



## Sturzprophylaxe

**PPF/09**

Version 02

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

### **1 Zweck und Ziel**

Erkennung von Sturzneigung, Beseitigung von Sturzgefahren, Vermeidung von Stürzen, Vorgehen nach Sturz.

Ziel ist eine sichere Mobilität. Fixierungs- und Rückhaltesysteme müssen auf das notwendige Maß beschränkt bleiben. Sie können vor Stürzen nicht schützen und haben meist selbst erhebliche Nebenwirkungen!

### **2 Anwendungsbereich**

Allgemeine Maßnahmen zur Beseitigung von Sturzgefahren.

Identifizierung von sturzgefährdeten Patienten

Schutz von Patienten mit Sturzneigung

Im Krankenhaus werden je nach Umfeld 1 – 20 Stürze auf 1000 Patiententage berichtet.

### **3 Beschreibung**

#### **3.1 Risikobeurteilung**

- Sturz in der Anamnese
- Kognitive Einschränkung (Verwirrung, Desorientierung
- Motorische Unruhe
- Sehstörung)
- Internistisch-neurologische Störungen (Synkopen, Anfallsleiden, Lähmungen (besonders nach Schlaganfall), Schwindel, Hypotonie usw.)
- Motorische Einschränkung (braucht Hilfe bei Transfer mit Rollstuhl oder Aufstehen aus dem Bett)
- Gangunsicherheit (nutzt Gehstock)
- Häufiger Harndrang (Inkontinenz)

- **Medikation: Neuroleptika, Antidepressiva, Opiate**

Die Patienten sollen grob in drei Gruppen eingeteilt werden:

- **Sturzrisiko hoch – mittel – niedrig**

Niedriges Sturzrisiko soll nur angenommen werden, wenn keins oder nur eines der Risiken vorliegt. Ausgenommen ist ein Sturz in der Anamnese: hier besteht immer die Gefahr einer Wiederholung!

Das Risiko soll nach Sturz, bei Veränderung des Gesundheitszustandes und routinemäßig alle 6 Wochen neu bewertet werden.

### **3.2 Maßnahmen**

#### **Niedriges Sturzrisiko**

Bei niedrigem Sturzrisiko werden keine besonderen Maßnahmen nötig sein.

Bei mittlerem bis hohem Risiko sind folgende Maßnahmen abzuwägen:

Verlassen des Bettes – des Zimmers – der Station in Begleitung

Hilfestellung bei Transfers in Stuhl, auf Toilette

Gehhilfen, Rollstuhl, Hüftprotektoren

Schuhwerk auf Eignung prüfen: keine Socken! Keine Schlappen!

Medikation revidieren

### **3.3 Allgemeine Maßnahmen**

Bett-Höhe einstellen

Ein- und Aussteigen muss einfach sein

Bettgitter erwägen

Schuhe auf Eignung prüfen

Medikamente auf tatsächlichen Bedarf überprüfen

Auch Diuretika und Abführmittel

Gehhilfe beschaffen: Gehstock, Rollstuhl

Handläufe auf dem Flur, an Treppen

Bewegliche Transportgefäße (Wäschewagen, Getränkewagen) feststellen.

Beleuchtung, auch nachts

Beseitigung von Stolperstellen (Kabel, Teppich,

**Sitzgelegenheiten auf langen Fluren oder auf Treppenab-  
sätzen**

**Rutschsichere Fußböden (Flüssigkeiten auf dem Boden so-  
fort aufwischen)**

**Beleuchtung**

**3.4 Spezielle Maßnahmen**

**Mobilisierung unter Anleitung**

**Überprüfung des Sehvermögens, Hörhilfe, Stock, Prothe-  
sen**

**Schuhe, rutschfeste Socken anpassen**

**Flüssigkeitsausgleich (Volumen!)**

**Auf Alkohol achten!**

**Mehr Schlaf!**

**Immobiler Patient: Lagerung, Hilfe am Bett. Nicht aufste-  
hen ohne Hilfe, Rollstuhl**

**Unsichere Mobilität, aber orientiert: Hilfsmittel, Training,  
Physiotherapie**

**Toilettenstuhl ans Bett**

**Mobil, aber nicht orientiert: Beaufsichtigung**

**Unsicher mobil, nicht orientiert:**

**3.5 Nach Sturz**

**Vitalparameter, Blutung, Frakturzeichen (Beinverkürzung,  
schmerzhafte Bewegungseinschränkung, Außenrotation des Fu-  
ßes oder Schmerzen im Handgelenk oder Schmerzen im Rücken,  
am Thorax). Kopf untersuchen!**

**Verletzung abklären. Bei geringstem Zweifel: Röntgen-  
Untersuchung veranlassen.**

**Schmerzen erfragen**

**Kopfverletzung?**

**Angehörige, Arzt informieren**

**4 Dokumentation**

**Sturzrisiko unter Prophylaxen**

**Sturzprotokoll**

**Jeder Sturz ist ein meldepflichtiges Unerwünschtes Ereig-  
nis!**

## 5 Ressourcen

### 5.1 Material

Festlegen, welche Hilfsmittel (z. B. Hüftprotektoren) eingesetzt werden sollen.

### 5.2 Zeitbedarf

Risiko-Einschätzung: 5 Min

## 6 Risikern

## 7 Zuständigkeiten

Pflegepersonal, Physiotherapeut

## 8 Hinweise und Anmerkungen

Bisher gibt es keine einschlägigen Arzneimittel zu einer wirksamen Knochenstabilisierung, die Sturzfolgen (Fraktur) verhindern könnten, zumindest nicht kurzfristig. Die Gabe von Vitamin D und Calcium gehört mit Sicherheit nicht dazu.

Es sollte überlegt werden, ob zwischen mittlerem und hohem Sturzrisiko unterschieden werden soll

## 9 Mitgeltende Unterlagen

### 9.1 Literatur

1. Registered Nurses' Association of Ontario: Nursing Best Practice Guidelines [Internet]. [September 2017]; Available from: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL\\_PREVENTION\\_WEB\\_1207-17.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf)
2. For Clinicians [Internet]. [o. J.]; [zitiert 2010 Mai 8 ] Available from: <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/public/for-clinicians.php?pageid=01.02.00>
3. Tinetti ME, Baker DI, King M, Gottschalk M, Murphy TE, Acampora D, Carlin BP, Leo-Summers L, Allore HG. Effect of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. N. Engl. J. Med 2008 Juli;359(3):252-261.
4. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N. Engl. J. Med 1994 Sep;331(13):821-827.
5. Park M, Tang JH. Changing the practice of physical restraint use in acute care. J Gerontol Nurs 2007 Feb;33(2):9-16.

6. Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997 Okt;315(7115):1049-1053.

7. Inouye SK, Brown CJ, Tinetti ME. Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences. *N. Engl. J. Med* 2009 Juni;360(23):2390-2393.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.

## 9.2 Begriffe

### 10Anlagen

#### Sturzrisiko-Skalen

---

Erstfassung 08.05.2010

Formale Anpassung 2018-07-27