

Stürze sind Indikator für Pflegequalität

RISIKO «Tod nach Sturz im Spital». Schlagzeilen dieser Art gab es in den letzten Wochen mehrfach. Was läuft falsch? Was müsste getan werden? Wir fragten eine Expertin.

INTERVIEW HANS GRABER
hans.graber@luzernerzeitung.ch

Elsbeth Betschon, mit Schauspieler Walo Lüönd, Schauspielerin Silvia Reize und alt Bundesrat Schlumpf gab es gleich drei Fälle von Prominenten, die anscheinend kurz nach einem Sturz im Spital gestorben sind. Ist das für Sie einfach ein unglücklicher Zufall, oder mehren sich solche Fälle?

Elsbeth Betschon*: Ich denke, dass das wirklich nur eine zufällige Häufung ist, denn was bei den drei erwähnten Personen wirklich zum Tod geführt hat, ist unklar, und ich kenne die Fälle nicht im Detail. Nichtsdestotrotz, Stürze sind ein wichtiges Thema, sowohl in Spitälern wie in Heimen.

Gibt es Zahlen dazu?

Betschon: Ja, aber die verfügbaren Erhebungen zeigen unterschiedliche Ergebnisse. Laut einer Studie aus dem Jahr 2008 stürzen in Spitälern 2 bis 12 Prozent der älteren Patienten während des Klinikaufenthaltes. Laut derselben Studie stürzen 50 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen mindestens einmal pro Jahr, 40 Prozent sogar mehrmals.

Was sind die häufigsten Sturzfolgen?

Betschon: Betroffene in Spitälern weisen eine höhere Sterblichkeit auf, ebenso einen verlängerten Behandlungsaufenthalt von durchschnittlich 13,1 Tagen, zudem gibt es mehr erneute Hospitalisierungen und mehr Pflegeheimweisungen als bei Patienten ohne Stürze. Rund 10 Prozent der Stürze führen zu Verletzungen, und in 5 Prozent kommt es zu Brüchen, vor allem Schenkelhalsfrakturen. Selbst wenn es glimpflicher ausgeht, sind Stürze für die Betroffenen zumeist ein beängstigendes und häufig das spätere Leben negativ beeinflussendes Ereignis.

Können Sie das noch konkretisieren?

Betschon: Meist langwierige Auswirkungen hat eine Schenkelhalsfraktur. Statistiken zeigen, dass nach drei Monaten nur 42 Prozent der Betroffenen wieder ihre vorherige Mobilität erreichen, nach einem Jahr sind es 49 Prozent der überlebenden Personen. Ein Drittel der Verunfallten ist nach einem Jahr immer noch bettlägerig oder auf den Rollstuhl angewiesen.

Was unterscheidet in Sachen Stürze Heime und Spitäler?

Betschon: Bezüglich der Folgen gibt es wenige Unterschiede, sehr wohl aber, was die Prävention angeht, denn Spitäler und Heime haben unterschiedliche Voraussetzungen.

Nämlich?

Betschon: Im Spital geht es meist um einen kurzen Aufenthalt der Patienten, ihr akuter Zustand kann sich dabei schnell ändern, was eine laufende Anpassung der Pflegemassnahmen nötig macht. Dafür steht in Spitälern aber auch mehr ausgebildetes beziehungsweise diplomiertes Personal zur Verfügung, das die komplexen Zusammenhänge des Sturzgeschehens besser erfassen kann.

Und in Heimen?

Betschon: Hier handelt es sich meist um einen Langzeitaufenthalt, und der Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt relativ stabil, andererseits arbeitet weit weniger diplomiertes Personal in den Heimen.

Wo lauern die grössten Gefahren?

Betschon: Die meisten Spitalpatienten und Heimbewohner stürzen dann, wenn sie alleine im Zimmer sind. Häufigste Aktivitäten, bei denen ein Sturz erfolgt, sind das Aufstehen und Hinsetzen, also vom oder aufs Bett beziehungsweise vom oder auf einen Stuhl. Weitere neuralgische Orte sind das Badezimmer und der Gang.



Gehhilfen sind eine Möglichkeit, Stürzen vorzubeugen. In jedem Fall verhindern lassen sie sich aber nicht.

Keystone/Gaetan Bally

Gibt es spezielle Risikopatienten und Risikosituationen?

Betschon: Hauptsächlich betroffen sind muskulär geschwächte Personen mit einer Gangunsicherheit oder Gleichgewichtsstörungen. Auch vermindertes Sehvermögen ist ein Risikofaktor. Verhältnismässig mehr Stürze ereignen sich ferner in den ersten Tagen eines Heim- oder Spitalaufenthaltes, vermutlich wegen fehlender Orientierung und Vertrautheit mit der ganzen Umgebung.

Was ist mit Unterschieden zwischen Tag und Nacht?

Betschon: Die zur Verfügung stehende Literatur vermittelt da widersprüchliche Informationen. Ich denke, dass es nachts allgemein weniger Stürze gibt, aber nur deshalb, weil da auch weniger Personen aktiv sind. Wenn sie jedoch aufstehen, dann erhöht sich das Risiko schnell, weil sie noch im Halbschlaf sind, weil das Licht schlecht oder auch das Schuhwerk schlecht ist, zudem kann auch die ge-

botene Eile wegen Harn- oder Stuhldrang zu Stürzen führen.

Erhöhen auch Medikamente das Sturzrisiko?

Betschon: Sie sind ein wichtiger Risikofaktor, wie etwa Antidepressiva oder Sedativa (Beruhigungsmittel). Ebenso kann etwa ein schlecht eingestelltes Blutdruckmedikament den Blutdruck zu stark senken und somit zu Gleichgewichtsunsicherheit führen.

«Todesfolgen sind absolute Ausnahmen»

REGION hag/dwa. «Das Luzerner Kantonsspital hat sich der Sturz-Thematik schon vor Jahren angenommen», schreibt die Medienstelle auf Anfrage. Bereits 2005 sei im interdisziplinären Rahmen der Pflegeentwicklung und -qualität das Konzept Sturzprävention erarbeitet worden. Zur frühzeitigen Erkennung von sturzgefährdeten Patienten und der Reduktion von sturzbedingten Verletzungen würden Stürze systematisch erfasst, das Sturzverhalten analysiert und aus den Resultaten direkt Massnahmen abgeleitet. Zahlen will man keine nennen. Schriftliche Begründung: «Bei der Anfrage um Veröffentlichung von Vergleichszahlen verweist das Luzerner Kantonsspital auf die ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, welche paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen durchführen.»

3,5 Stürze pro 1000 Pflagetage

Auskunftsfreudiger gibt man sich zum Beispiel im Kantonsspital St. Gallen. Barbara Schoop, stellvertretende Leiterin Entwicklung Pflege: «Wir zählten im vergangenen Jahr im stationären Bereich bei insgesamt fast 35 000 Patienten 913 Stürze. Das entspricht einem Wert von 3,5 Stürzen pro 1000 Pflagetage», hält sie fest. Rund 60 Pro-

zent der Stürze verlaufen laut Schoop glücklicherweise verletzungsfrei. Bei rund zehn Fällen pro Jahr aber kommt es zu schweren Verletzungen. Komplikationen mit Todesfolge, beispielsweise durch eine notwendig gewordene Operation, seien die absolute Ausnahme.

«Risiko besteht auch daheim»

Wie in Luzern setzt man sich auch im Kantonsspital St. Gallen zum Ziel, schwere Stürze zu verhindern. «Deshalb schätzen wir Risikopatienten systematisch auf ihr spezifisches Risiko ein», sagt Barbara Schoop. Daraus werden Massnahmen für die Patienten abgeleitet, beispielsweise das Benutzen von Gehhilfen, Physiotherapie, Gehtraining oder vermehrte Beobachtung durch die Pflegenden. Generell betont Barbara Schoop, dass das Sturzrisiko für kranke Menschen nicht nur im Spital, sondern auch daheim bestehe.

Und was macht man in Heimen? «Seit sieben Jahren werden bei uns die Stürze der Bewohner systematisch in einem Sturzprotokoll erfasst und ausgewertet», sagt Rita Estermann, Pflegeexpertin im Luzerner Betagtenzentrum Dreilinden. «Die Statistik wird intern regelmässig ausgewertet und besprochen.» Die Pflegefachpersonen würden

zum Thema Sturz ausgebildet und könnten an weiterführenden Fortbildungen teilnehmen. In allen Teams gebe es eine Fachperson, die zuständig ist, die anderen Pflegenden für die Sturzprävention und -verhinderung zu sensibilisieren und mit den Bewohnern präventive Massnahmen wie Gleichgewichtsübungen oder Gehtrainings durchzuführen. Selbstverständlich werde im Betagtenzentrum auch auf eine sichere Umgebung geachtet.

«Jeder Sturz ist einer zu viel»

Die häufigste Sturzursache im Betagtenzentrum Dreilinden ist laut Rita Estermann die Beeinträchtigung der Kognition (Denken), verursacht etwa durch Demenz. Weitere häufige Ursachen seien Schwäche, Schwindel, eingeschränkte Mobilität, Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Probleme oder die Auswirkungen von Schlafmedikamenten.

«Jeder Sturz ist ein Sturz zu viel», sagt Rita Estermann, «leider lassen sie sich aber nicht ganz vermeiden.» Die Folgen seien glücklicherweise meist relativ harmlos: blaue Flecken oder Prellungen. Immer wieder mal gebe es aber auch Frakturen, die einen Spitalaufenthalt nötig machten. Zudem könne ein Sturz auch Angst vor weiteren Stürzen auslösen.

Schenkt man Ihrer Ansicht nach in den Heimen und Spitälern der Sturzproblematik genügend Beachtung?

Betschon: Das Bewusstsein wächst. Sturzereignisse gelten als Indikator für die Pflegequalität. Im November dieses Jahres werden anlässlich der Prävalenzmessung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken Zahlen erhoben zu den beiden Pflegephänomenen Sturz und Dekubitus (Wundliegen). Das ermöglicht dann auch entsprechende Qualitätsvergleiche. In einigen Institutionen wurde deshalb in den letzten Jahren ein Sturzmanagement zur Prävention eingeführt.

Was heisst das?

Betschon: Ein Sturzmanagement umfasst die Risikoerkennung, die Risikoabklärung, die Prävention und Intervention (konkrete Massnahmen wie etwa Medikamenteneinstellung, Gleichgewichtstraining), die Evaluation (Überprüfung der Massnahmen auf Aktualität und Wirksamkeit) sowie die Sturzdokumentation. Ein Problem dabei ist, dass es bis heute kein gutes Instrument gibt, mit welchem man die wirklich gefährdeten Patienten erkennt. Und ein weiteres Problem: Die nötigen Massnahmen kosten Zeit und Geld. Bei der Gesamtbetrachtung lohnt sich aber der Aufwand. Die Vermeidung eines Sturzes bringt im Endeffekt grosse Kosten- und Leidersparnisse.

Was macht denn die Abklärung so aufwendig und teuer?

Betschon: Die Risikofaktoren für Stürze sind vielschichtig und sehr komplex. Bei jedem Patienten spielen intrinsische Faktoren (zum Beispiel Kraft oder Gleichgewicht) und extrinsische Faktoren (zum Beispiel Bodenbeschaffenheit, Schuhe, Licht, Gehhilfen) eine Rolle. Die Auswirkungen dieser Faktoren können sehr individuell sein. Die Abklärungen und die Umsetzung der nötigen Massnahmen erfordern deshalb eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und anderen Bereichen.

Lassen sich Stürze in jedem Fall verhindern?

Betschon: Nein, eine Grundvoraussetzung zum Stürzen ist Bewegung oder eine Be-



«Ein wichtiger Faktor der Sturzprävention ist die Förderung von Bewegung.»

ELSBETH BETSCHON,
STURZFACHFRAU

wegungsabsicht. Eine Vermeidung ginge nur durch Fixierung oder Sedierung (medikamentöse «Ruhigstellung»), und beides ist ethisch hoch problematisch, zudem auch kontraproduktiv.

Weshalb?

Betschon: Wenn man einen Patienten ruhigstellt, wird er immobil, das schwächt seine Muskulatur, und dadurch wird die Sturzgefahr noch grösser. Ein wichtiger Faktor der Sturzprävention ist deshalb die Bewegungsförderung. Ganz vermeiden lassen sich Stürze in Spitälern und Heimen zwar nicht, aber durch eine verstärkte Sensibilisierung für die Problematik, das Gespräch mit den Betroffenen und deren Angehörigen sowie die Einführung eines Sturzmanagements können viele Stürze und die damit verbundenen gesundheitlichen und finanziellen Folgen verhindert werden.

HINWEIS

► * Elsbeth Betschon (38) ist Pflegefachfrau und MSc ETH Bewegungswissenschaftlerin aus St. Gallen. Sie ist Inhaberin der Firma Movement & Health Consulting. Betschon hat eine Masterarbeit zum Thema Sturzprävention bei älteren Menschen geschrieben und auf dem Gebiet Sturzprävention und Bewegungsförderung geforscht. ◀