



Sehr geehrte Damen und Herren,

das 2. Moderatorentreffen hat deutlich gemacht, dass vereinzelt immer noch Unsicherheiten bezüglich des Einsatzes der **modifizierten STRATIFY-Skala** zur Einschätzung des Sturzrisikos bestehen. Deshalb möchten wir die u.E. wesentlichen Punkte nochmals kurz zusammenfassen.

Zunächst möchten wir darauf hinweisen, dass die Erhebung des Sturzrisikos mittels eines standardisierten Instruments **zwei Zielen** dient:

1. um ggf. präventive Maßnahmen in den einzelnen Kliniken zielgerichtet durchführen zu können und um
2. die Sturzzahlen zwischen den einzelnen Einrichtungen im Rahmen des Benchmarkings vergleichbar zu machen.

Wir haben – nach der Diskussion im Forum und auf dem 1. Moderatorentreffen – eine bestehende Skala für unsere Zwecke modifiziert, weil

- keine der diskutierten Skalen unmodifiziert und uneingeschränkt für den Einsatz im Rahmen von Gemidas-QM empfohlen werden konnte;
- die Erhebung einer standardisierten Sturzrisikoskala zusätzlich zu den bestehenden Gemidas-Items zu unnötigen Doppelerhebungen geführt hätte.

Eine Zusammenfassung der Diskussion findet sich unter <http://www.gemidas-qm.de/phpBB2/viewtopic.php?t=62> (mit weiteren Verweisen).

Die endgültig vom Projekt verabschiedete Version unserer modifizierten STRATIFY-Skala (erhältlich unter http://www.loosstefan.de/GQMdoks/MSTRATIFY_Skala.doc) enthält

- keinen vorgegebenen Cut-off-Wert und
- die Medikation nur als optionales Item, das nicht in die Gesamtskala eingeht.

Auf einen **Cut-off-Wert** wurde schon allein deshalb verzichtet, weil es für diese Skala noch keinen validierten Cut-off-Wert gibt; eine Validierung kann – wenn überhaupt – erst im Rahmen des Projekts stattfinden. Jeder Einrichtung bleibt es deshalb bis auf weiteres selbst überlassen, ob sie in der klinischen Praxis einen Cut-off-Wert zur Risikobeurteilung verwenden will.

Die **Medikation** zeigt sich in verschiedenen Studien als zentraler Einflussfaktor auf die Sturzhäufigkeit und ist zudem auch problemübergreifend (z.B. Schmerz) bedeutsam. Allerdings ist die Studienlage hierzu nicht eindeutig (was sich aber hinsichtlich psychotrop wirkender Medikamente durchaus bereits etwas anders darstellt, vgl. Cochrane Library, Issue 2, 2004), und die Erfassung der sturzrelevanten Medikation ist von Operationalisierungs- und Erfassungsproblemen geprägt. Aus diesem Grund beschränkt sich das Item Medikation nur auf die Erfassung von Sedativa, Antidepressiva und/oder Opiaten/Opioiden und geht als optionales Item nicht in die Gesamtskala ein.

Hinsichtlich der **Interpretation der einzelnen Items** (z.B. ‚Was ist eine funktionell alltagsrelevante Visusminderung‘?) soll es vorläufig keine weiteren, einrichtungsübergreifenden Spezifizierungen geben, da sich die verwendeten Items in der Praxis als sehr robust erwiesen haben. Generell sollte jedoch eine eher positive Beurteilung des Risikos erfolgen, um die Sensitivität des Instruments zu erhöhen.

Die Einrichtungen unterscheiden sich gegenwärtig in der **praktischen Durchführung** des Sturzrisikoassessments. Während dies in einigen Einrichtungen überwiegend in der Hand der Pflegekräfte liegt, wird es andernorts primär durch Ärzte durchgeführt. Von Projektseite sollen hier keine Vorgaben gemacht werden, um den Einrichtungen den nötigen organisatorischen Spielraum zu belassen. Als Mindeststandard sollte jedoch gelten, daß das Ergebnis des Sturzrisikoassessments in der nächsten Teamsitzung multidisziplinär diskutiert werden sollte. Zudem sollte der Erhebungsprozess schriftlich/graphisch dokumentiert werden.

Was den **Zeitpunkt der Erhebung** betrifft, sollte diese so früh wie möglich (da ein Großteil der Stürze kurz nach Aufnahme stattfindet) und so spät wie nötig (um eine hinreichend sichere Beurteilung der einzelnen Items zu erlauben) stattfinden. Als vorläufiger Richtwert kann eine vollständige Erfassung bis spätestens zum 3. Tag nach Aufnahme gelten.

Wir möchten auch noch einmal betonen, daß es jeder Einrichtung frei steht, die Skala als solche **separat zu erheben oder die notwendigen Daten aus bestehenden Erhebungen zu extrahieren**. Dadurch kann einerseits der Erhebungsaufwand minimiert werden. Andererseits muss so die Skala in der einrichtungsinternen Dokumentation entweder überhaupt nicht oder zumindest nicht unter dem Begriff ‚Sturzrisikoassessment‘ auftauchen, falls diesbezüglich haftungsrechtliche Bedenken bestehen.

Hinsichtlich der Beurteilung der **haftungsrechtlichen Bedenken** möchten wir zum einen nochmals auf den aktuellen Artikel in ‚das Krankenhaus‘ 08/2004 verweisen, der im Rahmen des 2. Moderatorentreffens vorgestellt wurde. Zum anderen zeigen **aktuelle Leitlinien**, daß die Erfassung des Sturzrisikos selbst bei diesbezüglich bisher unauffälligen älteren Personen zur ärztlichen/klinischen Routine gehören sollte (AGS, BGS, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001): Guidelines for the Prevention of Falls in Older Persons; JAGS 49: 664-672. DEGAM (2004) Ältere Sturzpatienten. Leitlinie Langfassung. Omikron publishing Düsseldorf: die Kurzfassung ist erhältlich unter http://www.degam.de/leitlinien/04_sturz/sturz_web.pdf). Das Fehlen eines – dokumentierten – Sturzassessments könnte im Falle eines Sturzes haftungsrechtlich also ähnlich relevant sein wie das Vorliegen eines solchen Assessments.

Wir hoffen, hiermit zumindest einige Unklarheiten bezüglich der modifizierten STRATIFY-Skala ausgeräumt zu haben. Bei weiteren Fragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung, und auch das Forum ist ja auch zur Klärung dieser Fragen gedacht.

Mit freundlichen Grüßen

Markus Borchelt

Stefan Loos