

18. Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen

Sturzprophylaxe hat zum Ziel, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren, indem Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden. Dazu gehören Maßnahmen zur Risikoeinschätzung und vor allem adäquate Maßnahmen zur Sturzprävention.

Risikofaktoren erkennen

- Höheres Lebensalter, Gehhilfen / Rollstuhl, Sehbehinderung
- Medikamente (Sedativa, Blutdrucksenker), Nach Anästhesie / Sedierung
- Nasse oder unebene Böden

Präventionsmaßnahmen

- Rutschfeste Böden, ausreichende Beleuchtung, Handläufe
- Begleitung mobilitätseingeschränkter Patienten
- Stühle und Behandlungsstühle sicher arretieren
- Nach Sedierung / längerer Behandlung: Patienten erst nach Erholung entlassen
- Begleitperson bei Risiko-Patienten empfehlen
- Sofortige Beseitigung von Flüssigkeiten auf dem Boden

Beispieltabelle

Bereich	Schwachstelle	Maßnahme	Verantwortlich	Status/ erledigt
Behandlungs- zimmer	Sturzgefahr mobilitäts- eingeschränkter Patienten	Patienten aus dem Wartezimmer bis zum Behandlungsstuhl führen / begleiten	ZFA	
Eingangs- bereich	feuchter Boden bei nasser Witterung / Schnee	rutschfeste Matte auslegen/Absicherung Winterdienst	Mitarbeiter Rezeption	
Behandlungs- zimmer	nach längerer Behandlung / Sedierung den Patienten nach Erholung entlassen	Patient 15 Min. mit Sichtkontakt in das Wartezimmer setzen oder auf Behandlungs-stuhl verweilen lassen	behandelnder Zahnarzt	
Wartezimmer / Behandlungs- zimmer	Behandlung von Risikopatienten	bei Terminvergabe Hinweis auf notwendige Begleitperson geben	ZFA / ZMV	
Praxisräume	Unfälle, wie Ausrutschen, Umknicken oder stürzen durch lose sitzendes Schuhwerk (Clogs, Pantoletten)	festsitzendes, geschlossenes Schuhwerk	Alle Praxis- mitarbeiter	

➔ Details dazu finden Sie in folgender Checkliste/Protokoll „Prävention Maßnahme Plan / Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen“ und „Dokumentation von Stürzen und Sturzfolgen“

Prävention Maßnahmen Plan / Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen

Bewertungsdatum	
Teilnehmer	
Nächste Bewertung	

Bitte passen Sie dieses Muster an die Gegebenheiten Ihrer Praxis an.

Bereich	Schwachstelle	Maßnahme	Verantwortlich	Status / erledigt

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Protokoll – Dokumentation von Stürzen und Sturzfolgen

Praxis:	
Patient/in:	
Geburtsdatum:	
Datum und Uhrzeit des Ereignisses:	
Ort des Ereignisses:	☐ Behandlungszimmer ☐ Wartezimmer ☐ Flur ☐ Sanitärbereich ☐ Treppenbereich ☐ sonstiger Ort: _____

Protokoll muss an Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Art des Ereignisses

- ☐ Sturz beim Aufstehen/Hinsetzen
- ☐ Sturz aus dem Stand
- ☐ Sturz beim Gehen
- ☐ Sturz vom Behandlungsstuhl
- ☐ Stolpern/Ausrutschen
- ☐ Kreislaufbedingtes Ereignis
- ☐ Synkope/Bewusstlosigkeit
- ☐ Sonstiges: _____

Situationsbeschreibung / Beobachteter Ablauf:

Mögliche Verletzungsfolgen

Nach dem Ereignis erfolgte eine orientierende Einschätzung des Zustandes.

- ☐ keine erkennbaren Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Schwellung
- ☐ Hämatom
- ☐ Hautverletzung
- ☐ Blutung
- ☐ Verletzung im Kopf-/Gesichtsbereich
- ☐ Verletzung an Zähnen/Zahnersatz
- ☐ Bewegungseinschränkung
- ☐ Bewusstseinsstörung/Übelkeit/Schwindel
- ☐ sonstige Auffälligkeiten: _____

Betroffene Körperregion:

Festgestellte Auffälligkeiten:

Sofortmaßnahmen

- ☐ Patient/in beruhigt und betreut
- ☐ Patient/in zunächst nicht bewegt
- ☐ Vitalzeichen kontrolliert
- ☐ Blutung versorgt
- ☐ Kühlung durchgeführt
- ☐ Wundversorgung durchgeführt
- ☐ behandelnde/r Zahnarzt/Zahnärztin hinzugezogen
- ☐ Rettungsdienst verständigt
- ☐ ärztliche Weiterbehandlung empfohlen/veranlasst
- ☐ Angehörige informiert
- ☐ Patient/in selbstständig nach Hause gegangen
- ☐ Begleitung/Transport organisiert

Weitere Maßnahmen:

Zeitpunkt der ärztlichen/zahnärztlichen Beurteilung: _____ Uhr

Information und Aufklärung

Der/Die Patient/in wurde über die festgestellten Auffälligkeiten sowie über die Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung informiert.

- ☐ Ja
- ☐ nein - Begründung: _____

Empfehlung / weitere Versorgung:

Angehörige/Bezugsperson informiert:

- ☐ ja
- ☐ Nein
- ☐ nicht erforderlich

Dokumentation und Meldung

Anwesende Mitarbeitende / Zeugen:

1. _____
2. _____
3. _____

Zeugenaussage / ergänzende Angaben:

Eintrag in der Patientenakte erfolgt:

- ☐ ja
- ☐ nein

Praxisleitung informiert:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ Zeitpunkt: _____ Uhr

Ursachen- und Risikoanalyse

Mögliche auslösende Faktoren:

- ☐ Stolperstelle
- ☐ Nässe/Feuchtigkeit
- ☐ ungeeignete Bodenfläche
- ☐ fehlende/ungeeignete Haltemöglichkeit
- ☐ eingeschränkte Mobilität des Patienten
- ☐ Schwindel/Kreislaufproblematik
- ☐ ungeeignetes Schuhwerk
- ☐ eingeschränkte Sicht
- ☐ Hindernis im Verkehrsweg
- ☐ Aufsteh-/Umsetzvorgang am Behandlungsstuhl
- ☐ sonstiger Faktor: _____

Vermutete Hauptursache:

Präventive Maßnahmen

- ☐ Gefahrenstelle unmittelbar beseitigt
- ☐ Boden-/Verkehrsbereich überprüft
- ☐ Ausstattung angepasst
- ☐ zusätzliche Haltemöglichkeit vorgesehen
- ☐ Mitarbeitende informiert / Teamunterweisung durchgeführt
- ☐ Ablauf am Behandlungsstuhl angepasst
- ☐ besondere Patientenrisiken künftig berücksichtigen
- ☐ keine weitere Maßnahme erforderlich

Konkrete Verbesserungsmaßnahme:

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____