse der ICF.

Biologische, psychologische und soziale Faktoren können jeder für sich, insbesondere aber im Zusammenspiel, für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und Behinderungen verantwortlich sein. So reicht das traditionelle, rein biomedizinisch orientierte Krankheitsverständnis für die Ermittlung eines spezifischen Hilfebedarfs häufig nicht mehr aus. Die jeweiligen Alternativen einer Sturzprävention zeichnen sich durch mehrdimensionale Komponenten aus. Von daher besteht die Notwendigkeit, dies auch entsprechend systematisch darzustellen. Die ICF bietet die entsprechende

Systematik zur Darlegung aller relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht unter Berücksichtigung der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und stellt sich in der Übersicht wie in Abbildung 2.2-1 dar. Die ICF ermöglicht damit eine über die reine Benennung des Gesundheitsproblems (Diagnose) hinausgehende umfassende, ressourcen- und defizitorientierte Beschreibung der Lebensumstände des Menschen. Sie eröffnet mithilfe des biopsychosozialen Modells einen sozialmedizinischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung.

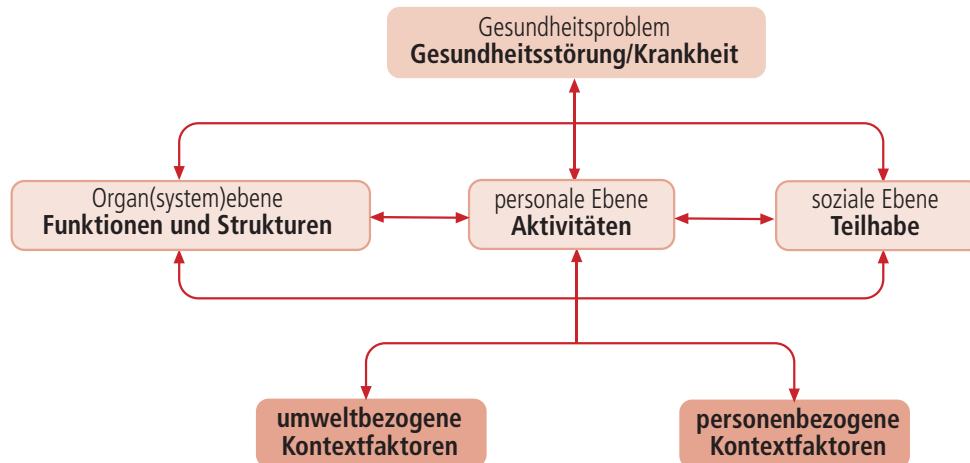


Abb. 2.2-1 Allgemeine Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des Modells des ICF (Erläuterung im Text)

Aus Abbildung 2.2-1 ergeben sich drei Ebenen, die wie folgt beschrieben werden können:

Das **Gesundheitsproblem** (auch Gesundheitszustand) beschreibt die Situation, welche sich aus dem Wechselspiel von Funktionsfähigkeit und Behinderung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren ergibt.

*Gesundheitsproblem
in der ICF*

Die **Funktionsfähigkeit** ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen bzw. deren Schädigung, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand bzw. -problem und deren individuellen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren. Im Zusammenhang mit der Funktionsfähigkeit muss auch immer die Behinderung betrachtet werden. Die Behinderung ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen bzw. deren Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand bzw. -problem und deren individuellen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren.

*Funktionsfähigkeit
in der ICF*

Die **Kontextfaktoren** stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar und sind somit von zentraler Bedeutung. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Diese Lebensumstände nehmen selbst keinen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand, wirken aber sehr wohl indirekt über die Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung darauf ein. Zu ihnen zählen auch die Hilfsmittel oder die Einrichtung einer Wohnung. Kontextfaktoren können positiv oder negativ wirken. Positiv wirkende Kontextfaktoren werden als Förderfaktoren oder Ressourcen, negativ wirkende als Barrieren oder Limitierungen bezeichnet. Zu den Um-

*Kontextfaktoren
der ICF*

weltfaktoren zählen sowohl die natürliche als auch die vom Menschen geschaffene Welt, Menschen mit ihren verschiedenen Beziehungen zum Betroffenen, ihren Rollen, Einstellungen und Werten. Sie können sowohl Förderfaktor als auch Barriere darstellen. In der ICF werden die Umweltfaktoren wie folgt gegliedert:

- ▶ Produkte und Technologien, z.B. Hilfsmittel, Medikamente, Alltagsgegenstände
- ▶ Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, z.B. Pflanzen, Haustiere, Klima, Geräusche
- ▶ Unterstützung und Beziehung, z.B. Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Pflegepersonen
- ▶ Einstellungen, z.B. persönliche und gesellschaftliche Einstellungen
- ▶ Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, z.B. Sozialsystem, Rechtssystem, Politik

Personelle Kontextfaktoren berücksichtigen in der Person bedingte Merkmale wie Alter, Geschlecht, soziale oder auch kulturelle Hintergründe. Personenbezogene Faktoren können mehr noch als Umweltfaktoren Krankheitsauswirkungen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen.

WICHTIG!

Aufgrund des strengen Sozialdatenschutzes dürfen personenbezogene Faktoren ausschließlich mit Blick auf die aktuelle Fragestellung erhoben werden. Sie müssen in die jeweilige Versorgungsentscheidung einfließen, da sie im Sinne von Barrieren oder persönlichen Ressourcen in enger Wechselwirkung mit Gesundheitsproblemen stehen.

In der ICF werden die personenbezogenen Kontextfaktoren nicht klassifiziert, da diese in den einzelnen Kulturen zu unterschiedlich sind. In Deutschland werden auf Initiative des MDK oftmals folgende Faktoren berücksichtigt:

Personenbezogene Kontextfaktoren der ICF

- ▶ Soziodemografische und biografische Faktoren, z.B. Alter, Nationalität, Familienstand, Wohnsituation
- ▶ Genetische Faktoren, z.B. Geschlecht, genetische Marker
- ▶ Faktoren des Alters und der Alterung, z.B. Entwicklungsalter, soziales Alter, biologisches Alter, Leistungsalter
- ▶ Physische Faktoren, z.B. Körpergröße, Gewicht, Fettanteil
- ▶ Psychische Faktoren, z.B. Verhaltensmerkmale, Einstellungen, Intelligenz, Interessen
- ▶ Lebensstil und Schutzfaktoren der Gesundheit, z.B. Ernährung, Bewegung, soziale Kompetenz, Wohlbefinden
- ▶ Andere Gesundheitsprobleme und Interventionen, z.B. zurückliegende Krankheiten, deren Folgen, Interventionen und Operationen

Umweltfaktoren

Die Berücksichtigung von Umweltfaktoren kann z.B. beim Hilfsmiteleinsetz zur Sturzprophylaxe erhebliche Bedeutung haben. So kann die an sich notwendige Versorgung mit Hilfen im Bad an räumlichen Problemen (beispielsweise zu enges Badezimmer) scheitern. Für die Umweltfaktoren gibt es aufgrund ihrer Vielfältigkeit keine Vorgabe aus der ICF. Hier ist die Fachkraft gefordert, selbstständig alle individuell relevanten Umweltfaktoren aufzuführen.

Funktionsfähigkeit und Behinderung stehen im gegenseitigen Wechselspiel und ergeben sich aus den drei Bereichen Schädigung, Aktivität und Teilhabe. Schädigungen der Körperfunktion und Körperstruktur müssen immer zusammen betrachtet werden und sind daher vergleichbar klassifiziert. Die Schädigungen werden auch als Organ(system)ebene bezeichnet und stellen

die Gesamtheit der einzelnen Organe (z.B. Vestibularorgan, Lunge), deren Systeme (z.B. Herz-Kreislauf-System, Lymphsystem), der Gliedmaßen und Körperteile (z.B. Bein oder Arm), aller Abläufe (z.B. Bewegungsausmaß eines Gelenks) und Funktionen im Körper (z.B. Halten des Gleichgewichts) dar.

Krankheit bewirkt immer auch eine Schädigung von Körperstrukturen und führt damit früher oder später auch zu beeinträchtigten funktionellen Abläufen im Körper. Aber erst im Zusammenhang mit den stets individuellen Kontextfaktoren aus der Lebenswelt des Betroffenen zeigen sich dann die konkreten Auswirkungen auf die Aktivität und Teilhabe, etwa ein hohes Sturzrisiko mit ausgeprägter Sturzangst und daher Rückzug in die eigene Wohnung und somit Verlust der Teilhabe.

*Körperfunktionen
in der ICF*

Eine Übersicht und Zuordnung von Körperfunktionen zu den Kapiteln der ICF bietet die folgende Tabelle:

Kapitel in der ICF	Körperfunktionen
1	Mentale Funktionen
2	Sinnesfunktion und Schmerz
3	Stimm- und Sprechfunktion
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde

Tab. 2.2-1 Körperfunktionen in der ICF

Schädigungen der Funktionen stehen häufig vergleichbare Schädigungen der Struktur gegenüber. Es kann aber vorkommen, dass eine scheinbare geringe Schädigung der Struktur mit einer nicht unerheblichen Schädigung der Funktion einhergeht und auch umgekehrt. Die folgende Tabelle listet die entsprechenden Körperstrukturen auf. Die Kapitel sind hier deckungsgleich mit den Kapiteln der Körperfunktionen.

Körperstrukturen

Die Aktivitäten beschreiben alle Aktionen, die ein Mensch in der Lage ist durchzuführen. Dabei kann sehr individuell vorgegangen werden. So kann etwa die Aktivität „Mobilität“ für ein Kleinkind das Krabbeln, später das Gehen und Laufen oder Fahrradfahren und im Erwachsenenalter zusätzlich z.B. das Autofahren umfassen. Aber auch die Präzisierung „Gehen mit dem Rollator“ oder „Fahren mit dem Rollstuhl“ wäre jederzeit möglich.

Aktivitäten in der ICF

Eng verbunden mit der Aktivität ist die Teilhabe. Die Teilhabe am Leben umfasst die soziale Ebene und somit alle Aspekte, die das Einbezogenensein in Handlungen und Situationen mit anderen Menschen abbildet, etwa das selbstständige Einkaufen, um eine Mahlzeit vorzubereiten, den Arztbesuch, den Schulbesuch oder die Aufnahme einer Arbeit. Auch die Aktivitäten und die Teilhabe werden in der ICF in Kapiteln zusammengefasst.

Teilhabe in der ICF

Kapitel in der ICF	Körperstrukturen
1	Strukturen des Nervensystems
2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Strukturen, die an der Stimmbildung und dem Sprechen beteiligt sind
4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und Atmungssystems
5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Verbindung stehende Strukturen
6	Mit dem Urogenital- und Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
7	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8	Strukturen der Haut- und der Hautanhangsgebilde

Tab. 2.2-2 Körperstrukturen in der ICF

Kapitel in der ICF	Aktivitäten und Teilhabe
1	Lernen und Wissensanwendung, z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, z.B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress umgehen
3	Kommunikation, z.B. Kommunizieren als Empfänger, als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationshilfen
4	Mobilität, z.B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen
5	Selbstversorgung, z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten
6	Häusliches Leben, z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen
8	Bedeutende Lebensbereiche, z.B. Erziehung oder Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Tab. 2.2-3 Aktivitäten und Teilhabe in der ICF