

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management

Bachelor-Thesis

**Assessmentinstrument zur Einschätzung des Sturzrisikos –
Eine Befragung von Pflegenden**

Tag der Abgabe: 29.08.2013

Vorgelegt von: Jana Gierock
(2029989)




Sabrina Trompeter
(2030492)




Erstgutachterin: Prof. Petra Weber

Zweitgutachter: Kay Winkler–Budwasch

Vorwort

An dieser Stelle möchten wir uns beim Universitären Herzzentrum Hamburg GmbH und bei der stationären Pflegeeinrichtung „Das Heidehaus“ in Jesteburg für Ihre freundliche Unterstützung bedanken. Die beiden Gesundheitseinrichtungen ermöglichten es uns eine Umfrage durchzuführen, welche die Grundlage der vorliegenden Bachelor-Thesis ist.

Gender-Erklärung

Um eine leichtere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, haben wir in der vorliegenden Bachelor-Thesis darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Jedoch möchten wir ausdrücklich darauf hinweisen, dass trotz der Verwendung einer maskulinen oder neutralen Form des Wortes für Personen bzw. Personengruppen, ebenfalls der weibliche Personenkreis angesprochen wird.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	c
Tabellenverzeichnis	c
Abkürzungsverzeichnis	d
1 Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	2
1.2 Ziel und Aufbau der Bachelor-Thesis	3
2 Epidemiologie und Folgen eines Sturzereignisses	3
2.1 Sturzdefinition	4
2.2 Sturzrisiken	5
2.3 Sturzhäufigkeiten	6
2.4 Folgen eines Sturzereignisses	10
2.4.1 Folgen für den Betroffenen	10
2.4.2 Folgen für das Personal	15
2.4.3 Folgen für die Einrichtung	16
2.5 Sturzprävention	18
3 Sturzrisikoeinschätzung anhand von Assessmentinstrumenten	21
3.1 Wissenschaftlicher Hintergrund und Vorstellung der DRISK	23
3.1.1 Die Hauptscheibe	26
3.1.2 Die Oberscheibe	27
3.1.3 Die Modifikation der DRISK	28
3.2 Beschreibung der Anwendung	29
4 Der Untersuchungsgegenstand der Anwenderfreundlichkeit	30
4.1 Definition der Anwenderfreundlichkeit	31
4.2 Anwendungsbezogene Gütekriterien	33
4.2.1 Relevanz	33
4.2.2 Handhabbarkeit	34
4.2.3 Akzeptanz	34
4.2.4 Übertragbarkeit	35
5 Methodik des Forschungsprojekts	35

5.1	Vorstellung der Forschungsfragen	37
5.1.1	Untersuchungsdesign	37
5.1.2	Der Pretest	40
5.2	Rekrutierung und Vorstellung der Untersuchungspopulation	41
5.3	Schulung der Untersuchungspopulation.....	43
5.3.1	Schulungsvorbereitung	43
5.3.2	Ablauf der Schulung	44
5.4	Erhebungszeitraum und Auswertung der Daten.....	47
5.4.1	Hospitation im „Heidehaus“	48
6	Darstellung der Ergebnisse	49
6.1	Ergebnisdarstellung für „Das Heidehaus“	50
6.1.1	Ergebnisse zur Relevanz.....	51
6.1.2	Ergebnisse zur Handhabbarkeit.....	52
6.1.3	Ergebnisse zur Akzeptanz	54
6.2	Ergebnisdarstellung für das „UHZ“	55
6.2.1	Ergebnisse zur Relevanz.....	56
6.2.2	Ergebnisse zur Handhabbarkeit.....	58
6.2.3	Ergebnisse zur Akzeptanz	60
6.2.4	Ergebnisdarstellung der Stationen im Vergleich	61
6.3	Ergebnisse zur Übertragbarkeit.....	62
6.4	Ergebnisse zur beruflichen Voraussetzung	63
7	Schlussbetrachtung.....	65
7.1	Interpretation der Ergebnisse	65
7.2	Methodenkritik.....	67
7.3	Fazit und Ausblick	68
8	Literaturverzeichnis	70
9	Anhangsverzeichnis	I

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Jährliche Inzidenzrate von Stürzen.....	8
Abbildung 2 Neue Umgebung- mehr Stürze.....	10
Abbildung 3 Hüftfrakturen häufiger im Heim.....	12
Abbildung 4 Teufelskreis der Sturzangst.....	13
Abbildung 5 Inhalt eines Sturzprotokolls	16
Abbildung 6 Bewertungsskala der Risikoeinschätzung nach Mai.....	25
Abbildung 7 Vorderseite der Hauptscheibe	26
Abbildung 8 Rückseite der Hauptscheibe.....	27
Abbildung 9 Oberscheibe	28
Abbildung 10 Auszug der verwendeten Skala	40
Abbildung 11 Überblick über den Studienverlauf.....	42
Abbildung 12 Befragungsergebnisse über die Relevanz im „Heidehaus“	51
Abbildung 13 Befragungsergebnisse über die Handhabbarkeit im „Heidehaus“ ..	53
Abbildung 14 Befragungsergebnisse über die Akzeptanz im „Heidehaus“	54
Abbildung 15 Befragungsergebnisse über die Relevanz im „UHZ“	57
Abbildung 16 Befragungsergebnisse über die Handhabbarkeit im „UHZ“	59
Abbildung 17 Befragungsergebnisse über die Akzeptanz im „UHZ“	60
Abbildung 18 Gütekriterien im stationären Vergleich.....	62
Abbildung 19 Gegenüberstellung der Gütekriterien in den drei Pflegesettings	63
Abbildung 20 Angaben aller Befragten über die berufliche Voraussetzung.....	64
Abbildung 21 Angaben der Berufsgruppen über die berufliche Voraussetzung ...	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ablaufplanung des Forschungsprojekts.....	36
Tabelle 2 Ablaufplan der Schulungseinheiten	46
Tabelle 3 Soziodemographische Angaben zur Stichprobe im „Heidehaus“	50
Tabelle 4 Soziodemographische Angaben zur Stichprobe im „UHZ“	56

Abkürzungsverzeichnis

ATLs	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ISO	Internationale Organisation für Normung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Min	Minuten
%	Prozent
UHZ	Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH
WHO	Weltgesundheitsorganisation/ World Health Organisation

1 Einleitung

Nach aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamts, verstarben im Jahr 2011 etwa 9.722 Menschen in Folge eines Sturzes. Im Vergleich hierzu beläuft sich die Anzahl derer, die in Folge eines Verkehrsunfalls verstarben, auf nur 4.199 Menschen. Stürze nehmen in der Rangfolge der unnatürlichen Todesfälle die zweite Stelle ein (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012, S. 1ff.).

Die Wahrscheinlichkeit zu stürzen ist in der frühen Kindheit und im Alter am höchsten. Im Krankenhaus stürzen beispielsweise 7% der Patienten während ihres Aufenthalts, in Langzeitpflegeeinrichtungen stürzen 40% der Bewohner mindestens einmal pro Jahr. Aus einem solchen Vorfall resultieren erhebliche physische und psychische Folgen für den Betroffenen. Stürzt der Betroffene während der Unterbringung in einer Einrichtung des Gesundheitssystems entstehen juristische und monetäre Folgen für die Einrichtungen. Somit ist die Sturzgefahr ein brisantes und relevantes Problem in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (vgl. DNQP, 2013, S. 43ff.).

Das Pflegepersonal in Gesundheitseinrichtungen ist dazu angehalten Sturzrisikofaktoren eines Patienten oder Bewohners zu erfassen und Interventionen einzuleiten, um einem Sturz vorzubeugen. Zur Einschätzung des Sturzrisikos werden in der Praxis spezielle Assessmentinstrumente eingesetzt. Diese Hilfsmittel unterstützen Pflegekräfte bei der Erfassung und Bewertung von Pflegephänomenen, wie dem Sturzrisiko und leisten somit einen Beitrag zur Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 47).

Im Rahmen eines Studienprojekts des Studiengangs Pflegeentwicklung und Management an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg, wurde ein solches Instrument, zur Erfassung des Sturzrisikos, von vier Studentinnen konzipiert. Das Instrument wurde DRISK genannt. Es ist einfach zu bedienen und entspricht dem aktuellen Stand der Forschung. Wissenschaftliche Grundlage bei der Konzeption bildeten im Wesentlichen, der „Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege“ und die Dissertation „Das Sturzrisiko von Patienten im Kran-

kenhaus“ von Herrn Markus Mai, welche die Entwicklung eines konstruktvaliden Sturzrisikoeinschätzungsinstruments beinhaltet.

1.1 Problembeschreibung

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass ein Wissen über Risikofaktoren, welche das Eintreten eines Sturzereignisses erhöhen, Pflegekräften ermöglicht, das Sturzrisiko einer Person zu erfassen und zu eliminieren (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 159ff.). In der Pflegepraxis werden zu dem Zweck zahlreiche Instrumente zur Erfassung des Sturzrisikos eingesetzt. Viele dieser Bewertungsinstrumente sind etabliert, obwohl Untersuchungen über die klinische Wirksamkeit fehlen. Das bedeutet im Fall der Sturzrisikoeinschätzungsinstrumente, dass unklar ist, ob ihre Anwendung tatsächlich eine Reduktion der Sturzinzidenz zur Folge hat. Studien beziehen sich zumeist auf die klassischen testtheoretischen Gütekriterien (Reliabilität, Objektivität, Validität), welche eine Aussage über die Qualität des Instruments selbst treffen (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 58). Neben der Beschaffenheit des Instruments ist für die Pflegekräfte im Praxisfeld der Mehrwert, den es für ihre Arbeit hat entscheidend. Ein komplexes Instrument, welches nicht für den Praxiseinsatz geeignet ist und nur zeitliche und personelle Ressourcen verschwendet, ist überflüssig (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 15ff.). Deshalb wird empfohlen, neben den instrumentenbezogenen Kriterien zusätzlich die anwendungsbezogenen Kriterien, wie die Relevanz, Handhabbarkeit und Akzeptanz in die Untersuchung von Assessmentinstrumenten einzubeziehen (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 57ff.). Hintergrund der Implementierung von Assessmentinstrumenten ist die wissenschaftliche Fundierung von Pflegeleistungen. Außerdem werden sie oftmals in der Pflegepraxis eingesetzt, um einen Nachweis über die Durchführung von Pflegeleistungen, bei der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), erbringen zu können (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 48). Verbreitet ist die Summierung von Punktwerten (Summenscore), die eine Aussage über den Grad der Gefährdung treffen, vermeintlich zuverlässig erscheinen und nach Standard eingesetzt werden (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 14). Dabei muss die Maßgabe sein, dass es sinnvoll ist standardisierte Instrumente in der Pflegediagnostik zu nutzen, „...wenn dies reflektiert und mit guten Kenntnissen gemacht wird. Unter diesen

Voraussetzungen kann die pflegerische Versorgung verbessert werden“ (Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 24). Ob die DRISK die pflegerische Versorgung verbessert, gilt es anhand der Befragung von Pflegekräften zu erforschen.

1.2 Ziel und Aufbau der Bachelor-Thesis

Anhand von fünf Forschungsfragen soll folgende Ausgangsfrage beantwortet werden: „Ist die DRISK ein anwenderfreundliches Instrument, welches einen Mehrwert für die Pflegekräfte darstellt?“ Dazu werden in dieser Bachelor-Thesis die anwendungsbezogenen Gütekriterien untersucht. Weiterhin gibt sie Aufschluss über die Übertragbarkeit der DRISK in unterschiedliche Pflegesettings und die Qualifikation, welche für die Anwendung notwendig ist. Die Erhebung fand bei Mitarbeitern des Universitären Herzzentrum Hamburg (UHZ) und der Langzeitpflegeeinrichtung „Das Heidehaus“ in Jesteburg statt.

Im Anschluss an die Einleitung gibt das zweite Kapitel einen Überblick über die epidemiologischen Daten eines Sturzereignisses, sowie den daraus resultierenden Folgen. Das dritte Kapitel thematisiert den allgemeinen Einsatz von Assessmentinstrumenten und beschreibt sowohl den Aufbau als auch die Anwendung der DRISK. Daraufhin wird auf den Untersuchungsgegenstand der „Anwenderfreundlichkeit“ Bezug genommen, bevor im fünften Kapitel die Methodik des Forschungsprojekts beschrieben wird. Die Ergebnisdarstellung erfolgt im sechsten Kapitel. In der Schlussbetrachtung reflektieren die beiden Verfasserinnen ihre Methodik, interpretieren die Untersuchungsergebnisse und beantworten die Ausgangsfrage nach der Anwenderfreundlichkeit der DRISK.

Die Verfasserzuordnung befindet sich in Anhang 1.

2 Epidemiologie und Folgen eines Sturzereignisses

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, wird der Problematik des Sturzes eine hohe gesundheitspolitische Relevanz zugeschrieben. Unter anderem beschäftigt sich ein Zusammenschluss von Pflegeexperten des Deutschen Netzwerks für

Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit der Sturzthematik. Diese Experten-Gruppe bemüht sich, um die Sicherung und Förderung der Qualität in der Pflege und erstellt regelmäßig Expertenstandards zur aktuellen Studienlage von relevanten Pflegephänomenen wie dem Sturzrisiko (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2013). Einem Sturzgeschehen liegen unterschiedliche Ursachen zu Grunde. Um zunächst die Hintergründe zu erläutern, erfolgt in diesem Kapitel die Darstellung der epidemiologischen Daten eines Sturzereignisses. Dieser Kapitel soll Aufschluss über Sturzrisiken, -häufigkeiten, deren Folgen und mögliche Präventionsmaßnahmen geben.

2.1 Sturzdefinition

Es gibt keine allgemeingültige, einheitliche Definition eines Sturzes. Stattdessen können unterschiedliche internationale und nationale Definitionen zur Begriffsklärung herangezogen werden. Das DNQP bezieht sich 2013 im „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ auf die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte Definition. Die WHO bezeichnet Stürze als „...Ereignisse, bei denen die betreffende Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer anderen tieferen Fläche aufkommt“ (DNQP, 2013, S. 43). Die Definition der WHO beinhaltet Sturzereignisse, welche krankheitsbedingt oder mit einer Gewalteinwirkung einhergehen (vgl. DNQP, 2013, S. 43).

Das DNQP weist darauf hin, dass diese Definition Stürze einschließt, bei denen die betroffene Person nicht mit dem gesamten Körper auf dem Boden, sondern sitzend oder hockend aufkommt (vgl. DNQP, 2013, S. 20). Mit der aktuellen Formulierung sollen Definitionsprobleme in der Praxis vermieden werden, da Personen häufiger sitzend oder hockend vom Pflegepersonal vorgefunden werden. Damit nimmt die Expertenarbeitsgruppe Abstand von der im Jahr 2006 präferierten Definition der „Kellogg International Group on the Prevention of Falls by the Elderly“. Weiterhin zeigt das Expertenteam im aktuellen Expertenstandard auf, dass der Unterschied zwischen der Definition der WHO und der Definition der „Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly“ in der Ursachenbeschreibung des Sturzes liegt (vgl. DNQP, 2013, S. 13). Ausgeschlossen wird in der Definition der internationalen Arbeitsgruppe ein Sturzereignis, wel-

ches unter der Berücksichtigung folgender Faktoren geschieht: „... auf Grund eines Stoßes, Verlust des Bewusstseins, plötzlich einsetzende Lähmungen oder eines epileptischen Anfalls“ (Schwendimann, 2000, S. 170).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat die Begriffsdefinition erweitert und bezieht sich in der verfassten Leitlinie zusätzlich auf Beinahe-Stürze. Ein Sturz ist laut der DEGAM ein:

„... unfreiwilliges plötzliches, unkontrolliertes Herunterfallen oder -gleiten des Körpers auf eine tiefere Ebene aus dem Stehen, Sitzen oder Liegen. Als Sturz bzw. Beinahe-Sturz ist auch zu verstehen, wenn ein solches Ereignis nur durch ungewöhnliche Umstände, die nicht im Patienten selbst begründet sind, verhindert wird, z.B. durch das Auffangen durch eine andere Person“ (Zeitler & Gulich, 2004, S. 7).

Das DNQP hingegen definiert einen Beinahe-Sturz nicht als Sturz, sondern sieht diesen als Hinweis für die Pflegekräfte, dass ein Sturzrisiko besteht (vgl. DNQP, 2013, S. 20).

2.2 Sturzrisiken

Ein Sturzrisiko „... bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, dass Personen innerhalb eines bestimmten Zeitraums einen Sturz erleiden“ (DNQP, 2013, S. 44). Die Entstehung eines Sturzereignisses ist dabei abhängig von der Reaktionsfähigkeit einer Person auf Reize, welche aus der inneren und/oder äußeren Umgebung stammen (vgl. DNQP, 2013, S. 62). Das Vorhandensein und die Kombination der verschiedenen Reize können das Sturzrisiko einer Person erhöhen und werden daher als Risikofaktoren bezeichnet (vgl. DNQP, 2013, S. 24). Risikofaktoren sind „Zustände, Merkmale oder Ereignisse, deren Vorhandensein oder Ausprägung die Vorhersage erlauben, dass ein bestimmter Zustand oder ein bestimmtes Zielergebnis (...) eintreten wird“ (DNQP, 2013, S. 147). Die Arbeitsgruppe hat im „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ Risikofaktoren benannt (vgl. DNQP, 2013, S. 25).

Zusätzlich bildet die Arbeitsgruppe im Expertenstandard Studienergebnisse ab, welche einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Faktoren und den Pflege-

settings zeigen. Diese tabellarische Zusammenfassung spiegelt die Relevanz der Risikofaktoren für die Gesundheitseinrichtungen wieder (vgl. DNQP, 2013, S. 65). Die Einflussfaktoren werden in drei Gruppen eingeteilt. Es wird unterschieden zwischen personenbezogenen, medikamentenbezogenen und umgebungsbezogenen Risikofaktoren (vgl. DNQP, 2013, S. 25).

Zu den personenbezogenen Faktoren zählen Beeinträchtigungen der funktionalen Fähigkeiten, Balancestörungen, Sehbeeinträchtigungen sowie eine eingeschränkte Gehfähigkeit. Die eingeschränkte Gehfähigkeit kann einen Sturz verursachen und die Angst vor einem erneuten oder erstmaligen Sturz schüren. Gesundheitsstörungen wie Depressionen, Kontinenzprobleme, Schwindelgefühle, einen kurzzeitigen Bewusstseinsverlust und akute/ chronische, kognitive Beeinträchtigungen ordnet das DNQP den personenbezogenen Risikofaktoren zu. Es gibt unterschiedliche Arzneimittel wie Sedativa/ Hypnotika, Antihypertensiva und psychotrop wirkende Medikamente, welche die Reaktionsfähigkeit eines Menschen beeinflussen können. Die Einnahme mehrerer pharmazeutischer Präparate (Polypharmazie) wirkt sich ebenfalls sturzfördernd aus. Die eben genannten Heilmittel gehören der Gruppe der medikamentenbezogenen Risikofaktoren an. Freiheitsentziehende Maßnahmen, inadäquates Schuhwerk und Gefahren in der Umgebung, wie beispielsweise Hindernisse auf dem Boden, eine schwache Kontrastgebung und eine geringe Beleuchtung eines Raumes beschreibt die Expertenarbeitsgruppe als umgebungsbezogene Risikofaktoren (vgl. DNQP, 2013, S. 25f.).

Die umgebungsbezogenen und medikamentenbezogenen Einflussfaktoren zählen zu den extrinsischen Parametern, d.h. sie wirken von außen auf den Menschen ein (vgl. Scholze- Stubenrecht, et al., 2013). Die personenbezogenen Merkmale sind hingegen intrinsischer Herkunft, denn sie wirken im Inneren einer Person (vgl. Scholze- Stubenrecht, et al., 2013). Die Unterteilung nach intrinsischen und extrinsischen Einflussfaktoren nahm das DNQP im Jahr 2006 vor (vgl. DNQP, 2006, S. 30).

2.3 Sturzhäufigkeiten

In Deutschland findet derzeit keine systematische, zentrale Erfassung der Sturzhäufigkeiten statt, sodass die Prävalenz der Stürze in deutschen Gesundheitsein-

richtungen auf Schätzungen basiert. Das DNQP empfiehlt Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen die Sturzhäufigkeiten, die Umstände eines Sturzes und die Folgen intern zu erfassen. Die erhobenen Daten bieten den Einrichtungen eine Grundlage, um die Wirksamkeit und die langfristigen Auswirkungen eingeleiteter Maßnahmen zu beurteilen. Des Weiteren können sich Gesundheitseinrichtungen, mit den gesammelten Daten, einen Überblick über das Ausmaß der Sturzproblematik verschaffen. Dafür sollten Angaben über die Anzahl der Stürze insgesamt und über die Anzahl der gestürzten Personen, sowie die Sturzrate in einer Institution vorliegen (vgl. DNQP, 2013, S. 41f.). Die Sturzrate kann laut dem DNQP mit folgender Formel berechnet werden (DNQP, 2013, S. 42):

$$\text{Sturzrate} = (\text{Summe Stürze} \times 1000) / (\text{Summe Bewohnertage bzw. Belegungstage})$$

Die Angaben zur Sturzrate, die Anzahl der Stürze insgesamt und die Anzahl der gestürzten Personen wurden sowohl in international als auch national durchgeführten Studien erhoben. Um nun eine Aussage über die Sturzhäufigkeiten in deutschen Gesundheitseinrichtungen treffen zu können, hat das DNQP die veröffentlichten Studien herangezogen. In den Studien wurde neben der Sturzhäufigkeit, die kumulierte Inzidenz bestimmt. Sie beschreibt den Anteil an Personen, welche innerhalb eines betrachteten Zeitraumes mindestens einmal stürzen. Diese Angaben können als Prognose genutzt werden, um einen Hinweis darüber zu erhalten wie hoch der Anteil der Personen ist, die innerhalb eines Zeitraumes mindestens einmal stürzen werden (vgl. DNQP, 2013, S. 44).

Eine Studie von Schwendimann et al. aus dem Jahr 2008 ergab, dass ca. 7% der Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes mindestens einmal Stürzen (vgl. DNQP, 2013, S. 45). Dabei variiert die Sturzinzidenz in den einzelnen Fachabteilungen (vgl. DNQP, 2013, S. 45). Eine hohe Inzidenzrate mit 9,4% haben geriatrisch aufgenommene Patienten, eine geringe Sturzrate mit 0,9% wiesen hingegen die Patienten in der Urologie und Gynäkologie auf (vgl. DNQP, 2013, S. 46). Eine schwedische Studie von Eriksson aus dem Jahr 2008 zeigte, dass 40% der Pflegeheimbewohner innerhalb eines halben Jahres mindestens einmal stürzen und im selben Zeitraum 62% der demenziell erkrankten Bewohner (vgl. DNQP, 2013, S. 45).

Jedoch gibt die Sturzinzidenz keinen Aufschluss darüber, wie hoch die Sturzhäufigkeit bei einer einzelnen Person ist. Dafür wird die Inzidenzdichte bestimmt. „Die Inzidenzdichte (...) gibt an, wie viele Neuerkrankungen oder Gesundheitsstörungen (...) in einer bestimmten Personenzzeit unter Risiko (...) auftreten“ (DNQP, 2013, S. 143). Studien belegen, dass die Inzidenzdichte im Krankenhaus bei sieben Stürzen pro 1.000 Patiententage liegt und sich dies bei demenziell erkrankten Personen auf 16 Stürze pro 1.000 Patiententage erhöht. In Altenpflegeeinrichtungen stürzt ein Bewohner zweimal im Jahr (vgl. DNQP, 2013, S. 45). Dabei ist zu beobachten, dass das Sturzrisiko einer Person mit zunehmendem Alter steigt. Eine retrospektive Befragung zeigte, dass ca. 20% der Erwachsenen zwischen 20 Jahren und 65 Jahren mindestens einmal innerhalb von zwei Jahren stürzen und 30% der über 65-Jährigen (vgl. DNQP, 2013, S. 45). Eine Studie von Halfon et al. aus dem Jahr 2001 belegt, dass Personen zwischen dem 46. und 55. Lebensjahr eine Inzidenzdichte von 1,29 Stürzen auf 1.000 Patiententage aufweist und diese bei über 85-jährigen Personen auf das fünffache ansteigt (vgl. DNQP, 2006, S. 45). Im Jahr 2006 verwies das DNQP darauf, dass 50% der 90-Jährigen einmal pro Jahr zu Boden fallen (vgl. DNQP, 2006, S. 46).

Untermauert werden die Aussagen in der Abbildung 1. Die Abbildung zeigt, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, einen Anstieg der jährlichen Inzidenzrate pro 100.000 Einwohner ab dem 70. Lebensjahr, d.h. mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Stürze (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 8).

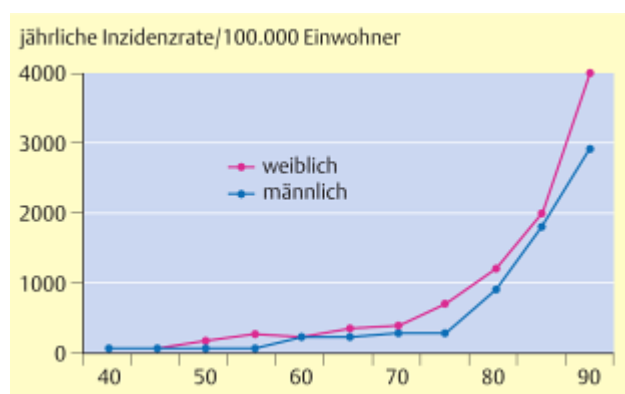


Abbildung 1 Jährliche Inzidenzrate von Stürzen

Dabei ist davon auszugehen, dass nur ca. 5% der Stürze durch das Pflegepersonal beobachtet werden (vgl. Mai, 2010, S. 7). Eine Beobachtungsstudie von Schwendimann et al. im Jahr 2006 zeigte, dass 75% der Stürze in den Patienten-

zimmern geschehen, 15% der Patienten stürzten im Badezimmer und 9,6% auf den Krankenhausfluren und im Wartebereich (vgl. Mai, 2010, S. 7). Angalakuditi et al. fanden 2007 in ihrer Studie heraus, dass ein Sturz sich bei 14% der Betroffenen beim Gehen ereignet und 42,4% aus dem Bett fallen (vgl. Mai, 2010, S. 7). Wobei die Angaben über die Sturzsituation in den einzelnen Studien stark voneinander abweichen. Schwendimann et al. fanden 2006 heraus, dass 43% beim Gehen stürzen und 35% bei einem Mobilisationsversuch (vgl. Mai, 2010, S. 7).

Die meisten Bewohner/ Patienten stürzen im Zeitraum von elf Uhr abends und sieben Uhr morgens. Gründe dafür sind, dass in der Nacht die Beleuchtungssituation schlechter ist und weniger Personal zur Verfügung steht, um Unterstützung anzubieten (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 58). Betrachtet man die Sturzhäufigkeit im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer von Patienten und Bewohnern, kann beobachtet werden, dass ältere Menschen häufig in der ersten und dritten Woche ihres Aufenthaltes in einer Einrichtung stürzen. Stürze in der ersten Woche, lassen sich damit begründen, dass die Umgebung noch ungewohnt ist bzw. weil Bewohner/ Patienten sich in einer schlechteren körperlichen Verfassung befinden.

Vor allem im Krankenhaussektor kann beobachtet werden, dass Patienten in der dritten Woche ihres Aufenthaltes stürzen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die vollständige Bewegungsfähigkeit durch den Patienten noch nicht wiedererlangt wurde, ihnen aber eine völlige Bewegungsfreiheit durch das Pflegepersonal und die Ärzte eingeräumt wurde (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 57). Die Krankenkasse „AOK“ konnte ebenfalls in einer Studie einen Zusammenhang zwischen einer neuen Umgebung und einer erhöhten Sturzinzidenz feststellen. Die Abbildung 2 zeigt, dass die Anzahl der Hüftfrakturen in Folge eines Sturzes, sowohl bei Männern, als auch bei Frauen bereits einen Monat nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung stetig abnimmt (vgl. Becker, et al., 2009, S. 26).

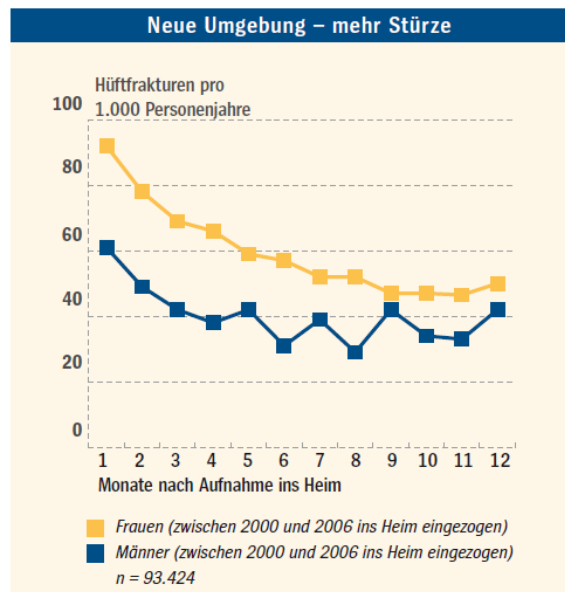


Abbildung 2 Neue Umgebung- mehr Stürze

2.4 Folgen eines Sturzereignisses

Ein Sturzereignis ist in erster Linie ein schmerzhaftes und prägendes Erlebnis für die gestürzte Person selbst (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 32). Jedoch leidet nicht nur die betreffende Person unter den Folgen eines Sturzes, sondern auch die zuständige Pflegekraft. Eignet sich ein Sturz im Krankenhaus oder einer Langzeitpflegeeinrichtung, müssen diese ebenfalls die Konsequenzen eines Sturzereignisses tragen (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 29). Aus diesem Grund werden Sturzfolgen separat für die Betroffenen, das Pflegepersonal, sowie für die Gesundheitseinrichtungen dargelegt.

2.4.1 Folgen für den Betroffenen

„Bei einem Sturz brechen nicht nur die Knochen, es bricht auch das Selbstvertrauen“ (Zeitler & Gulich, 2004, S. 51). Das Zitat von Zeitler et. al. bringt deutlich zum Ausdruck, dass die körperlichen Verletzungen nicht die einzige Folge eines Sturzereignisses sind.

Eine weitere Folge kann ein psychisches Trauma sein, welches mit dem Verlust bzw. der Reduktion des Selbstvertrauens einhergeht. Eine exakte Angabe, wie hoch der Anteil der Betroffenen ist, welche nach einem Sturz unter einem psychischen Trauma leiden oder sich sturzbedingte Verletzungen zu ziehen, kann auf

Grund der fehlenden systematischen und zentralen Erfassung von Sturzereignissen nicht erfolgen. Daher beruhen die Angaben zu den sturzbedingten Verletzungen auf unterschiedlichen empirischen Daten.

Zu den sturzbedingten Verletzungen zählen Hämatome, Hautabschürfungen, Prellungen, Verstauchungen, Luxationen der Gelenke, Frakturen, sowie Weichteil- und Kopfverletzungen. Dabei haben Studien gezeigt, dass das Verletzungsrisiko mit zunehmendem Alter steigt und ab dem 75. Lebensjahr eine Verdopplung sturzinduzierter Verletzungen sichtbar ist. Insgesamt erleiden 40% bis 60% der Personen eine Verletzung nach einem Sturz, davon sind 70,5% der Frauen betroffen (vgl. Mayer S. , 2010, S. 10). Nach einem Sturz konsultieren 17,5% der Betroffenen einen Arzt und 4,1% der Personen müssen stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden, um die Verletzungen versorgen zu lassen (vgl. Freiburger & Menz, 2006, S. 265).

Auf Grund eines Sturzes werden jährlich rund 15% der Pflegeheimbewohner in ein Krankenhaus eingewiesen. Somit stellen sturzbedingte Verletzungen den häufigsten Einweisungsgrund eines Pflegeheimbewohners in ein Krankenhaus dar (vgl. DNQP, 2013, S. 46). Im Krankenhaus müssen ca. 16% der bereits stationär aufgenommenen Patienten wegen eines Sturzes behandelt werden (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 30). Studien haben gezeigt, dass 1% bis 5% der gestürzten Personen schwerwiegendere Blessuren wie Kopfverletzungen und Frakturen davon tragen (vgl. DNQP, 2013, S. 45f.). Zu den leichten Verletzungen zählen Hautabschürfungen, Prellungen und Hämatome, welche ca. 30% der sturzinduzierten Verletzungen ausmachen (vgl. Mai, 2010, S. 8). Andere Studien fanden heraus, dass der Anteil der leichten Verletzungen zwischen 5% und 50% schwankt (vgl. Mayer S. , 2010, S. 11).

Muskelzerrungen, Platzwunden, Gelenkverstauchungen, sowie Kopf- und Weichteilverletzungen machen rund 12% der Verletzungen aus und etwa 4% der gestürzten Personen ziehen sich eine Fraktur zu. Die häufigsten Frakturarten sind die distale Radiusfraktur und die Hüftfraktur. Die distale Radiusfraktur wird dadurch hervorgerufen, dass ältere Menschen oftmals versuchen einen Sturz abzuwenden und dabei auf dem durchgestreckten Arm zu liegen kommen. Die Inzidenz der Hüftfrakturen nimmt ab dem 70. Lebensjahr stetig zu (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S.

30). Die Abbildung 3 zeigt, dass ab dem 70. Lebensjahr die Anzahl der Hüftfrakturen bei Frauen ansteigt. Zusätzlich verweist die Abbildung darauf, dass Pflegeheimbewohnerinnen häufiger eine Hüftfraktur erleiden als Frauen in der eigenen Häuslichkeit (vgl. Becker, et al., 2009, S. 25).

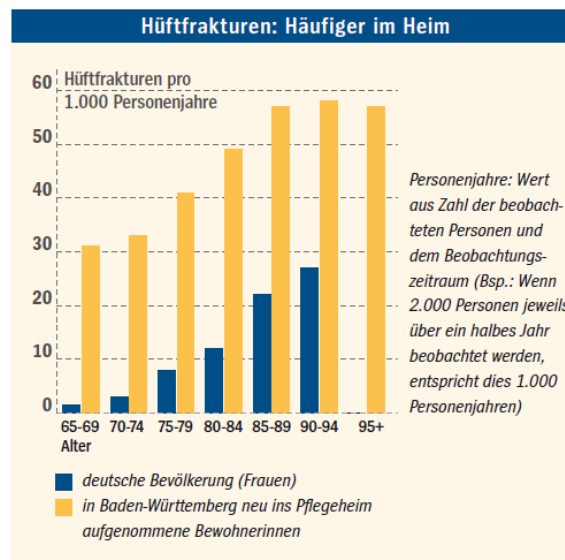


Abbildung 3 Hüftfrakturen häufiger im Heim

Eine Studie in deutschen Altenpflegeeinrichtungen hat gezeigt, dass durchschnittlich sieben Frakturen bei 100 Bewohnern innerhalb eines Jahres auftreten. In den vergangenen fünf Jahren wurden innerhalb eines Jahres ca. 1.220 Personen pro 100.000 Einwohner mit einer sturzbedingten Hüftfraktur stationär aufgenommen, d.h. auf 100 Senioren fällt etwas mehr als eine Hüftfraktur (vgl. DNQP, 2013, S. 46). In Folge einer Hüftfraktur kann es zu Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und zu einer eingeschränkten Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) kommen. Rund 60% der Betroffenen erlangen nach einer Hüftfraktur nicht ihre vorherige Gehfähigkeit wieder. 25% der Betroffenen benötigen im Anschluss Gehhilfen zur Mobilisierung und verändern ihr Gangbild (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 31ff.).

In der Pflegepraxis stehen die pflegerische Versorgung mit Hilfsmitteln und die Unterstützung bei der Ausübung der ATLs, sowie die medizinische Behandlung der sturzbedingten Verletzungen im Vordergrund. Dabei werden oftmals die psychischen Folgen eines Sturzereignisses unter denen die Betroffenen leiden unter-

schätzt. Die Mehrzahl der gestürzten Personen entwickelt eine Sturzangst (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 8). In Studien gaben 29% bis 92% der Betroffenen an, Angst vor einem erneuten Sturz zu haben (vgl. Mayer S. , 2010, S. 14). Dabei kann die Sturzangst eine sehr ausgeprägte Form annehmen. Sie wird als sogenanntes „Post- Fall- Syndrom“ bezeichnet (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 9). Unter einem „Post- Fall- Syndrom“ versteht man eine stark ausgeprägte, zwanghafte Angst erneut zu stürzen. Daher schränken betreffende Personen ihre Bewegungsfreiheit ein (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 9). Diese Mobilitätseinschränkung ist durch eine veränderte Selbstwahrnehmung zu erklären. Betroffene sprechen sich eine erhöhte körperliche Gebrechlichkeit zu und zweifeln ihre eigenen Kompetenzen an (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 32).

Die Bewegungseinschränkungen haben zur Folge, dass die gestürzten Personen Muskelmasse abbauen, die Beweglichkeit der Gelenke minimiert wird und die Fähigkeit das Gleichgewicht zu halten abnimmt. Diese Folgen können zu einem erneuten Sturz führen. Somit befinden sich Betroffene wie in der Abbildung 4 dargestellt im „Circulus Vitiosus“. Der „Circulus Vitiosus“ kann auch als „Teufelskreis der Sturzangst“ bezeichnet werden (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 8).

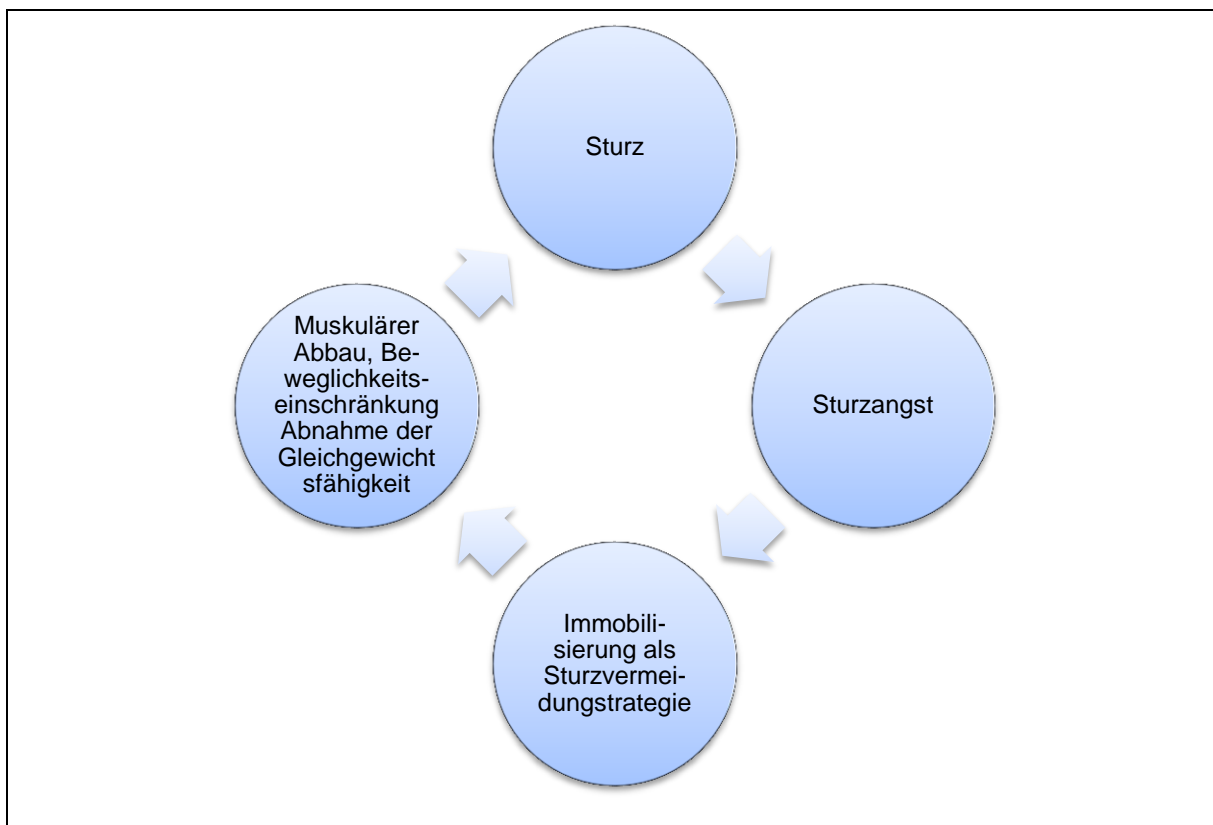


Abbildung 4 Teufelskreis der Sturzangst

Die Sturzanxiety führt bei der Hälfte der betreffenden Personen zu einer eingeschränkten Ausübung der ATLS und sie sind somit auf die Unterstützung von Dritten angewiesen (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 34). Der Autonomieverlust, sowie die Mobilitätseinschränkung können zu einem sozialen Rückzug führen. Der Grund dafür ist, dass Betroffene das Vertrauen in ihre eigene Mobilität verlieren und daher häufig ihre Freizeitgestaltung einschränken. Die eingeschränkte Freizeitgestaltung erschwert die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (vgl. DNQP, 2006, S. 47). Der soziale Rückzug und die damit einhergehende soziale Vereinsamung können Depressionen hervorrufen und den Lebenswillen, sowie die Lebensqualität einer Person reduzieren (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 9).

Im schlimmsten Fall hat ein Sturz den Tod zur Folge. Betrachtet man die Zahlen des Statistischen Bundesamtes, fällt auf, dass der Sturz zu den zweithäufigsten nicht natürlichen Todesursachen in Deutschland zählt. Im Jahr 2011 verstarben 9.722 Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012, S. 5). Als Ursache für den tödlichen Verlauf eines Sturzes sind unmittelbare Verletzungen wie schwere Kopfwunden zu nennen. Eine weitere Ursache kann in der Multimorbidität (Leiden an mehreren Krankheiten) eines Bewohners/ Patienten bestehen. Die Multimorbidität reduziert die körperlichen Kraftreserven eines Menschen und erhöht somit das Risiko an den sturzbedingten Folgen zu versterben (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 29f.).

Die Wahrscheinlichkeit zu sterben, ist bei sturzbedingten Hüftfrakturen und Schädelverletzungen am höchsten (vgl. Mayer S. , 2010, S. 13). In Folge einer Hüftfraktur sterben ca. 4% der Betroffenen während ihres Krankenhausaufenthaltes und rund 23% versterben innerhalb eines Jahres (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 31). Betrachtet man die Zahlen der Sterblichkeitsrate nach einem Sturz insgesamt, wird angenommen, dass ca. 10% der stationär aufgenommenen Personen vor der Entlassung ihren Verletzungen erliegen (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 29). Bestätigt wird diese Angabe durch Pieroborn et al., denn sie geben an, dass ca. 11% der Gestürzten vor, während oder kurz nach einer Operation zu Tode kommen. Weitere 25% versterben innerhalb eines Jahres (vgl. Pierobon & Funk, 2007, S. 8).

Ebenso können Fixierungsmaßnahmen zum Tode führen. Betroffene klettern trotz angelegten Fixierungsgurt über die Bettgitter oder rutschen aus dem Stuhl und

strangulieren sich somit. Die Wahrscheinlichkeit in Folge eines Sturzereignisses tödlich zu verunglücken, steigt mit zunehmendem Alter. In Studien wurde herausgefunden, dass die Mortalitätsspitze mit 66% aller sturzbedingten Todesfälle bei den 75- jährigen und älteren Personen liegt und die Mortalitätsrate achtmal höher ist als in der Altersgruppe der 65 bis 74- Jährigen. Annahmen gehen davon aus, dass jeder fünfte Sturz bei den über 85- jährigen Personen tödliche Folgen hat (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 29f.).

2.4.2 Folgen für das Personal

Ein Sturzereignis hat für den Betroffenen selbst Auswirkungen wie in Kapitel Folgen für die Betroffenen beschrieben. Aber auch für das betreuende Pflegepersonal kann ein solches Sturzereignis belastend sein. Der Sturz ihres Patienten/ Bewohners kann bei dem Pflegepersonal Schuldgefühle und damit einhergehende Selbstvorwürfe hervorrufen. Die Selbstvorwürfe, eine sichere Pflege nicht mehr gewährleisten zu können, werden zusätzlich durch Zweifel an den eigenen Fähigkeiten verstärkt (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 37). Hinzu kommen Schuldzuweisungen und Beschuldigungen durch die Angehörigen, da sie erwarten, dass das Pflegepersonal in der Lage ist, das Sturzrisiko für den Patienten/ Bewohner korrekt einzuschätzen und geeignete präventive Maßnahmen abzuleiten.

Hierbei kann die Problematik entstehen, dass die Erwartungshaltung an das Pflegepersonal durch die Angehörigen und der Betroffenen voneinander abweicht. Die Angehörigen wünschen sich, dass der Patient/ Bewohner in der Gesundheitseinrichtung sicher ist und ein Sturz verhindert wird. Der Bewohner/ Patient möchte in der Regel seine Handlungsautonomie wahren. Somit befinden sich Pflegende in einer Diskrepanz und müssen die formulierten Wünsche der Angehörigen und der Betroffenen abwägen und eine Entscheidung treffen (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 35ff.)

Ereignet sich ein Sturz und der Bewohner/ Patient erleidet eine sturzbedingte Verletzung, kann ein erhöhter Pflegebedarf die Folge sein. Daraus resultiert ein erhöhtes Hilfsangebot gegenüber dem Patienten/ Bewohner. Wie bereits im Kapitel Folgen für die Betroffenen erwähnt, erlangen ca. 60% der gestürzten Personen ihre vollständige Gehfähigkeit nach einer Hüftfraktur nicht wieder zurück und schränken die Verrichtung ihrer ATLS, bedingt durch die Angst erneut zu stürzen,

ein. Ein Sturzereignis erfordert, dass sich das Pflegepersonal mit den Umständen des Sturzereignisses und den daraus resultierenden Auswirkungen beschäftigt (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 22f.).

Zur Auseinandersetzung sollten Sturzprotokolle bzw. sogenannte „Zwischenfallbögen“ herangezogen werden, um in der Einrichtung die Wirksamkeit und die Auswirkungen eingeleiteter Maßnahmen beurteilen zu können (vgl. DNQP, 2013, S. 40f.). Dies hat zur Folge, dass mit einem Sturz ein erhöhter Dokumentationsaufwand einhergeht. Dazu zählt eine schriftliche Darstellung des Sturzgeschehens, die Informationen über eingeleitete Maßnahmen im Verlaufsbericht bzw. im Pflegebericht der betreffenden Person, sowie das Ausfüllen eines Sturzprotokolls (vgl. DNQP, 2013, S. 42).

Das DNQP empfiehlt, wie in der Abbildung 5 dargestellt, dass folgende Angaben in einem Sturzprotokoll enthalten sein sollten (vgl. DNQP, 2013, S. 41):

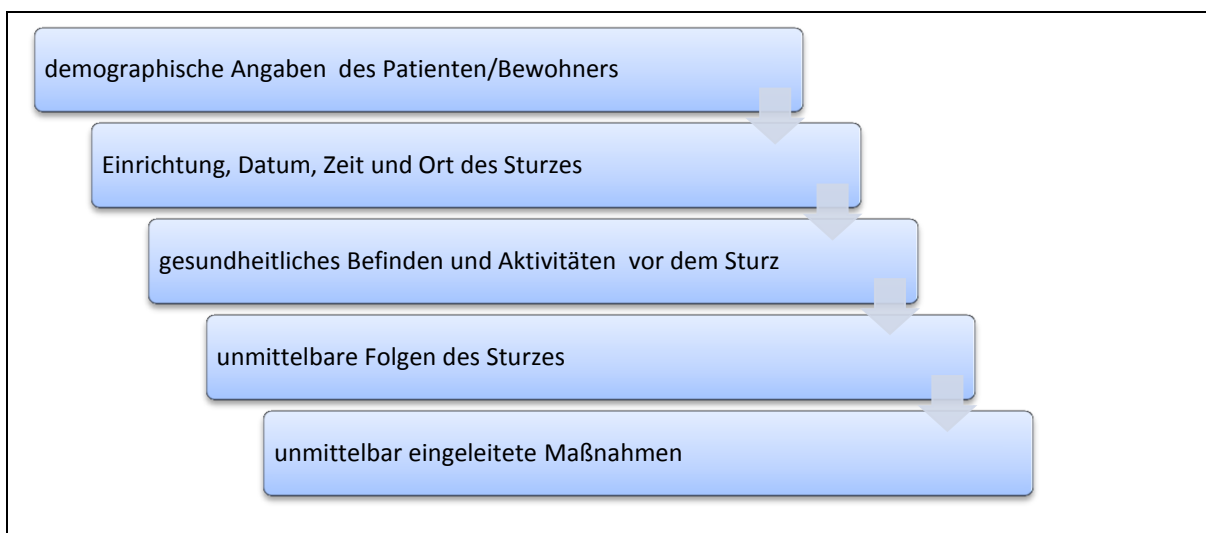


Abbildung 5 Inhalt eines Sturzprotokolls

2.4.3 Folgen für die Einrichtung

Ist eine Krankenhausbehandlung bzw. eine Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung notwendig, werden Verträge zur Regelung der angebotenen Leistungen zwischen den Betroffenen und den Gesundheitseinrichtungen geschlossen.

Im Krankensektor tritt mit der Unterschrift des Patienten der Behandlungsvertrag in Kraft. Der § 630a Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) regelt die

Leistungspflichten des Krankenhausträgers und des Patienten. Zu den Pflichten des Krankenhausträgers zählen die Behandlung und Therapie des Patienten, um Krankheiten, Körperschäden, sowie seelische Schäden zu verhüten, zu erkennen, zu lindern oder zu heilen (vgl. Verein Für Soziales Leben e.V., 2013).

Der Leistungsanspruch für Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen wird durch einen Heimvertrag geregelt. Ein Heimvertrag beinhaltet nach § 1 Abs. 1 und 2 des Heimgesetzes, die Betreuung, Verpflegung, die Bereitstellung von Wohnraum, sowie die Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen (vgl. Klie & Stascheit, 2011, S. 319). Mit einem wirksamen Behandlungsvertrag bzw. Heimvertrag unterliegt den Gesundheitsträgern eine Obhut- und Fürsorgepflicht für jeden Patienten/ Bewohner. Wird die Obhut- und Fürsorgepflicht verletzt und es kommt nach einem Sturz zu schwerwiegenden Verletzungen, sind die Gesundheitseinrichtungen nach § 823 Abs. 1 und 2 des BGB zu Schadensersatzforderungen verpflichtet (vgl. Klie & Stascheit, 2011, S. 181).

Diese können geltend gemacht werden, wenn nach § 276 Abs. 1 des BGB eine fahrlässige oder vorsätzliche Handlung des Personals, den Sturz eines Patienten/ Bewohners zu verantworten hat oder nach § 254 Abs. 1 des BGB ein Mitverschulden durch das Personal vorliegt (vgl. Klie & Stascheit, 2011, S. 163). Auch bei einem Mitverschulden des Sturzereignisses übernehmen die Gesundheitseinrichtungen die Hauptlast der Kosten, welche durch einen Sturz entstanden sind. Zu den anfallenden Aufwendungen zählen Personal-, Hilfsmittel- und Belegungskosten. Wie bereits im Kapitel Folgen für das Personal erwähnt, fällt durch einen Sturz ein dokumentarischer und pflegerischer Mehraufwand an und wird durch die Gesundheitseinrichtung gezahlt. Die Anbringung und Beschaffung von Bettgittern, sowie die Installation von Vorrichtungen wie Handläufen und Haltegriffen werden durch die Hilfsmittelkosten abgedeckt. Hinzu kommt, dass Betroffene häufig langfristig in einer Altenpflegeeinrichtung untergebracht werden müssen bzw. sich die Verweildauer im Krankenhaus durch sturzbedingte Verletzungen verlängert (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 37).

Eine Studie von Heinrich et al. im Jahr 2011 zeigte, dass sich die Kosten bei einer Hüftfraktur pro Fall auf rund 7.500 Euro belaufen. 90% der 7.500 Euro werden für die stationäre Versorgung benötigt, 7% werden für zusätzlich anfallende Pflege-

kosten eingesetzt und 3% entfallen auf die ambulante Versorgung (vgl. DNQP, 2013, S. 48). Eine andere Studie von Becker et al. aus dem Jahr 2003 ergab, dass 5.000 Euro für die operative Versorgung einer Hüftfraktur und 5.000 Euro für die anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen aufgewendet werden müssen (vgl. DNQP, 2006, S. 48). Laut Statistischem Bundesamt belaufen sich die Kosten in Deutschland für sturzbedingte Hüftfrakturen auf rund zwei Milliarden Euro pro Jahr. Eine Hochrechnung von Gesundheitsökonomern aus dem Jahr 2007 besagt, dass die Kosten für Hüftfrakturen bis zum Jahr 2050 auf ca. sieben Milliarden Euro pro Jahr steigen werden (vgl. Becker, et al., 2009, S. 25).

2.5 Sturzprävention

Unter einer Prävention versteht man jede Maßnahme, welche den Eintritt einer Gesundheitsbeeinträchtigung verhindert, verzögert oder die Wahrscheinlichkeit des Eintretens minimiert (vgl. Laschet, et al., 2009). Im Bereich der Sturzprävention soll ein Sturz und eventuell resultierende sturzbedingte Verletzungen vermieden werden. Das Ziel der Sturzprävention ist es, Interventionen einzuleiten, welche die Sturzrisikofaktoren beseitigen oder deren Auswirkungen minimieren, um die Mobilität eines Bewohners/ Patienten zu erhalten und zu fördern (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 83).

Die Einleitung individueller Maßnahmen setzt das Vorhandensein von Kenntnissen voraus, welche die Identifikation eines erhöhten Sturzrisikos erlauben, sowie die Fähigkeit vorhandene Risikofaktoren bei einem Patienten/ Bewohner zu erkennen. Eine Pflegekraft sollte eine Sturzrisikoeinschätzung direkt nach der Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung, bei einer akuten Veränderung des Gesundheitszustandes, bei einer Veränderung der Medikation und der Umgebung, sowie nach einem erfolgten Sturz durchführen (vgl. DNQP, 2013, S. 27f.).

Die Kenntnisse einer Pflegekraft zur Sturzrisikoeinschätzung sollten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft basieren, d.h. Pflegekräfte können Risikofaktoren benennen und sind sich der Auswirkung der einzelnen Risikofaktoren bewusst. Pflegekräfte müssen auch beachten, dass mehrere Sturzrisikofaktoren auftreten können und sollten die gegenseitige Beeinflussung der Risikofaktoren berücksichtigen (vgl. DNQP, 2013, S. 24). Zur Identifikationen von Sturzrisikofaktoren emp-

fiehlt das DNQP, eine von ihnen angefertigte tabellarische Auflistung der Risikofaktoren zur Unterstützung heranzuziehen. Die Tabelle listet die häufigsten Sturzrisikofaktoren in alphabetischer Reihenfolge auf und gibt keine hierarchische Wertigkeit an. Wenn das Sturzrisiko mit Hilfe eines Assessmentinstruments ermittelt wurde, stellt das Ergebnis den Pflegekräften die Grundlage für die zu ergreifenden, präventiven Maßnahmen dar (vgl. DNQP, 2013, S. 28).

Um den Erfolg präventiver Maßnahmen zu gewährleisten, sollten in gemeinsamer Rücksprache mit dem Patienten/ Bewohner die möglichen Präventionsmaßnahmen besprochen werden. Im Rahmen eines Beratungsgesprächs wird dem Patienten/ Bewohner die Möglichkeit eingeräumt, Vorstellungen, Wünsche und Abneigungen von Präventionsmaßnahmen zu formulieren. Dabei steht die Pflegekraft beratend zur Seite und zeigt dem Patienten/ Bewohner mögliche Alternativen auf. Dabei sollte die Pflegekraft auf die Vor- und Nachteile einer Intervention hinweisen, sowie die angestrebten Ziele einer Intervention und die potentiellen Folgen bei Verzicht präventiver Maßnahmen darlegen (vgl. DNQP, 2013, S. 32). In dem Beratungsgespräch können dem Patienten/ Bewohner sowohl Einzelinterventionen als auch multimodale Interventionen angeboten werden (vgl. DNQP, 2013, S. 74). Eine Multimodale Intervention ist eine Kombination aus mehreren einzelnen Maßnahmen (vgl. DNQP, 2013, S. 33).

Die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen konnte bereits 1994 in einer Studie von Tinetti et al. bestätigt werden. Die Studie zeigte, dass durch die Anwendung einer multimodalen Intervention die Sturzrate um 12% gesenkt werden konnte. Jedoch beschränkt sich die Durchführung von Interventionsprogrammen auf stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, da die Durchführung im Krankenhaussektor durch die kurze Verweildauer begrenzt ist (vgl. DNQP, 2006, S. 76). Der Schwerpunkt im Krankenhaus liegt in der Mobilisationsbegleitung der Betroffenen und der Bereitstellung technischer Hilfsmittel (vgl. Becker, et al., 2009, S. 943).

Die Krankenkasse „AOK“ konnte im Jahr 2007 ebenfalls die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen belegen. Ein Schwerpunkt lag im Kraft- und Balancetraining der Teilnehmer. In Kombination mit einer Anpassung der Umgebung, der Medikation und die Verwendung von Schutzprotektoren konnte eine Reduktion von 700 Stürzen im dritten Quartal erzielt werden (vgl. Becker, et al., 2009, S. 26).

Die Bewegungstherapie können ein Kraft- und Balancetraining, ein Gangtraining, sowie Gleichgewichtsübungen beinhalten. Ziel der Bewegungsübungen ist es, die Muskelkraft zu erhalten und wiederherzustellen, Haltungsreflexe zu fördern und die Verrichtung der ATLS zu verbessern und zurückzugewinnen (vgl. Tiedeik Saar, 2008, S. 84ff.). Die Bewegungsübungen können auch als Einzelintervention angewendet werden. Als weitere Einzelmaßnahmen sind zu nennen (vgl. DNQP, 2013, S. 31f.):

- Anpassung der Wohnumgebung wie das Anbringen von Haltegriffen,
- Beseitigung der umgebungsbedingten Sturzgefahr wie Teppiche,
- Überprüfung der Medikation auf Indikation, Dosis, Dauer, Wechselwirkung und Nebenwirkung,
- Modifikation der Sehbeeinträchtigung,
- Verwendung von Hüftprotektoren und anderen Schutzprotektoren und die
- Verwendung von Niedrigbetten, Alarmsystemen und Identifikationsarmbänder.

Im Jahr 2006 verwies das DNQP zusätzlich auf den Einsatz von Hilfsmitteln wie Gehstöcken und Rollatoren und auf die Auswahl von geeignetem Schuhwerk (vgl. DNQP, 2006, S. 79).

Eine weitere Einzelintervention ist das Ergreifen von ernährungsbezogenen Maßnahmen, um die Funktion des muskuloskeletten Systems aufrechtzuerhalten und zu verbessern und somit eine körperliche Schwäche und Gebrechlichkeit zu vermeiden (vgl. DNQP, 2013, S. 86). Wenn im Krankenhaus Einzelinterventionen zur Sturzprävention angewandt wurden, ist es wichtig, dass die weiterbetreuenden Berufsgruppen nach der Entlassung über die durchgeführten präventiven Maßnahmen informiert werden (vgl. DNQP, 2013, S. 37).

Um eine wirksame Sturzprävention in Gesundheitseinrichtungen durchführen zu können, muss die Managementebene eines Krankenhauses oder einer Altenpflegeeinrichtung ein Schulungsangebot für die Mitarbeiter zur Verfügung stellen, um sie auf den aktuellen Stand der Wissenschaft hinzuweisen. Die Anbringung von Haltegriffen, Handläufen, die Bereitstellung von ausreichenden qualitativen Hilfsmitteln und einen rutschfesten Bodenbelag zählt zu den räumlichen und techni-

schen Voraussetzungen, welche ebenfalls durch die Managementebene der Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten sind (vgl. DNQP, 2013, S. 37).

Wenn dennoch ein Sturzereignis, trotz ergriffener präventiver Maßnahmen eingetreten ist, müssen sich Pflegekräfte professionell mit dem Ereignis auseinandersetzen und folgende Fragen beantworten (DNQP, 2013, S. 41):

- „Warum ist ein Bewohner/Patient gestürzt?“ und
- „Was kann getan werden, um einen weiteren Sturz respektive eine Sturzverletzung zu vermeiden?“

Die Evaluation des Sturzereignisses kann Pflegekräften einen Hinweis auf vorhandene Grunderkrankungen oder auf Nebenwirkungen der Medikamente geben (vgl. Tiedeiksaar, 2008, S. 83). Freiheitsentziehende Maßnahmen wie die Anbringung von Bettgittern, das Absperrn von Türen und der Einsatz sedierender Mittel sollten nicht als präventive Maßnahme oder als Folge eines Sturzereignisses eingesetzt werden (vgl. DNQP, 2013, S. 34). In Folge eines Sturzes sollten Pflegekräfte noch einmal in ein beratendes Gespräch mit dem Patienten/ Bewohner gehen und andere Maßnahmen einleiten. Die eingeleiteten Interventionen sollten am Ende folgende Komponenten erfüllen (vgl. DNQP, 2013, S. 30):

- Interventionen basieren auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,
- Berücksichtigung der pflegerischen Expertise und
- Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten/ Bewohners.

3 Sturzrisikoeinschätzung anhand von Assessmentinstrumenten

Inspektion und Beobachtung stellen wichtige Kernkompetenzen von Fachpflegekräften dar. Die fachgerechte Einschätzung spielt dabei eine wesentliche Rolle, um gezielt Interventionen für den Patienten/ Bewohner zu ermitteln (vgl. Lindpaintner, 2007, S. 185). Um eine fachgerechte Einschätzung zu treffen, werden seit einigen Jahren zunehmend „Assessmentinstrumente“ in die deutsche Pflegepraxis implementiert. Das Substantiv Assessment stammt aus dem englischen Sprachgebrauch und wird als „Feststellung, Einschätzung, Bemessung“

übersetzt (vgl. Weis, 2000, S. 25). Ein Instrument bezeichnet laut Duden Wörterbuch ein Mittel „...dessen man sich (wie eines Werkzeugs) zur Ausführung von etwas bedient“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2013).

Die Anwendung eines Assessmentinstruments in der Pflege zielt darauf ab, Pflegekräfte bei der Einschätzung und Bewertung pflegerelevanter Phänomene zu unterstützen. Es leistet Hilfestellung bei der Einschätzung körperlicher, psychosozialer und funktionaler Probleme und Fähigkeiten. Es ersetzt dabei nicht die fachliche Expertise der Pflegekraft, sondern fungiert als unterstützendes Werkzeug bei der Gestaltung des Pflegeprozesses. Die Erfassung und Bewertung von Pflegephänomenen, kann mit Hilfe eines solchen Instruments strukturiert, eindeutig und fundiert erfolgen (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 13 ff.). Aus der Evaluierung der Details, lässt sich dann ein ganzheitliches Konzept für die Behandlung und Betreuung des Klienten erwirken. Beispielsweise lassen sich daraus Maßnahmen und Ziele für den jeweiligen Patienten/ Bewohner ableiten. Die Einschätzung ist somit ein Baustein bei der Planung des Pflegeprozesses und dient zur Evidenzbasierung (vgl. Spirig, Fierz, Hasemann, & Vincenzi, 2007, S. 182 f.).

In Deutschland werden zahlreiche Assessmentinstrumente in der Pflegepraxis eingesetzt. So beispielsweise zur Bewertung der Dekubitusgefährdung (Gefahr des Wundliegens) oder der Schmerzerfassung eines Patienten/ Bewohners. Neben der Bewertung von gesundheitlichen Defiziten, geht es dabei auch um die Beachtung von persönlichen Ressourcen und Verhaltensweisen, um etwaige Komplikationen wie einen Sturz zu vermeiden (vgl. Spirig, Fierz, Hasemann, & Vincenzi, 2007, S. 182). In dieser Arbeit wird ein Assessmentinstrument zur Einschätzung des Sturzrisikos fokussiert, die DRISK.

Wie bereits im Kapitel Folgen eines Sturzereignisses beschrieben wurde, ist das Sturzrisiko ein aktuelles und relevantes gesundheitspolitisches Problem. Die Prävention eines Sturzes beginnt mit der Einschätzung des Sturzrisikos. Diese Aufgabe soll die DRISK erfüllen. Ihr Inhalt und Aufbau wird in diesem Kapitel weiter erläutert.

3.1 Wissenschaftlicher Hintergrund und Vorstellung der DRISK

Im Pflegealltag nehmen administrative Aufgaben, welche es zu bewältigen gibt, stetig zu. Personelle Ressourcen nehmen dagegen ab (vgl. Braun, Klinke, & Müller, 2010, S. 10 ff.). Im Hinblick auf diese sich abzeichnende Entwicklung, wurde die DRISK so konstruiert, dass mit wenig Aufwand eine zuverlässige Aussage über das Sturzrisiko getroffen werden kann. Neben der Praxisorientierung war gleichzeitig das Ziel, ein Instrument zu schaffen, welches den neuesten Erkenntnissen der Pflegeforschung gerecht wird. Es handelt sich bei der DRISK nicht um einen weiteren Dokumentationsbogen, sondern um eine Drehscheibe. Der Name leitet sich aus der Optik des Instruments ab. Die DRISK ist eine Drehscheibe, daher auch der Buchstabe „D“. Der zweite Wortbestandteil „RISK“ leitet sich aus dem englischen Wort für „Risiko“ ab (vgl. Weis, 2000, S. 500). Sturzrisiken werden, anhand der Drehscheibe, zügig ermittelt und somit können Interventionen für den Eingeschätzten eingeleitet werden.

Die Dokumentation des Risikos und der erforderlichen Pflegemaßnahmen soll getreu dem Wirtschaftlichkeitsprinzip erfolgen (vgl. Thommen, 2009). Das heißt unter Einsatz möglichst knapper personeller, materieller und zeitlicher Ressourcen soll eine umfassende und fundierte Dokumentation erzielt werden. Die Dokumentation von Pflegemaßnahmen hat eine hohe Relevanz bezogen auf die Qualitätssicherung in der Pflege, da gesundheitspolitische Rahmenbedingungen den Nachweis von Pflegetätigkeiten, anhand der schriftlichen Dokumentation, erfordern (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 48). Beispielsweise fragt der MDK bei seinen Qualitätskontrollen von Pflegeheimen die Dokumentation des Sturzrisikos und der daraus eingeleiteten Maßnahmen für die jeweiligen Bewohner ab (vgl. GKV-Spitzenverband, 2009, S. 51). Die DRISK kann als Leitfaden für die Dokumentation genutzt werden.

Neben der DRISK existieren bereits zahlreiche andere Assessmentinstrumente zur Ermittlung des Sturzrisikos. Wie bereits in der Problembeschreibung im ersten Kapitel beschrieben, muss die Wirksamkeit hinterfragt werden. So gibt es Forscher, die die Anwendung von Assessmentinstrumenten in Studien überprüft haben und sich gegen die Benutzung aussprechen. In einer randomisierten kontrollierten Studie aus dem Jahre 2009, wurde in der Kontrollgruppe die rein fachliche

Einschätzung des Pflegepersonals in Pflegeheimen mit der Beurteilung anhand eines in englischsprachigen Ländern standardisierten Sturzrisiko Assessmentinstruments in der Interventionsgruppe verglichen. Sie kam zu dem Ergebnis, dass die Anwendung eines Assessmentinstruments keinen Mehrwert für die Bewohner hat, da die Sturzinzidenz in der Interventionsgruppe sich nicht zu der in der Kontrollgruppe unterschied (vgl. Meyer, Köpke, Haastert, & Mühlhauser, 2009, S. 421). Der Studie kann gewiss eine hohe Qualitätsgüte zugesprochen werden. Ob die Anwendung von Assessmentverfahren eine Auswirkung auf die Arbeit der Pflegekräfte zum Beispiel bezogen auf die Dokumentation hat, war jedoch nicht Gegenstand der Untersuchung. Die pauschale Ablehnung des Einsatzes von Assessmentinstrumenten in der Pflege wird nicht befürwortet (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009, S. 21).

Fakt ist, dass eine systematische Erfassung und Dokumentation der Sturzrisikofaktoren individuell für jeden Patienten oder Bewohner erfolgen soll, um alsbald nötige Interventionen zur Sturzvermeidung treffen zu können. Etablierte Instrumente, die auf einem Summenscore basieren, werden auch vom DNQP abgelehnt. Ebenso werden Checklisten, die es einzig abzuhaken gilt, nicht empfohlen. Der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ fordert von Fachpflegekräften die sofortige Einschätzung des Sturzrisikos bei Aufnahme eines Bewohners/Patienten (vgl. DNQP, 2013, S. 22 ff.). Die Frage, die sich stellt ist, ob ein Assessmentinstrument dabei eine Unterstützung bietet.

Bei der Entwicklung der DRISK lag der „Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege“ aus dem Jahr 2006 vor. In diesem veröffentlichte das DNQP eine Liste von Risikofaktoren, die besonders häufig zu einem Sturz führen und in diversen Studien überprüft wurden, wie bereits im Kapitel Sturzrisiken erwähnt. Einige der Risikofaktoren finden Anwendung auf der DRISK. Bereits 2006 wurde ein summenbasiertes Instrument abgelehnt (vgl. DNQP, 2006, S. 30). Deshalb wird auf der DRISK eine Bewertungsskala genutzt, die nicht summenbasiert ist. Die zu Grunde liegende Assessmentskala zur Einschätzung des Sturzrisikos entwickelte der Pflegewissenschaftler Markus Mai in seiner Dissertation aus dem Jahr 2010. Sie basiert auf der Einschätzung von vier Hauptkriterien (Items). Auf seiner Skala, die in

Abbildung 6 zu sehen ist, werden folgende vier Items eingeschätzt: Sensibilitätsstörung, Mobilitätseinschränkung, Harndrang sowie Verstehen und Behalten.

Anzahl der erfüllten Kriterien	Risikostufe
0 bis 1 Kriterien	Normales Sturzrisiko
2 Kriterien ohne „Mobilitätseinschränkung“	Normales Sturzrisiko
2 Kriterien mit „Mobilitätseinschränkung“	Erhöhtes Sturzrisiko
3 und mehr Kriterien	Erhöhtes Sturzrisiko

Abbildung 6 Bewertungsskala der Risikoeinschätzung nach Mai

Insgesamt überprüfte er 17 Risikofaktoren (Items) auf ihre Aussagekraft. Bei diesem Testverfahren divergierten die Itemsets in ihrer Kombination und Anzahl. Die Aussagekraft und Objektivität einer 4-Item-Skala ist nach seinen Berechnungen am höchsten. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten von Variablen, d.h. die Hauptkriterien können unterschiedlich kombiniert werden. Mai entschied sich dafür, die Hauptkriterien auf seiner Skala zu nutzen, die in der Pflegepraxis am einfachsten von der Pflegekraft ermittelt werden können (vgl. Mai, 2010, S. 175 f.).

Bei seiner Bewertung der Hauptkriterien geht Mai davon aus, dass jeder Mensch sturzgefährdet ist. Jedoch verfügen einige, aufgrund individueller, physischer und psychischer Funktionseinschränkungen über ein erhöhtes Risiko zu stürzen. Des Weiteren gibt es körperliche Defizite, denen eine höhere Wahrscheinlichkeit zu stürzen zu Grunde liegt als anderen. Daraus folgt, dass das Hauptkriterium „Einschränkung der Mobilität“ besonders schwer wiegt (vgl. Mai, 2010, S. 180).

Seine Erkenntnisse gewann er unter Einsatz von Modellen aus der probabilistischen Testtheorie. Der Einsatz der probabilistischen Testtheorie ist in der Pflegeforschung relativ selten, da überwiegend die Gütekriterien der testtheoretischen Forschung für die Überprüfung von Studien genutzt werden, wie in der Problembeschreibung bereits Erwähnung fand. Die probabilistische Testtheorie erweist sich für die Überprüfung von Pflegephänomenen als effektiv, geht allerdings mit höherem Zeitaufwand einher (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 70 ff.).

Die DRISK besteht aus einer Hauptscheibe und einer Oberscheibe. Die Beschreibung der Scheibe und die Anleitung zur Anwendung erfolgt in den folgenden Abschnitten. Ein Muster der DRISK in Originalgröße befindet sich im Anhang 5 dieser Arbeit.

3.1.1 Die Hauptscheibe

Die Hauptscheibe ist sowohl auf der Vorderseite, als auf der Rückseite beschriftet. Die Vorderseite ist in vier Bereiche aufgeteilt. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht sind diese Bereiche farblich gekennzeichnet.

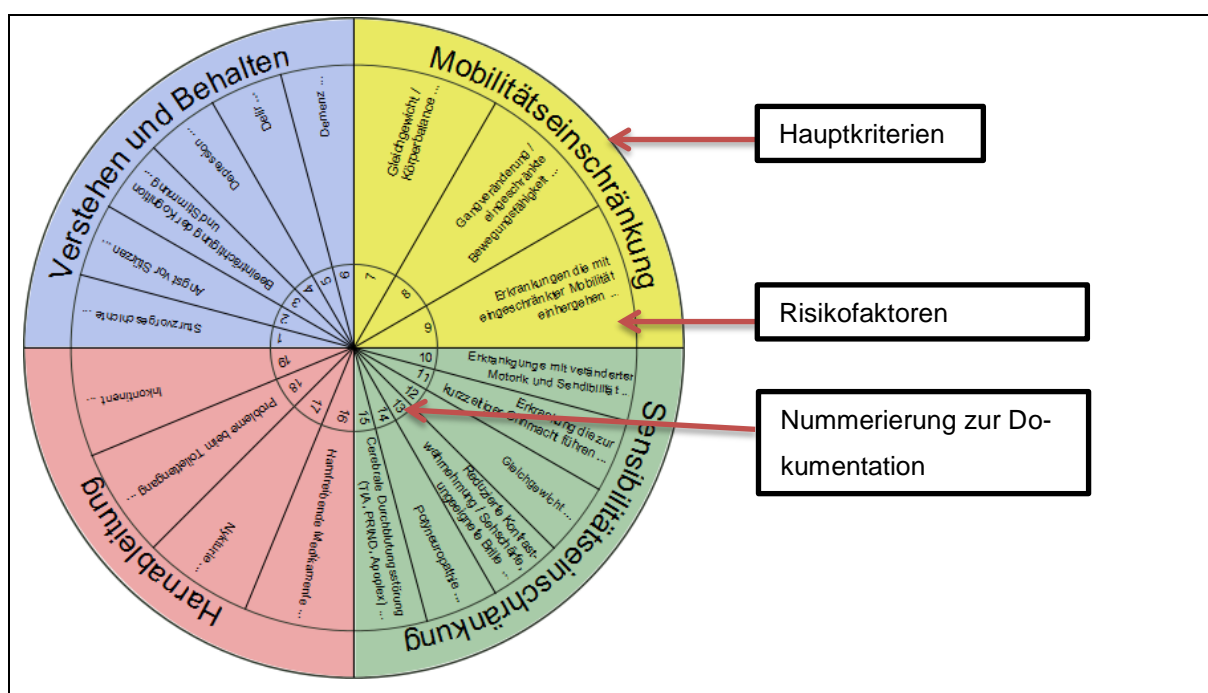


Abbildung 7 Vorderseite der Hauptscheibe

Die farbliche Gestaltung dient einzig und allein der Abgrenzung der Felder untereinander. Sie symbolisieren die vier Hauptkriterien der Bewertungsskala. Die Sensibilitätsstörung erstreckt sich über den grünen Bereich. Der rote Bereich kennzeichnet die Harnableitung, der blaue Bereich Verstehen und Behalten. Im gelben Bereich findet man die Mobilitätseinschränkung. Es findet auf der Scheibe eine Zuordnung von Risikofaktoren, die einen Sturz begünstigen, zu dem jeweiligen Hauptkriterium statt. Um zu ermitteln, ob ein Mensch ein normales oder ein erhöhtes Sturzrisiko hat, sind nur die vier Hauptkriterien relevant. Die Risikofaktoren spielen jedoch eine ausschlaggebende Rolle bei der Ableitung der Maßnahmen und müssen dokumentiert werden. Sie sind nummeriert wie in Abbildung 7 zu se-

hen ist. Die Nummern können im Pflegebericht erfasst werden. Die Risikofaktoren dienen der ersten Orientierung und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Komplexität der Patienten-/ Bewohnersituationen sollen beachtet werden und wenn nötig, weitere Risikofaktoren von der Pflegefachkraft zugeordnet werden. Nach der Risikoerfassung müssen präventive Maßnahmen eingeleitet werden, wie auch schon im Abschnitt Sturzprävention erläutert wurde. Auf der Rückseite der Hauptscheibe, die in Abbildung 8 zu sehen ist, wird der Hinweis darauf gegeben und exemplarisch werden dort Maßnahmen benannt.

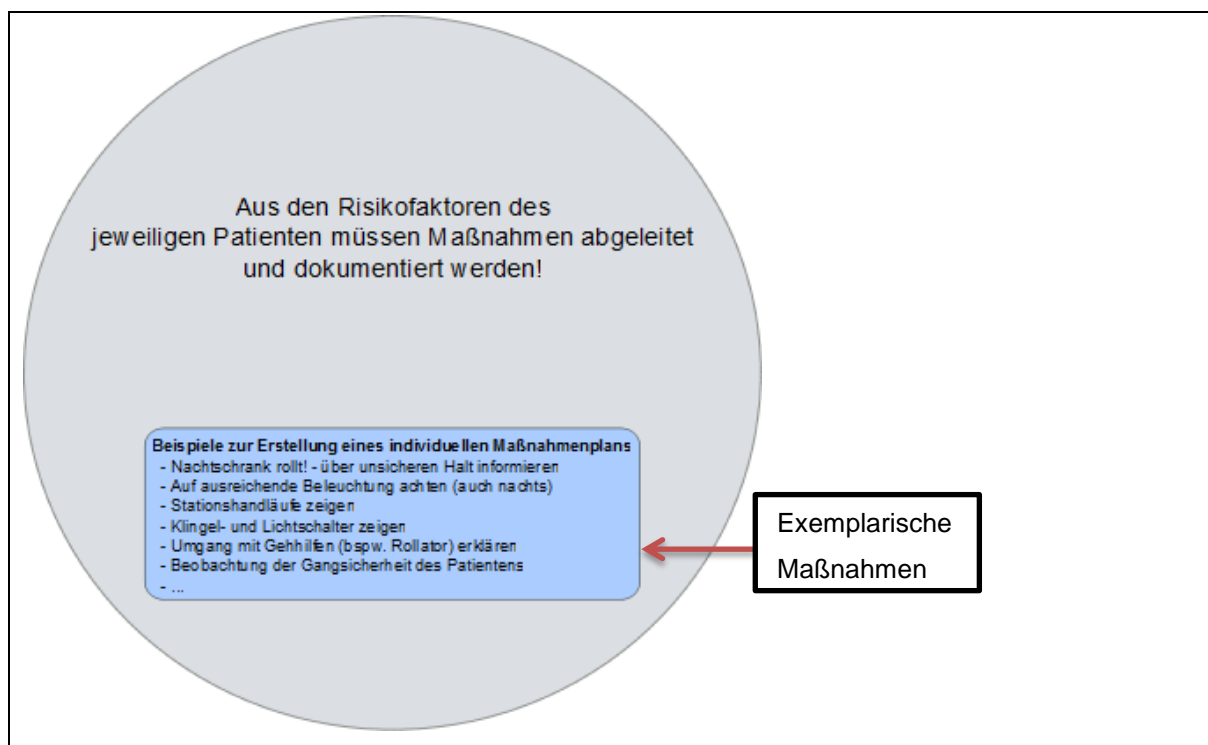


Abbildung 8 Rückseite der Hauptscheibe

3.1.2 Die Oberscheibe

Die DRISK schätzt intrinsische Risikofaktoren ein. Um eine ganzheitliche Pflege der Patienten oder Bewohner zu gewährleisten, müssen auch die umgebungsbedingten Risikofaktoren beachtet werden, wie beispielsweise ein rutschiger Boden. Diese Gegebenheiten lassen sich jedoch von der Pflegekraft größtenteils nicht ändern. Sie müssen hingenommen werden und der Patient auf mögliche Risiken der umgebenden Faktoren hingewiesen werden (vgl. DNQP, 2013, S. 37). Damit diese extrinsischen Faktoren nicht in Vergessenheit geraten, werden einige auf der Oberscheibe der DRISK, die in Abbildung 9 zu sehen ist, benannt. Das

Hauptmerkmal der Oberscheibe ist die Bewertungsskala nach Mai. Anhand dieser Skala werden die vier Hauptkriterien beurteilt.

Wie bereits im Abschnitt Wissenschaftlicher Hintergrund und Vorstellung der DRISK erläutert wurde, wird zwischen „normalem“ und „erhöhtem Sturzrisiko“ unterschieden. Die Einschätzung welchen „Grad“ des Sturzrisikos der Eingeschätzte erfüllt, richtet sich nach der Anzahl beziehungsweise nach Art des Hauptkriteriums. Abhängig von den Kriterien, die der Eingeschätzte erfüllt, hat er entweder ein normales oder ein erhöhtes Risiko zu stürzen.

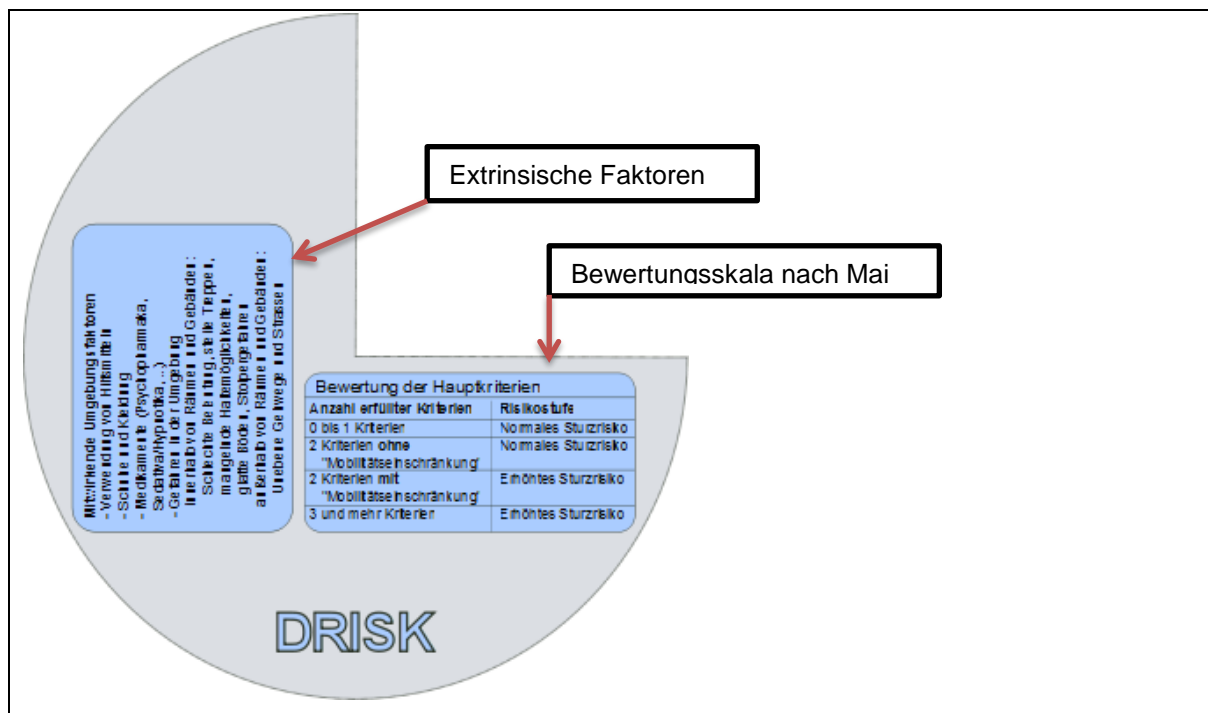


Abbildung 9 Oberscheibe

3.1.3 Die Modifikation der DRISK

Nachdem die DRISK einem Plenum von circa 20 Studenten des Studiengangs Pflegeentwicklung und Management an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg vorgestellt wurde, fand bereits eine erste Überarbeitung der Drehscheibe nach Augenscheinvalidität, das bedeutet nach Plausibilität, statt (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 69). Außerdem erfolgte eine Vorstellung des Instruments bei Pflegekräften aus der Krankenhauspraxis, die ebenfalls um konstruktive Kritik gebeten wurden. Nach diesem ersten Feedback wurde die Drehscheibe anhand der Wünsche und Ideen der Befragten angepasst.

Ein Wunsch, den alle Befragten hervorbrachten war, dass die Schriftgröße und die Scheibe insgesamt zu klein seien. Daraus resultierte die Vergrößerung der Schriftgröße und auch des Durchmessers der Drehscheibe (von 10 cm auf 14 cm). Des Weiteren war die Ausrichtung der Schrift verschieden. Die Schrift der Risikofaktoren war in der Richtung spiegelverkehrt zur Schrift in der Bewertungsskala, was die Drehscheibe für den Anwender unhandlich machte. Die Schrift wurde daraufhin angeglichen. In Abbildung 7 bis Abbildung 9 sind die Komponenten der DRISK abgebildet, so wie sie in dieser Arbeit zur Anwendung kommen.

3.2 Beschreibung der Anwendung

Ein Einschätzungsinstrument muss so konzipiert sein, dass die Benutzung, zur Zufriedenheit des Anwenders führt. Das heißt auch, dass ein solches Instrument nicht unnötig komplex gestaltet werden sollte, um es schnell in den Pflegeablauf integrieren zu können (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 95 ff.). Im Fall der DRISK sind die Anwender Fachpflegekräfte, daher wird unter anderem auf die Definition der Begriffe auf der Drehscheibe selbst verzichtet. Alle Begriffe die genannt werden, sind nach Meinung der Verfasserinnen im Pflegealltag geläufig und werden als bekannt vorausgesetzt. Nach einer Einweisung in die richtige Anwendung der Scheibe, sollen die Pflegekräfte in der Lage sein, das Instrument zu benutzen.

Die erste Anwendung erfolgt im Krankenhaus oder auch im Pflegeheim bei Aufnahme des Patienten/ Bewohners. Die Fachpflegekraft erfasst die Anamnese des Patienten. Sie nimmt die Scheibe in die Hand oder legt sie auf einen festen Untergrund und dreht die Ober- und Hauptscheibe gegeneinander, sodass im Fenster der Oberscheibe die Hauptkriterien und die jeweiligen Risikofaktoren sichtbar sind. Um die Bewertung des Sturzrisikos (normal oder erhöht) treffen zu können, werden lediglich die vier Hauptkriterien benötigt. Die Pflegekraft nimmt nun einen Dokumentationsbogen zur Hand. Dieser Bogen verfügt über mehrere Felder zum Ankreuzen und kann wahlweise auch in elektronischer Form vorliegen. Auf dem Bogen ist es möglich ein Kreuz bei „Normales Sturzrisiko“ bzw. „Erhöhtes Sturzrisiko“ zu setzen. Die Pflegekraft ermittelt zunächst welche Hauptkriterien erfüllt sind und setzt ihr Kreuz in eines der beiden Felder. Ein anderes Feld hat die

Überschrift „Sturzrisikofaktoren des Patienten“. In dieses Feld wird dann die Ziffer des jeweiligen Risikofaktors des Patienten eingetragen. Ein freies Feld ermöglicht es, weitere Risikofaktoren, falls vorhanden, zu notieren. Unter der Überschrift „Maßnahmen zur Reduktion des Sturzrisikos“, notiert die Pflegekraft nun die präventiven Maßnahmen, die eingeleitet werden oder wurden um das Sturzrisiko zu reduzieren. Es wird absichtlich auf den Vordruck von Maßnahmen und aller bekannter Risikofaktoren verzichtet, um nicht den Eindruck einer Checkliste entstehen zu lassen. Sturzrisikofaktoren und auch Interventionen zur Sturzvermeidung, hängen von der konkreten Pflegesituation des Bewohners oder Patienten ab und die Pflegekraft soll flexibel bei der Ausgestaltung der Maßnahmen entscheiden (vgl. DNQP, 2013, S. 27). „Diese Vorgehensweise trägt dem Umstand Rechnung, dass die individuelle Konstellation von Sturzrisikofaktoren von Person zu Person variiert“ (DNQP, 2013, S. 27). Ein Assessmentinstrument kann nicht alle Rahmenbedingungen und Faktoren, die Einfluss auf den jeweiligen Patienten oder Bewohner haben erfassen. Es wird als Hilfsmittel verstanden und ersetzt nicht die fachliche Expertise der Pflegekraft (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 54). Bei eintretender Veränderung der Pflegesituation oder einem Sturz des Betroffenen, müssen die Sturzgefahr, die Risikofaktoren und Interventionen, durch die Pflegekraft reflektiert und gegebenenfalls angepasst werden (vgl. DNQP, 2013, S. 27f.). Selbiges gilt für die DRISK, es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben und wenn sich wissenschaftliche Erkenntnisse verändern, muss auch die DRISK aktualisiert werden.

4 Der Untersuchungsgegenstand der Anwenderfreundlichkeit

Um durch die Implementierung eines Assessmentinstruments einen Mehrwert zu erzielen ist der Dialog zwischen Forschung und Praxis unabdingbar (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 81). Im Rahmen dieser Arbeit wird nun überprüft, ob es gelungen ist ein Instrument für Pflegekräfte zu entwickeln, welches als anwenderfreundlich empfunden wird.

In der Pflege werden oftmals Assessmentverfahren genutzt, ohne die Angemessenheit jemals hinterfragt zu haben. Die Angemessenheit ist das Beurteilungskrite-

rium, welches beschreibt, ob das Mögliche in entsprechender Situation notwendig oder effektiv ist (vgl. Schrems, 2007, S. 222). Wenn Assessmentinstrumente beurteilt werden, dann zumeist anhand der allgemeinen testtheoretischen Gütekriterien: Validität, Reliabilität und Objektivität. Die Validität (Gültigkeit) eines Instruments beschreibt die Messgenauigkeit, also ob eine Skala misst, was sie messen sollte (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 64). Die Bewertungsskala für die DRISK entstammt der Dissertation von Herrn Mai, der die Konstruktvalidität seiner Skala hinreichend anhand verschiedener Modelle der probabilistischen Testtheorie überprüft hat (vgl. Mai, 2010, S. 175f.). Die Validität der Beurteilungsskala an sich wird somit als gegeben betrachtet. Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) steht im Zusammenhang mit der Validität. Sie misst die Instrumentenpräzision, das heißt wie zuverlässig und mit welcher Genauigkeit ein Instrument reproduzierbare Ergebnisse liefert (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 60). Unter der Objektivität eines Instruments wird „...der Grad der Unabhängigkeit der Einschätzung von der Anwendung oder dem Anwender definiert“ (Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 59).

Die Überprüfung dieser Kriterien kann hier nicht geleistet werden, da die Dauer einer solchen Untersuchung die vorgesehene Zeit für eine Bachelor-Thesis überschreiten würde. In dieser Arbeit werden daher die anwendungsbezogenen Kriterien untersucht, da bei der Implementierung eines Assessmentinstruments es, neben der Kompetenz der Anwender, auch eine große Rolle spielt, ob die Bereitschaft der Anwendung durch das Pflegepersonal gegeben ist (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 57). Um zu ermitteln, dass ein Instrument dem Maßstab der Anwenderfreundlichkeit entspricht, muss zunächst definiert werden, was unter „anwenderfreundlich“ verstanden wird. In diesem Kapitel wird deshalb der Untersuchungsgegenstand der „Anwenderfreundlichkeit“ für den Leser operationalisiert.

4.1 Definition der Anwenderfreundlichkeit

Bei der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass eine Definition der Anwenderfreundlichkeit bezogen auf ein Assessmentinstrument in der Pflege nicht einfach ist. Laut Duden versteht man unter anwenderfreundlich ein Produkt welches für „den Anwender angenehm, praktisch (in der Handhabung)“ ist (vgl. Bibliographisches Institut GmbH, 2013). Um den Begriff näher zu definieren, wur-

de zunächst mit Hilfe der Suchmaschine „Google Scholar“ recherchiert. Dabei fiel auf, dass dieser sich meist auf computergestützte Programme bezieht. Bezogen auf die Anwenderfreundlichkeit von Assessmentinstrumenten in der Pflege wurden erst einmal keine Treffer erzielt. Die DRISK ist ein Produkt, insofern wurde zunächst im Rahmen des Produktmanagements nach Definitionen geforscht. Bei der Suche stießen die Verfasserinnen auf den Begriff der Gebrauchstauglichkeit bezogen auf die Ergonomie von Softwareprodukten. Die Internationale Organisation für Normung (ISO) operationalisiert den Begriff der „Gebrauchstauglichkeit“ folgendermaßen: „Die DIN EN ISO 9241 Teil 11 definiert Gebrauchstauglichkeit als das Ausmaß in dem ein Produkt durch bestimmte Benutzer in einem bestimmten Nutzungskontext genutzt werden kann, um bestimmte Ziele effektiv, effizient und mit Zufriedenheit zu erreichen“ (Rudlof, 2006, S. 15). Dabei werden die Begriffe wie folgt definiert:

- Effektiv bezeichnet die „Genauigkeit und Vollständigkeit mit der Benutzer ein bestimmtes Ziel (Arbeitsergebnis) erreichen“,
- Effizienz meint das Verhältnis zwischen Genauigkeit und Vollständigkeit und dem eingesetzten Aufwand mit dem Benutzer ein bestimmtes Ziel (Arbeitsergebnis) erreichen,
- Zufriedenheit bedeutet „die Beeinträchtigungsfreiheit der Nutzung und positive Einstellung der Nutzer zur Produktnutzung“ (Rudlof, 2006, S. 15).

Die DRISK ist kein Softwareprodukt, dennoch besteht eine Parallelität zwischen diesem Assessmentprodukt und einem Softwareprodukt. Erst am Einsatzort im Nutzungskontext erkennt man bei den meisten Softwareprodukten ihre Gebrauchstauglichkeit für den Einsatzzweck (vgl. Rudlof, 2006, S. 15). Auch bei einem Assessmentinstrument entdeckt man erst bei der Implementierung ins Pflegesetting, ob es anwenderfreundlich ist. Die Benutzer müssen genauer spezifiziert werden. Im Rahmen dieser Arbeit sind die Benutzer das geschulte, examinierte Pflegepersonal, welches in den beiden Einrichtungen arbeitet, in denen die Erhebung stattfindet. Der Nutzungskontext bezeichnet die Einbeziehung der Organisation, der Einsatzumgebung, des Produkts und der Aufgabe. Übertragen auf diese Arbeit gehören der organisatorische Ablauf, der Einzuschätzende, das Produkt und der Einschätzende zum Nutzungskontext. Die Anwendung der DRISK soll effektiv und effizient sein und zur Zufriedenheit beim Anwender führen. Die Effek-

tivität äußert sich darin, dass das Ziel einer Erfassung des Sturzrisikos, der Einleitung individueller Interventionen und der Dokumentation aller Maßnahmen erreicht wird. Effizienz bedeutet, dass sich die Erfassung in den Ablauf des Erfassenden ohne hohen Aufwand integrieren lässt und dass die DRISK anwendbar ist. Die Zufriedenheit bezeichnet zum einen die Akzeptanz des Pflegepersonals das Produkt anzuwenden. Zum anderen wird anhand dieses Kriteriums die Zufriedenheit mit dem Inhalt und Aufbau der Drehscheibe bewertet. Die Anwendung dieser Definition wurde bei der Erstellung des Fragebogens berücksichtigt.

4.2 Anwendungsbezogene Gütekriterien

Bei der weiteren Literaturrecherche stießen die Autorinnen auf anwendungsbezogene Gütekriterien für Assessmentinstrumente in der Pflege. Die bei näherer Betrachtung besser zum Kontext der Arbeit passen als die Definition der Gebrauchstauglichkeit. Anwendungsbezogene Gütekriterien sind analog zu Reuschenberg & Mahler (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 72 ff.):

1. Relevanz,
2. Klinische Wirksamkeit,
3. Handhabbarkeit,
4. Akzeptanz,
5. Ökonometrische Bewertung.

In dieser Arbeit werden drei der Kriterien im Rahmen einer Befragung überprüft. Wenn in dieser Arbeit von Anwenderfreundlichkeit gesprochen wird, umfasst der Begriff die Kriterien: Relevanz, Handhabbarkeit und Akzeptanz. Die Betrachtung dieser Kriterien ist im Hinblick auf knappe personelle und zeitliche Ressourcen, denen Pflegkräfte unterliegen, sinnvoll um eine erfolgreiche Implementierung und eine adäquate Anwendung von Assessmentverfahren zu fördern (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 72).

4.2.1 Relevanz

Ein Assessmentverfahren verfolgt Zielsetzungen. Das Kriterium der Relevanz dient der Bestimmung in wie weit die Zielsetzung, durch das Instrument erreicht

wird (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 72). In der Befragung zur Anwenderfreundlichkeit der DRISK kann nicht überprüft werden, ob sich das Sturzrisiko unter Anwendung der DRISK reduziert. Anders ausgedrückt kann die klinische Wirksamkeit an dieser Stelle nicht überprüft werden. Diese könnte am besten anhand einer randomisierten Kontrollstudie erfolgen (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 72 f). Dazu ist der Zeitrahmen einer Bachelor-Arbeit zu knapp. Es kann aber überprüft werden, welche Relevanz die DRISK für die Dokumentation hat. Außerdem kann der subjektive Mehrwert, den das Assessmentinstrument eventuell für das Pflegepersonal im Gegensatz zur erfahrungsbasierten Einschätzung hat, ermittelt werden. Weitere Aspekte, die hinterfragt werden, sind ob die Arbeit der Pflegekräfte durch die Anwendung der DRISK erleichtert wird und sie sich bei Bestimmung sinnvoller Interventionen für den Patienten/ Bewohner unterstützt fühlen.

4.2.2 Handhabbarkeit

Der Begriff der Handhabbarkeit meint gleichzeitig die Praktikabilität und die Anwendbarkeit des Instruments. Das heißt dieses Kriterium bezieht sich darauf, welchen Aufwand die Anwendung des Instruments produziert und wie leicht die Einschätzung anhand des Instruments fällt. Ein Assessmentinstrument soll ohne umfangreiche Schulungen implementiert werden können und in einem praktischen Format vorliegen (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 74). Anhand dieses Kriteriums werden auch die Optik und der Aufbau der DRISK hinterfragt. „Ein valides und reliables Verfahren kann für die Praxis unbrauchbar sein, wenn die Durchführung zu aufwändig ist“ (Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 74). Das Instrument muss einen erkennbaren Nutzen für das Pflegepersonal haben und vom Anwender als geeignetes Instrument in der Praxis empfunden werden (vgl. Reuschenbach, 2008, S. 297).

4.2.3 Akzeptanz

Die Motivation ein Assessmentinstrument zu nutzen, welches nicht akzeptiert wird, ist vermutlich gering. Die zentrale Frage, die sich dem Pflegepersonal stellt, ist ob aus der Anwendung dieses Instruments ein Mehrwert für sie resultiert. Wird beispielsweise die Planung der Pflege positiv durch die Anwendung des Instruments

beeinflusst, steigt auch die Akzeptanz. Die Akzeptanz ist ein Einstellungsmerkmal und steht im Zusammenhang mit dem Faktor Relevanz. Wird dem Instrument eine hohe Relevanz zugeschrieben, verbessert sich die Akzeptanz (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 75). In dieser Arbeit wird die Akzeptanz des Pflegepersonals hinterfragt. Es ist auch möglich die Akzeptanz der Patienten oder Bewohner zu hinterfragen (Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 74f.). Da nicht zwingend eine aktive Beteiligung des Patienten bei der Einschätzung notwendig ist, findet ausschließlich die Überprüfung der Akzeptanz des Pflegepersonals statt.

4.2.4 Übertragbarkeit

Die Übertragbarkeit eines Instruments beschreibt ein Gütekriterium, welches nicht direkt den anwendungsbezogenen und nicht den testtheoretischen Gütekriterien zugeordnet wird, sondern dazwischen liegt. Es bezieht sich auf das Einsatzfeld, in dem das Instrument zum Einsatz kommt (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 69). Es wird empfohlen die Anwendung eines Instruments in unterschiedlichen Populationen zu testen, um eine Aussage über die Brauchbarkeit zu treffen (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 182). Die DRISK wurde zunächst mit Hinblick auf den Einsatz auf peripheren Krankenhausstationen (ohne Monitorüberwachungsstationen) konstruiert. In dieser Arbeit wird überprüft, ob eine Eignung des Instruments in verschiedenen Pflegesettings gegeben ist. Des Weiteren wird die Übertragbarkeit in verschiedene Einrichtungen des Gesundheitssystems und die Abhängigkeit von der Berufsgruppe bzw. dem Ausbildungsstand betrachtet. In dieser Arbeit werden dazu drei Pflegesettings differenziert:

- Die Wohnbereiche des Pflegeheims.
- Die herzchirurgische Station mit Monitorüberwachung im „UHZ“.
- Die kardiologische Station ohne Monitorüberwachung im „UHZ“.

5 Methodik des Forschungsprojekts

Um Erkenntnisse über die Anwenderfreundlichkeit der DRISK zu gewinnen, wurde im ersten Schritt der Ablauf des Forschungsprojekts geplant, denn „Forschung und Entwicklung ist die systematische Suche nach neuen Erkenntnissen unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden in geplanter Form“ (Möhrle, Müller-Stewens,

Specht, & Voigt, 2009). Die Ablaufplanung wird in Tabelle 1 dargestellt. Sie gibt einen groben Überblick über die Zeitplanung, die Aufgaben, Aufgabenteilung und notwendigen Materialien. Die systematische Vorgehensweise bei dem Forschungsprojekt und die eingesetzten Methoden sind Inhalt dieses Kapitels. Ein weiterer wichtiger Punkt dieses Kapitels ist die Vorstellung der Forschungsfragen.

Zeitraum in Kalenderwochen (KW)	Aufgabe	Zuständigkeit: Jana Gierock, Sabrina Trompeter Materialien:
KW 13 bis KW 16	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung des Exposé für die Bachelor-Thesis inklusive der Fragestellung 	<ul style="list-style-type: none"> • Literatur
KW 13 bis KW 18	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach zwei Einrichtungen im Gesundheitswesen mit Hilfe von Professorin Weber 	
KW 14 bis KW 22	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche zum Thema 	
KW 16 bis KW 20	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung des Fragebogens • Durchführung Pretest 	<ul style="list-style-type: none"> • Literatur • Probanden
KW 21 bis KW 22	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung im „Heidehaus“ • Schulung im „UHZ“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Broschüren/ Poster, • Mitarbeiter aus den Einrichtungen • fertige Drehscheibe
KW 21 bis KW 25	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungszeitraum 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebögen
KW 26 bis KW 34	<ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung zur Ausgabe des Themas für die Bachelor-Thesis • Dateneingabe • Aufteilung der Gliederung und schriftliche Ausarbeitung der Bachelor-Thesis 	<ul style="list-style-type: none"> • Programm PASW 18 • Daten aus den Einrichtungen • Literatur
KW 36 bis KW 37	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Ergebnisse in den Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzbericht

Tabelle 1 Ablaufplanung des Forschungsprojekts

5.1 Vorstellung der Forschungsfragen

Im Kapitel „Der Untersuchungsgegenstand der Anwenderfreundlichkeit“ wurde herausgestellt, dass die Anwenderfreundlichkeit der DRISK untersucht werden soll. Die anwendungsbezogenen Gütekriterien wurden dort bereits definiert. Aus den vier Gütekriterien lassen sich fünf Forschungsfragen formulieren, die im Zusammenhang mit der Anwenderfreundlichkeit zu untersuchen sind:

1. Forschungsfrage:

- Ist eine Relevanz für die Pflegekräfte gegeben?

2. Forschungsfrage:

- Ist die Handhabbarkeit der DRISK gegeben?

3. Forschungsfrage:

- Ist die Akzeptanz der DRISK beim Pflegepersonal gegeben?

4. Forschungsfrage:

- Ist die DRISK in unterschiedlichen Pflegesettings anwendbar?

5. Forschungsfrage:

- Ist ein Alten- oder Krankenpflegeexamen zur Anwendung der DRISK notwendig?

5.1.1 Untersuchungsdesign

Zentrale Aufgabe des Messinstruments ist die Erhebung der Anwenderfreundlichkeit der DRISK. Dafür bieten sich Interviews und eine Fragebogenerhebung an. In dieser Arbeit erfolgte eine schriftliche Erhebung, da der schriftliche Fragebogen den Vorteil bietet, dass in einer kürzeren Zeit eine größere Gruppe erreicht werden kann, als in einem mündlichen Interview (vgl. Mayer H. O., 2012, S. 101). Die Verfasserinnen sehen bei einem mündlichen Interview die Objektivität der Probanden gefährdet. Es ist zu erwarten, dass die Beantwortung anhand eines anonymen Fragebogens aufrichtiger erfolgt als anhand eines mündlichen Interviews, in dem die „Entwickler des Instruments“ dem Befragten als Interviewer gegenüber sitzen. Hierbei könnte die Antworttendenz zur „sozialen Erwünschtheit“ Einfluss nehmen.

Darunter versteht man „...die Tendenz der Versuchspersonen, die Items in die richtige Richtung zu beantworten, die ihrer Meinung nach den sozialen Normen entspricht“ (Raab-Steiner & Benesch, 2010, S. 60). Der Nachteil der Erhebung mittels schriftlichen Fragebogen und der Abwesenheit des Interviewers, besteht allerdings darin, dass die Fragen eventuell nicht verstanden und deshalb nicht beantwortet werden können (vgl. Mayer H. O., 2012, S. 101). Die E-Mail Adressen der Entwicklerinnen wurden auf dem Fragebogen vermerkt, sodass eine Kontaktaufnahme bei auftretenden Schwierigkeiten erfolgen konnte.

Es wurde kein Erhebungsinstrument gefunden, welches die Anwenderfreundlichkeit von Assessmentinstrumenten überprüft, daher wurde ein eigener Fragebogen konstruiert. Um die gestellten Forschungsfragen zu beantworten, wurden zunächst Fragen gesammelt. Der Fragenkatalog wurde dann auf Vollständigkeit hin überprüft. In diesem Kontext bedeutet Vollständigkeit, ob alle Forschungsfragen anhand des Katalogs beantwortet werden können. Um die Vollständigkeit zu überprüfen, wurde die Definition der Gebrauchstauglichkeit, also die Effizienz, die Effektivität und die Zufriedenheit genutzt. Die Fragen wurden den drei Kriterien zugeordnet, um zu ermitteln, ob alle Kriterien der Gebrauchstauglichkeit berücksichtigt wurden, um bei der Datenauswertung alle Fragen beantwortbar zu machen. Bei der Entwicklung des Fragenkatalogs gelangten die Verfasser zu der Erkenntnis, dass die Kriterien der Gebrauchstauglichkeit zu unpräzise für den Transfer ins Pflegesetting sind. Bei erneuter Recherche stießen sie dann auf die anwendungsbezogenen Gütekriterien, die bereits in dem gleichnamigen Kapitel definiert wurden. Sie sind konkret auf Assessmentverfahren in der Pflege ausgerichtet. Daher wurden diese Kriterien im weiteren Verlauf genutzt. Eine Modifikation des Fragenkatalogs fand nicht statt, da der Inhalt der Forschungsfragen im Wesentlichen gleich blieb, lediglich die Formulierung änderte sich.

Der Fragebogen besteht zum größten Teil aus einem gebundenen Antwortformat. Auf die Anzahl der Fragen wurde geachtet, denn tendenziell nimmt die Bereitschaft zur Beantwortung von Fragen mit der Länge des Fragebogens ab (vgl. Schöneck & Voß, 2013, S. 74). Um die Motivation zum Ausfüllen nicht zu gefährden, wird empfohlen mit einfachen Fragen zu beginnen und komplexe Fragen zu einem späteren Zeitpunkt zu stellen (vgl. Schöneck & Voß, 2013, S. 75ff.). Deshalb wurden die soziodemographischen Angaben zu Anfang abgefragt und da-

nach unter der Überschrift „Allgemeines“ Aussagen zu dem Thema Sturzrisiko als „Einstiegsfragen“ formuliert. Die Fragen zu Anfang sollen das Interesse der Pflegekräfte wecken und das Layout des Fragebogens soll nicht abschreckend wirken, denn es hat einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen (vgl. Schöneck & Voß, 2013, S. 73f).

Um eine bessere Übersicht zu erzeugen, wurden die Fragen unter sechs Überschriften gegliedert:

- Angaben zur Person
- Allgemeines
- Aufbau
- Das Einschätzungsverfahren
- Auswirkungen
- Ausblick

Weitverbreitet sind Diskussionen darüber, welches Antwortformat genutzt werden sollte. Es wurden nur wenige Fragen gestellt, die einen Freitext vorsehen. Überwiegend findet die Formulierung von Items in Form von Deklarativsätzen Anwendung, deren Aussage anhand einer Skala vom Befragten bewertet werden soll. In der Literatur wurde nach einer adäquaten Ratingskala zu diesem Zweck gesucht. Schlussendlich wird der Aussage, dass es eine optimale Skala nicht gibt, zugestimmt (vgl. Porst, 2011, S. 91f).

Eine Ratingskala ist mehrstufig und es wird die Empfehlung gegeben vier- bis siebenstufige Skalen zu nutzen. Bei einer zweidimensionalen Skala bietet sich eine ungerade Anzahl der Stufen an, um einen Mittelwert bezeichnen zu können (vgl. Porst, 2011, S. 92). In dieser Arbeit wurde für die Beantwortung der meisten Fragen eine zweidimensionale, verbalisierte Ordinalskala mit fünf Skalenpunkten zum Ankreuzen genutzt. Eine fünfstufige Skala empfanden die Entwicklerinnen als beste Möglichkeit. Es wurde bewusst eine Skala gewählt, die dem Befragten eine Mittelkategorie vorgibt und ihn nicht zwingt sich zu entscheiden, um ihm alle Möglichkeiten offen zu lassen. Die Mittelkategorie dient oftmals als Fluchtkategorie um sich nicht entscheiden zu müssen. Wird jedoch keine Mittelkategorie gegeben neigen einige Befragte dazu, keine Antwort zu geben und somit Fragen auszulassen (vgl. Porst, 2011, S. 81f.).

Da die Befragter bei dem Ausfüllen des Bogens nicht anwesend sind, wurde besonders auf die Standardisierung geachtet, um gleiche Befragungsbedingungen zu schaffen. Verbalisierte Skalen bieten dahingehend den Vorteil, dass sie eindeutige Aussagen treffen und weniger Interpretationsspielraum lassen, als endpunktbenannte Skalen (vgl. Porst, 2011, S. 80). Deshalb wurde diese Art der Skala genutzt. Die Skala wurde zweidimensional verfasst. Zweidimensional bedeutet: Es werden Zustimmung und Ablehnung formuliert, statt Formulierungen wie „stimme voll nicht zu“ oder ähnliche Formen zu nutzen. Eine konkrete Benennung der einzelnen Punktvariablen erschien den Autoren eindeutiger bei der Beantwortung. Die verwendete Skala ist in Abbildung 10 zu sehen. Zur besseren Verdeutlichung wurde in der Tabelle ein Item, welches beantwortet werden soll, als Beispiel belassen.

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehen voll ab
16. Ich konnte die Einschätzung anhand der DRISK gut in den Arbeitsablauf integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 10 Auszug der verwendeten Skala

Der Fragebogen verfügt über insgesamt 36 Items und die Bearbeitung dauert fünf bis zehn Minuten. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang 2.

5.1.2 Der Pretest

Bevor ein neu konstruierter Fragebogen zum Einsatz kommt, empfiehlt sich ein Probelauf. Das heißt, in einem Pretest soll der Fragebogen auf mögliche Fehler in der Konstruktion überprüft werden. Ziel des Testlaufs ist es unter anderem zu gewährleisten, dass die Formulierung der Fragen eindeutig ist und diese vom Befragten verstanden werden. Nach einem solchen Pretest können dann Neuerungen am Fragebogen durchgeführt werden (Schöneck & Voß, 2013, S. 20).

In dieser Arbeit wurde ein neuer Fragebogen konstruiert und einer Stichprobe von n=7 Personen zur Bearbeitung vorgelegt. Diese Stichprobe bestand aus fünf Studenten des Studiengangs Pflegeentwicklung und Management sowie zwei Perso-

nen, die nicht in der Kranken- oder Altenpflege arbeiten. Es wurde das Verfahren des „Lauten Denkens“ angewandt. Darunter versteht man die Instruktion der Testpersonen ihre Fragen, Anmerkungen und Ideen während der Bearbeitung zu verbalisieren, während die Forscher die Vorschläge protokollieren (vgl. Raab-Steiner & Benesch, 2010, S. 59). Nach den Anregungen aus dem Pretest ergaben sich Änderungen in der

- Rechtschreibung,
- Formatierung und
- Umformulierung einzelner Fragen zum besseren Verständnis.

Die Fragebogenentwickler beließen die Skala in ihrer Reihenfolge. Es wird empfohlen die Skala von der Ablehnung zur Zustimmung von links nach rechts aufzubauen (vgl. Porst, 2011, S. 89). Da dies im Pretest durch die befragte Stichprobe nicht bemängelt wurde, blieb die Ausrichtung der Skala wie zuvor.

5.2 Rekrutierung und Vorstellung der Untersuchungspopulation

Geplant war die Erhebung mittels Fragebogen in einem Krankenhaus und einer Langzeitpflegeeinrichtung. Auf der Suche nach Einrichtungen wurden die Verfasserinnen von Professor Petra Weber unterstützt. Sie stellte im März 2013 den Kontakt zum Universitätsklinikum Eppendorf und einer Hamburger Pflegeeinrichtung her. Der Pflegeeinrichtung war es allerdings nicht möglich, an der Befragung teilzunehmen. Frau Trompeter schrieb daraufhin die Einrichtungsleitung im „Heidehaus“ in Jesteburg an. Sowohl im „UHZ“ als auch im „Heidehaus“ wurden Gespräche vereinbart. Die DRISK wurde im Gespräch vorgestellt. Das Exposé der geplanten Bachelor-Thesis und der Fragebogen wurden durch die Ansprechpartner in den Betrieben an den Betriebsrat, zur Überprüfung weitergeleitet. Die Betriebsräte beider Einrichtungen stimmten dem Projekt zu. Daraufhin wurde das Pflegepersonal dreier Wohnbereiche der Einrichtung „Das Heidehaus“ befragt. Zum anderen fand im „UHZ“ auf einer kardiologischen Station und einer herzchirurgische Station mit Monitorüberwachung die Befragung statt.

Im Pflegeheim arbeiten insgesamt 80 Vollzeitkräfte in der Pflege (vgl. Sousa Batista, 2012). Es wurden zwanzig Fragebögen auf jeden Wohnbereich verteilt. Im

„Heidehaus“ wird bereits standardisiert für jeden Bewohner der Einrichtung das Sturzrisiko eingeschätzt und dokumentiert. Welche Skala genau genutzt wird ist nicht bekannt.

Über die Verwendung eines Sturzrisiko-Assessmentinstruments im Krankenhaus liegen keine Informationen vor. Laut Angaben der Stationsleitungen arbeiten im „UHZ“ auf der kardiologischen und herzchirurgischen Station zusammen 40 Pflegekräfte in Vollzeit. Auf beiden Stationen wurden 20 Fragebögen verteilt. Eine Übersicht über den Verlauf des Forschungsprojekts gibt das Flow Chart Diagramm in Abbildung 11.

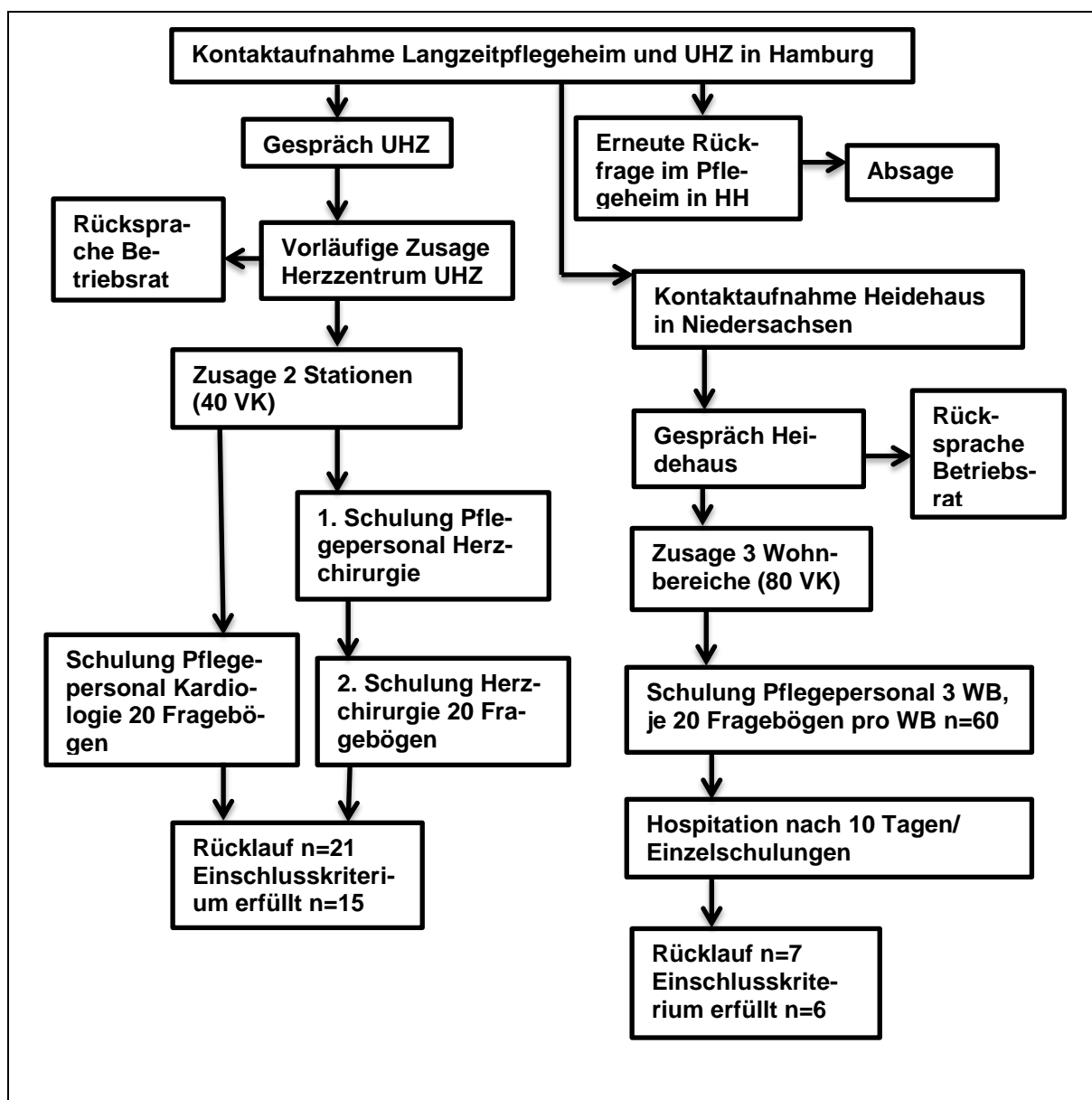


Abbildung 11 Überblick über den Studienverlauf

5.3 Schulung der Untersuchungspopulation

Bei einer Mitarbeiterschulung handelt es sich um „...eine auf die typischen Erfordernisse des jeweiligen Einsatzgebietes abgestimmte Ausbildungsform in einer definierten Zeit, in der ein neuer Mitarbeiter in die wesentlichen Handlungsabläufe des Arbeitsfeldes eingewiesen wird“ (Peinbauer & Mandl, 2003, S. 1). In diesem Fall erlernen die Mitarbeiter der teilnehmenden Stationen des „UHZ“ und die Pflegekräfte der Altenpflegeeinrichtung „Das Heidehaus“ in einer Schulung die Handhabung bzw. Anwendung eines neu konstruierten Assessmentinstruments zur Sturzrisikoeinschätzung.

5.3.1 Schulungsvorbereitung

Die Schulungsvorbereitung beinhaltet die inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der angebotenen Schulungseinheit, die Vereinbarung der Schulungstermine, sowie die Beschaffung der verwendeten Arbeitsmaterialien.

Voraussetzung für die inhaltliche Gestaltung des Schulungsinhaltes ist die Formulierung des angestrebten Lernzieles, welches durch die Schulung vermittelt werden soll (vgl. Dahmer, 2007, S. 61). Ein Lernziel beschreibt Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse, die der Lehrende in der Schulung erwerben soll (vgl. Klug-Redmann, 1996, S. 60). Die Pflegenden sollen, am Ende der Schulungseinheit den Umgang mit der DRISK erlernt haben und im pflegerischen Alltag anwenden können. Die korrekte Handhabung der DRISK ist notwendig, um die Anwenderfreundlichkeit des Assessmentinstruments beurteilen zu können. Im Anschluss an die Definition des Lernzieles wurden die inhaltlichen Aspekte formuliert, um das angestrebte Ziel zu erreichen.

In der Schulung werden allgemeine Fakten zum Thema Sturz benannt. Weiterhin wird auf die Relevanz und den Nutzen von Assessmentinstrumenten eingegangen, gefolgt von der Vorstellung der DRISK und Übungsbeispielen zur Anwendung. Die Abklärung der inhaltlichen Aspekte und die Festlegung der thematischen Reihenfolge ermöglichte es die Schulungseinheit durchzusprechen und somit den zeitlichen Rahmen festzulegen.

Mit der Bestimmung der Rahmenbedingung der Schulungseinheit wurden in telefonischer Rücksprache Schulungstermine mit den Stationsleitungen der teilneh-

menden Stationen des „UHZ“ und der Pflegedienstleitung des „Heidehauses“ festgelegt.

In der Pflegeeinrichtung wurde der Termin auf den internen Fortbildungstag gelegt und auf der herzchirurgischen Station im Krankenhaus wurde eine Schulung in die Mitarbeiterbesprechung integriert. Auf Grund zu weniger Teilnehmer erhielt die herzchirurgische Station noch einen zweiten Schulungstermin. Die kardiologische Station erhielt während der Übergabezeit von der Früh- und Spätschicht einen separaten Schulungstermin. In Absprache mit den Stationsleitungen des „UHZ“ wurden für die ca. 25 minütige Schulungseinheit die Stationszimmer zur Verfügung gestellt. In der Altenpflegeeinrichtung wurde ein Termin mit der Pflegedienstleitung vereinbart, an denen Pflegekräfte aller drei Wohnbereiche teilnahmen. Die Schulung fand in den dafür vorgesehenen Schulungsraum der Altenpflegeeinrichtung statt.

Neben der Planung des Schulungsablaufes und der Terminabsprache, zählt zur Schulungsvorbereitung auch die Beschaffung der visuellen Materialien, zur Unterstützung der Schulungseinheit. Es wurden für jeden Wohnbereich in der Altenpflegeeinrichtung und für jede Station im Krankenhaus Flyer gedruckt. Die Flyer für den Krankenhausesektor und das Altenheim unterscheiden sich in der Wortwahl der gestürzten Person. Im Flyer des Altenheimes wird die gestürzte Person als Bewohner beschrieben und im Krankenhaus wird von einem Patienten gesprochen.

Des Weiteren wurde für die Schulungen ein Poster angefertigt. Jeder Wohnbereich und jede Station erhielten für die Erprobungsphase die DRISK in dreifacher Ausführung.

5.3.2 Ablauf der Schulung

Im Bereich der Mitarbeiterneueinführung wird empfohlen, dass neuen Pflegekräften zur Absolvierung ihres Schulungsprogrammes eine Checkliste ausgehändigt wird und im Verlauf abgearbeitet werden soll. Die Checkliste gewährleistet, dass alle neuen Mitarbeiter nach gleichem Stand ausgebildet und keine wichtigen Schulungsveranstaltungen vergessen werden (vgl. Peinbauer & Mandl, 2003, S. 1).

Die eben genannten Aspekte sind auf die Schulungsinhalte und den Ablauf übertragbar. Die DRISK zur Sturzrisikoeinschätzung ist allen Pflegenden unbekannt. Daher erhalten die Pflegekräfte für die Erprobungsphase eine Schulungseinheit, um die Handhabung des Assessmentinstruments zu erlernen.

Um sicher zu stellen, dass für die Pflegenden im Krankenhaus und in der Altenpflegeeinrichtung die gleichen Voraussetzungen zum Umgang mit der DRISK gegeben sind, wurden die Schulungseinheiten im Ablauf identisch durchgeführt. Es gab keine Abweichungen vom Inhalt, von der Reihenfolge und der Dauer der Schulungseinheiten, sowie bei der Aufteilung der vorzustellenden Inhalte durch die Referierenden. Die exakt gleich ablaufenden Schulungseinheiten sichern, dass alle Pflegekräfte nach demselben Wissensstand handeln und keine wichtigen Aspekte vergessen werden, welche für die korrekte Handhabung der DRISK notwendig sind.

Die Aufteilung und Vorstellung der einzelnen Schulungsinhalte unter den Referierenden wird in keiner Schulungseinheit voneinander ab, um die Darlegung unterschiedlicher Erläuterungen zu vermeiden. Somit ist die Grundlage geboten, die Umfrageergebnisse des Krankenhauses und der Altenpflegeeinrichtung miteinander zu vergleichen, da die Ausgangssituationen identisch sind. Die Schulungsinhalte und der Ablauf sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Zeit in Minuten	Inhalt/ Methode	Materialien/ Referierende
5 Min.	1. <u>Begrüßung der Schulungsteilnehmer:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Danksagung an die Teilnehmer und die Durchführungsmöglichkeit auf den Stationen/Wohnbereichen • Benennung des Schulungsgrundes (Vorstellung eines Assessmentinstruments zur Sturzrisikoeinschätzung) • Vorstellung der referierenden Personen (Name, Alter, beruflicher / schulischer Werdegang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Materialien • Jana Gierock, Sabrina Trompeter

2 Min.	<p>2. <u>Lehrvortrag über Idee und Nutzen des Assessment-instrumentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung während des Studiums • Ziel der DRISK (schnelle und einfache Einschätzung des Sturzrisikos ohne zusätzliches ausfüllen von Bögen) • Grundlage/ Thema für die Bachelor-Thesis (Überprüfung der Anwenderfreundlichkeit im Krankenhaus und in der Altenpflegeeinrichtung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Materialien • Jana Gierock, Sabrina Trompeter
4 Min	<p>3. <u>Lehrvortrag über Sturz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Benennung epidemiologischer Fakten (Sturzhäufigkeiten, Sturzfolgen) • Relevanz und Vorteile der Sturzprävention 	<ul style="list-style-type: none"> • Poster/ Broschüre • Jana Gierock
6 Min.	<p>4. <u>Lehrvortrag über Aufbau DRISK</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der einzelnen Elemente • Vorstellung der Bewertungskriterien und des Bewertungsschemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Poster/ Broschüre • Sabrina Trompeter
5 Min.	<p>5. <u>Übung zur konkreten Handhabung der DRISK:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Beispiel wurde gemeinsam mit den Pflegenden und den Referierenden besprochen • Am zweiten Beispiel übten die Pflegenden die eigenständige Handhabung 	<ul style="list-style-type: none"> • DRISK/ Broschüre • Jana Gierock
3 Min.	<p>6. <u>Lehrgespräch zum Abschluss:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung offener Fragen • Bitte an die Pflegenden die DRISK zwei Wochen an zuwenden und im Anschluss einen Fragebogen auszufüllen • Verabschiedung 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Materialien • Jana Gierock, Sabrina Trompeter

Tabelle 2 Ablaufplan der Schulungseinheiten

Die Schulungsinhalte wurde, wie in der Tabelle 2 ersichtlich, in Form eines ca. 25 minütigen Lehrvortrages vermittelt. Der Lehrvortrag bietet eine gute Grundlage einen Überblick zum Thema Sturz und dem Assessmentinstrument zur Risikoeinschätzung zu vermitteln. Der Nachteil des Lehrvortrages ist, dass nur ca. 5% bis maximal 20% des Gehörten behalten wird. Daher wurde zur visuellen Unterstüt-

zung ein Poster während der Schulungseinheit für alle sichtbar angebracht (vgl. Dahmer, 2007, S. 5). Die Optimierung des Lehrvortrages durch ein Poster erleichtert die Aufnahme der Informationen und erhöht die Aufmerksamkeit der Schulungsteilnehmer (vgl. Dahmer, 2007, S. 85). Das Poster, welches sich im Anhang 5 befindet, fasst die wesentlichen Aspekte der Schulungsinhalte zusammen. Die visuelle Komponente erhöht den Lernerfolg auf 20% bis 30% (vgl. Dahmer, 2007, S. 5).

Im Anschluss an den Lehrvortrag wurde eine praktische Übung durchgeführt. Die praktische Übung mit der DRISK ermöglichte den Pflegenden das vorgetragene Wissen aufzunehmen, zu verarbeiten und die Informationen durch die Anwendung zu festigen (vgl. Dahmer, 2007, S. 4). Die erste praktische Übung bestand in der Vorführung der DRISK. Die Demonstration, wie die DRISK benutzt wird, kann den Lerneffekt auf bis zu 60% erhöhen. Die Grundlage für einen 100-prozentigen Lernerfolg bot die eigenständige Anwendung der DRISK im zweiten praktischen Beispiel (vgl. Dahmer, 2007, S. 5).

Am Ende der Schulungseinheit wurden Flyer verteilt, welche ebenfalls die Schulungsinhalte zusammenfassen und eine Anleitung zur Anwendung der DRISK beinhalten. Der Flyer dient als Nachschlagewerk und als Schulungszweck für Pflegende, die nicht an der Schulung teilnehmen konnten. Der Krankenhaus- Flyer ist exemplarisch für beide Versionen im Anhang 5 abgebildet.

5.4 Erhebungszeitraum und Auswertung der Daten

Für die Datenerhebung war zunächst eine Dauer von vier Wochen avisiert. Da sich die Rekrutierung der Einrichtungen zeitlich nach hinten verschob, reduzierte sich der Erhebungszeitraum ebenfalls auf zwei bis drei Wochen. Die Schulungen der Pflegekräfte fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Die Fragebögen wurden jeweils nach der Schulung verteilt. Daraus ergaben sich folgende Erhebungszeiträume:

- Pflegeheim „Das Heidehaus“: 11.06 - 02.07.2013,
- Herzchirurgische Station „UHZ“: 10.07.2013 – 27.07.2013,
- Kardiologische Station „UHZ“: 16.07.2013 – 27.07.2013.

Das Einschlusskriterium, um einen Fragebogen auszufüllen, bestand darin die DRISK zuvor mindestens einmal angewendet zu haben. Im Fragebogen wurde dies zur Kontrolle abgefragt. Die Ansprechpartnerinnen (Verfasserinnen dieser Arbeit) wurden auf den Fragebögen vermerkt und konnten bei Schwierigkeiten per E-Mail kontaktiert werden. Frau Gierock war für die auftretenden Fragen im Klinikum und Frau Trompeter im Pflegeheim zuständig.

Im „Heidehaus“ wurden die Bögen zentral von der Pflegedienstleitung eingesammelt und von Frau Trompeter dort abgeholt. Eine Zuordnung zum jeweiligen Wohnbereich konnte demnach nicht erfolgen. Im „UHZ“ wurden die Bögen auf jeder Station einzeln durch die Stationsleitung eingesammelt und von Frau Gierock entgegen genommen. Somit konnte hier eine Zuordnung zur jeweiligen Station stattfinden.

Die Datenerfassung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms PASW 18. Damit wurden Häufigkeiten errechnet. Die Darstellung der Werte erfolgte in Prozent. Bei der Datenauswertung wurde zusätzlich das Programm Excel genutzt.

5.4.1 Hospitation im „Heidehaus“

Beide Autorinnen haben bisher nicht in einer Langzeitpflegeeinrichtung gearbeitet und sind mit diesem Pflegesetting nicht vertraut. Um die Sinnhaftigkeit der Anwendung der DRISK im Pflegeheim selbst besser nachvollziehen zu können, wurde mit der Pflegedienstleitung per E-Mail nachträglich ein Termin zur Hospitation vereinbart. Sie fand zwölf Tage (23.06.2013) nach der Schulung statt. Frau Trompeter nahm diesen Termin als Ansprechpartnerin des „Heidehauses“ wahr. Die Hospitation fand auf einem Wohnbereich statt.

Bei der Schulung im Pflegeheim waren circa 12-15 Mitarbeiter der drei Wohnbereiche anwesend. Darunter waren Fachpflegekräfte, Auszubildende, Pflegehelfer und Zugehörige anderer Berufsgruppen. Am Morgen der Hospitation waren vier Mitarbeiter im Dienst, von denen keiner die vorrausgehende Schulung besucht hatte und noch niemand die DRISK angewendet hatte. Deshalb schlug Frau Trompeter vor, Einzelschulungen mit den Mitarbeitern durchzuführen.

Die DRISK fehlte jedoch auf dem Wohnbereich, ebenso wie die Broschüren und Fragebögen. Ein Anruf auf einem weiteren Wohnbereich ergab, dass dort eben-

falls keine Materialien vorhanden waren. Die Pflegekraft am Telefon war nicht über das Projekt informiert worden. Der dritte Wohnbereich verfügte noch über alle Unterlagen. Somit erhielt das Pflegepersonal des Frühdienstes Einzelschulungen und wurde gebeten, ihre Kenntnisse weiterzugeben. Ein Gespräch mit einer Pflegekraft ergab, dass die Dokumentation des Sturzrisikos bereits seit vielen Jahren implementiert ist und anhand Summenscore errechnet wird.

6 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Befragungsergebnisse der Mitarbeiter aus der Altenpflegeeinrichtung und aus dem Krankenhaus dargestellt. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die Beantwortung der fünf Forschungsfragen, die im Kapitel Vorstellung der Forschungsfragen vorgestellt wurden. Um die Ergebnisse darzustellen und die Beantwortung der Forschungsfragen zu ermöglichen, wurden Cluster aus den 36 Items des Fragebogens gebildet. Es fand eine Zuordnung zu dem jeweiligen anwendungsbezogenen Gütekriterium statt. Der Relevanz wurden zwölf, der Handhabbarkeit acht und der Akzeptanz sieben Items zugeordnet. Die verbliebenen neun Items konnten zunächst nicht verwendet werden. Die exakte Kategorisierung der Items kann der Auflistung im Anhang 3 entnommen werden.

Um die Darstellung für die Ergebnisse der ersten drei Forschungsfragen nicht unnötig komplex bei der Auswertung zu gestalten und besser lesbar zu machen, wurden die fünf Antwortkategorien (stimme voll zu, stimme zu, weiß nicht, lehne ab, lehne voll ab) reduziert auf „Zustimmung“, „Weiß nicht“ und „Ablehnung“. Die Darstellung erfolgt im Säulendiagramm. Die Ergebnisse zu den ersten drei Forschungsfragen werden für das Krankenhaus und die Pflegeeinrichtung getrennt vorgestellt. Die übrigen beiden Fragen werden ebenfalls beantwortet und für beide Einrichtungen gemeinsam erörtert.

Insgesamt wurden 100 Fragebögen in den Einrichtungen verteilt. Jeder Wohnbereich in der Pflegeeinrichtung bzw. jede Station im Krankenhaus erhielt 20 Fragebögen. Die Endpunkte der Erhebung wurden in Form eines Datums für jedes Pflegesetting festgelegt. Bis zum Ende des Befragungszeitraumes wurden 28 ausgefüllte Fragebögen abgegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 28%. Um

als gültiger Fragebogen in die Datenauswertung einbezogen zu werden musste die DRISK mindestens einmal angewendet worden sein. Rund 21% der ausgefüllten Fragebögen erfüllten das Einschlusskriterium nicht. So dass 79% (entspricht einer Anzahl von 21 Bögen) in die Auswertung einbezogen wurden.

6.1 Ergebnisdarstellung für „Das Heidehaus“

Die Erhebung fand in der Langzeitpflegeeinrichtung „Heidehaus“ in Jesteburg statt, wie bereits im Kapitel Rekrutierung und Vorstellung der Untersuchungspopulation erwähnt wurde. Das Pflegepersonal verteilt sich auf drei Wohnbereiche. Eine Zuordnung der Bögen zu den verschiedenen Wohnbereichen ist nicht möglich. Insgesamt wurden 60 Fragebögen verteilt. Die Rücklaufquote betrug 12% (sieben Fragebögen). Das Einschlusskriterium erfüllten davon sechs Bögen. Daraus folgt, dass die Daten von sechs Fragebögen (86% von sieben Fragebögen) ausgewertet werden konnten. Die Tabelle 3 gibt Aufschluss über die soziodemografischen Daten der Befragten. An der Erhebung nahmen 86% Frauen und 14% Männer teil. Die meisten Teilnehmer waren zwischen 18 und 29 Jahre alt und 86 % waren examinierte Altenpflegekräfte. Im Mittel betragen die Berufsjahre 15,57 Jahre.

Untersuchungspopulation	Anzahl	Prozent	Mittelwert
Stichprobengröße	7	100%	/
Geschlecht			
weiblich	6	86%	/
männlich	1	14%	/
Alter			
18- 29 Jahre	4	57%	/
30-39 Jahre	0	0%	/
40-49 Jahre	2	29%	/
50- 65 Jahre	1	14%	/
Berufsgruppe			
examiniertes Altenpfleger/in	6	86%	/
examinierte KP	0	0%	
Pflegehelfer/in	0	0%	
sonstige Berufsgruppen	1	14%	/
Berufsjahre	/	/	15,57
Gültigkeit (Einschlusskriterium erfüllt)	6	86%	

Tabelle 3 Soziodemographische Angaben zur Stichprobe im „Heidehaus“

6.1.1 Ergebnisse zur Relevanz

Im Säulendiagramm unter der Abbildung 12 wurden die Items, die sich auf die Relevanz beziehen, nebeneinander dargestellt. Die Darstellung ist unterteilt in „Zustimmung“, „Ablehnung“ und „Weiß nicht“. Die erste Forschungsfrage lautet folgendermaßen: Ist eine Relevanz für die Pflegekräfte gegeben?

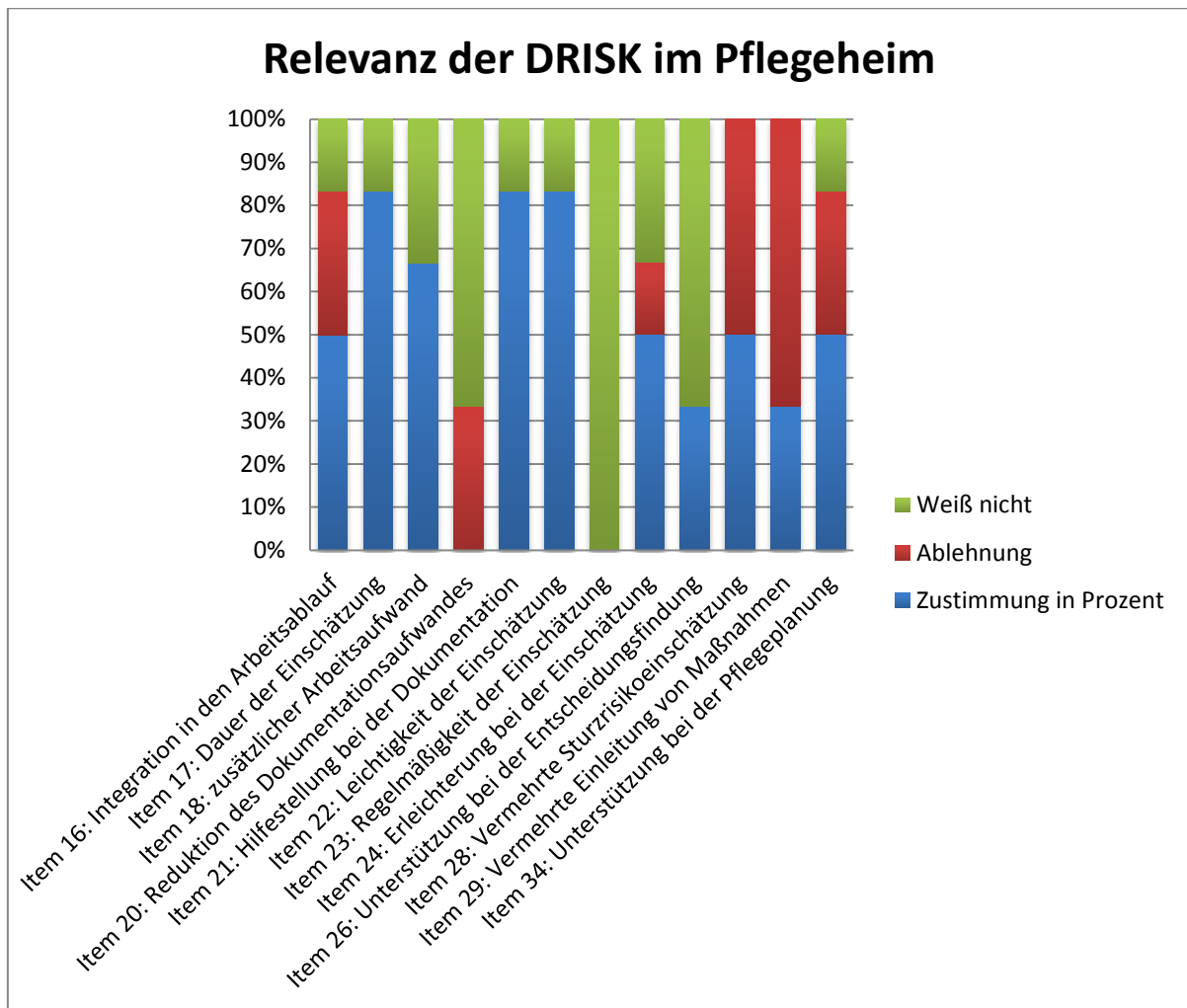


Abbildung 12 Befragungsergebnisse über die Relevanz im „Heidehaus“

50% der Befragten können die DRISK gut in ihren Arbeitsablauf integrieren. Nur 33,8% lehnen dies ab. 83% erachten die Zeit, die sie für die Einschätzung benötigen, als angemessen. Allerdings empfinden 67% die Einschätzung als zusätzlichen Arbeitsaufwand und keiner der Befragten gibt an, dass der Arbeitsaufwand geringer wird bei Anwendung der DRISK. Es wurde hier nicht danach gefragt ob der Aufwand, der bei Anwendung der DRISK entsteht höher ist, als der Aufwand der mit dem bisherigen Einschätzungsverfahren einhergeht. Die offene Frage wo-

rin der zusätzliche Arbeitsaufwand bei der Anwendung der DRISK besteht wurde von einem Drittel der Probanden beantwortet und folgendermaßen begründet:

- Es werden nicht alle Risiken erfasst.
- Eine zusätzliche Einschätzung wird notwendig.
- Die Einschätzung muss weiterhin wie bisher erfolgen.

Zu dem Schluss, dass die DRISK eine Hilfestellung bei der Dokumentation darstellt kommen 83% der Befragten. Ebenfalls 83% der Mitarbeiter empfinden die Einschätzung anhand der Drehscheibe als leicht. Alle Befragten geben an, nicht zu wissen ob die Einschätzung regelmäßiger erfolgt, aber 50% äußerten, dass eine Erleichterung der Einschätzung mit der Anwendung der DRISK einhergeht. Wohingegen 16,7% diese Aussage ablehnen. Nur 33% fühlen sich in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt, 66,7% sind sich dagegen nicht sicher, ob sie zustimmen oder ablehnen sollen. Ebenfalls 33% geben an, dass sie vermehrt Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen einleiten. Die Mehrheit von 66,7% der Probanden lehnt diese Aussage ab. Seit Einführung der DRISK haben 50% der Befragten das Gefühl häufiger eine Sturzrisikoeinschätzung durchzuführen, die gleiche Anzahl Befragter lehnt die Aussage ab. 50% der Pflegekräfte im Altenheim empfinden die DRISK als Unterstützung für ihre Pflegeplanung. Wohingegen dies nur von 33,3% abgelehnt wird.

6.1.2 Ergebnisse zur Handhabbarkeit

Das Säulendiagramm unter der Abbildung 13 stellt die Bewertung der Handhabbarkeit dar und beantwortet somit die zweite Forschungsfrage. Sie lautet: Ist die Handhabbarkeit der DRISK gegeben?

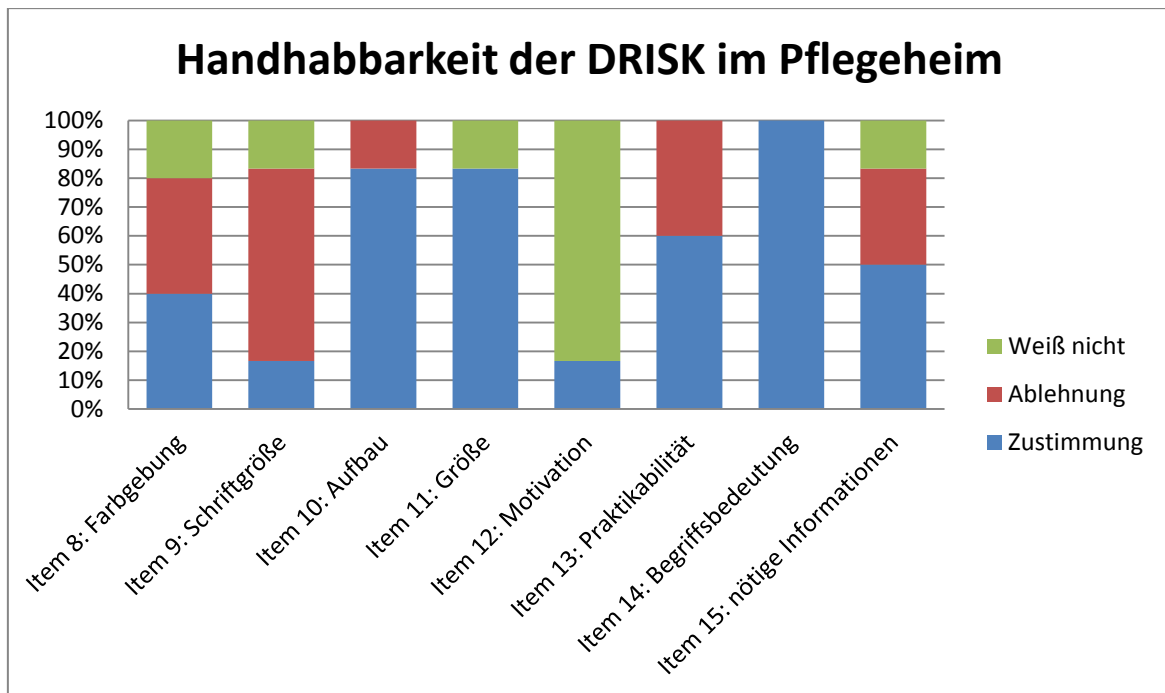


Abbildung 13 Befragungsergebnisse über die Handhabbarkeit im „Heidehaus“

Die Farbgebung der DRISK finden 40% der Befragten ansprechend, eine identische Anzahl der Befragten (40%) lehnt dies ab. Zur Farbgebung wurde der Wunsch geäußert das Hauptkriterium der Mobilität rot zu kennzeichnen, da ihm ein höheres Risiko zugeschrieben wird. Die Schriftgröße wird von 67% der Befragten für nicht gut befunden. Bei der offenen Frage welche Änderungsvorschläge es gibt, wurde weiterhin der Wunsch nach einer größeren Schrift laut. Der Aufbau kann von 83% der Befragten nachvollzogen werden. Ebenfalls 87% kommen zu dem Schluss, dass die DRISK eine passende Größe hat. Die Frage, ob das Design der DRISK Einfluss auf die Erhebung des Sturzrisikos hat, beantwortet die Mehrzahl (83%) mit „weiß nicht“. Als praktisch wird die Drehscheibe von 60% empfunden, 40% finden sie nicht praktisch. Die Begriffe, die auf der DRISK Anwendung finden, sind 100% der Befragten bekannt und rund die Hälfte (50%) der Befragten stimmen zu, dass alle wesentlichen Informationen, die zur Einschätzung benötigt werden, auf der DRISK wiederzufinden sind. 33% lehnen dies ab. Ein Proband gibt im Freitext an, dass zu viele Stichworte genannt werden.

6.1.3 Ergebnisse zur Akzeptanz

Abbildung 14 zeigt das Säulendiagramm, welches die Items darstellt, die Aufschluss über die Akzeptanz der DRISK bei den Pflegekräften gibt. Die dritte Forschungsfrage lautet: Ist die Akzeptanz der DRISK beim Pflegepersonal gegeben?

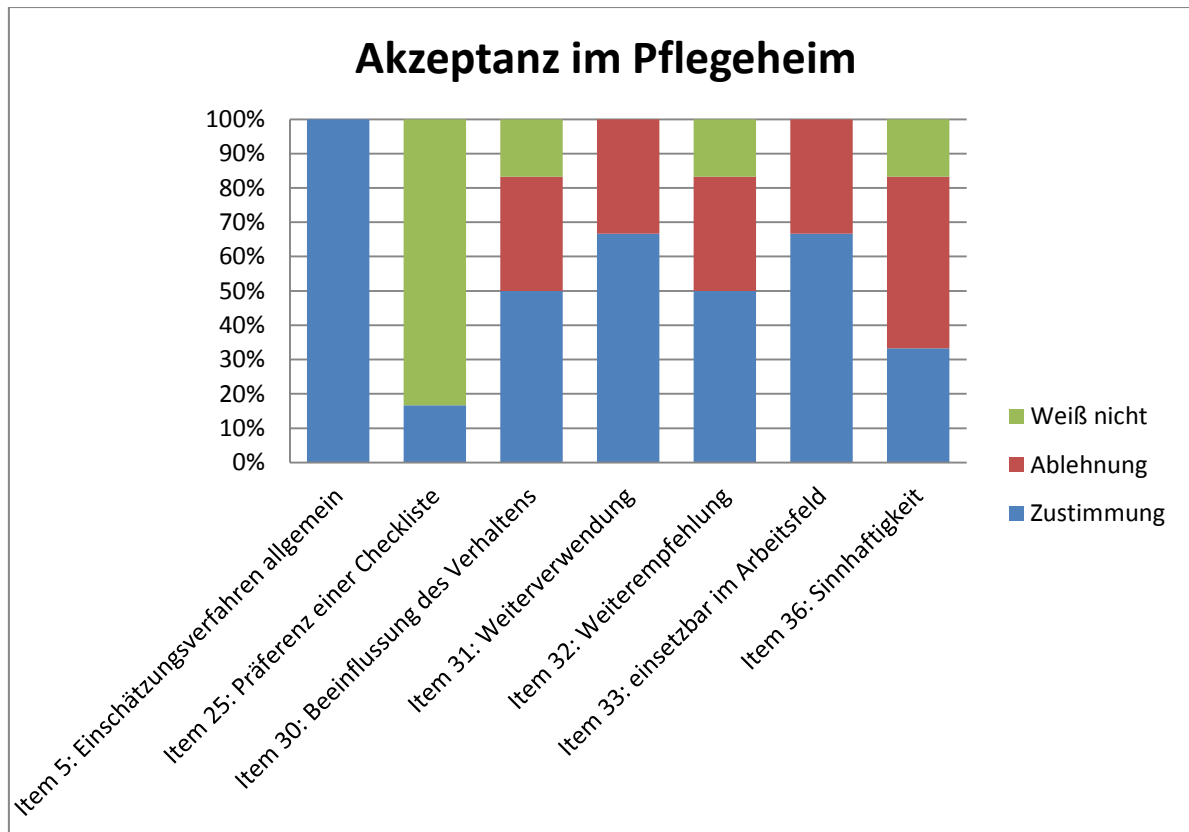


Abbildung 14 Befragungsergebnisse über die Akzeptanz im „Heidehaus“

Sofort fällt auf, dass alle Pflegepersonen Einschätzungsverfahren für den Pflegebereich sinnvoll finden. 17% finden eine Checkliste zur Dokumentation geeigneter und 83% legen sich bei der Frage nicht fest. 50% haben die Erfahrung gemacht, dass ihr Verhalten durch die Anwendung der DRISK nicht beeinflusst wurde und 33% bemerkten einen Einfluss der Drehscheibe auf ihr Verhalten. 67% würden dieses Assessmentinstrument weiter verwenden, doch nur 50% würden ihren Kollegen die DRISK weiter empfehlen. 33% möchten weder eine Empfehlung aussprechen, noch die Drehscheibe weiterhin verwenden. Ebenfalls 33% finden, dass die DRISK in ihrem Arbeitsfeld nicht einsetzbar ist, im Gegensatz zu 67%, die eine Eignung für ihren Arbeitsplatz sehen. Das letzte Item zur Akzeptanz lautet: „Ich finde die DRISK nicht sinnvoll“. Zustimmung bekommt die Aussage von 33% der

Befragten, 50% lehnen dies ab und 17% können sich bei der Beantwortung nicht festlegen.

6.2 Ergebnisdarstellung für das „UHZ“

Im Bereich des Krankenhaussettings wurden die Autoren durch das „UHZ“ unterstützt, um die Frage nach der Anwenderfreundlichkeit der DRISK zu beantworten. Das „UHZ“ ist ein Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg (vgl. Winkelmann, 2013). An der Erhebung im „UHZ“ nahmen eine chirurgische und eine internistisch geprägte Station teil. Im Gegensatz zur Kardiologie, verfügt die herzchirurgische Station über moderne Überwachungsmonitore, um die Gesundheit und die Sicherheit der Patienten nach großen Herzoperationen zu gewährleisten (vgl. Winkelmann, 2013).

Auf Grund der unterschiedlichen Schwerpunkte der beiden teilnehmenden Stationen werden die Ergebnisse für die kardiologische und die herzchirurgische Station vergleichend dargestellt. Aber zunächst erfolgt eine Ergebnisbetrachtung für den gesamten Krankenhaussektor. Wie bereits in dem Kapitel Schulungsvorbereitung erwähnt, erhielten die Mitarbeiter der Kardiologie und der Herzchirurgie einen Schulungstermin, um den Umgang mit der DRISK zu erlernen. An der Schulung nahmen examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeschüler, medizinische Fachangestellte und duale Pflegestudenten teil. Insgesamt nahmen 80% der Befragten an der Schulungsveranstaltung teil.

Laut Angaben der Stationsleitungen sind die teilnehmenden Stationen mit insgesamt 40 Vollzeitstellen besetzt. Die Verteilung von insgesamt 40 Fragebögen im „UHZ“ und die Abgabe von 21 ausgefüllten Bögen ergeben eine Rücklaufquote von 52,5%. In der Tabelle 2 ist ersichtlich, dass nur 15 Fragebögen gültig sind. Der Grund dafür ist, dass 29% der Fragebögen das Einschlusskriterium nicht erfüllen.

Untersuchungspopulation	Anzahl	Prozent	Mittelwert
Stichprobengröße	21	100%	/
Geschlecht			
weiblich	18	86%	/
Männlich	3	14%	/
Alter			
18- 29 Jahre	10	48%	/
30-39 Jahre	4	19%	/
40-49 Jahre	7	33%	/
50- 65 Jahre	0	0%	/
Berufsabschluss			
examiniertes Altenpfleger/in	1	5%	/
examiniertes Gesundheits- und Kranken-	17	81%	/
Pflegehelfer/in	0	0%	/
sonstige Berufsgruppen	3	14%	/
Berufsjahre	/	/	12,23
Gültigkeit (Einschlusskriterium erfüllt)	15	71%	/

Tabelle 4 Soziodemographische Angaben zur Stichprobe im „UHZ“

An der Befragung beteiligten sich sowohl Frauen als auch Männer. Unter dem teilnehmenden Pflegepersonal sind 86% Frauen und 14% Männer. Die Altersspanne der Teilnehmer liegt zwischen 18 Jahren und 49 Jahren. Dabei zeigt die Tabelle 4, dass 48% der Befragten zwischen 18 Jahren und 29 Jahren ist und der Durchschnitt der Berufsjahre bei 12,23 Jahren liegt. 81% der Teilnehmer schlossen eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger ab und 5% sind examinierte Altenpfleger. 14% der Befragten gaben einen anderen erlernten pflegerischen Beruf an.

6.2.1 Ergebnisse zur Relevanz

Die Abbildung 15 fasst die Ergebnisse über die Relevanz der DRISK im Krankenhaussetting zusammen.

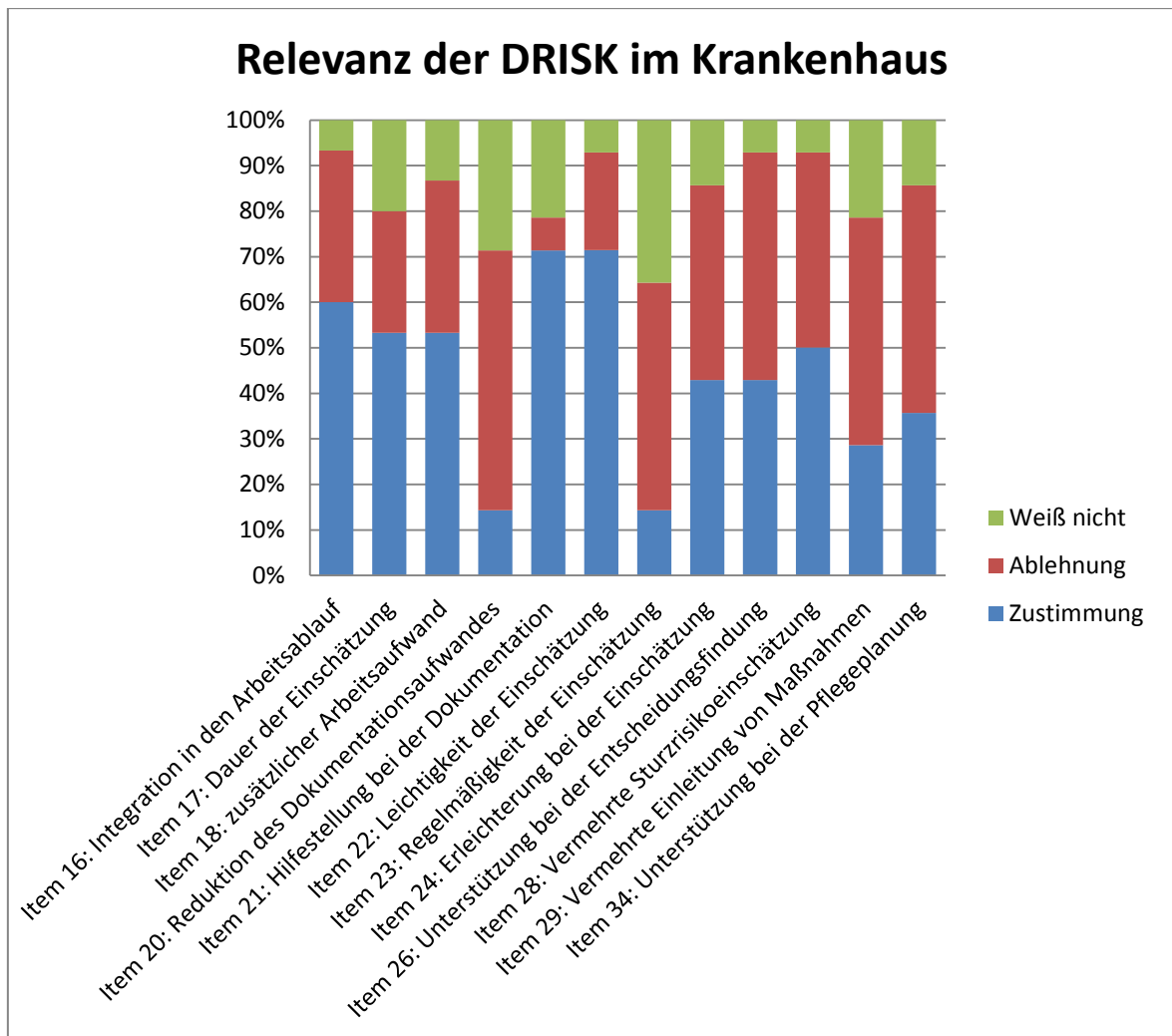


Abbildung 15 Befragungsergebnisse über die Relevanz im „UHZ“

60% der Befragten geben an, dass die DRISK gut in den Arbeitsablauf integriert werden kann und 33,3% verneinen diese Aussage. Die Zeit, welche benötigt wird, um das Sturzrisiko mit Hilfe der DRISK zu ermitteln, empfinden 53,3% der Pflegekräfte als angemessen, 26,7% als unangemessen und 20% sind sich nicht sicher. 53,3% der Teilnehmer sagen, dass die DRISK einen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet. Die Nachfrage, worin der zusätzliche Arbeitsaufwand besteht, stellte folgende Aussagen heraus:

- Es wird eine zusätzliche Liste benötigt, um das ermittelte Sturzrisiko einzutragen,
- Der erhöhte Arbeitsaufwand besteht durch einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand,
- Die Einschätzung des Sturzrisikos mittels der DRISK dauert zu lang,

- Das Drehen der DRISK kostet zu viel Zeit und
- Die DRISK ist für die Kitteltasche zu groß und muss daher erst geholt werden.

Dass ein erhöhter Dokumentationsaufwand bei den Pflegenden empfunden wird, bestätigt das Item 20. Bei dieser Frage lehnen 57,1% der Befragten eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes durch die DRISK ab und 28,6% geben an, dass sie es nicht wissen. Allerdings empfinden 71,4% des Personals die DRISK als Hilfestellung bei der Dokumentation des Sturzrisikos und 7,2% der Befragten verneinen die Aussage. Die Anwendung der DRISK fällt 71,4% des befragten Personals leicht und 42,9% empfinden durch die DRISK eine Erleichterung bei der Sturzrisikoeinschätzung. Allerdings geben 42,8% an, dass die DRISK die Einschätzung nicht erleichtert. Die Frage, ob die Sturzrisikoeinschätzung durch die DRISK regelmäßiger erfolgt, lehnen 50% der Befragten ab. Jedoch sagen 14,3% des befragten Personals, dass die Einschätzung regelmäßiger erfolgt. Die DRISK unterstützt 42,9% der Pflegekräfte in ihrer Entscheidungsfindung zur Einleitung präventiver Maßnahmen. Bei 50% der Befragten hat die DRISK keine unterstützende Funktion bei der Entscheidungsfindung. Ebenso verneinen 50% der Befragten die Aussage, dass mit der Anwendung der DRISK vermehrt Maßnahmen zur Sturzprävention eingeleitet wurden. 21,4% der Teilnehmer wissen nicht, ob eine vermehrte Einleitung der Maßnahmen erfolgt. Allerdings bewirkt die Anwendung der DRISK bei 28,6% eine erhöhte Durchführung präventiver Maßnahmen und 50% denken vermehrt daran, dass Sturzrisiko einzuschätzen. 42,8% der Befragten lehnen die Aussage nach der vermehrten Sturzrisikoeinschätzung ab. Bei der Frage, ob die DRISK bei der Pflegeplanung unterstützend wirkt, stimmen 35,7% zu und 50% der Befragten verneinten die Aussage.

6.2.2 Ergebnisse zur Handhabbarkeit

Bei diesem anwenderbezogenen Gütekriterium erhielten die Verfasserinnen eine positive Rückmeldung vom Pflegepersonal im Krankenhaus. Die Abbildung 16 visualisiert die Ergebnisse zur Handhabbarkeit der DRISK.

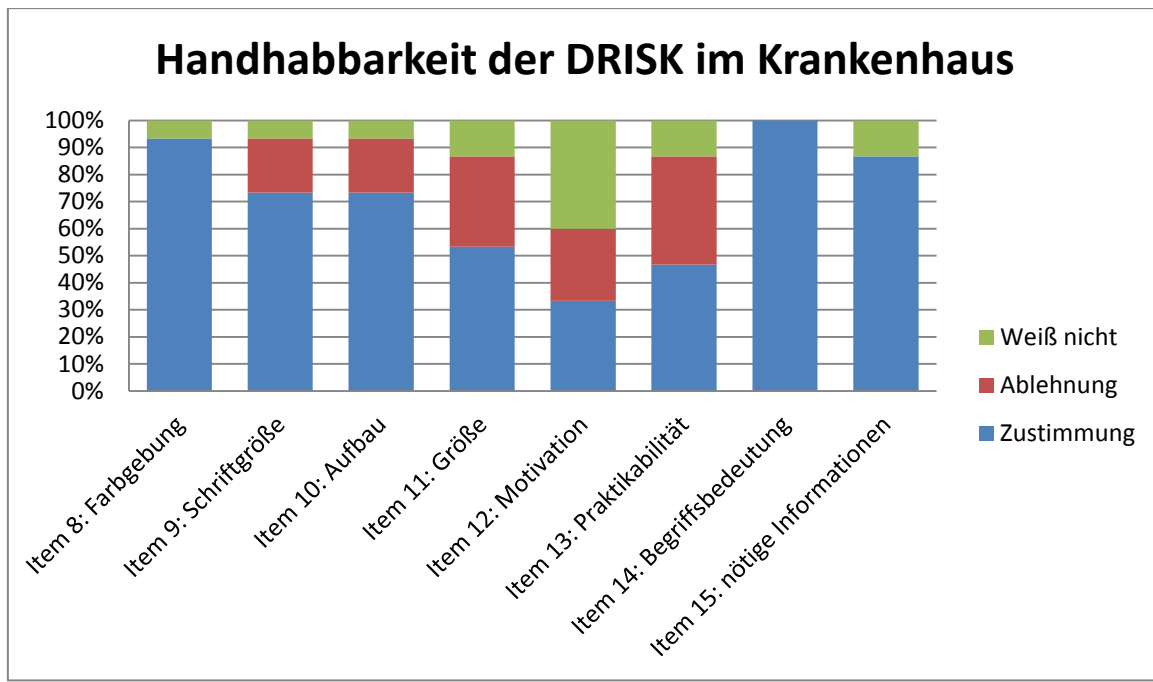


Abbildung 16 Befragungsergebnisse über die Handhabbarkeit im „UHZ“

Die Farbgebung des Assessmentinstruments spricht 93,3% der Befragten an. 73,3% des Personals empfindet die Schriftgröße als passend und ebenso viele Personen können den Aufbau der DRISK nachvollziehen. Jeweils 20% der Befragten empfinden die Schriftgröße nicht gut und können den Aufbau der DRISK nicht nachvollziehen. 6,7% der Krankenhausmitarbeiter geben bei den Items neun und zehn die Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ an. Dass die DRISK eine passende Größe hat, sagen 53,3% der Pflegkräfte und 33,4% verneinen die Aussage. Eine 100%ige Zustimmung wurde bei dem Item, ob alle Begriffe auf der Drehscheibe bekannt sind, erzielt. Eine weitere hohe Zustimmung erreicht das Item 15, denn 86,7% der Befragten sagen, dass alle wesentlichen Informationen für das Einschätzungsverfahren auf der DRISK enthalten sind. 13,3% wissen nicht, ob sich alle wichtigen Informationen auf dem Assessmentinstrument befinden. Für die Praktikabilität der DRISK sprechen sich 46,7% der Befragten aus, 40% empfinden die DRISK als unpraktisch und 13,3% wissen es nicht. Am schlechtesten schneidet das Item 13 ab. 33,3% des befragten Personals gibt an, dass das Design der Drehscheibe zur Erhebung des Sturzrisikos motiviert. Bei 26,7% der Befragten wird die Motivation zur Sturzrisikoeinschätzung nicht gesteigert und 40% sind sich nicht sicher.

6.2.3 Ergebnisse zur Akzeptanz

Die Ergebnisse zur Akzeptanz der DRISK bei den Krankenhausmitarbeitern werden durch die Abbildung 17 dargestellt.

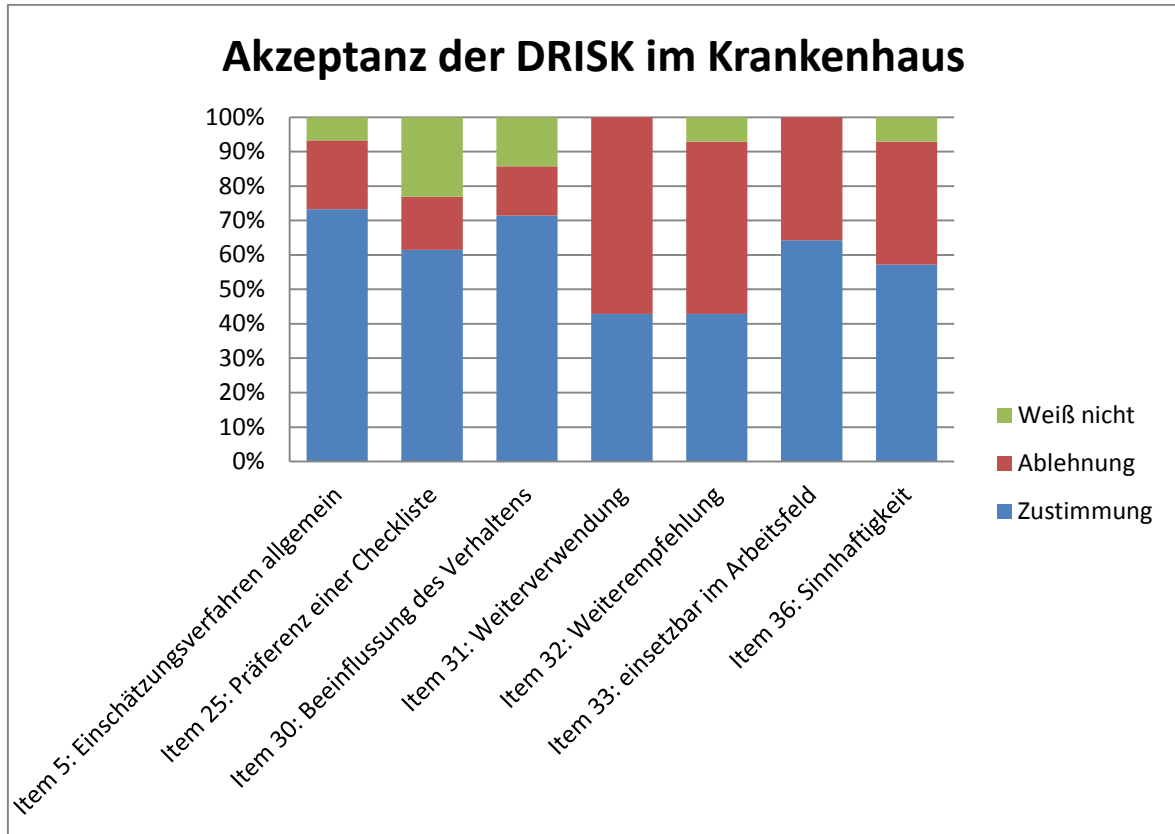


Abbildung 17 Befragungsergebnisse über die Akzeptanz im „UHZ“

Die Einstiegsfrage, ob Einschätzungsverfahren in der Pflege im Allgemeinen sinnvoll sind, bejahen 73,3% der Pflegekräfte, 20% lehnen Assessmentinstrumente ab und 6,7% sind sich unschlüssig bei der Beantwortung. 15,4% der Befragten empfinden die DRISK im Vergleich zu einer Checkliste als geeigneter und 61,5% äußern das Gegenteil. Eine Beeinflussung des Verhaltens bei der Sturzrisikoeinschätzung und Ableitung präventiver Maßnahmen kann bei 71,4% der Krankenhausmitarbeiter nicht erzielt werden. Jeweils 14,3% gaben an, dass sich das Verhalten verändert hat, bzw. dass sie sich nicht sicher seien. 42,9% der Anwender würde die DRISK weiter verwenden und derselbe prozentuale Anteil würde seinen Kollegen das Assessmentinstrument weiter empfehlen. Auf eine Weiterempfehlung der DRISK an Arbeitskollegen verzichteten 50% der Pflegekräfte. 57,1% der Befragten sagen, dass sie ein anderes Instrument zur Sturzrisikoeinschätzung bevorzugen und die DRISK als nicht sinnvoll empfinden. Die DRISK wird von

35,7% der Teilnehmer als sinnvoll erachtet und 7,1% sind sich unschlüssig. Dennoch sagen 64,3% der Befragten, dass die DRISK im Krankenhaussetting einsetzbar ist und 35,7% widersprechen dieser Aussage.

6.2.4 Ergebnisdarstellung der Stationen im Vergleich

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der anwenderbezogenen Gütekriterien für die kardiologische und die herzchirurgische Station vorgestellt. Bei der Eingabe der Daten ist den Verfasserinnen aufgefallen, dass die Angaben der einzelnen Stationen stark differenzieren. Dieser Rückschluss ist möglich, da die Fragebögen nicht zentral abgegeben wurden, sondern bei der jeweiligen Stationsleitung. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in einer Zusammenfassung der drei Gütekriterien. Auf eine detaillierte Auswertung der einzelnen Items für jede Station wird verzichtet, da der Umfang der Bachelor- Thesis sonst überschritten wird. Daher wird in diesem Abschnitt lediglich der prozentuale Anteil der positiven Auswertungsergebnisse für die Gütekriterien dargestellt. Die positiven Auswertungsergebnisse wurden unter Berücksichtigung der positiven und negativen Formulierung der Fragen ermittelt. Die einzelnen Item-Ergebnisse der Stationen können im Anhang 4 nachvollzogen werden. Im Anhang sind die Auswertungsergebnisse in tabellarischer Form für die herzchirurgische Station und für die Kardiologie abgebildet. Die Abbildung 18 zeigt, dass die Kardiologie im Vergleich zu der herzchirurgischen Station mit Monitorüberwachung, die Anwenderfreundlichkeit der DRISK deutlich besser bewertet. Der größte Unterschied mit 62% liegt bei dem Gütekriterium Akzeptanz. 76% der kardiologischen Mitarbeiter und 14% der Angestellten der Herzchirurgie sehen in der DRISK für sich einen Mehrwert. Mit einer Abweichung von 54% ist der Unterschied im Bereich der Relevanz ebenfalls sehr hoch. Die Relevanz der DRISK wird mit 74% für die Kardiologie und mit 20% für die Herzchirurgie bestätigt. In Bezug auf die Handhabbarkeit geben 89% der Befragten auf der Kardiologie an, dass die DRISK praktikabel und anwenderfreundlich gestaltet ist und 53% der Mitarbeiter auf der Herzchirurgie befürworten diese Aussage.

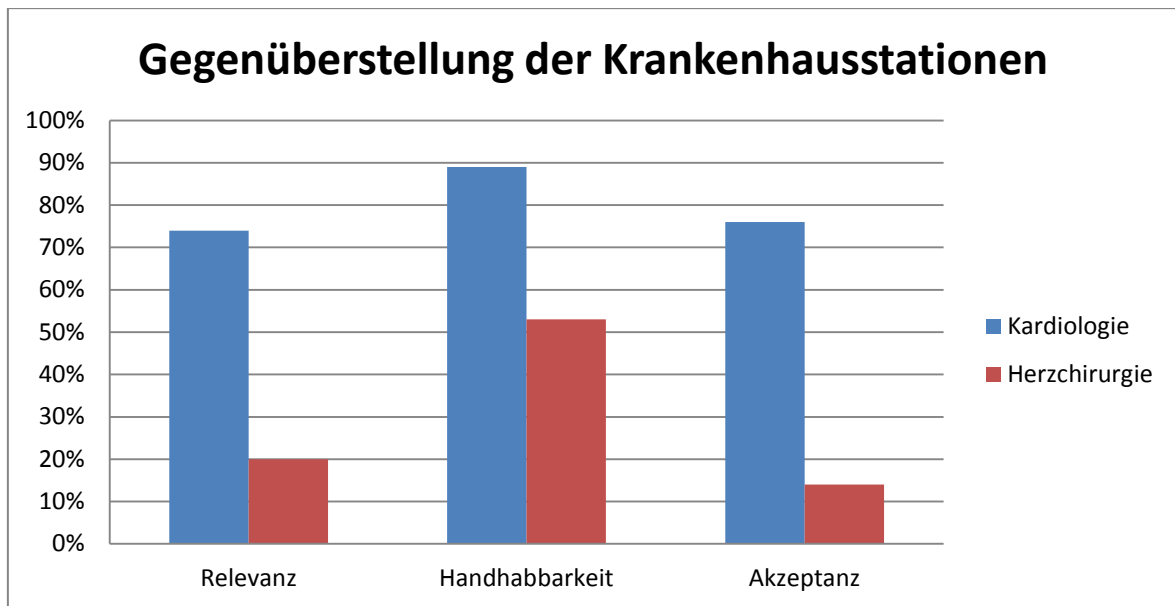


Abbildung 18 Gütekriterien im stationären Vergleich

6.3 Ergebnisse zur Übertragbarkeit

In der vierten Forschungsfrage wird das Gütekriterium der Übertragbarkeit, welches bereits im Kapitel Anwendungsbezogene Gütekriterien definiert wurde, untersucht. Die Autorinnen hinterfragen in dieser Arbeit die Übertragbarkeit der DRISK in verschiedenen Pflegesettings. Die Forschungsfrage lautet: „Ist die DRISK in unterschiedlichen Pflegesettings anwendbar?“ Um diese Forschungsfrage zu beantworten, werden die positiven Auswertungsergebnisse gegenübergestellt. Zu diesem Zweck wurde ein Wert der Zustimmung jeweils für die Relevanz, die Akzeptanz und die Handhabbarkeit für jedes Pflegesetting ermittelt. Das heißt, die positiven Zustimmungen in Prozent der einzelnen Items eines Clusters wurden summiert und dann durch die Item-Anzahl dividiert. Dabei wurden negative und positive Fragestellungen berücksichtigt. Beispielsweise ging bei, Item 36 („Ich finde die DRISK nicht sinnvoll“) der Prozentwert der Ablehnung mit ein, um die positive Bewertung zu ermitteln. Die genaue Zuordnung geht aus Anhang 4 hervor.

Wie schon im Kapitel Ergebnisdarstellung für das „UHZ“ berichtet wurde, gibt es eine große Diskrepanz zwischen der kardiologischen und der herzchirurgischen Station bei der Bewertung der DRISK. Es wird hier auf eine Betrachtung der Einrichtungen insgesamt verzichtet und eine direkte Unterteilung in Pflegesettings findet statt. In Abbildung 19 werden die Ergebnisse vorgestellt.

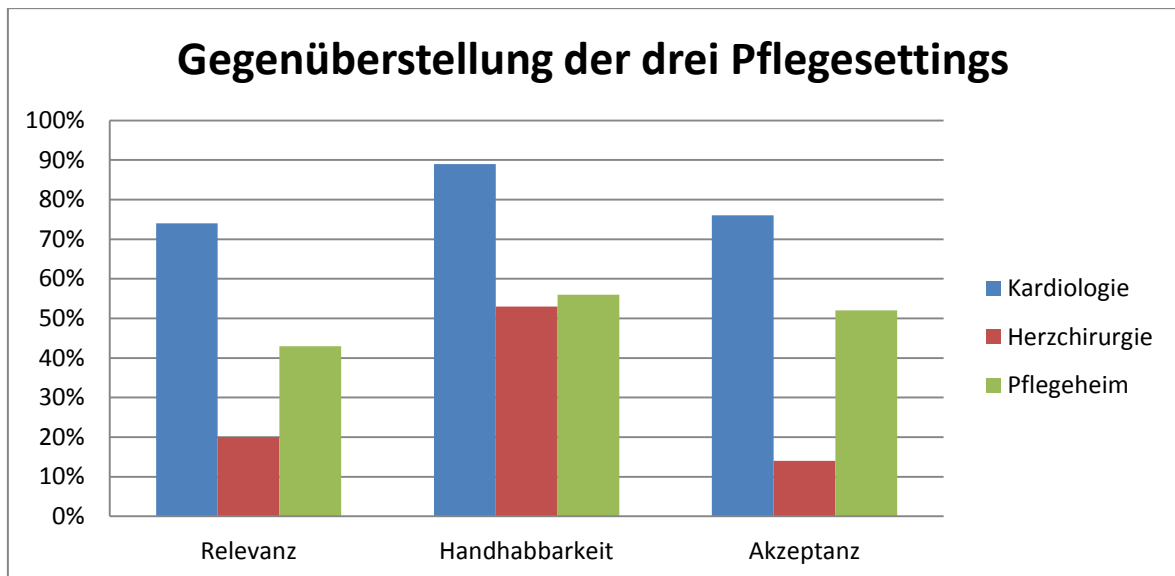


Abbildung 19 Gegenüberstellung der Gütekriterien in den drei Pflegesettings

74% der Befragten auf der kardiologischen Station sehen die Relevanz der DRISK gegeben. Während nur 20% der Mitarbeiter der herzchirurgischen Station und 43% der Mitarbeiter des Pflegeheims, eine Relevanz für ihre Arbeit gegeben sehen. Die Handhabbarkeit wird auf der kardiologischen Station mit 76% für gut befunden. 53% der Mitarbeiter auf der herzchirurgischen Station und 56% der Befragten im Pflegeheim bestätigen dem Instrument eine gute Handhabbarkeit. Die Akzeptanz beträgt 76% auf der Kardiologie. Auf der Herzchirurgie ist eine Akzeptanz von 14% gegeben und im Pflegeheim beträgt sie 52%.

6.4 Ergebnisse zur beruflichen Voraussetzung

Markus Mai äußert in seiner Dissertation, dass die von ihm entwickelte Bewertungsskala möglicherweise auch von ungelerntem Personal angewandt werden kann (vgl. Mai, 2010, S. 183). Da die Bewertungsskala von Markus Mai der DRISK zur Sturzrisikoeinschätzung zu Grunde liegt, beschäftigen sich die Autoren in der fünften Forschungsfrage mit dem von Mai genannten Aspekt. Die Forschungsfrage fünf lautet: „Ist ein Alten- oder Krankenpflegeexamen zur Anwendung der DRISK notwendig?“.

In der Abbildung 20 ist ersichtlich, dass 40% der Befragten angeben, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. zum Altenpfleger nicht notwendig sei. 15% der Teilnehmer stimmen der Frage voll

zu und weitere 20% stimmen zu. 25% des befragten Personals, ist sich unschlüssig, ob ein Alten- oder Krankenpflegeexamen zur Anwendung der DRISK benötigt wird.

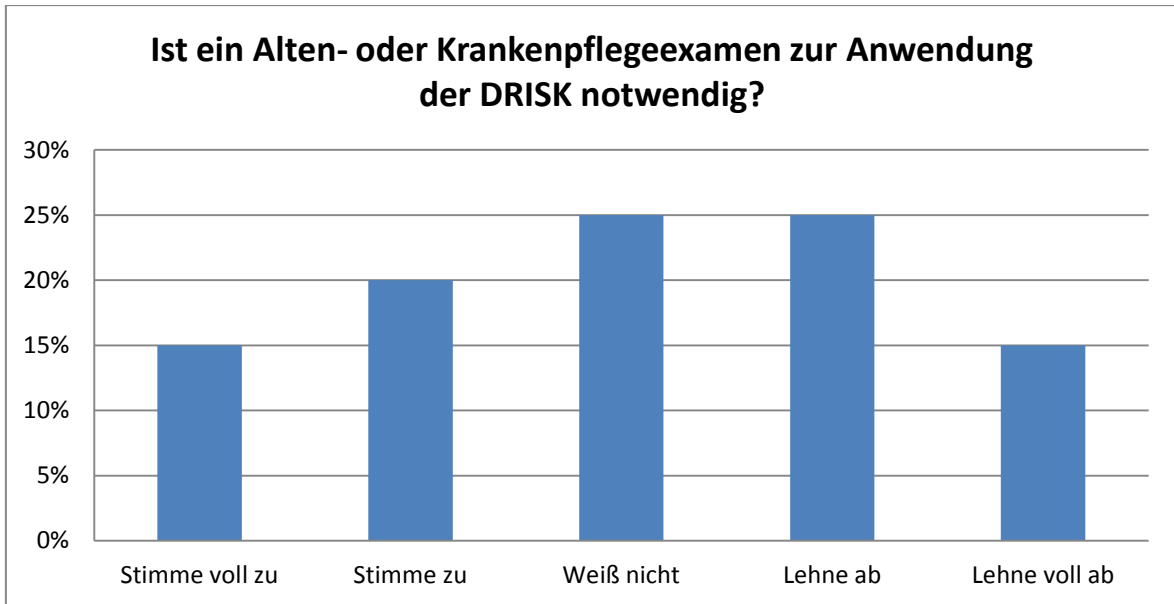


Abbildung 20 Angaben aller Befragten über die berufliche Voraussetzung

Betrachtet man die Verteilung der Antwortmöglichkeiten der einzelnen Berufsgruppen in Abbildung 21, stehen die Befragten der sonstigen Berufsgruppen heraus.

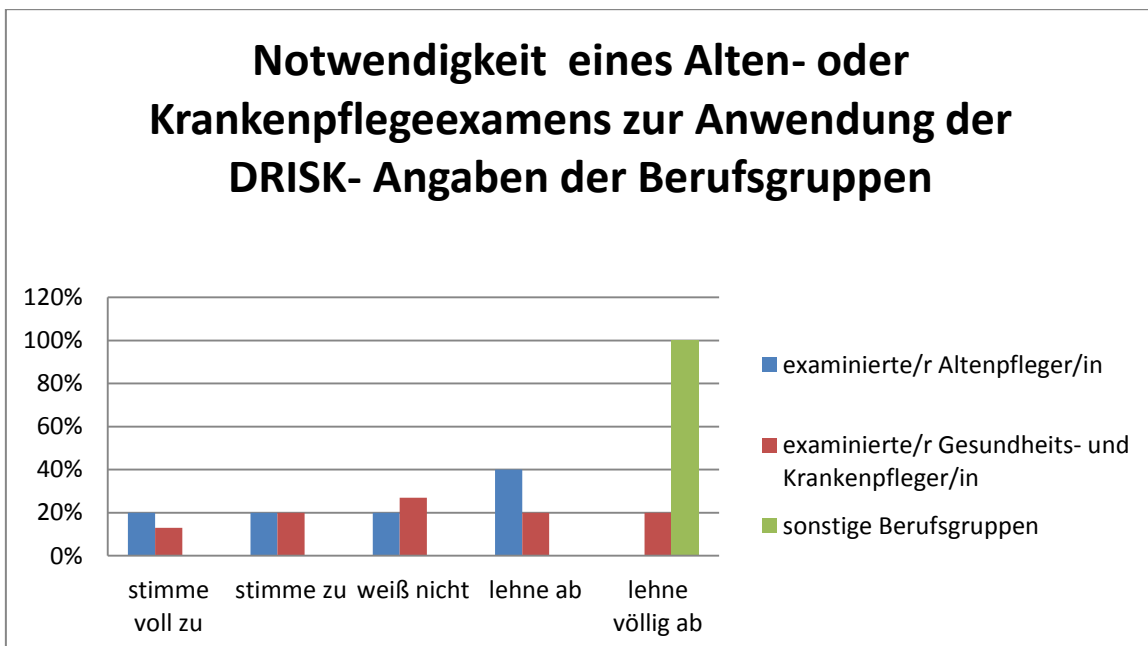


Abbildung 21 Angaben der Berufsgruppen über die berufliche Voraussetzung

Die sonstigen Berufsgruppen lehnen die Aussage, dass ein Pflegeexamen zur Anwendung eine Voraussetzung ist, völlig ab. Dieser Aussage schließen sich 20% der examinieren Gesundheits- und Krankenpfleger an. Untermuert wird die Angabe von 40% der examinieren Altenpfleger und weiteren 20% des examinieren Krankenhauspersonals, welche keine Notwendigkeit eines Pflegeexamens sehen. 20% bei den Altenpflegern und 27% des Krankenpflegpersonals sind sich bei der Beantwortung der Frage unschlussig. Jeweils 20% des examinieren Altenpflegepersonals und der examinieren Krankenhausmitarbeiter sagen, dass eine abgeschlossene pflegerische Ausbildung für die Anwendung der DRISK nötig ist. 20% der Altenpfleger und 13% der Krankenpfleger stimmen dem Item voll zu.

7 Schlussbetrachtung

Aufgrund der gesundheitspolitischen Relevanz des Sturzrisikos, haben beide Verfasserinnen dieser Arbeit zusammen mit zwei Kommilitoninnen aus dem Studiengang Pflegeentwicklung und Management, in einem Studienprojekt an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg, die DRISK entwickelt. Die Anwenderfreundlichkeit der DRISK war der zentrale Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Um sie darstellbar zu machen, wurden die anwendungsbezogenen Gütekriterien Relevanz, Handhabbarkeit und Akzeptanz zunächst hinterfragt. In die schriftliche Befragung wurden Mitarbeiter des „UHZ“ in Hamburg und aus dem „Heidehaus“ in Jesteburg einbezogen. Die Datenerhebung in unterschiedlichen Pflegesettings legte die Frage nach der Übertragbarkeit und die Frage, welche Qualifikation für die Anwendung der DRISK nötig ist, nahe. Insgesamt ergaben sich fünf Forschungsfragen, deren Ergebnisdarstellung Inhalt des sechsten Kapitels war. Zum Schluss dieser Arbeit erfolgt nun die Interpretation der Ergebnisse, die kritische Reflexion der Methodik und das Fazit der Autoren über die Anwenderfreundlichkeit der DRISK.

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Die anwendungsbezogenen Gütekriterien, die gleichzeitig die Anwenderfreundlichkeit definieren, wurden im Kapitel Anwendungsbezogene Gütekriterien be-

schrieben. Die ersten drei Forschungsfragen hinterfragen diese Kriterien. Betrachtet man das Kriterium der Relevanz kommen die Autorinnen zu dem Schluss, dass ein Mehrwert für die Pflegekräfte bei der Dokumentation gegeben ist. Der Großteil der Befragten empfindet die DRISK als hilfreiches Instrument bei der Dokumentation und der Aspekt der Integration in den Arbeitsablauf erfährt ebenfalls eine hohe Zustimmung. Den meisten Befragten fällt die Einschätzung anhand der DRISK leicht. Bezogen auf die Leichtigkeit der Einschätzung gibt auch das Gütekriterium der Handhabbarkeit Aufschluss. Der Aufbau der DRISK scheint für die überwiegende Anzahl der Befragten gut verständlich zu sein. Eine hohe Zustimmung bekam außerdem das Item „Ich finde die DRISK praktisch“. Die meisten Befragten sind der Meinung, dass alle notwendigen Informationen für die Einschätzung auf der DRISK gegeben werden. Die Frage, ob das Design die Motivation zur Einschätzung hebt, wird jedoch eher negativ beantwortet. Eine gute Handhabbarkeit erhöht die Relevanz und führt zur Akzeptanz. Grundsätzlich scheint eine hohe Akzeptanz für den Einsatz von Assessmentinstrumenten in der Pflege gegeben zu sein, betrachtet man Item 5 („Im Allgemeinen finde ich Einschätzungsverfahren für den Pflegebereich sinnvoll“). Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass der Aspekt der „sozialen Erwünschtheit“, wesentlich zur Zustimmung dieses Items beigetragen hat.

Dennoch kann die Tendenz zur Akzeptanz beobachtet werden. Den meisten Befragten erscheint das Instrument für ihr Arbeitsfeld geeignet und viele der Befragten würden die DRISK weiter verwenden. Bei diesem Item ist die Zustimmung der Mitarbeiter des Pflegeheims höher als bei den Krankenhausmitarbeitern. Auffällig ist, dass die Ergebnisse der beiden Krankenhausstationen sich stark unterscheiden. An dieser Stelle bietet sich die Betrachtung der vierten Forschungsfrage an, die nach der Übertragbarkeit in unterschiedliche Pflegesettings fragt.

Mutmaßlich kann die Anwenderfreundlichkeit auf „Normalstationen“ (ohne Monitorüberwachung) als gut eingestuft werden. Betrachtet man aber die herzchirurgischen Monitorstation, wird die Relevanz deutlich schlechter bewertet und auch die Akzeptanz ist wesentlich geringer ausgeprägt. Die Relevanz steht im Zusammenhang mit der Akzeptanz. Wird kein Mehrwert von den Pflegekräften gesehen, fällt es ihnen schwer ein Instrument anzuwenden, wie bereits im Kapitel Relevanz herausgestellt wurde. Bezogen auf Assessmentinstrumente ist beispielsweise be-

kennt, dass auf Intensivstationen Skalen zur Dekubitus-Erfassung unzureichend genutzt werden, da die Patienten dort eine routinemäßige Lagerung erfahren (vgl. Reuschenbach & Mahler, 2011, S. 75).

Ähnlich könnte auch die Begründung bezogen auf den Mehrwert eines Sturzrisiko-Assessments sein. Sie könnte lauten: Weil die Patienten überwiegend Bettruhe einhalten, ist eine Sturzrisikoeinschätzung auf der herzchirurgischen Station nicht sinnvoll. Diese Frage kann aber in der Arbeit nicht hinreichend geklärt werden. Fakt scheint zu sein, dass es Unterschiede gibt, die dazu führen, dass eine Relevanz und Akzeptanz in diesem Setting nicht gegeben ist. In der Beantwortung der Frage fünf spalten sich die Meinungen bei allen Mitarbeitern. Die Frage, ob ein Alten-oder Krankenpflegeexamen für die Anwendung der DRISK notwendig ist, kann anhand der Datenerhebung nicht beantwortet werden. Aufgrund ihrer Erfahrungen in der Gruppenschulung und auch der Einzelschulung im Pflegeheim bejahen die Autorinnen diese Frage. Die Anamnese und Krankengeschichte von Patienten oder Bewohnern sind zumeist komplex und individuell. Die DRISK kann als Leitfaden für die Einschätzung verstanden werden, jedoch ist es notwendig, die fachliche Expertise der Pflegekraft mit einzubeziehen, um geeignete Interventionen für den Eingeschätzten einzuleiten. Das Instrument eignet sich für Anleitsituationen von Pflegeschülern, ist aber, so die Meinung der Verfasserinnen, für Laien eher ungeeignet.

7.2 Methodenkritik

Bei einer kleinen Population bietet es sich an standardisierte, mündliche Interviews zu führen, um eine höhere Rücklaufquote zu erzielen (vgl. Mayer H. , 2007, S. 173). Die Verfasserinnen haben sich im Vorfeld gegen das Untersuchungsdesign des mündlichen Interviews entschieden. Der Grund dafür war die Mutmaßung der Autorinnen, dass durch die fehlende Anonymität bei einem persönlichen Interview, das Instrument eventuell positiver durch den Befragten dargestellt wird, als er es in Wirklichkeit empfindet. Nachgeschaltete, qualitative, mündliche Interviews könnten aber beispielsweise darüber Aufschluss geben, warum die Relevanz auf der Monitorstation schlecht ist oder warum die Rücklaufquote insgesamt nur bei 28% lag. Die Ergebnisdarstellung erfolgte überwiegend in Prozentangaben. Dies

soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Stichprobe klein und außerdem unterschiedlich groß war. Somit ist die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht hoch und kann nur als Tendenz gewichtet werden. Im Pflegeheim wäre es eventuell von Vorteil gewesen jeden Wohnbereich einzeln zu schulen, wie es im „UHZ“ der Fall war. Dort konnte somit eine höhere Anzahl Pflegekräfte direkt angesprochen werden. Eventuell lässt sich dadurch die höhere Rücklaufquote erklären. Sie betrug für das Krankenhaus 52,5% und für das Pflegeheim 12%. Bei der Einsammlung der Bögen im „Heidehaus“ bedauerte die Pflegedienstleitung die niedrige Rücklaufquote. Sie gab als mögliche Ursache den vermehrten Einsatz von Leasingkräften und fehlende Pflegekräfte, bedingt durch einen hohen Krankenstand und die Urlaubszeit an. Insgesamt war der Zeitraum der Erhebung wahrscheinlich zu kurz durch die Verfasserinnen gewählt.

7.3 Fazit und Ausblick

Die Frage, ob durch die Anwendung der DRISK Stürze vermieden werden, wird in dieser Arbeit nicht gestellt und lässt sich in so kurzer Zeit und mit dem Untersuchungsdesign nicht beantworten. Nach Auffassung der Verfasserinnen eignet sich die DRISK aber, um als Leitfaden für Pflegekräfte zur Gestaltung des Pflegeprozesses zu fungieren. Trotz einer geringen Stichprobengröße wird die Tendenz deutlich, dass die DRISK ein anwenderfreundliches Instrument ist und einen Mehrwert für Pflegekräfte hat. Bei der Implementierung muss allerdings das Pflegesetting berücksichtigt werden. Deshalb sollte die Sinnhaftigkeit zuvor durch die Pflegekräfte bewertet werden, um sicherzustellen, dass ein Mehrwert erzielt wird.

Für das Instrument spricht, dass es aktuelle Erkenntnisse der Forschung einbezieht. Beispielsweise nutzt die DRISK keine summenbasierte Skala. Die Risikofaktoren auf der DRISK wurden anhand des Expertenstandards 2006 erarbeitet. Nach der aktualisierten Auflage sind zwar dieselben Risikofaktoren relevant, neue Erkenntnisse führen jedoch zu einer vom Pflegesetting abhängigen Gewichtung wie im Kapitel Sturzrisiken erläutert. Dahingehend sollte eine Modifikation der DRISK erfolgen. Die Autorinnen vertreten die Meinung, dass Assessmentinstrumente generell den Anspruch erheben sollten, aktuelle Erkenntnisse der Wissenschaft zu erfüllen.

Grundsätzlich sind beide Verfasserinnen der Ansicht, dass eine Anwendung von Assessmentinstrumenten in der Pflege unterstützend wirken kann, aber nicht die fachliche Expertise einer erfahrenen Fachpflegekraft ersetzt.

8 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2009). *Assessmentinstrumente in der Pflege (2. aktualisierte Auflage)*. Witten: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Becker, C., Rapp, K., Erhardt-Beer, L., Merk-Bäumli, R., Brum, R., Laws-Hofmann, J., & Gieseke, O. (2009). Sturzprophylaxe- Vorsicht, Stufe! *Gesundheit und Gesellschaft*, S. 25-27.
- Bibliographisches Institut GmbH. (15. Januar 2013). *Duden online*. Von Duden: <http://www.duden.de/node/662371/revisions/1177851/view> abgerufen
- Bibliographisches Institut GmbH. (15. Januar 2013). *Instrument*. Abgerufen am 18. Juli 2013 von Duden: <http://www.duden.de/node/652220/revisions/1166913/view>
- Braun, B., Klink, S., & Müller, R. (Januar 2010). Auswirkungen des DRG Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft Zeitschrift für Pflegewissenschaft (15.Jg)*, S. 5-19.
- Dahmer, J. (2007). *Didaktik der Medizin: Professionelles Lehren fördert effektives Lernen*. Stuttgart: Schattauer.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (31. Januar 2013). *DNQP Wir über uns*. Abgerufen am 25. August 2013 von Hs-Osnabrück: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38030.html>
- DNQP. (2006). *Expertenstandart Sturzprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- DNQP. (Januar 2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. *Aktualisierung*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Freiberger, E., & Menz, H. B. (17. Mai 2006). Characteristics of falls in physically active community- dwelling older people- Findings from the "Standfest im Alter" study. *Gerontology and Geriatrics(39)*, S. 261-267.

- GKV-Spitzenverband. (2009). Qualitätsprüfungs-Richtlinien MDK-Anleitung
Transparenzvereinbarung, Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der
stationären Pflege. (M. D. Bund, Hrsg.) Berlin.
- Klie, T. P., & Stascheit, U. P. (2011). *Gesetze für Pflegeberufe*. Baden- Baden:
Nomos Verlagsgesellschaft.
- Klug- Redmann, B. (1996). Aufstellen von Lernzielen. In B. Klug- Redmann,
Patientenschulung und -beratung (S. 60-64). Berlin/Wiebaden: Ullstein
Mosby.
- Laschet, H., Badenberg, C., Beerheide, R., Fricke, A., Fuhr, C., Gieseke, S., &
Staeck, F. D. (09. September 2009). *ÄrzteZeitung*. Abgerufen am 21. Juli
2013 von *ÄrzteZeitung*: <http://www.aerztezeitung.de/>
- Lindpaintner, L. S. (August 2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum
klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege.
Pflege, S. 185-190.
- Mai, M. (2010). Das Sturzrisiko von Patienten im Krankenhaus. *Entwicklung eines
Konstrukvaliden Sturzrisikoeinschätzungsinstruments unter dem Einsatz
von Modellen aus dem Bereich der probabilistischen Testtheorie
(Dissertation)*. Trier.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für
Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayer, H. O. (2012). *Interview und schriftliche Befragung Grundlagen und
Methoden empirischer Sozialforschung; 6. Auflage*. München: Oldenbourg
Verlag.
- Mayer, S. (08. Januar 2010). Einfluss eines systematischen
Rehabilitationssportprogramm gegenüber einem unsystematischem
Wellnessprogramm im ambulanten Gruppenrahmen auf die Sturz- und
Verletzungsinzidenz bei Frauen über dem 65. Lebensjahr. Erlangen,
Bayern, Deutschland.

- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (12. Mai 2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*(4), S. 417-423.
- Möhrle, P. D., Müller-Stewens, P. D., Specht, P. D., & Voigt, P. D.-I. (2009). *Forschung und Entwicklung*. (S. Verlag, Hrsg.) Abgerufen am 4. August 2013 von Gabler Wirtschaftslexikon:
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9701/forschung-und-entwicklung-f-e-v10.html>
- Peinbauer, C., & Mandl, M. (2003). *Schulung und Coaching in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Wien, New York: Springer- Verlag.
- Pierobon, A., & Funk, M. (2007). *Sturzprävention bei älteren Menschen, Risiken-Folgen- Maßnahmen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Porst, R. (2011). *Der Fragebogen Ein Arbeitsbuch; 3. Auflage*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2010). *Der Fragebogen Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW- Auswertung (2. Auflage)*. Wien : Facultas Verlags- und BuchhandelsAG.
- Reuschenbach, B. (05. Oktober 2008). Wer bewahrt die Praxis vor ungeeigneten Pflegeassessments? *Pflege (Jg.21)*, S. 295-298.
- Reuschenbach, B., & Mahler, C. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Forschung und Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber.
- Rudlof, C. (2006). *Handbuch Software - Ergonomie*. Von Unfallkasse Post und Telekom: <http://www.ukpt.de/pages/dateien/software-ergonomie.pdf> abgerufen
- Scholze- Stubenrecht, W., Auberle, A., Eickhoff, B., Knörr, E., Münzberg, F., Osterwinter, R., & Rautmann, K. (2013). *Duden*. Abgerufen am 02. Juli 2013 von Duden: <http://www.duden.de>

- Schöneck, N. M., & Voß, W. (2013). *Das Forschungsprojekt Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie; 2. überarbeitete Auflage*. Wiesbaden: Springer VS .
- Schrems, B. (August 2007). Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. *Pflege*, S. 218-224.
- Schwendimann, R. (Juni 2000). Sturzprävention im Akutspital- Eine Literaturübersicht. *Pflege- Die wissenschaftliche Zeitung für Pflegeberufe, Volume 13*(Number 3), S. 169- 179.
- Sousa Batista, S. (14. August 2012). *Qualität der stationären Pflegeeinrichtung Altenpflegeheim Heidehaus (Transparenzbericht der MDK Prüfung)*. Abgerufen am 21. August 2013 von das-heidehaus: <http://www.das-heidehaus.de/files/5224/upload/downloads/MDK%202012.pdf>
- Spirig, R., Fierz, K., Hasemann, W., & Vincenzi, C. (August 2007). Editorial Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. *Pflege*, S. 182-184.
- Statistisches Bundesamt. (06. Dezember 2012). *www.destatis.de*. Abgerufen am 10. August 2013 von Gesundheit – Todesursachen in Deutschland 2011, Fachserie 12 Reihe 4: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400117004.pdf;jsessionid=C7A81E0F8734F72D7302F847AAFEA865.cae4?__blob=publicationFile
- Thommen, P. D.-P. (2009). *Stichwort: Wirtschaftlichkeitsprinzip*. (S. G. Verlag, Hrsg.) Abgerufen am 05. August 2013 von Gabler Wirtschaftslexikon: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/8349/wirtschaftlichkeitsprinzip-v5.html>
- Tiedeiksaar, R. (2008). *Stürze und Sturzprävention Assessment - Prävention - Management (2. Auflage)*. Bern: Hans Hubert.
- Verein Für Soziales Leben e.V. (20. Februar 2013). *Patientenrechte ins BGB*. Abgerufen am 20. Juli 2013 von patient- rechte- gesetz: <http://www.patienten-rechte-gesetz.de>

Weis, P. D. (2000). *Pons Kompaktwörterbuch für alle Fälle Englisch - Deutsch, Deutsch - Englisch*. Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett Verlag.

Winkelmann, J. (8. Juli 2013). *Universitäres Herzzentrum Hamburg*. Abgerufen am 03. August 2013 von Ein Unternehmen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf: <http://www.uke.de/>

Zeitler, H.-P., & Gulich, M. (2004). *Leitlinien der DEGAM*. Abgerufen am 12. Februar 2013 von degam.de:
<http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Langfassung-sturz001.pdf>

9 Anhangsverzeichnis

1. Verfasserzuordnung	I
2. Fragebogen	III
3. Zuordnung der Anwendungsbezogenen Gütekriterien zu den Items	VIII
4. Berechnung der Werte für die Gesamtzustimmung der Gütekriterien	X
5. Muster der Broschüren/Poster/DRISK	XIII
6. Eidesstattliche Erklärung	XIX

1. Verfasserzuordnung

Jana Gierock:

- 1 Einleitung (gemeinsam)
- 2 Epidemiologie und Folgen eines Sturzereignisses
 - 2.1 Sturzdefinition
 - 2.2 Sturzrisiken
 - 2.3 Sturzhäufigkeiten
 - 2.4 Folgen eines Sturzereignisses
 - 2.4.1 Folgen für den Betroffenen
 - 2.4.2 Folgen für das Personal
 - 2.4.3 Folgen für die Einrichtung
 - 2.5 Sturzprävention
- 5.3 Schulung der Untersuchungspopulation
 - 5.3.1 Schulungsvorbereitung
 - 5.3.2 Ablauf der Schulung
- 6.2 Ergebnisdarstellung für das „UHZ“
 - 6.2.1 Ergebnisse zur Relevanz
 - 6.2.2 Ergebnisse zur Handhabbarkeit
 - 6.2.3 Ergebnisse zur Akzeptanz
 - 6.2.4 Ergebnisdarstellung der Stationen im Vergleich
- 6.4 Ergebnisse zur beruflichen Voraussetzung
- 7 Schlussbetrachtung (gemeinsam)

Sabrina Trompeter:

- 1 Einleitung (gemeinsam)
- 3 Sturzrisikoeinschätzung anhand von Assessmentinstrumenten
 - 3.1 Wissenschaftlicher Hintergrund und Vorstellung der DRISK
 - 3.1.1 Die Hauptscheibe
 - 3.1.2 Die Oberscheibe
 - 3.1.3 Die Modifikation der DRISK
 - 3.2 Beschreibung der Anwendung
- 4 Der Untersuchungsgegenstand der Anwenderfreundlichkeit
 - 4.1 Definition der Anwenderfreundlichkeit
 - 4.2 Anwendungsbezogene Gütekriterien
 - 4.2.1 Relevanz
 - 4.2.2 Handhabbarkeit
 - 4.2.3 Akzeptanz
 - 4.2.4 Übertragbarkeit
- 5 Methodik des Forschungsprojekts
 - 5.1 Vorstellung der Forschungsfragen
 - 5.1.1 Untersuchungsdesign
 - 5.1.2 Der Pretest
 - 5.2 Rekrutierung und Vorstellung der Untersuchungspopulation
 - 5.4 Erhebungszeitraum und Auswertung der Daten
 - 5.4.1 Hospitation im Heidehaus
- 6 Darstellung der Ergebnisse
 - 6.1 Ergebnisdarstellung für „Das Heidehaus“
 - 6.1.1 Ergebnisse zur Relevanz
 - 6.1.2 Ergebnisse zur Handhabbarkeit
 - 6.1.3 Ergebnisse zur Akzeptanz
 - 6.3 Ergebnisse zur Übertragbarkeit
- 7 Schlussbetrachtung (gemeinsam)

2. Fragebogen

ID: _____ (bitte nicht ausfüllen)

Liebe Pflegenden,

wir (Jana Gierock und Sabrina Trompeter) sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, arbeiten beide im Krankenhaus und studieren im sechsten Semester „Pflegetwicklung und Management“ an der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg. Im Rahmen einer Projektarbeit an der HAW haben wir, in Zusammenarbeit mit zwei weiteren Kommilitoninnen ein Instrument zur Sturzrisikoeinschätzung (DRISK) entworfen. In unserer Bachelorarbeit überprüfen wir nun die Anwendungsfreundlichkeit des Instruments.

Dazu benötigen wir Ihre Hilfe. Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich 5 – 10 Minuten Zeit nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Es gibt bei der Beantwortung der Fragen weder ein „Richtig“ noch ein „Falsch“. Für die spätere Bearbeitung ist es jedoch wichtig, dass der Fragebogen vollständig ausgefüllt wird.

Gerne sind wir bei Rückfragen für sie unter folgenden Adressen erreichbar:

- jana.gierock@haw-hamburg.de
- sabrina.trompeter@haw-hamburg.de

Wir bedanken uns vorab schon einmal recht herzlich für Ihre Unterstützung.

Viele Grüße

Jana Gierock, Sabrina Trompeter

Angaben zur Person

1. **Geschlecht:** weiblich männlich
2. **Alter:** 18-29 30-39 40-49 50-65
3. **Arbeitsplatz:** Krankenhaus Pflegeheim
4. **Berufsabschluss:** Examierte/r Altenpfleger/in
Examierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in
Pflegehelfer/in
Sonstige Berufsgruppe: _____
5. **Anzahl der Berufsjahre:** _____

Allgemeines

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
1. Mir ist die Relevanz des „Sturzrisikos“, bezogen auf meinen Arbeitsalltag bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Sturzrisiko von Patienten ist ein wirtschaftliches Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ein Sturzereignis kann weitreichende Folgen für den Patienten/ Bewohner haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durch die Einschätzung des Sturzrisikos werden Stürze vermieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Im Allgemeinen finde ich Einschätzungsverfahren für den Pflegebereich sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ja	Nein	
6. Ich habe die DRISK bereits angewendet.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ich habe an der Schulung zum Umgang mit der DRISK teilgenommen.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aufbau

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
8. Mich spricht die Farbgebung der DRISK an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich finde die Schriftgröße gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
10. Ich kann den Aufbau der DRISK nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich finde die DRISK hat eine passende Größe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Das Design motiviert mich die Erhebung des Sturzrisikos vorzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich finde die DRISK praktisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alle Begriffe auf der DRISK sind mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alle wesentlichen Informationen, die ich für die Einschätzung benötige, finde ich auf der DRISK.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Einschätzungsverfahren

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehen voll ab
16. Ich konnte die Einschätzung anhand der DRISK gut in den Arbeitsablauf integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Dauer der Einschätzung ist angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Das Instrument bedeutet zusätzlichen Arbeitsaufwand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn der Frage 18 zugestimmt wurde, worin besteht der zusätzliche Arbeitsaufwand?	_____				

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
20. Der Dokumentationsaufwand wird durch die Anwendung der DRISK geringer, als mit der herkömmlichen Dokumentation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die DRISK bietet eine Hilfestellung bei der Dokumentation des Sturzrisikos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Die Einschätzung anhand der DRISK fällt mir leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Einschätzung erfolgt regelmäßiger als vor der Einführung der DRISK.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die DRISK erleichtert die Einschätzung des Sturzrisikos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich finde einen Dokumentationsbogen, zum Beispiel in Form einer Checkliste, geeigneter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswirkungen

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
26. Die DRISK unterstützt mich bei der Entscheidungsfindung von Maßnahmen zur Sturzvermeidung des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Dokumentation eingeleiteter Maßnahmen zur Sturzvermeidung ist wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Seit Einführung der DRISK denke ich vermehrt daran, dass Sturzrisiko einzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Seit der Einführung der DRISK, leite ich vermehrt Maßnahmen ein, um das Sturzrisiko zu minimieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimme voll zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
30. Mein Verhalten wurde durch die DRISK nicht beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausblick

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Weiß nicht	Lehne ab	Lehne voll ab
31. Ich würde die DRISK weiter verwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich würde meinen Kollegen die DRISK weiter empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Die DRISK ist in meinem Arbeitsfeld einsetzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Die DRISK unterstützt mich bei der Pflegeplanung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Um die DRISK anzuwenden benötigt man ein Alten- oder Krankenpflegeexamen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich finde die DRISK nicht sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich habe folgende Änderungsvorschläge:	<hr/>				

3. Zuordnung der anwendungsbezogenen Gütekriterien zu den Items

Gütekriterium	Item	Kurformulierung des Items in den Abbildungen
Relevanz	<u>16</u> : Ich konnte die Einschätzung anhand der DRISK gut in den Arbeitsablauf integrieren?	Integration in den Arbeitsablauf
	<u>17</u> : Die Dauer der Einschätzung ist angemessen?	Dauer der Einschätzung
	<u>18</u> : Das Instrument bedeutet zusätzlichen Arbeitsaufwand?	Zusätzlicher Arbeitsaufwand
	<u>19</u> : Wenn Frage 18 zugestimmt wurde, worin besteht der zusätzliche Arbeitsaufwand?	/
	<u>20</u> : Der Dokumentationsaufwand wird durch die Anwendung der DRISK geringer, als mit der herkömmlichen Dokumentation.	Reduktion des Dokumentationsaufwandes
	<u>21</u> : Die DRISK bietet eine Hilfestellung bei der Dokumentation des Sturzrisikos.	Hilfestellung bei der Dokumentation
	<u>22</u> : Die Einschätzung anhand der DRISK fällt mir leicht.	Leichtigkeit der Einschätzung
	<u>23</u> : Die Einschätzung erfolgt regelmäßiger als vor der Einführung der DRISK.	Regelmäßigkeit der Einschätzung
	<u>24</u> : Die DRISK erleichtert die Einschätzung des Sturzrisikos.	Erleichterung bei der Einschätzung
	<u>26</u> : Die DRISK unterstützt mich bei der Entscheidungsfindung von Maßnahmen zur Sturzvermeidung des Patienten.	Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
	<u>28</u> : Seit Einführung der DRISK denke ich vermehrt daran, dass Sturzrisiko einzuschätzen.	Vermehrte Sturzrisikoeinschätzung
	<u>29</u> : Seit der Einführung der DRISK, leite ich vermehrt Maßnahmen ein, um	Vermehrte Einleitung von Maßnahmen

	das Sturzrisiko zu minimieren.	
	<u>34</u> : Die DRISK unterstützt mich bei der Pflegeplanung	Unterstützung bei der Pflegeplanung
Handhabbarkeit	<u>8</u> : Mich spricht die Farbgebung der DRISK an.	Farbgebung
	<u>9</u> : Ich finde die Schriftgröße gut	Schriftgröße
	<u>10</u> : Ich kann den Aufbau der DRISK nachvollziehen.	Aufbau
	<u>11</u> : Ich finde die DRISK hat eine passende Größe.	Größe
	<u>12</u> : Das Design motiviert mich die Erhebung des Sturzrisikos vorzunehmen.	Motivation
	<u>13</u> : Ich finde die DRISK praktisch	Praktikabilität
	<u>14</u> : Alle Begriffe auf der DRISK sind mir bekannt.	Begriffsbedeutung
	<u>15</u> : Alle wesentlichen Informationen, die ich für die Einschätzung benötige, finde ich auf der DRISK	Nötige Information
Akzeptanz	<u>5</u> : Im Allgemeinen finde ich Einschätzungsverfahren für den Pflegebereich sinnvoll	Einschätzungsverfahren allgemein
	<u>25</u> : Ich finde einen Dokumentationsbogen, zum Beispiel in Form einer Checkliste, geeigneter.	Präferenz einer Checkliste
	<u>30</u> : Mein Verhalten wurde durch die DRISK nicht beeinflusst.	Beeinflussung des Verhaltens
	<u>31</u> : Ich würde die DRISK weiter verwenden.	Weiterverwendung
	<u>32</u> : Ich würde meinen Kollegen die DRISK weiter empfehlen.	Weiterempfehlung
	<u>33</u> : Die DRISK ist in meinem Arbeitsfeld einsetzbar.	Einsetzbar im Arbeitsfeld
	<u>36</u> : Ich finde die DRISK nicht sinnvoll.	Sinnhaftigkeit

4. Berechnung der Werte für die Gesamtzustimmung der Gütekriterien

Die Tabellen geben Aufschluss über die gesamte prozentuale Verteilung auf die Antwortkategorien. Außerdem wird transparent, welche Items in die Berechnung des Wertes der Zustimmung (s. im Kapitel 6 Darstellung der Ergebnisse) für die drei Hauptkriterien eingegangen sind. Die jeweiligen Werte sind orange gekennzeichnet. Nachdem die Summe aus allen Items pro Einrichtung gebildet wurde, wurden sie durch ihre jeweilige Anzahl des entsprechenden Gütekriterium dividiert.

Anhang Tabelle 1 Häufigkeiten der Antworten für die Relevanz in Prozent

Summe Zustimmung														
Pflegeheim	Frage 16	Frage 17	Frage 18	Frage 20	Frage 21	Frage 22	Frage 23	Frage 24	Frage 26	Frage 28	Frage 29	Frage 34	Gesamt	Gesamt/12Items
Zustimmung	50%	83,3%	66,60%	0,0	83,3%	83,3%	0%	50%	33,3%	50%	33,4%	50%	517%	43%
Weiß nicht	16,7%	16,7%	33,3%	66,7%	16,7%	16,7%	100%	33,3%	66,7%	0%	0%	16,7%		
Ablehnung	33,4%	0%	0%	33,3%	0%	0%	0%	16,7%	0%	50%	66,7%	33,3%		
KH gesamt	Frage 16	Frage 17	Frage 18	Frage 20	Frage 21	Frage 22	Frage 23	Frage 24	Frage 26	Frage 28	Frage 29	Frage 34	Gesamt	Gesamt/12 Items
Zustimmung	60%	53,3%	53,3%	14,3%	71,4%	71,4%	14,3%	42,9%	42,9%	50%	28,6%	35,7%	485%	40%
Weiß nicht	6,7%	20%	13,3%	28,6%	21,4%	7,1%	35,7%	14,3%	7,1%	7,1%	21,4%	14,3%		
Ablehnung	33,3%	26,7%	33,4%	57,1%	7,2%	21,4%	50%	42,8%	50%	42,8%	50%	50%		
Kardiologie	Frage 16	Frage 17	Frage 18	Frage 20	Frage 21	Frage 22	Frage 23	Frage 24	Frage 26	Frage 28	Frage 29	Frage 34	Gesamt	Gesamt/12Items
Zustimmung	85,7%	100%	14,3%	33,3%	83,3%	100%	16,7%	100%	83,3%	66,7%	66,7%	83,3%	890%	74%
Weiß nicht	14,3%	0%	14,3%	50%	16,7%	0%	66,7%	0%	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%		
Ablehnung	0%	0%	71,4%	16,7%	0%	0%	16,7%	0%	0%	16,7%	0%	0%		
Chirurgie	Frage 16	Frage 17	Frage 18	Frage 20	Frage 21	Frage 22	Frage 23	Frage 24	Frage 26	Frage 28	Frage 29	Frage 34	Gesamt	Gesamt/12 Items
Zustimmung	37,5%	12,5%	87,5%	0%	62,5%	50%	12,5%	0%	12,5%	37,5%	0%	0%	238%	20%
Weiß nicht	0,0%	37,5%	0%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	25%	0%	0%	12,5%	12,5%		
Ablehnung	62,5%	15%	12,5%	87,5%	12,5%	37,5%	75%	75%	87,5%	62,5%	87,5%	87,5%		

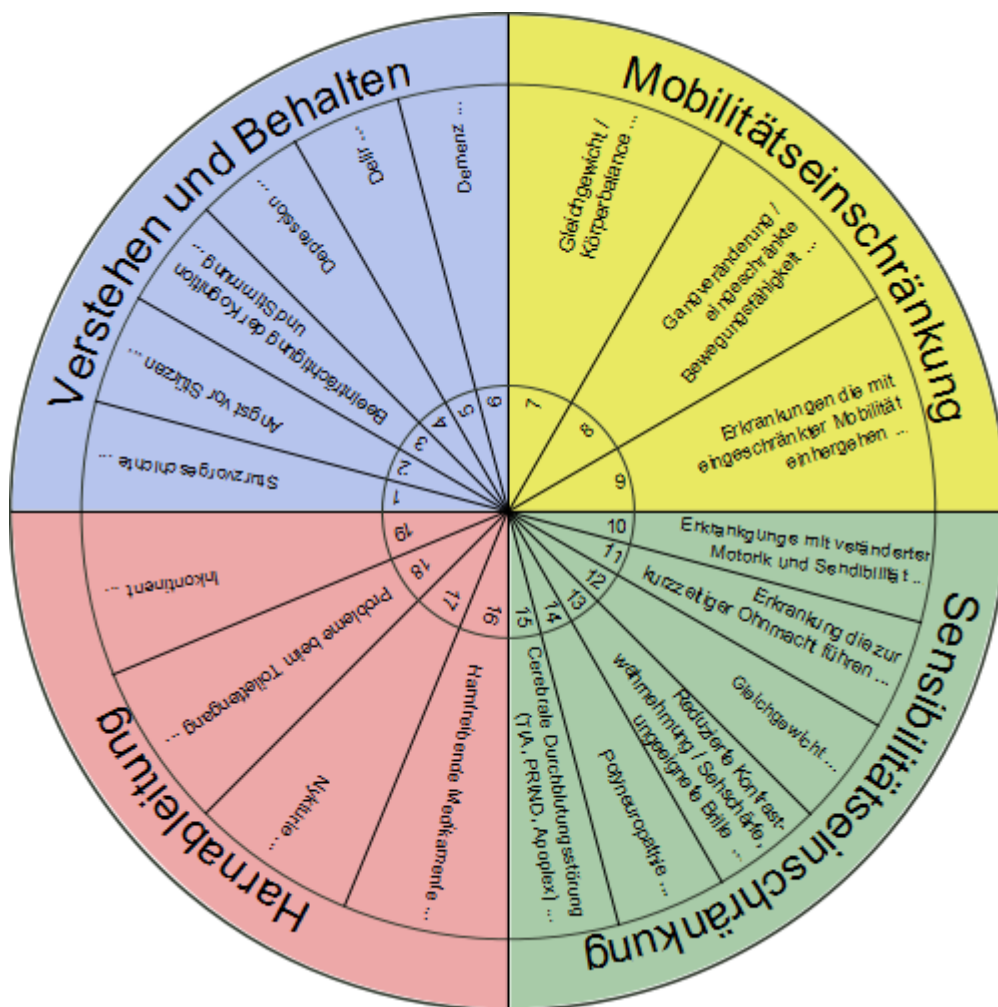
Anhang Tabelle 2 Häufigkeiten der Antworten für die Handhabbarkeit in Prozent

Summe Zustimmung										
Pflegeheim	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12	Frage 13	Frage 14	Frage 15	Gesamt	Gesamt/8Items
Zustimmung	40%	16,7%	83,3%	83,3%	16,7%	60%	100%	50%	450%	56%
Weiß nicht	20%	16,7%	0%	16,7%	83,3%	0%	0%	16,7%		
Ablehnung	40%	66,7%	16,7%	0%	0%	40%	0%	33,3%		
KH gesamt	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12	Frage 13	Frage 14	Frage 15	Gesamt	Gesamt/8Items
Zustimmung	93,3%	73,3%	73,3%	53,3%	33,3%	46,7%	100%	86,7%	560%	70%
Weiß nicht	6,7%	6,7%	6,7%	13,3%	40%	13,3%	0,0%	13,3%		
Ablehnung	0%	20%	20%	33,4%	26,7%	40%	0%	0%		
Kardiologie	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12	Frage 13	Frage 14	Frage 15	Gesamt	Gesamt/8Items
Zustimmung	85,7%	85,7%	100%	85,7%	57,1%	100%	100%	100%	714%	89%
Weiß nicht	14,3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
Ablehnung	0%	14,3%	0%	14,3%	42,9%	0%	0%	0%		
Chirurgie	Frage 8	Frage 9	Frage 10	Frage 11	Frage 12	Frage 13	Frage 14	Frage 15	Gesamt	Gesamt/8Items
Zustimmung	100,0%	62,5%	50%	25%	12,6%	0%	100%	75%	425%	53%
Weiß nicht	0,00%	13%	13%	25%	38%	25%	0%	25%		
Ablehnung	0%	25,0%	38%	50%	50%	75%	0%	0%		

Anhang Tabelle 3 Häufigkeiten der Antworten für die Akzeptanz in Prozent

Zustimmung gesamt									
Pflegeheim	Frage 5	Frage 25	Frage 30	Frage 31	Frage 32	Frage 33	Frage 36	Gesamt	Gesamt/7Items
Zustimmung	100,0%	16,7%	50%	66,7%	50%	66,7%	33,3%	366,7%	52%
Weiß nicht	0,0%	83,3%	16,7%	0%	16,7%	0%	17%		
Ablehnung	0%	0%	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	50,0%		
KH gesamt	Frage 5	Frage 25	Frage 30	Frage 31	Frage 32	Frage 33	Frage 36	Gesamt	Gesamt/7Items
Zustimmung	73,3%	61,5%	71,4%	42,9%	42,9%	64,3%	57,1%	288,8%	41%
Weiß nicht	6,7%	23,1%	14,3%	0%	7,1%	0%	7,1%		
Ablehnung	20%	15,4%	14,3%	57,1%	50%	35,7%	35,7%		
Kardiologie	Frage 5	Frage 25	Frage 30	Frage 31	Frage 32	Frage 33	Frage 36	Gesamt	Gesamt/7Items
Zustimmung	100%	33,3%	50%	100%	100%	100%	16,7%	533,3%	76%
Weiß nicht	0%	33,3%	33,3%	0%	0%	0%	0%		
Ablehnung	0%	33,3%	16,7%	0%	0%	0%	83,3%		
Chirurgie	Frage 5	Frage 25	Frage 30	Frage 31	Frage 32	Frage 33	Frage 36	Gesamt	Gesamt/7Items
Zustimmung	50%	85,7%	87,5%	0%	0%	37,5%	87,5%	100,0%	14%
Weiß nicht	12,5%	14,3%	0%	0%	12,5%	0%	12,50%		
Ablehnung	37,5%	0%	12,5%	100%	87,5%	62,5%	0%		

5. Muster der DRISK/ Broschüre/ Poster



Anhang Abbildung 1 Hauptscheibe in Originalgröße

Aus den Risikofaktoren des jeweiligen Patienten müssen Maßnahmen abgeleitet und dokumentiert werden!

Beispiele zur Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans

- Nachtschrank rollt! - über unsicheren Halt informieren
- Auf ausreichende Beleuchtung achten (auch nachts)
- Stationshandläufe zeigen
- Klingel- und Lichtschalter zeigen
- Umgang mit Gehhilfen (bspw. Rollator) erklären
- Beobachtung der Gangsicherheit des Patienten
- ...

Anhang Abbildung 2 Rückseite der Hauptscheibe in Originalgröße

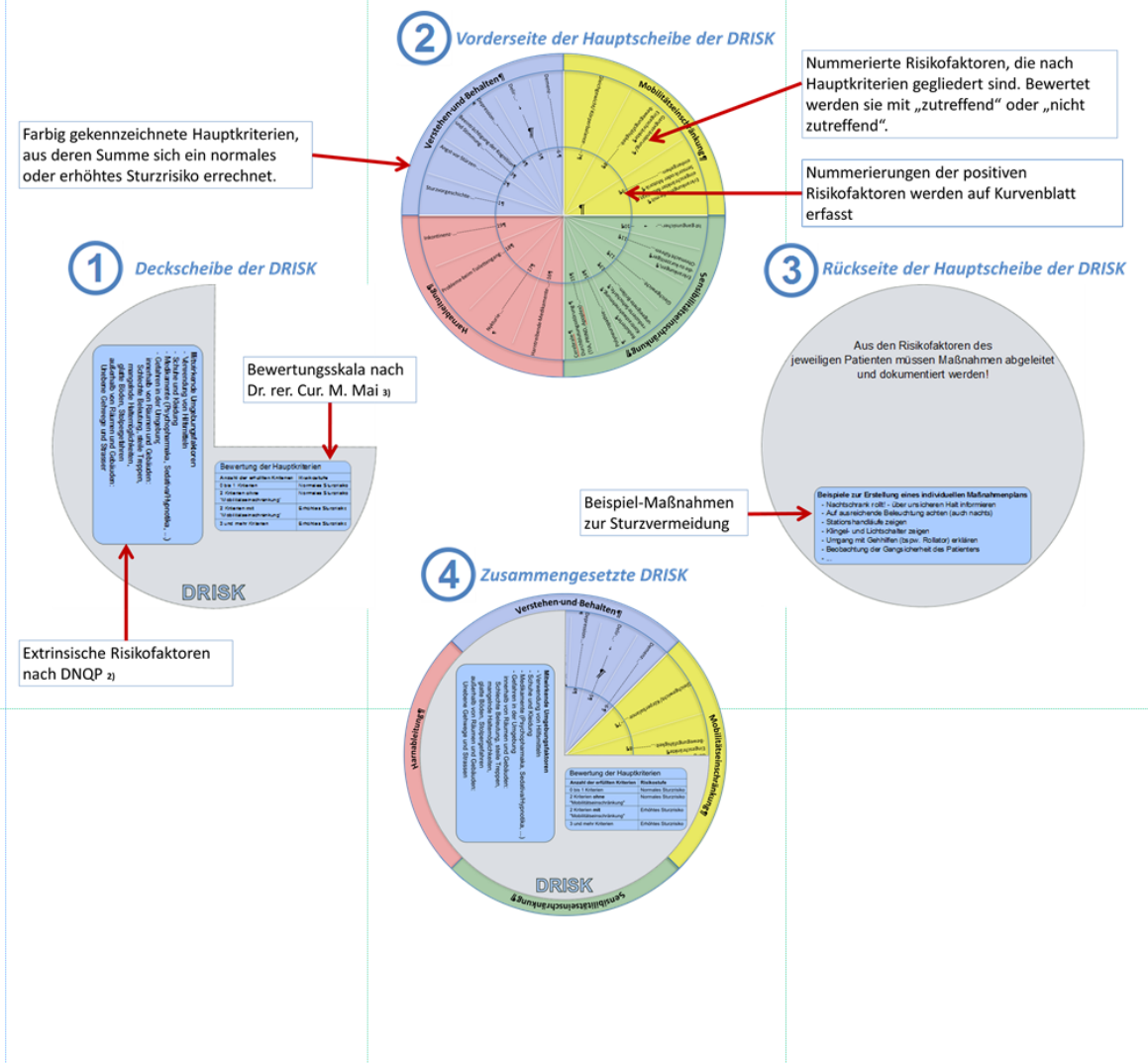


Anhang Abbildung 3 Oberscheibe in Originalgröße

<p>Liebe Pflegenden, wer kennt es nicht dieses plötzliche „Rums“ und die Vorahnung mit der man zum Patientenzimmer eilt. Dort angekommen wird die Vorahnung zur Bestätigung: Der Patient ist gestürzt! Damit diese Situation eine Ausnahme bleibt, gilt es die Gefahr eines Sturzes bei jedem Patienten schnellst möglich zu erfassen, Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Die von uns entwickelte Drehscheibe „DRISK“ bietet Unterstützung bei der Sturzrisikoeinschätzung. <i>Um die Risikofaktoren und ein erhöhtes Sturzrisiko mit wenig Zeitaufwand zu dokumentieren entwickelten wir eine innovative Drehscheibe zur Ermittlung des Sturzrisikos.</i> Dieser Flyer gibt einen Überblick über die Handhabung des Instrumentes und erinnert daran, was das Thema „Sturzrisiko“ im Klinikalltag so wichtig macht. Herzliche Grüße J. Gierock, F. Rohrmann, J. Schröder, S. Trompeter (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Studentinnen des Studiengangs Pflegeentwicklung und Management)</p>	 <p>„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“ (Quelle: DNQP, Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege)</p> <p>Wie häufig stürzen Patienten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circa 1/3 der 65-Jährigen stürzen mindestens 1x pro Jahr • 50% der 90 Jährigen erleiden einen Sturz pro Jahr • 7% der Patienten stürzen mindestens 1x während ihres Krankenhausaufenthaltes <p>Welche Folgen hat ein Sturzereignis für...</p> <p>...mich als Pflegekraft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstvorwürfe (Schuldgefühl) • Fremdvorwürfe (Angehörige, Kollegen...) • Dokumentationsaufwand <p>...meinen Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Beeinträchtigungen bis hin zum Tode • Sturzangst bis hin zur sozialen Isolation • Einschränkung der Selbstständigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit <p>...meinen Arbeitgeber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Längere Verweildauer durch zusätzliche Bettenbelegung • Folgekosten, Schadensersatzforderungen • Rufschädigung 	<p>Wozu Sturzrisikoeinschätzung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Risikofaktoren für den Patienten bewusst wahrgenommen werden, können geeignete Maßnahmen zur Minimierung des Sturzrisikos eingeleitet werden. • Um einen Nachweis über die durchgeführte Risikoeinschätzung und daraus resultierenden Maßnahmen zur Sturzvermeidung zu erbringen, müssen sie dokumentiert werden. <p>„Denn was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht!“</p>  <p>Die Maßnahmen, die eingeleitet werden sind patientenspezifisch!</p> 
<p>„DRISK“ Die Drehscheibe zur Einschätzung des Sturzrisikos</p>  	<p>Fragen? Bei offenen Fragen und Anregungen stehen wir jederzeit telefonisch oder per Email zur Verfügung. Viel Erfolg bei der Durchführung! Ansprechpartner Jana Gierock@haw-hamburg.de Sabina Trompeter@haw-hamburg.de</p> <p>Literatur zum Thema: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard in der Pflege, 2006 Markus Mai, Das Sturzrisiko von Patienten im Krankenhaus: Entwicklung eines konstruktiv-kalibrieren Sturzrisikoschätzungsinstrumentes unter dem Einsatz von Modellen aus dem Bereich der probabilistischen Testtheorie</p> 	<p>Welchen Nutzen hat die Drehscheibe? Anhand der Drehscheibe wird ermittelt ob ein Patient ein normales oder erhöhtes Sturzrisiko hat. Die Vorteile sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einfache Handhabung • Bietet eine sichere Dokumentationshilfe • Ermöglicht schnelle Durchführung • Besitzt durch simples Design • Dient als zuverlässige Gedächtnisstütze • Berücksichtigt den aktuellen Stand der Pflegeforschung <p>Wie wird die Drehscheibe angewendet? Eine Abbildung der Drehscheibe und eine genaue Beschreibung ihrer Funktion befinden sich in der Innenseite des Flyers.</p> 

Anhang Abbildung 4 Faltbroschüre Vorderseite

Ein anwenderfreundliches Instrument zur Sturzrisikoeinschätzung ist die von uns entwickelte Drehscheibe „DRISK“



Beispielhafte Anwendung der Drehscheibe „DRISK“:

Die DRISK (siehe Abb. 4) ermöglicht die einfache Einschätzung des Sturzrisikos eines Patienten im Krankenhaus.

Ich nehme einen Patienten auf, der ein Taubheitsgefühl im linken Arm und Bein beklagt und gangunsicher ist. Zusätzlich leidet er unter Katarakt (grauer Star). Die Sturzrisikofaktoren sind Gangunsicherheit, die Reduktion der Sehschärfe und das Taubheitsgefühl. Ich schaue auf die DRISK und stelle fest:

1. Die Gangunsicherheit fällt unter das Hauptkriterium „Mobilitätseinschränkung“. Der Risikofaktor Reduktion der Sehschärfe gehört zum Hauptkriterium „Sensibilitätsstörung“ und das Taubheitsgefühl ebenfalls (siehe Abb. 2).
2. Ich vergleiche dies mit der Bewertungsskala (siehe Abb. 1): Es sind zwei Hauptkriterien erfüllt, eines davon ist die Mobilitätseinschränkung, also hat der Patient ein erhöhtes Sturzrisiko.
3. Auf der Fieberkurve kreuze ich „erhöhtes Sturzrisiko“ an und schreibe daneben die drei Nummern für die Risikofaktoren (hier: 8, 13, 14).
4. Ich bespreche mit dem Patienten welche Maßnahmen seine Sturzgefahr minimieren (siehe Abb. 3). Beispielsweise erkläre ich ihm, dass er nicht ohne fremde Hilfe aufstehen soll, zeige ihm wie er den Schwesternruf aktiviert und lege die Klingel in seine Reichweite. Die Maßnahmen dokumentiere ich im Pflegebericht.

Anhang Abbildung 5 Faltbroschüre Rückseite

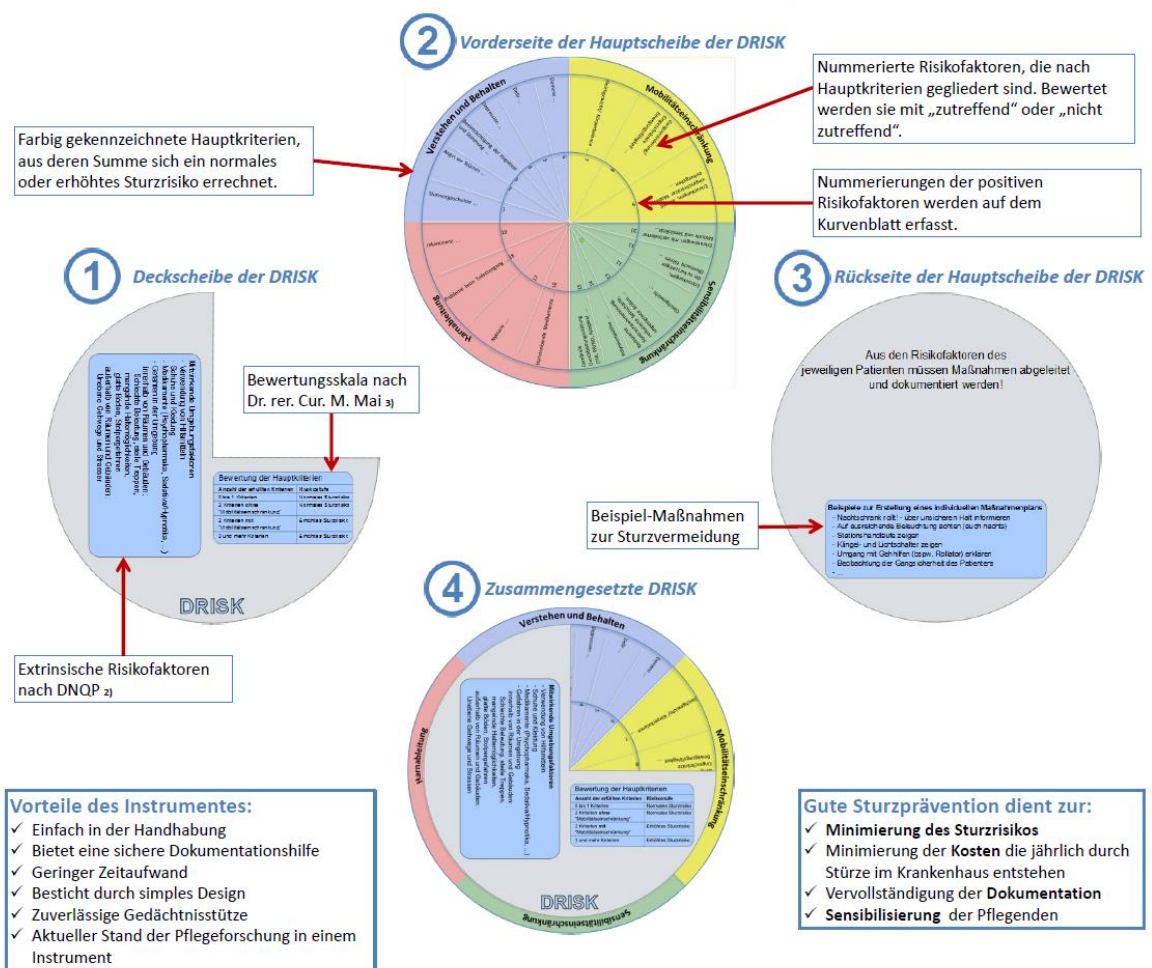
Einschätzung des individuellen Sturzrisikos von Patienten im Krankenhaus anhand der Drehscheibe „DRISK“

Jana Gierock, Frauke Rohrmann, Julia Schröder, Sabrina Trompeter

- 2011 starben in Deutschland 9722 Menschen in Folge eines Sturzes ¹⁾
- 7% der Patienten stürzen mindestens 1x während ihres Krankenhausaufenthaltes ²⁾
Ein Sturz hat für den Patienten gravierende Folgen :
 - ❖ Psychische Auswirkungen bis hin zum sozialen Rückzug
 - ❖ Pflegebedürftigkeit bis hin zum Verlust der Selbstständigkeit
 - ❖ Schmerzhaft Frakturen bis hin zum Tod

Pflegende müssen sich der Sturzgefahr bewusst sein, denn durch eine korrekte Sturzrisikoeinschätzung und die Einleitung geeigneter Maßnahmen werden Stürze minimiert! ³⁾

Ein anwenderfreundliches Instrument zur Sturzrisikoeinschätzung ist die von uns entwickelte Drehscheibe „DRISK“



Quellen:
 - 1) Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Todesursachen in Deutschland 2011, Fachserie 12 Reihe 4
 - 2) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege 2006
 - 3) Markus Mai, Entwicklung eines konstruktionalen Sturzrisikoeinschätzungsinstrumentes unter dem Einsatz von Modellen aus dem Bereich der probabilistischen Testtheorie, 2010

Anhang Abbildung 6 Poster der Präsentation

6. Eidesstattliche Erklärung

Wir versichern, dass wir vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt haben. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 29.08.2013

Jana Gierock

Sabrina Trompeter