



Universität Bielefeld

**Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW**

Ergebnisse der Sturzprävention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

**Abschlussbericht zur Begleitforschung im Projekt
„Landesbutton – Sturzpräventive Pflegeeinrichtung Nordrhein-Westfalen“**

**Verfasser: Klaus Wingenfeld
unter Mitarbeit von Mika Steinke und Margaretha Uchtmann**

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Bielefeld, September 2014

Inhalt

Einleitung.....	3
1. Problemhintergrund: Stürze und Sturzprävention	4
2. Fragestellungen und methodisches Vorgehen	9
2.1 Erfassung von Ergebnissen der Sturzprävention	9
2.2 Schriftliche Befragung der Einrichtungen mit einem Landesbutton.....	14
3. Ergebnisse der Sturzprävention im Vergleich	17
3.1 Stürze und Sturzfolgen	17
3.2 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität	20
3.3 Einsatz von Gurtfixierungen und Bettseitenteilen	23
3.4 Stetigkeit der Ergebnisse	26
4. Ergebnisse der Einrichtungsbefragung.....	28
5. Fazit	33
Literatur.....	35

In diesem Bericht wird der besseren Lesbarkeit halber auf eine geschlechterspezifische sprachliche Differenzierung verzichtet. Die verwendeten Begriffe gelten stets für alle Geschlechter.

Einleitung

Im höheren Lebensalter steigt das Risiko, zu stürzen und sich dabei eine folgenreiche Verletzung zuzuziehen, erheblich an. Dies gilt ganz besonders für pflegebedürftige Menschen mit Beeinträchtigungen der Mobilität: Sie stürzen nicht nur häufiger, sondern erleben auch häufiger gravierende Sturzfolgen als jüngere und unbeeinträchtigte Menschen. Schwerwiegende Sturzfolgen wie hüftnahe Frakturen führen zu vorübergehender, oft aber auch längerer Immobilität und damit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Ein Sturzereignis kann darüber hinaus psychische Auswirkungen haben, beispielsweise Angst vor einem neuen Sturz erzeugen, die ihrerseits das Sturzrisiko erhöht, Vermeidungsverhalten fördert und die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigt. Stürze haben auch ökonomische Auswirkungen, etwa in Form von Kosten für Krankenhausaufenthalte, eine ambulante Behandlung oder eine lang anhaltende Verstärkung von Pflegebedürftigkeit (Koch 2001; Becker/Blessing-Kapelke 2011).

Sturzprävention stellt daher eine besonders wichtige Aufgabe in der pflegerischen Versorgung dar. Sie gehört zu den Aufgaben, denen auch unter pflegfachlichen Gesichtspunkten eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird und für die daher bereits vor acht Jahren ein nationaler Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ entwickelt worden ist (DNQP 2013).

Die Reduzierung von Sturzhäufigkeit und die Verringerung der Häufigkeit, mit der gravierende Sturzfolgen auftreten, wurde auch zu einem wichtigen Ziel des Landespräventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen, das sich in unterschiedlichen Aktivitäten niedergeschlagen hat. So können stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit dem Landesbutton „Sturzpräventive Pflegeeinrichtung“ eine Auszeichnung erwerben, die einen sichtbaren Ausdruck ihrer Bemühungen um eine fachgerechte Sturzprävention darstellt. Seit 2008 sind über 100 Einrichtungen mit dem Landesbutton ausgezeichnet worden. Die Verleihung wird durch das Projekt „Landesbutton – Sturzpräventive Pflegeeinrichtung“ ermöglicht¹. Dieses Projekt ist ein Bestandteil der Aktivitäten, die im Rahmen der „Landesinitiative Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“ in NRW entwickelt worden sind. Diese wiederum ist eine der fünf Landesinitiativen des Landespräventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen.

Mit dem laufenden Projekt entwickelte sich auch der Wunsch, die Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Landesbutton genauer zu erfassen und ihre Wirkungen besser einschätzbar zu machen. Dementsprechend wurde das Projekt seit Herbst 2012 wissenschaftlich begleitet. Diese Begleitung übernahm das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

¹ Das Projekt „Landesbutton – Sturzpräventive Pflegeeinrichtung“ wird gemeinsam von den Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in NRW, der Ärztekammer Nordrhein, dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. und seit 2012 auch von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung Nordrhein und Westfalen-Lippe durchgeführt.

Die Begleitforschung umfasste zwei Aufgaben. Zum einen sollte die Frage beantwortet werden, ob in den Einrichtungen, die einen Landesbutton haben, die Sturzprävention zu anderen (besseren) Ergebnissen führt. Zum anderen sollte mit Hilfe einer schriftlichen Befragung erfasst werden, wie diese Einrichtungen den Landesbutton und die Voraussetzungen zu seiner Verleihung beurteilen.

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Kapitel 1 gibt zunächst einen Überblick zum Thema und zum Stand der Forschung hierzu. Im Anschluss folgen die Erläuterung der Fragestellungen und eine Darlegung des methodischen Vorgehens. Danach werden die Ergebnisse der Erhebungen vorgestellt, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt wurden. Da es sich streng genommen um zwei eigenständige Teilstudien handelt, ist der Ergebnisteil entsprechend in zwei eigenständige Abschnitte unterteilt.

Die Beantwortung der Fragestellungen, die im Mittelpunkt standen, wäre ohne das Engagement der beteiligten Einrichtungen nicht möglich gewesen. Ihnen sei an dieser Stelle noch einmal ein herzlicher Dank für die Kooperation ausgesprochen.

1. Problemhintergrund: Stürze und Sturzprävention

Nach Angaben der WHO stürzen jährlich ca. 28 bis 35% der Personen im Alter ab 65 Jahren, bei den Personen ab 70 Jahren sind es 32 bis 42% (WHO 2007). Bezogen auf Deutschland wird für rund 30% der Personen im Alter ab 65 Jahren angegeben, dass sie mindestens einmal innerhalb von zwei Jahren stürzen (DNQP 2013). Der Anteil der Personen, die innerhalb eines abgegrenzten Zeitraums mindestens einmal stürzen, hängt von der jeweiligen Lebensumgebung ab. Sie liegt bei Heimbewohnern, d.h. in der stationären Langzeitpflege, meist höher als im ambulanten Bereich (von Renteln-Kruse 2004, WHO 2007). In Pflegeheimen stürzen, so die Ergebnisse von Studien aus anderen Ländern, jährlich etwa 50% aller Bewohner. Bis zu 40% stürzen jährlich mehr als einmal (Todd/Skelton 2004).

Eigenen Studien zufolge ist in Deutschland mit einer Sturzhäufigkeit von rund 30% der Bewohner innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten zu rechnen (vgl. auch DNQP 2013, Wingenfeld et al. 2011 und Kuntz 2012). Andere Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass in Deutschland ca. 30 bis 50% der Pflegeheimbewohner mindestens einmal jährlich stürzen (Dassen 2007).

Sowohl international wie auch in Deutschland gibt es allerdings nur wenig verlässliche Daten zur Sturzhäufigkeit älterer Menschen. Grund hierfür sind u.a. unterschiedliche Definitionen, die bei der Forschung in diesem Themenfeld zum Einsatz kommen. Einige Forschungsarbeiten verzichten gänzlich auf Definitionen, sodass unklar bleibt, inwieweit ihre Ergebnisse mit denen anderer Studien vergleichbar sind. Hinzu kommt, dass unterschiedliche Kennzahlen und Methoden verwendet werden, um das Sturzgeschehen zu beschreiben. Allein die Zeit-

räume, über die die Sturzhäufigkeiten erfasst werden, weichen in den vorliegenden Studien erheblich voneinander ab: Erfasst werden mitunter nur Stürze, die sich innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen ereignen, zum Teil finden sich allerdings auch Studien, die Beobachtungsdauern von einem Jahr aufweisen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Stürze ohne Folgen im Versorgungsalltag häufig nicht dokumentiert werden und daher auch nicht in der Statistik auftauchen. Die Dunkelziffer liegt schätzungsweise bei 75 bis 80% aller Stürze (DNQP 2013). Aufgrund dieser Unterschiede sind Studienergebnisse oftmals nicht miteinander vergleichbar (Hauer et al. 2006, Schwenk et al. 2012).

Die für Deutschland vorliegenden Zahlen stellen daher ebenso wie Daten aus anderen Ländern lediglich Größenordnungen dar. Wichtiger als exakte Daten zur Sturzhäufigkeit sind jedoch Angaben dazu, wie häufig gravierende Sturzfolgen auftreten. Hierzu zählen in erster Linie Verletzungen, die medizinisch behandelt werden müssen, anhaltende Beschwerden verursachen und/oder die Selbständigkeit über längere Zeiträume beeinträchtigen. Häufige Gründe für eine Krankenhauseinweisung nach einem Sturzereignis sind hüftnahe Frakturen, Schädel-Hirn-Traumata sowie Verletzungen der oberen Extremitäten (WHO 2007). Verschiedene nationale und internationale Studien gehen davon aus, dass 10 bis 20% aller Stürze im Alter zu Verletzungen führen. Bei etwa 5% kommt es zu Frakturen und bei 1 bis 2% zu einer Oberschenkelhalsfraktur (Böhm et al. 2009, Todd/Skelton 2004). Oberschenkelhalsfrakturen führen zu schwerwiegenden Einschränkungen für die betroffenen Menschen, nur etwa 33 bis 40% von ihnen erlangen danach ihre frühere Alltagskompetenz zurück (Böhm et al. 2009).

Nicht zu unterschätzen ist allerdings auch die Bedeutung sturzbedingter psychischer Beeinträchtigungen (Tideiksaar 2008, Icks 2008, Grob 2005). Vor allem nach wiederholten Sturzereignissen kommt es vermehrt zu Angst vor Stürzen, die eine ausgeprägte Unsicherheit bei der Fortbewegung provozieren kann. Diese psychische Reaktion auf Stürze ist für die betroffenen Menschen sehr belastend und tritt bei etwa 30 bis 50% aller gestürzten Personen auf. Daneben gibt es noch weitere, indirekte Folgen, da es infolge der Sturzangst auch zu Passivität und funktionellen Einschränkungen kommen kann. Diese führen im weiteren Verlauf häufig zu erhöhter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und zu Einbußen der Lebensqualität (von Renteln-Kruse 2004, Delbaere et al. 2004, WHO 2007).

Schwerwiegende Sturzfolgen werden aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer weitreichenden Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, aber auch aufgrund der ökonomischen Konsequenzen als erhebliches Versorgungsproblem in der stationären Langzeitpflege betrachtet. Die Langzeitpflege verdient in dieser Hinsicht auch deshalb besondere Aufmerksamkeit, weil bei Pflegebedürftigen und insbesondere bei den im Durchschnitt meist besonders stark beeinträchtigten Heimbewohnern eine ausgeprägte Anhäufung von Risikofaktoren auftritt. Ältere Menschen tragen generell ein erhöhtes Risiko, sturzbedingte Verletzungen zu erleiden. Auch das Risiko, infolge dieser Verletzungen zu versterben, steigt mit zunehmendem Alter stark an. Mobilitätsverlust und auch zahlreiche Todesfälle älterer Menschen lassen sich auf Stürze bzw. Sturzverletzungen zurückführen (Tideiksaar 2008, von Renteln-Kruse 2004).

Die Häufigkeit von Sturzereignissen steht in engem Zusammenhang mit der Anzahl vorhandener Risikofaktoren (Böhm et al. 2009). Krankheiten in Kombination mit hohem Alter führen zu einem erhöhten Sturz- und Verletzungsrisiko (Balzer et al. 2012, Grob 2005). Ein besonders hohes Sturzrisiko besteht in der ersten Zeit nach dem Heimeinzug. Für die ersten drei Monate nach Einzug in eine neue Wohnumgebung geben Todd/Skelton (2004) eine Verdopplung der Sturzinzidenz an.

Die Häufigkeit des Auftretens von Stürzen und gravierenden Sturzfolgen zeigt, welche lebenspraktische und ökonomische Bedeutung Sturzprävention haben kann. Könnte ein Großteil der Stürze und der damit verbundenen Sturzfolgen vermieden werden, bestünde hier ein enormes Potenzial für den Erhalt von Lebensqualität und Kosteneinsparungen durch Präventionsmaßnahmen, vor allem Kosten für Behandlung und Rehabilitation (Becker et al. 2006), aber auch Kosten durch vermehrte Pflegebedürftigkeit und den damit einhergehenden Kosten für die Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger.

Stürze und Sturzverletzungen lassen sich nicht vollständig vermeiden, ihre Häufigkeit kann jedoch durch eine fachgerechte Sturzprävention deutlich reduziert werden. Heinze et al. (2004) gehen davon aus, dass zwischen 20 und 40% aller Stürze von Heimbewohnern durch eine fachgerechte Sturzprävention vermieden werden könnten.

Die fachlichen Anforderungen an die pflegerische Sturzprävention werden in dem vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebenen nationalen Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ dargestellt. Dieser Standard ist, ebenso wie andere Expertenstandards des DNQP bei anderen Themen, der primäre Orientierungspunkt bei der Festlegung individueller sturzpräventiver Maßnahmen bei Heimbewohnern. Auch über die Berufsgruppe der Pflegenden hinaus kommt dem Standard eine wichtige fachliche Bedeutung zu. Die in ihm enthaltenen Anforderungen sind auch der Maßstab, nach dem die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Rahmen ihrer jährlichen Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen deren Struktur- und Prozessqualität – hier auf dem Gebiet der Sturzprävention – beurteilen.

Der Standard beschreibt die Schritte und Schrittfolgen, die bei einer fachgerechten Sturzprävention zu berücksichtigen sind. Es liegt allerdings in der Natur der Sache, dass dieser Standard nicht alle Einzelheiten des individuellen Vorgehens bei Bewohnern mit einem erhöhten Sturzrisiko vorgeben kann. In vielen Punkten müssen die jeweils verantwortlichen Mitarbeiter eine passgenaue Vorgehensweise (wenn möglich gemeinsam mit dem Bewohner) festlegen. Der Standard gibt an diesem Punkt sehr viele praktische Hilfen, aber er nimmt den Fachkräften nicht die Entscheidung im Einzelfall ab. Dies hängt zum Teil auch damit zusammen, dass die im Standard formulierten Empfehlungen auf Forschungsergebnissen beruhen². Dort, wo keine eindeutigen Forschungsergebnisse existieren oder eine Wahl zwischen ver-

² Große Bedeutung zur Bewertung von Maßnahmen der Sturzprävention hat die Literaturanalyse, die eigens zum Zweck der Standardentwicklung durchgeführt wurde (DNQP 2013), sowie der HTA-Bericht „Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung“ aus dem Jahr 2012 (Balzer et al. 2012).

schiedenen Alternativen getroffen werden muss, sind die Erfahrung und die fachliche Kompetenz der betreffenden Mitarbeiter gefordert.

Dies zeigt sich ganz besonders bei der erforderlichen *Risikoeinschätzung*. Die Anwendung standardisierter Risikoskalen zur Einschätzung des Sturzrisikos kann nach den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht als Methode der Wahl gelten. Heute wird eher eine individuelle pflegefachliche Einschätzung zur Ressourcen- und Mobilitätsförderung empfohlen (DNQP 2013, Meyer et al. 2012, Schlesselmann 2012).

Bei der *Auswahl von Maßnahmen* werden aufgrund der Komplexität von Sturzrisiken multifaktorielle Konzepte bevorzugt. Ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich am besten belegt. Unterschieden werden multimodale Interventionen als Kombination von Einzelinterventionen sowie multifaktorielle Programme, bei denen unterschiedliche Präventionsmaßnahmen entsprechend der individuell vorliegenden Risikofaktoren umgesetzt werden (DNQP 2013). Zur Verbesserung von Kraft und Balance bzw. der Mobilität im Allgemeinen gelten langfristig durchgeführte, multidimensionale motorische Übungen als empfehlenswert (Balzer et al. 2012, DNQP 2013). Silva et al. (2013) kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass körperliche Bewegung, vor allem bei einer Kombination aus Gleichgewichts- und Krafttraining, einen positiven Einfluss auf das Sturzgeschehen bei Bewohnern in der stationären Langzeitversorgung haben. Dies gilt vor allem bei langfristigen Maßnahmen über mindestens sechs Monate und einer Häufigkeit von zwei bis drei Trainingseinheiten pro Woche.

Auch die Reduktion von Sturzangst kann Ziel einer Intervention zur Sturzprävention sein. In einer aktuellen Studie aus den USA wurden die Auswirkungen eines Programms untersucht, bei dem es um Effekte entsprechender Maßnahmen ging. Über einen Zeitraum von sechs Monaten kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Mobilität der Bewohner und zu einem Rückgang der Sturzrate (Mielenz et al. 2014). Daneben wird zur Beeinflussung des Sturzrisikos die Aufklärung über das individuelle Sturzrisiko erprobt. Auch eine Anpassung von Seh- und Hörhilfen sowie Medikamenten können Teil der Sturzprävention sein (Zeeh 2013). Die Studienlage für die stationäre Langzeitpflege zur Überprüfung der Sehfunktion und der Auswirkung einer Überprüfung und Reduktion risikoträchtiger Medikamente ist allerdings unklar (DNQP 2013).

Umstritten ist der Einsatz von Hüftprotektoren. Auch wenn es Hinweise auf ihre Effektivität gibt und sie teilweise als erfolgversprechend gelten, so lässt sich ihre Wirksamkeit bei Bewohnern in der stationären Langzeitversorgung nicht abschließend beurteilen. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass bei älteren Menschen nur eine begrenzte Bereitschaft zur Nutzung besteht, Hüftprotektoren also oftmals nicht langfristig und regelmäßig getragen werden. Abgesehen von mangelnder Akzeptanz zählen bei einem Teil der Bewohner Hautirritationen, körperliche Beschwerden und der damit verbundene Unterstützungsbedarf zu den unerwünschten Wirkungen. Der Einsatz von Hüftprotektoren scheint vor allem bei Personen mit hohem Sturzrisiko sinnvoll zu sein (Balzer et al. 2012, DNQP 2013, Heinze 2014), muss aber im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) kommen bei sturzgefährdeten Bewohnern häufig zum Einsatz. Die Nutzung von Fixierungsgurten oder Bettseitenteilen („Bettgitter“) erfolgt im Regelfall mit dem Ziel, Stürzen vorzubeugen. Die bislang vorliegenden Studien zeigen allerdings, dass es keinen klaren Zusammenhang zwischen dem Einsatz dieser Mittel und der Inzidenz von gravierenden Sturzfolgen gibt. Häufig werden diese Maßnahmen sogar als kontraproduktiv bezeichnet. Wissenschaftlichen Studien zufolge ist nicht auszuschließen, dass durch die Anwendung von FEM das Sturz- und Verletzungsrisiko nicht nur nicht gesenkt werden kann, sondern womöglich noch erhöht wird. Aus ethischen Gründen werden angesichts des unklaren Nutzens Strategien zur Reduktion des Einsatzes von FEM empfohlen (Balzer et al. 2012, DNQP 2013, Meyer et al. 2012, Wingenfeld et al. 2011). Sofern FEM dennoch angewendet werden, besteht die Notwendigkeit, das Pflegepersonal für die korrekte Anwendung zu schulen – auch um schwerwiegenden Unfällen vorzubeugen, die durch eine falsche Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen auftreten können. Die Tatsache, dass in einer deutschen Untersuchung mehrere Todesfälle mit der Anwendung von FEM in Verbindung gebracht wurden, unterstützt die Forderung nach weitgehendem Verzicht solcher Maßnahmen (Berzlanovich et al. 2012).

In deutschen Studien konnten keine signifikanten Ergebnisse im Sinne einer Senkung der Sturzhäufigkeit durch Reduktion der Anwendung von FEM beobachtet werden. In einer Interventionsstudie von Köpke et al. (2012) wurden systematische Schulungen für das Pflegepersonal in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung durchgeführt, um die Anwendungshäufigkeit von FEM zu reduzieren. Tatsächlich wurde FEM in der Interventionsgruppe deutlich seltener angewendet, es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Effekt auf die Sturzrate sowie die Rate sturzbedingter Frakturen nachgewiesen werden (Köpke et al. 2012). Auf der Basis der Studienlage insgesamt (vgl. insbesondere Möhler et al. 2012 und Anderson et al. 2012) lässt sich feststellen, dass wissenschaftlich belastbare Hinweise auf protektive Effekte des Einsatzes von FEM auf Stürze und Sturzfolgen fehlen.

Sturzprävention in der Pflege bleibt somit, ungeachtet der vorliegenden Studien und der zahlreichen fachlichen Empfehlungen, eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe. Vor diesem Hintergrund kann der *Landesbutton Sturzpräventive Einrichtung* auch als Ermutigung verstanden werden, sich dieser Aufgabe anzunehmen, dabei die aktuell vorliegenden fachlichen Empfehlungen zu berücksichtigen und im Idealfall die Versorgungsergebnisse zu verbessern, d.h. die Häufigkeit von Stürzen und gravierenden Sturzfolgen zu reduzieren.

2. Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Wie einleitend bereits angesprochen, hatte die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Landesbutton – Sturzpräventive Pflegeeinrichtung“ zwei voneinander unabhängige Fragestellungen zu bearbeiten. Streng genommen bestand die Begleitung aus zwei eigenständigen Studien. Dementsprechend wird im Folgenden das Vorgehen für die beiden Teiluntersuchungen getrennt voneinander dargestellt.

2.1 Erfassung von Ergebnissen der Sturzprävention

Im Vordergrund der Begleitforschung stand die Frage, ob in den Einrichtungen, die einen Landesbutton erworben haben, die Sturzprävention zu anderen (besseren) Ergebnissen als in Einrichtungen, die nicht über einen Landesbutton verfügen. Insbesondere sollte untersucht werden, ob in Pflegeeinrichtungen mit dem Landesbutton NRW im Vergleich zu anderen Pflegeeinrichtungen weniger Stürze mit gravierenden Folgen auftreten. Aufgrund der bereits angeführten methodischen Unsicherheiten wurde davon Abstand genommen, die Sturzhäufigkeit selbst zu beurteilen: Da die Dokumentationsgepflogenheiten in den Einrichtungen sehr unterschiedlich sind und keinesfalls davon ausgegangen werden kann, dass *jedes* Sturzereignis dokumentiert wird, wäre die Sturzhäufigkeit für sich genommen kein geeigneter Beurteilungsmaßstab. Gesundheitliche Schädigungen durch Stürze erschienen als zuverlässigeres Kriterium.

Maßnahmen der Sturzprävention lassen sich jedoch auch noch mit Hilfe anderer Kriterien beurteilen. Indirekt mit dem Thema verknüpft ist die Frage, ob durch Maßnahmen der Sturzprävention Verbesserungen im Bereich der Mobilität erreicht werden konnten. Zahlreiche Maßnahmen der Sturzprävention, die in der Literatur empfohlen werden, schließen Interventionen zur Förderung der Mobilität ein. Insofern wäre zu erwarten, dass Einrichtungen, die sich in besonderer Weise für die Sturzprävention engagieren, auch in diesem Bereich Ergebnisse erzielen, die von anderen Einrichtungen abweichen.

Schließlich steht auch der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen im Zusammenhang mit der Sturzprävention. Eine am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse orientierte Sturzprävention wird sich an dem Grundsatz orientieren, auf Gurtfixierungen und den Einsatz von Bettseitenteile soweit wie möglich zu verzichten.

Die Frage, ob in Einrichtungen mit dem Landesbutton bessere Präventionsergebnisse erreicht werden, wurde somit an drei Kriterien festgemacht:

- 1) Auftreten gravierender Sturzfolgen
- 2) Erhaltene oder verbesserte Mobilität
- 3) Einsatz von aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen (Gurtfixierungen und Bettseitenteile).

Zur Erfassung dieser Kriterien führten die projektbeteiligten Einrichtungen im Abstand von in der Regel sechs Monaten mehrere Datenerhebungen durch³. Vor Beginn der Erhebungen fanden Schulungen statt, die vom IPW in Kooperation mit den am Projekt Landesbutton beteiligten Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (Nordrhein und Westfalen-Lippe) durchgeführt wurden. Die Schulungen hatten einen Umfang von 4-5 Stunden.

Bei den Erhebungen wurden alle Bewohner der jeweiligen Einrichtung einbezogen. Die Wiederholung der Erhebungen im Abstand von sechs Monaten sollte ermöglichen, auch Verläufe zu beurteilen. Jede Erhebungsphase umfasst bis zu drei Wochen.

Zur Bewertung der erhobenen Parameter erfolgt ein Vergleich mit analogen Ergebnissen aus verschiedenen anderen Projekten des IPW. Es war allerdings nicht unbedingt zu erwarten, dass sich die Präventionsergebnisse in Einrichtungen mit einem Landesbutton grundlegend anders darstellen. Für die Beurteilung der Projektergebnisse ist es sehr wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass alle stationären Pflegeeinrichtungen gehalten sind, eine Sturzprävention nach den Maßgaben des nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ durchzuführen. Missachten sie diese Anforderung, ist das gleichbedeutend mit einem gravierenden Qualitätsdefizit, das die Medizinischen Dienste im Rahmen ihrer Qualitätsprüfungen bemängeln und dessen Behebung in Maßnahmenbescheid der Pflegekasse eingefordert wird. Der Landesbutton dokumentiert insofern nicht, dass eine Einrichtung im Bereich der Sturzprävention völlig anders arbeitet als andere Einrichtungen. Auch Einrichtungen ohne einen Landesbutton können fachlich vorbildlich arbeiten und sehr gute Ergebnisse erzielen. Voraussetzung für den Erwerb des Landesbuttons ist die Durchführung und Dokumentation eines internen Audits nach den Vorgaben, die im Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ ebenfalls vorzufinden sind. Dieses Audit ist nicht Teil der Sturzprävention selbst, sondern hat den Charakter einer Empfehlung. Es umfasst verschiedene Maßnahmen, mit denen die Qualität der Sturzprävention sichergestellt werden soll.

Im Rahmen der Begleitforschung wurde daher erwartet, dass die Häufigkeit von gravierenden Sturzfolgen, der Erhalt der Mobilität und andere wichtige Kenngrößen mindestens den Durchschnittswert aus anderen Projekten erreichen. Dies sollte generell gewährleistet sein, wenn durch ein Siegel den Bewohnern, Angehörigen und anderen Interessierten signalisiert wird, dass sich die betreffende Einrichtung auf dem Gebiet der Sturzprävention besonders engagiert.

Zur vergleichenden Beurteilung wurden einige Indikatoren für Ergebnisqualität verwendet, die im Rahmen des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ im Auftrag des BMG und des BMFSFJ ent-

³ Im Gegenzug erhielten die Einrichtungen einen schriftlichen Kurzbericht über die Ergebnisse zu ihren Bewohnern. Aus diesem Kurzbericht geht u.a. hervor, wie sich bestimmte Qualitätsmerkmale in der Einrichtung entwickeln. Dazu gehören vor allem der Erhalt der Mobilität der Bewohner, Stürze mit gravierenden Folgen und der Einsatz aktivitätsbegrenzender Maßnahmen. Da alle Ergebnisse nicht nur für die Einrichtung insgesamt, sondern auch für jeden einzelnen Wohnbereich dargestellt werden, können sie wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement liefern.

wickelt worden sind (Wingenfeld et al. 2011). Um den Aufwand möglichst gering zu halten, wurden allerdings die Kriterien zur Gruppenbildung, die bei der Beurteilung von Ergebnisqualität nach diesem Ansatz verwendet werden, leicht modifiziert. Die Indikatoren für Ergebnisqualität nutzen bei allen Themen, die im vorliegenden Zusammenhang von Interesse sind, ein Modul des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), um Bewohnergruppen zu unterscheiden. Mit diesem Modul werden die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner erfasst. Es handelt sich allerdings um eine relativ differenzierte Einschätzung, bei der elf Kriterien zum Einsatz kommen und die eine ausführliche Einweisung in das Instrument erforderlich machen würde. Alternativ zu diesen Kriterien wurde zur analogen Gruppenbildung die Feststellung der sogenannten eingeschränkten Alltagskompetenz verwendet, die im Rahmen der MDK-Begutachtung erfolgt. Die bisherigen Ergebnisse mit dem NBA zeigen, dass bei beiden Methoden eine relativ hohe Übereinstimmung besteht, wenn es darum geht, kognitiv beeinträchtigte von kognitiv unbeeinträchtigten Menschen zu unterscheiden. Identisch ist das Ergebnis allerdings nicht. Abweichungen von Angaben zur Ergebnisqualität, die an anderer Stelle veröffentlicht wurden, erklären sich daraus. Entscheidend bleibt aber, dass bei der vergleichenden Ergebnisbeurteilung im Rahmen des vorliegenden Projekts bei den Einrichtungen mit und ohne Landesbutton die gleichen Maßstäbe verwendet werden.

Ein weiterer Unterschied der hier verwendeten Kriterien zu den Originalindikatoren besteht darin, dass auf eine Klassifizierung des Ergebnisses verzichtet wurde. Im ursprünglichen Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität werden die ermittelten Kennzahlen nach bestimmten Regeln als durchschnittliche, unter- oder überdurchschnittliche Qualität bewertet. Diese Bewertung war zur Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung jedoch nicht erforderlich.

Die Kennzahlen zur vergleichenden Ergebnisbeurteilung wurden somit – unter Berücksichtigung der genannten geringfügigen Modifikation – folgendermaßen definiert:

A) Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern <u>ohne</u> eingeschränkte Alltagskompetenz	
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnungen werden nur Bewohner einbezogen, die nach dem Ergebnis der MDK-Begutachtung keine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen und die keines der unten angegebenen Ausschlusskriterien erfüllen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu <ul style="list-style-type: none"> • einer Fraktur und/oder • einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder • andauernden Schmerzen und/oder • einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen ist.
Nenner	Alle Bewohner, die das Kriterium der Gruppenbildung erfüllen.
Ausgeschlossene Bewohner	komplett (auch im Bett) immobile Bewohner

B) Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz	
Die Festlegungen bei diesem Indikator entsprechen den Vorgaben für den Indikator A. Der Unterschied betrifft lediglich die Regeln der Gruppenbildung:	
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnungen werden nur Bewohner einbezogen, die nach dem Ergebnis der MDK-Begutachtung eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. Außerdem darf keine komplette Immobilität vorliegen.

C) Erhalt der Mobilität bei Bewohnern ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) mit einer fünfstufigen Bewertungsskala ermittelt.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnungen werden nur Bewohner einbezogen, die nach dem Ergebnis der MDK-Begutachtung keine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen und die keines der unten angegebenen Ausschlusskriterien erfüllen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten, die das Kriterium der Gruppenbildung erfüllen.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine andere schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustands verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners hat.
Anmerkung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit erhaltener (oder verbesserter) Mobilität. Angesichts der Einbußen der Gesundheit und Selbständigkeit, die für Heimbewohner charakteristisch sind, wird bereits der Erhalt des Mobilitätsstatus über einen Zeitraum von sechs Monaten als positives Versorgungsergebnis bewertet

D) Erhalt der Mobilität bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz	
Die Festlegungen bei diesem Indikator entsprechen den Vorgaben für den Indikator C. Der Unterschied betrifft lediglich die Regeln der Gruppenbildung:	
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnungen werden nur Bewohner einbezogen, die nach dem Ergebnis der MDK-Begutachtung eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. Außerdem darf keines der im Indikator C angegebenen Ausschlusskriterien erfüllt sein.

E) Einsatz von Gurtfixierungen	
Definition	Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Zähler	Anzahl der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Nenner	Alle Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner und Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.
Anmerkungen	Im Konzept zur Bewertung von Ergebnisqualität werden auch Bewohner einbezogen, die keine kognitiven Einbußen, aber Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Die Kriterien zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz berücksichtigen ebenfalls bestimmte Verhaltensweisen.

F) Einsatz von Bettseitenteilen	
Definition	Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag durchgehende Bettseitenteile angewendet wurden.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Zähler	Anzahl der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Erhebungstag Bettseitenteile angewendet wurden.
Nenner	Alle Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner und Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.
Anmerkungen	Im Konzept zur Bewertung von Ergebnisqualität wird diese Kennzahl aus methodischen Gründen nicht zur vergleichenden Qualitätsbeurteilung verwendet. Für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung hingegen ist die Nutzung dieser Kennzahl sinnvoll.

Die Referenzwerte, die zur Beurteilung der Ergebnisse benötigt wurden, stammen aus zwei Projekten, die das IPW begleitet. Es handelt sich um die Projekte „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA)⁴ des Diözesan-Caritasverbands Köln und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (EQMS)⁵ des Diözesan-Caritasverbands Münster. Die Referenzdaten beruhen auf Erhebungen bei ca. 6.000 Bewohnern und 74 Einrichtungen.

An den Erhebungen im vorliegenden Projekt beteiligten sich insgesamt 23 Einrichtungen. Die Zahl der Bewohner, die in der Auswertung berücksichtigt werden konnten, variiert je nach Erhebungszeitpunkt, bei der ersten Erhebung waren es 2.280 Personen. Verstorbene, Bewohner in der Kurzzeitpflege, ausgezogene Bewohner, Bewohner mit aktuell langem Kran-

⁴ https://caritas.erzbistum-koeln.de/caritas/fachbereiche/gesundheits/pflegerberufe/qualitaetsversicherung_eqisa/projekt_eqisa.html

⁵ <http://www.caritas-muenster.de/83363.html>

kenhauseaufenthalt, Bewohner in der Sterbephase und schließlich auch Bewohner, für die kein Einverständnis zur Einbeziehung in die Untersuchung vorlag, blieben bei der Auswertung ausgeschlossen.

Die Datenerhebung, Auswertung und auch die Berichterstattung über die Ergebnisse erfolgten vollständig anonym. Sowohl die Bewohner, aber auch die Einrichtungen selbst blieben anonym. Allein das IPW war in der Lage, Erhebungsergebnisse einer Einrichtung zuzuordnen. Unter allen Partnern des Projekts Landesbutton Sturzprävention wurde vereinbart, dass das IPW diese Information auch projektintern nicht preisgibt.

2.2 Schriftliche Befragung der Einrichtungen mit einem Landesbutton

Im Rahmen des Projekts *Landesbutton - Sturzpräventive Pflegeeinrichtung* führte das Institut für Pflegewissenschaft ergänzend eine schriftliche Befragung der Einrichtungen durch, die bereits einen Landesbutton erhalten haben. Alle Einrichtungen, die bislang als sturzpräventive Einrichtung ausgezeichnet worden sind, haben einen Fragebogen erhalten.

Ziel dieser Befragung war es, in Erfahrung zu bringen, wie projektbeteiligte Einrichtungen den Landesbutton und die Voraussetzungen zu seiner Verleihung beurteilen.

Die Fragebögen wurden im November 2013 verschickt, der letzte Rücklauf erfolgte im Februar 2014. Die Befragung erfolgte in vollständig anonymisierter Form. Insgesamt 51 gültige Fragebögen sind per Post oder Fax an das IPW zurückgesendet worden, was einer Rücklaufquote von mehr als 50% entspricht. Von diesen Einrichtungen hatte mehr als die Hälfte den Landesbutton erstmals in den Jahren 2009 und 2010 erhalten (29 Einrichtungen; 56,9%). Ein Viertel (13 Einrichtungen; 25,5%) besaß den Landesbutton zum Zeitpunkt der Evaluation seit zwei Jahren oder weniger als zwei Jahren (erstmaliger Erhalt des Landesbutton).

**Jahr, in dem die Einrichtung
erstmals den Landesbutton erhalten hat**

Jahr	Anzahl an Einrichtungen (n)	Anteil (%)
2009	16	31,4%
2010	13	25,5%
2011	8	15,7%
2012	4	7,8%
2013	1	2,0%
k. A.	9	17,6%
Gesamt	51	100,0%

Von den 51 Einrichtungen, die den Evaluationsbogen ausgefüllt haben, nahmen 16 Einrichtungen auch an den Datenerhebungen des IPW zur Erfassung von Ergebnissen der Sturzprävention teil.

Am Ende des Fragebogens wurden die Einrichtungen gebeten, anzugeben, von wem der Bogen ausgefüllt wurde. Ein Großteil der Rückmeldungen erfolgte demnach durch Pflegedienstleitungen, sie waren in zwei Dritteln der Einrichtungen (35 Einrichtungen; 68,6%) am Ausfüllen des Bogens beteiligt bzw. füllten ihn allein aus. In 18 Einrichtungen war die Einrichtungsleitung einbezogen.

Interne Stellen, von denen der Evaluationsbogen ausgefüllt wurde

	Anzahl	Anteil (%)
Pflegedienstleitung (PDL)	23	45,1%
Einrichtungsleitung	10	19,6%
Von anderen	8	15,7%
Einrichtungs- und Pflegedienstleitung	7	13,7%
Pflegedienstleitung und andere	2	3,9%
Einrichtungsleitung und andere	1	2,0%
Gesamt	51	100,0%
Von anderen, und zwar:		
Qualitätsmanagementbeauftragte	6	-
Stellvertretende Pflegedienstleitung	2	-
Qualitätsbeauftragte als Durchführende des Audits	1	-
Stellvertretende PDL und Qualitätsmanagementbeauftragte	1	-
Mitarbeiterin der Sturzprävention	1	-

15 Einrichtungen (29,4%) waren reine Langzeitpflegeeinrichtungen. In knapp der Hälfte der Fälle (24 Einrichtungen; 47,1%) wurden sowohl Plätze für die vollstationäre Langzeitpflege als auch die Kurzzeitpflege angeboten. Acht Einrichtungen (15,7%) boten das gesamte Spektrum aus Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege an. Eine Einrichtung war eine reine Tagespflegeeinrichtung.

Art der angebotenen Leistung in den Einrichtungen

	Anzahl Nennungen (n)	Anteil (%)
Vollstationäre Pflege	15	29,4%
Kurzzeitpflege	0	0,0%
Tagespflege	1	2,0%
Vollstationäre und Kurzzeitpflege	24	47,1%
Vollstationäre und Tagespflege	2	3,9%
Vollstationäre, Kurzzeit- und Tagespflege	8	15,7%
k. A.	1	2,0%
Gesamt	51	100,0%

Die Teilnahme an der Befragung erfolgte gänzlich anonym. Eine Besonderheit bestand darin, dass sich ein Träger mit mehreren Einrichtungen beteiligte, aber nur einen Fragebogen ausfüllte. Auf diesem Bogen war vermerkt: „Dieser Fragebogen wurde für sieben stationäre Einrichtungen und eine Tagespflege ausgefüllt, die den Landesbutton erworben haben“. So gesehen repräsentieren die zurückgesendeten Fragebögen insgesamt 58 Einrichtungen und damit etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen, die zum damaligen Zeitpunkt einen Landesbutton erhalten hatten.

3. Ergebnisse der Sturzprävention im Vergleich

Wie bereits angemerkt, erfolgten die Erhebungen zur Erfassung von Ergebnissen der Sturzprävention in den Einrichtungen zu verschiedenen Zeitpunkten. Dadurch liegen für die einzelnen Einrichtungen zu den Indikatoren, die verwendet wurden, mehrere Ergebnisse vor. Einzelne Heime führten im Rahmen der Begleitforschung vier Erhebungen durch. Dies macht die Darstellung etwas schwierig. Im Folgenden konzentrieren sich die Ausführungen zumeist auf die erste Erhebung der jeweiligen Einrichtung.

Die Indikatoren C und D sind dieser Hinsicht ein Sonderfall. Sie lassen sich erst nach einer zweiten Erhebung im Abstand von sechs Monaten berechnen. Dementsprechend konzentriert sich die Auswertung auf die Ergebnisse, die nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt ermittelt werden konnten.

Bei den Einrichtungen aus dem Projekt EQisA, die ihre Daten zur Verfügung stellten, aber nicht direkt in die Erhebungen der Begleitforschung zum Projekt *Landesbutton* einbezogen waren, wurden Ergebnisse verwendet, die zeitgleich im Projekt EQisA erfasst wurden.

3.1 Stürze und Sturzfolgen

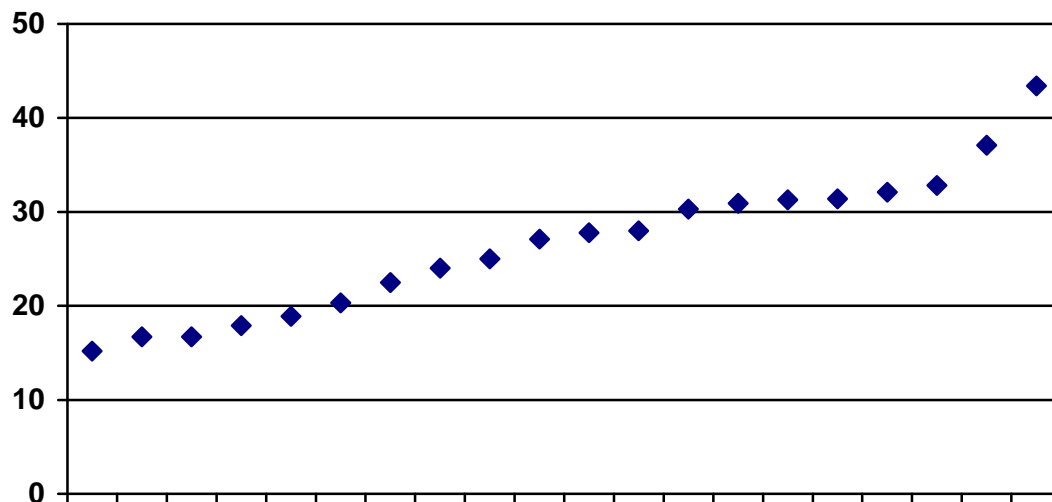
In den 23 projektbeteiligten Einrichtungen kam es innerhalb eines halben Jahres vor dem ersten Erhebungszeitpunkt bei annähernd 30% der Bewohner zu einem oder mehreren Stürzen. Wie die folgende Tabelle zeigt, entsprechen die Zahlen zur Sturzhäufigkeit fast exakt den Ergebnissen aus den Einrichtungen, die die Vergleichsdaten lieferten⁶.

Sturzhäufigkeit		
Gestürzt in den letzten 6 Monaten	Einrichtungen mit Landesbutton (n=2.270)	Vergleichsdaten (n=6.016)
einmal	16,3 %	16,5 %
mehrmals	11,3 %	10,6 %
nein	72,3 %	72,9 %

Die Sturzhäufigkeit unterschied sich in den Einrichtungen allerdings erheblich, der Anteil erstreckte sich von 15 bis deutlich über 40 %. Die folgende Grafik veranschaulicht die Streuung der Sturzhäufigkeit. Jeder Datenpunkt stellt das Ergebnis einer der 23 Einrichtungen dar.

⁶ Bei Zahlen zur Sturzhäufigkeit kann es Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Dokumentationsgewohnheiten der Einrichtungen geben.

Streuung des Anteils der gestürzten Bewohner in 23 Einrichtungen mit einem Landesbutton (Prozentangaben)



Aussagekräftiger als die Sturzhäufigkeit ist die Häufigkeit, in der schwerwiegende Sturzfolgen auftreten. Hier kommt der in Kapitel 2.1 beschriebene Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen“ zum Einsatz. Er drückt aus, wie gut es einer Einrichtung gelingt, Stürze mit andauernden körperlichen Folgen zu verhindern. Komplette immobile Bewohner, die nicht in der Lage sind, ohne Hilfe das Bett zu verlassen, werden aus der Berechnung ausgeschlossen. Bei ihnen ist die Gefahr eines Sturzes gering, da sie sich ohne kontinuierliche Unterstützung nicht außerhalb des Bettes fortbewegen können und somit ständig von einer Pflegekraft abgesichert werden.

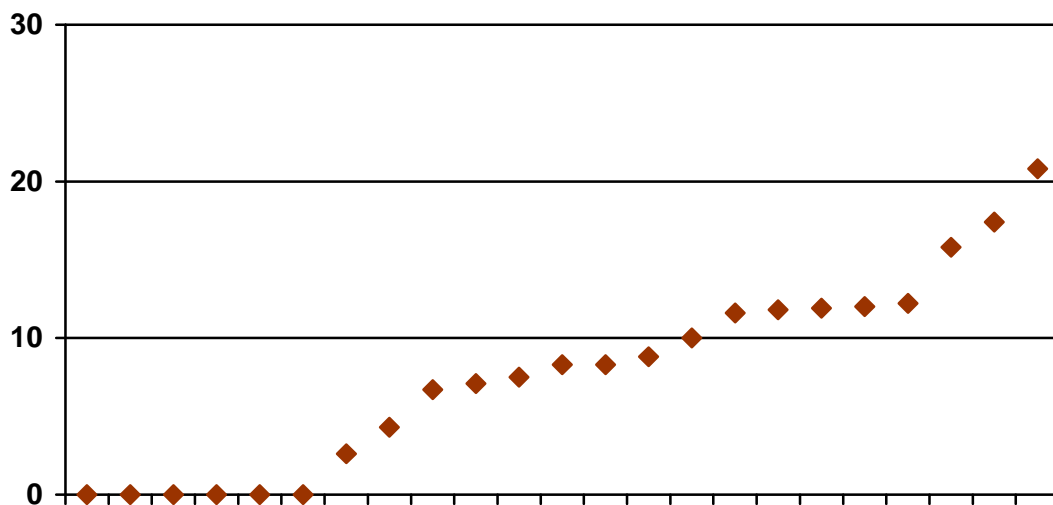
Der Indikator wird, wie bereits angesprochen getrennt für zwei Bewohnergruppen ermittelt (Unterscheidungsmerkmal: „eingeschränkte Alltagskompetenz“ [e. A.] gemäß Feststellung der MDK-Gutachter).

Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen (Zeitraum: 6 Monate)

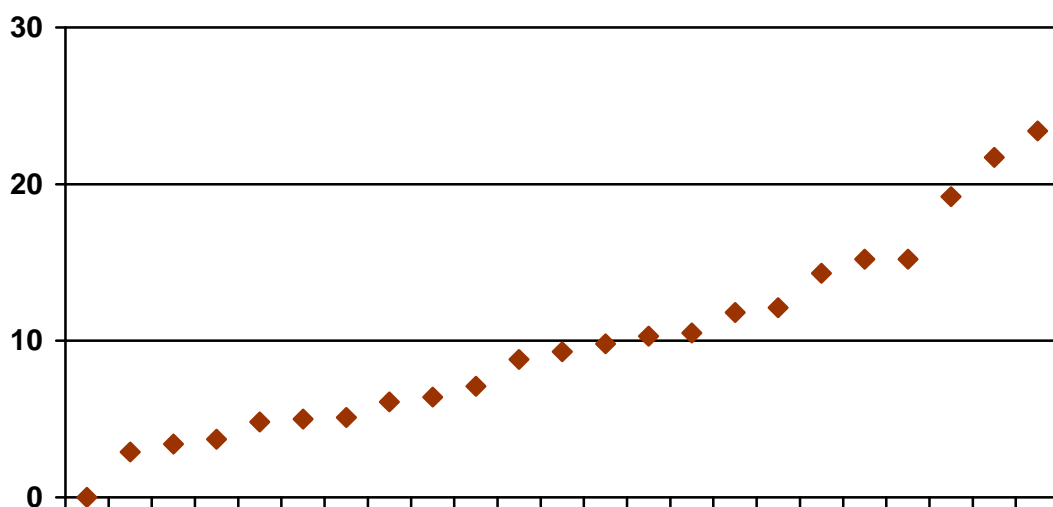
	Einrichtungen mit Landesbutton	Vergleichsdaten
Bewohner ohne e. A.	9,4 %	8,7 %
Bewohner mit e. A.	10,2 %	10,2 %

Bei der Häufigkeit von Sturzverletzungen zeigen die Einrichtungen mit Landesbutton ebenfalls nur wenige Unterschiede zu anderen Einrichtungen. Im Falle der Bewohner, die keine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, ergeben sich im Vergleich mit Einrichtungen ohne Landesbutton sogar leicht schlechtere Werte. Auch hier ist es interessant, sich die Streuung der Anteilswerte anzusehen:

**Streuung des Anteils der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen
in 23 Einrichtungen mit einem Landesbutton (Prozentangaben, keine e. A.)**



**Streuung des Anteils der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen in 23 Einrichtungen
mit einem Landesbutton (Prozentangaben, Bewohner mit e. A.)**



Verletzungsraten, die über 15% liegen, sind insbesondere im Falle der Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz ein Ausdruck für eher unbefriedigende Präventionseffekte. Die Abbildungen machen deutlich, dass es sowohl Einrichtungen mit beeindruckend geringen Werten als auch Heime mit sehr hohen Werten und damit schlechten Ergebnissen gibt. Die Verteilung ist recht gleichmäßig, was darauf hindeutet, dass Einrichtungen mit hohen Werten nicht unbedingt als Extremfälle zu bewerten sind.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, mit welcher Häufigkeit die jeweiligen Sturzfolgen auftraten. Auch hier beläuft sich der Betrachtungszeitraum auf 6 Monate. Die Prozentanteile werden sowohl für alle Bewohner dargestellt als auch gesondert für diejenigen Bewohner, die im Verlauf des letzten halben Jahres gestürzt sind.

Häufigkeit der Sturzfolgen in Einrichtungen mit einem Landesbutton (Prozent)

Art der Sturzfolge	Anteil an allen Bewohnern (n=2.280)	Anteil an allen gestürzten Bewohnern (n=628)
Fraktur	2,9	10,7
Behandlungsbedürftige Wunde	3,7	13,4
Andauernde Schmerzen	2,7	9,9
Erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen	3,2	11,5
Erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität	2,7	9,9

Nach diesen Ergebnissen kommt den jeweiligen Sturzfolgen in etwa die gleiche quantitative Bedeutung zu. Eine nähere Auswertung der Daten zeigt, dass häufig mehrere Sturzfolgen zugleich vorliegen. Dies war auch zu erwarten. So führt beispielsweise einer Fraktur häufig zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf in den genannten Bereichen. Signifikante Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit einzelner Sturzfolgen zwischen den betrachteten Bewohnergruppen (Unterscheidungskriterium eingeschränkte Alltagskompetenz) sind nicht feststellbar.

3.2 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Förderung der Mobilität abzielen, haben in der Sturzprävention eine große Bedeutung. Beeinträchtigungen der Balance, der Körperkraft, der Koordinationsfähigkeit und verschiedene andere Probleme führen nicht nur zu einer erhöhten Sturzhäufigkeit. Sie tragen auch dazu bei, dass der Körper den äußeren Kräften, die bei einem Sturz wirksam werden, nur ungenügend begegnen kann. Dadurch tragen Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen gewissermaßen ein doppelt erhöhtes Risiko: Sie stürzen nicht nur häufiger als andere, sondern erleiden zum Teil auch schwerwiegendere Sturzfolgen.

Findet im Rahmen der Sturzprävention eine gezielte Mobilitätsförderung statt, so wäre zu erwarten, dass in der betreffenden Einrichtung der Anteil der Bewohner mit Erhalt der Mobilität vergleichsweise hoch ist. Aktuelle Berichte über den Stand der Forschung zur Förderung der Mobilität bei pflegebedürftigen Menschen dokumentieren, dass auch im hohen Alter

oder bei bereits bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen signifikante Verbesserungen der Mobilität möglich sind (vgl. Wingenfeld et al. 2014).

Die Indikatoren C und D können verwendet werden, um aufzuzeigen, wie gut es einer Einrichtung gelingt, die Mobilität ihrer Bewohner über einen Zeitraum von sechs Monaten zu erhalten oder sogar zu verbessern. Einrichtungen, die einen hohen Anteil an Bewohnern mit einem Erhalt oder einer Verbesserung der Mobilität aufweisen, ist dieses besser gelungen als Einrichtungen mit einem niedrigen Anteil. Um Verzerrungen zu vermeiden, werden bei der Berechnung des Indikators einige Bewohner ausgeschlossen, bei denen wichtige Aspekte die Einflussnahme der Einrichtung begrenzen. Dadurch werden auch Einflüsse infolge einer besonderen Bewohnerstruktur minimiert, sodass sich Einrichtungen vergleichen lassen. Folgende Bewohnergruppen werden bei den Indikatoren zur Mobilität ausgeschlossen:

- Komatöse und somnolente Bewohner
- Bewohner, die während der vergangenen sechs Monate einen Schlaganfall oder ein ähnlich gravierendes Krankheitsereignis erlitten haben.

Bei gänzlich immobilen Bewohnern, die sich in ihrer Mobilität nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung der Mobilität als positives Ergebnis bewertet. Aufgrund des starken Einflusses demenzieller Erkrankungen auf die Chancen, Mobilität zu erhalten, wird das Ergebnis anhand des Kriteriums „eingeschränkte Alltagskompetenz“ erneut getrennt für zwei Personengruppen dargestellt.

Da die Auswertungen zwei Erhebungen voraussetzen (um den Vergleich der Mobilität im Abstand von sechs Monaten vorzunehmen), konnten nicht alle 23 Einrichtungen in diese Analyse einbezogen werden. Nur für insgesamt 19 Einrichtungen stehen komplette Daten zur Verfügung, die eine entsprechende Beurteilung erlauben.

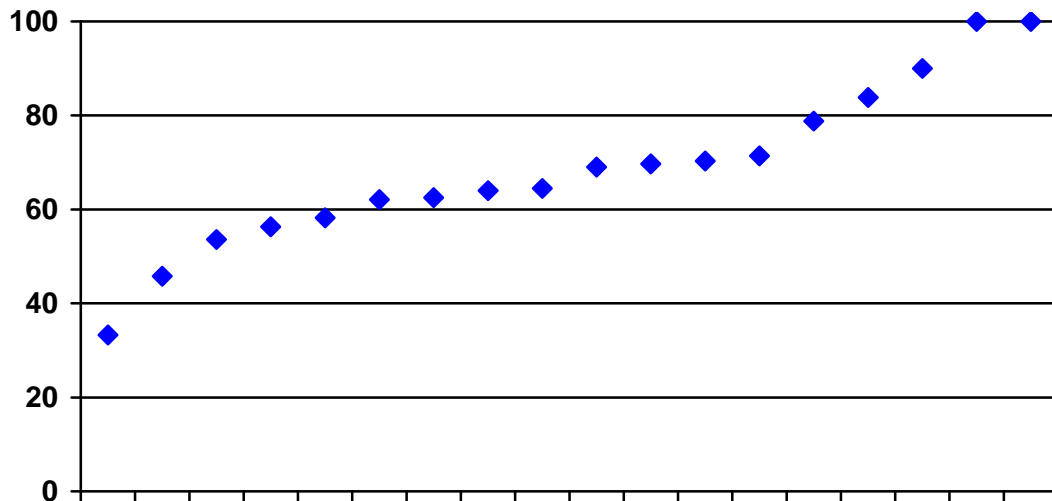
**Anteil der Bewohner mit erhaltener oder verbesserter Mobilität
(19 Einrichtungen; Zeitraum: 6 Monate)**

	Einrichtungen mit Landesbutton	Vergleichsdaten
Bewohner ohne e. A.	68,2 %	77,8 %
Bewohner mit e. A.	45,9 %	51,1 %

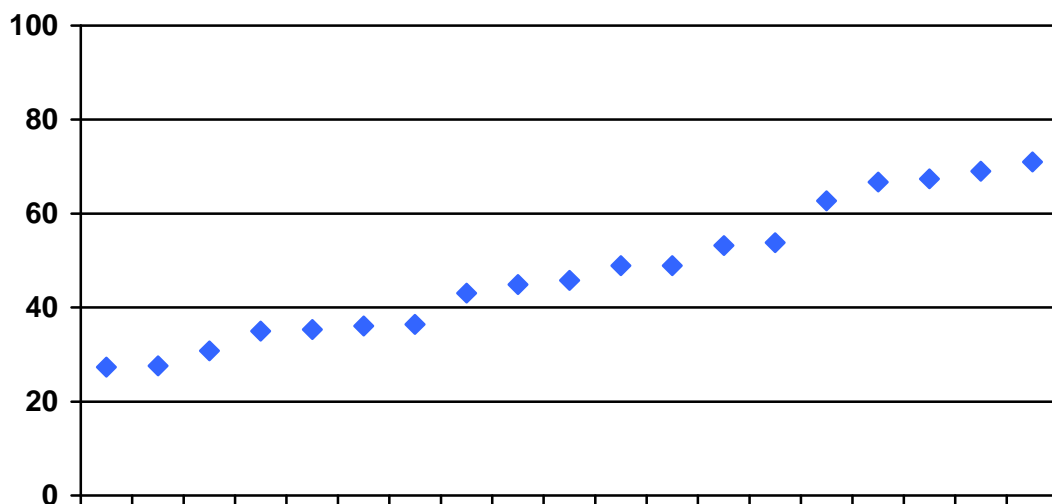
Auch im Bereich der Ergebnisse der Mobilitätsförderung zeigen sich wenige Unterschiede zu anderen Einrichtungen. Die Anteilswerte der Einrichtungen mit einem Landesbutton liegen etwas niedriger als die Referenzwerte. Der Abstand ist allerdings nicht sehr groß, sodass es übereilt wäre, von schlechteren Ergebnissen in den Einrichtungen mit einem Landesbutton zu sprechen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass in den untersuchten Einrichtungen keine ungewöhnlich guten Ergebnisse im Bereich der Mobilitätsförderung vorzufinden sind.

Aufschlussreich ist auch in diesem Fall wieder die Streuung der Ergebnisse. Nachfolgende Abbildung zeigt die Anteilswerte für 19 Einrichtungen mit einem Landesbutton, die in diese Auswertung einbezogen waren.

Streuung des Anteils der Bewohner mit erhaltener Mobilität in 18 Einrichtungen⁷ mit einem Landesbutton (Prozentangaben, Bewohner ohne e. A.)



Streuung des Anteils der Bewohner mit erhaltener Mobilität in 19 Einrichtungen mit einem Landesbutton (Prozentangaben, Bewohner mit e. A.)



⁷ In einer Einrichtung gab es keine Fälle in dieser Risikogruppe, daher werden hier nur 18 und nicht 19 Einzelergebnisse ausgewiesen.

Auch in diesem Fall zeigt sich eine große Streuung der Ergebnisse. Einrichtungen mit herausragenden Ergebnissen sind ebenso vertreten wie Einrichtungen, die sehr niedrige Anteilwerte im Bereich der Mobilitätsförderung aufweisen. Gelingt es beispielsweise, bei 70% der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz die Mobilität über einen Zeitraum von sechs Monaten zu erhalten, so ist das im Vergleich zum Durchschnitt der Einrichtungen ein erfreulich positives Ergebnis. Analog dazu ist festzustellen, dass Raten unter 30 % bei dieser Personengruppe eine unterdurchschnittliche Ergebnisqualität im Bereich der Mobilitätsförderung zum Ausdruck bringt.

Die dargestellten Verteilungen entsprechen den Erfahrungen mit der Ergebnisqualität, die in anderen Projekten in den letzten Jahren gesammelt wurden. Die mit dem Landesbutton „Sturzpräventive Einrichtung“ versehenen Einrichtungen heben sich im Hinblick auf Ergebnisse der Mobilitätsförderung von anderen Häusern nicht positiv ab.

3.3 Einsatz von Gurtfixierungen und Bettseitenteilen

Wenngleich Forschungsergebnisse zeigen, dass Sturzhäufigkeit bzw. Sturzfolgen einerseits und aktivitätsbegrenzende Maßnahmen⁸ andererseits nicht miteinander korrelieren, werden diese Maßnahmen dennoch von vielen Einrichtungen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern angewendet mit dem Ziel, Sturzverletzungen zu vermeiden. Im Rahmen der Studie wurde vor diesem Hintergrund der Frage nachgegangen, wie intensiv Einrichtungen mit dem Landesbutton aktivitätsbegrenzende Maßnahmen einsetzen.

Der Einsatz von Gurtfixierungen wurde mit einem Indikator erfasst, der aussagt, wie groß der Anteil der Bewohner einer Einrichtung ist, bei denen in den vergangenen vier Wochen a) Gurtfixierungen und b) Bettseitenteile angewendet wurden. Berücksichtigt wurden ausschließlich kognitiv beeinträchtigte Bewohner (eingeschränkte Alltagskompetenz). Bei anderen Bewohnern kommen Gurte nur selten zum Einsatz. Bei der ersten Erhebung entfielen auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz 82 % aller Bewohner mit Gurtanwendungen und 74 % aller Bewohner, bei denen Bettseitenteile zum Einsatz kamen.

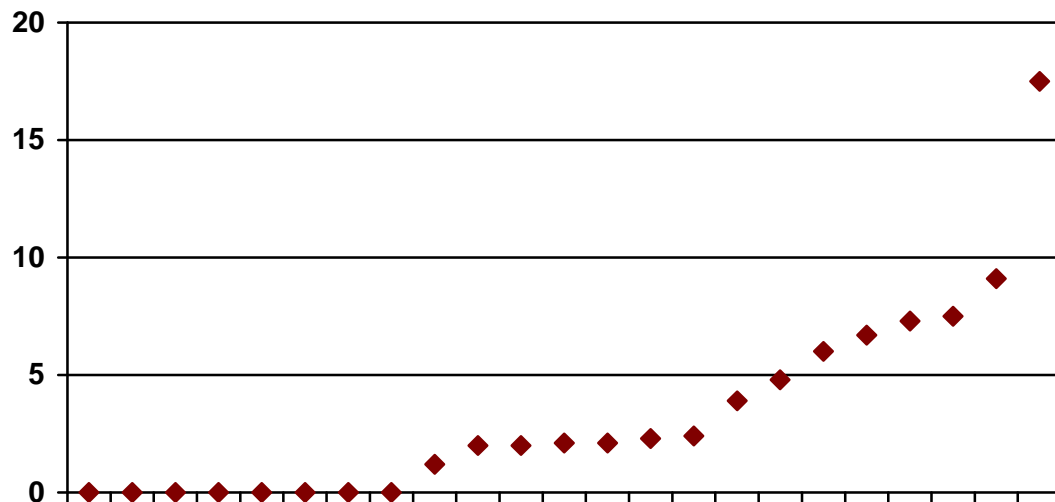
**Einsatz von Gurtfixierungen und Bettseitenteilen
bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz**

	Einrichtungen mit Landesbutton (n=1.396)	Vergleichsdaten (n=3.585)
Gurtfixierungen	2,9 %	6,7 %
Bettseitenteile	28,5 %	36,9 %

⁸ Der Begriff „aktivitätsbegrenzende Maßnahmen“ wird deshalb verwendet, weil hier nicht die rechtliche Bewertung, sondern das faktische Handeln von Interesse ist.

Die in der Tabelle aufgeführten Erhebungsergebnisse zeigen, dass aktivitätsbegrenzende Maßnahmen, besonders die Anwendung von Gurten, in Einrichtungen mit einem Landesbutton deutlich seltener durchgeführt werden als in anderen Einrichtungen. Auch die Einzelergebnisse der Einrichtungen, die in der folgenden Abbildung präsentiert werden, verdeutlichen das:

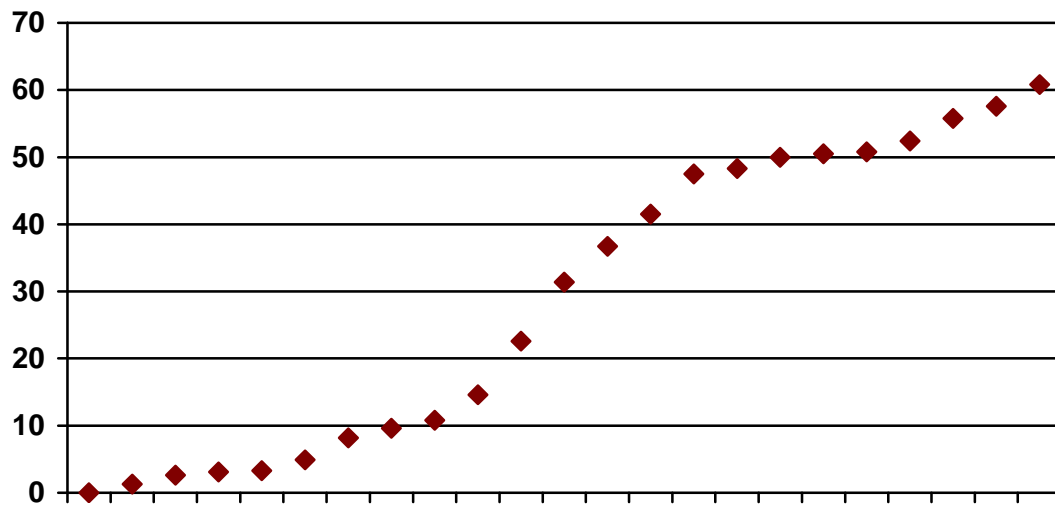
Einsatz von Gurtfixierungen bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz: Einzelergebnisse der Einrichtungen (Prozentwerte)



Acht der in das Projekt einbezogenen Einrichtungen verzichteten gänzlich auf den Einsatz von Gurtfixierungen bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz. In etwa ebenso groß ist die Zahl der Einrichtungen, in denen dieses Mittel nur sehr selten (in der Regel bei einem einzelnen Bewohner) eingesetzt wird. Eine der Einrichtungen zeigt einen ungewöhnlich hohen Wert. Hier erlebten 7 von 40 Bewohnern innerhalb der letzten vier Wochen eine Gurtfixierung. Es lässt sich aber dennoch festhalten, dass der Einsatz von Gurtfixierungen in den meisten Einrichtungen mit einem Landesbutton deutlich seltener erfolgt als in anderen Einrichtungen.

Ein weniger klares Bild ergibt sich beim Thema „Anwendung von Bettseitenteilen“:

Einsatz von Bettseitenteilen bei Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz: Einzelergebnisse der Einrichtungen (Prozentwerte)



In diesem Fall zeigt sich wieder eine recht große Streuung der Werte zur Anwendungshäufigkeit. Es gibt eine relativ große Zahl Einrichtungen, bei denen die Werte oberhalb von 50% aller Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz liegen. Auf der anderen Seite gibt es ebenfalls nicht wenige Einrichtungen, bei denen Bettseitenteile sehr selten (unterhalb von 10% der Fälle) vorzufinden sind. Im Durchschnitt liegt die Anwendungshäufigkeit zwar unterhalb des Referenzwertes, die große Streuung zeigt allerdings, dass die Wahrscheinlichkeit, in einer Einrichtung mit einem Landesbutton keine oder nur selten Bettseitenteile anzutreffen, nicht sehr hoch ist.

Erwartungsgemäß gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Gurtfixierungen und Bettseitenteilen: In Einrichtungen, in denen Gurtfixierungen selten angewendet werden, greift man auch äußerst selten auf Bettseitenteile zurück. Die Daten zeigen außerdem, dass die Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen in aller Regel täglich erfolgt. Bewohner, bei denen diese Mittel nicht täglich eingesetzt werden, sind eine seltene Ausnahme.

Ergänzend wurde ausgewertet, ob es in den Einrichtungen, die diese Mittel selten anwenden, zu einer erhöhten Häufigkeit der Sturzverletzungen kommt. Zu diesem Zweck wurden die Einrichtungen in zwei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe umfasst Einrichtungen, die bei der Nutzung von Gurtfixierungen bzw. Bettseitenteile unterhalb des Durchschnitts liegen, die zweite Gruppe umfasst entsprechend die Einrichtungen mit Werten oberhalb des Durchschnitts. Für die einzelnen Gruppen wurde dann der Einrichtungsmittelwert der Indikatoren zu Sturzverletzungen ermittelt. Das Ergebnis ist den folgenden Tabellen zu entnehmen:

Zusammenhang zwischen Gurtfixierungen und gravierenden Sturzfolgen

Der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt...	Mittlerer Anteil der Bew. mit gravierenden Sturzfolgen – ohne e. A.	Mittlerer Anteil der Bew. mit gravierenden Sturzfolgen – mit e. A.
... unterhalb des Durchschnitts (15 Einrichtungen)	7,1 %	8,7 %
... oberhalb des Durchschnitts (8 Einrichtungen)	8,8 %	11,9 %

Zusammenhang zwischen Bettseitenteilen und gravierenden Sturzfolgen

Der Anteil der Bewohner mit Bettseitenteilen liegt...	Mittlerer Anteil der Bew. mit gravierenden Sturzfolgen – ohne e. A.	Mittlerer Anteil der Bew. mit gravierenden Sturzfolgen – mit e. A.
... unterhalb des Durchschnitts (11 Einrichtungen)	6,8 %	8,6 %
... oberhalb des Durchschnitts (12 Einrichtungen)	8,5 %	10,9 %

Bei allen Teilgruppen zeigt sich, dass Einrichtungen, die selten aktivitätsbegrenzende Maßnahmen anwenden, keineswegs eine höhere Häufigkeit gravierender Sturzverletzungen zu verzeichnen haben. Es deutet sich sogar die gegenteilige Tendenz an. Diese Einrichtungen weisen eine leicht geringere Häufigkeit des Auftretens gravierender Sturzfolgen auf, sowohl bei Bewohnern mit als auch bei Bewohnern ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Diese Zahlen bestätigen noch einmal die in Kapitel 1 angesprochenen Forschungsergebnisse, nach denen eine zunehmende Sturzgefährdung bzw. Verletzungsgefährdung durch den Verzicht auf aktivitätsbegrenzende Maßnahmen nicht nachweisbar ist.

3.4 Stetigkeit der Ergebnisse

Da die Erhebungen im Abstand von einem halben Jahr wiederholt wurden, ist es möglich, die Stabilität der Kennzahlen im Zeitverlauf zu prüfen. Gewisse Schwankungen der Anteilswerte treten immer auf, besonders in kleinen Einrichtungen, wo bereits wenige Bewohner vergleichsweise hohe Prozentwerte ausmachen. Gänzlich andere Größenordnungen sollten die Werte allerdings nicht haben, denn dadurch würde unsicher, ob nicht ggf. eine Ausnahmesituation erfasst wurde.

Etwas beeinträchtigt wird der Vergleich dadurch, dass drei Einrichtungen nur eine Erhebung durchführten. Gänzlich andere Größenordnungen dürften sich auch dadurch nicht ergeben. Aufgrund der im Zeitverlauf abnehmenden Einrichtungszahl wird an dieser Stelle jedoch darauf verzichtet, auch die dritte Erhebung in den Vergleich miteinzubeziehen. Das betrifft

auch die Indikatoren zum Mobilitätserhalt, da in diesem Fall erst bei der dritten Erhebung eine zweite Kennzahl errechnet werden konnte⁹.

Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den ersten beiden Teilerhebungen

	1. Erhebung	2. Erhebung
Anzahl Einrichtungen	23	19
Anzahl Bewohner	2.280	1.855
A) Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern <u>ohne</u> eingeschränkte Alltagskompetenz	9,4 %	9,6 %
B) Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern <u>mit</u> eingeschränkter Alltagskompetenz	10,2 %	12,0 %
E) Einsatz von Gurtfixierungen	2,9 %	2,4 %
F) Einsatz von Bettseitenteilen	28,5 %	21,5 %

Die Gegenüberstellung belegt, dass die angeführten vier Kennzahlen im Zeitverlauf weitgehend stabil sind. Eine starke Abweichung ist allerdings beim Einsatz von Bettseitenteilen zu beobachten. Zum Teil ergibt sich diese Reduzierung durch das Ausscheiden einzelner Einrichtungen mit besonders häufiger Nutzung von Bettseitenteilen. Im Großen und Ganzen lässt sich daher feststellen, dass mit den dargestellten Werten eine typische Versorgungssituation und keine Ausnahmekonstellation erfasst wurde.

Auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen sind Schwankungen naturgemäß stärker ausgeprägt als bei den Durchschnittswerten. Auch in der Einzelbetrachtung überwiegt jedoch der Eindruck der Stabilität. Es gab nur wenige Einrichtungen, bei denen sich die Werte für einzelne Indikatoren in gänzlich anderen Größenordnungen bewegten.

⁹ Eine Überprüfung der Einzelergebnisse der Einrichtungen zeigte allerdings, dass sich die Indikatoren zum Mobilitätserhalt bei den meisten Einrichtungen nicht stärker veränderten als die anderen Kennzahlen.

4. Ergebnisse der Einrichtungsbefragung

Mit der schriftlichen Befragung sollte erfasst werden, wie die Einrichtungen den Landesbutton und die Voraussetzungen zu seiner Verleihung beurteilen. Um Teilnahme an der Befragung wurden alle Einrichtungen gebeten, die bereits einen Landesbutton erhalten haben. Die Befragung erfolgte also losgelöst von den Erhebungen, die im Kapitel 3 geschildert wurden.

Die Einrichtungen wurden gebeten, den Grund anzugeben, der für sie ausschlaggebend für den Erwerb des Landesbuttons war. 17 bzw. 33,3% der Einrichtungen meinten, dass der Landesbutton vor allem deshalb erworben wurde, weil die Einrichtungen einen sichtbaren Qualitätsnachweis für Außenstehende erhalten wollten. Knapp die Hälfte der Einrichtungen (47,1%) sah in dem Erwerb des Landesbuttons einen guten Anlass, um die interne Qualitätsentwicklung zu beleben. In neun Einrichtungen waren beide Gründe gleich wichtig¹⁰.

Gründe für den Erwerb des Landesbuttons

	Anzahl Einrichtungen	Anteil (%)
Die Einrichtung wollte einen sichtbaren Qualitätsnachweis für Außenstehende erhalten.	17	33,3%
Der Landesbutton bot einen guten Anlass für die interne Qualitätsentwicklung.	24	47,1%
Beides trifft zu	9	17,6%
Ausschlaggebend war ein anderer Grund	1	2,0%
Gesamt	51	100,0%

Um den Landesbutton zu erhalten, müssen die Einrichtungen einen gewissen Aufwand in Kauf nehmen, insbesondere für ein Audit, das nach bestimmten Vorgaben durchzuführen ist. Die Einrichtungen wurden daher danach gefragt, wie sie den Aufwand für das Audit bewerteten.

Drei Viertel der befragten Einrichtungen (40 Einrichtungen; 78,4%) gaben dazu an, dass sich der Aufwand in einem vernünftigen Rahmen bewegte. In einer Einrichtung fiel der Aufwand kaum ins Gewicht, neun Einrichtungen (17,6%) gaben an, dass der Aufwand zu hoch gewesen sei. Diese Ergebnisse sind nicht abhängig davon, ob die Voraussetzungen für den Erwerb

¹⁰ In einer Einrichtung spielte die Art und Weise der Ansprache durch das Projekt eine entscheidende Rolle („Wir wurden wohlwollend eingeladen, unsere Arbeit darzustellen“) (Freitextangabe).

des Landesbuttons durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder in Form einer vom DBfK Nordwest organisierten Visitation überprüft wurde¹¹.

Bewertung des Aufwands für das Audit zur Erlangung des Landesbuttons

	Gesamt		MDK		DBfK-Visitation	
	Anzahl Einrichtungen	Anteil (%)	Anzahl Einrichtungen	Anteil (%)	Anzahl Einrichtungen	Anteil (%)
Aufwand war zu hoch	9	17,6%	2	22,2%	7	17,5%
Aufwand bewegte sich in vernünftigem Rahmen	40	78,4%	6	66,7%	32	80,0%
Aufwand fiel kaum ins Gewicht	1	2,0%	1	11,1%	0	0,0%
k. A.	1	2,0%	0	0,0%	1	2,5%
Gesamt	51	100,0%	9	100,0%	40	100,0%

Die Ergebnisse der neun Einrichtungen, die den Aufwand für das Audit als zu hoch bewerteten, wurden näher ausgewertet, um Hinweise auf Gründe für diese Bewertung zu erhalten. Hierbei zeigte sich, dass es sich ausschließlich um Einrichtungen handelte, die den Landesbutton relativ früh, nämlich bereits in den Jahren 2009 oder 2010 erhalten hatten. Die Beurteilung stammt außerdem überwiegend von Pflegedienstleitungen oder Beauftragten für das Qualitätsmanagement (Einrichtungsleitung: eine Einrichtung).

Mehr als die Hälfte der befragten Einrichtungen (30 Einrichtungen; 58,8%) gab an, den Landesbutton nach Ablauf des Zeitraumes von zwei Jahren aktualisieren lassen zu wollen. Ein Drittel der Einrichtungen (18 Einrichtungen; 35,3%) plante dies nicht. Am häufigsten wurde diese Entscheidung damit begründet, dass im Qualitätsmanagement der Einrichtungen andere Themen Priorität hatten (elf Nennungen). Sieben Einrichtungen sahen in dem Landesbutton zu wenig Nutzen und für vier Einrichtungen wäre der Aufwand für ein neues Audit zu hoch.

¹¹ Die Überprüfung der Audits in den Einrichtungen wurde überwiegend in Form einer Visitation, die durch den DBfK organisiert wurde, durchgeführt (40 Einrichtungen; 78,4%). In neun Einrichtungen (17,6%) führte der MDK das Audit durch, bei zwei Einrichtungen fehlte die betreffende Angabe.

Gründe für das Auslassen einer Aktualisierung des Landesbutton

	Anzahl der Nennungen
Der Aufwand für ein neues Audit wäre zu hoch.	4
Wir sehen im Landesbutton zu wenig Nutzen.	7
In unserem internen Qualitätsmanagement haben derzeit andere Themen Priorität.	11
Die Frist von zwei Jahren ist noch nicht abgelaufen.	1
Sonstige Gründe	6

Sechs Einrichtungen gaben weitere Gründe dafür an, den Landesbutton nicht aktualisieren zu wollen. Bei diesen „sonstigen Gründen“ fällt auf, dass vereinzelt offenbar nicht bekannt war, dass der Landesbutton nur befristet verliehen wird und eine Aktualisierung erforderlich ist. Hier ein Auszug aus den Freitextangaben der Einrichtungen:

- „Dass eine Wiederholung erfolgen muss, war uns nicht bewusst.“
- „Z. Zt. andere Prioritäten.“
- „Die Auditierung war Gelegenheit, im QM den Ist-Zustand zu ermitteln und eine Qualitätsentwicklung auf den Weg zu bringen.“
- „Wir arbeiten an verschiedenen Themen gleichzeitig.“

Im Weiteren wurden die Einrichtungen um eine Bewertung der Wirkung des Landesbuttons auf ihre Einrichtung gebeten. 14 Einrichtungen (27,5%) waren der Auffassung, dass sich die Sturzprävention durch den Landesbutton *erheblich verbessert* habe. Etwas häufiger (23 Einrichtungen) findet sich die Einschätzung, dass sich die Sturzprävention durch den Landesbutton lediglich „ein wenig“ verbessert habe. Zehn Einrichtungen vertraten hingegen die Meinung, dass sich an der Sturzprävention wenig geändert habe.

Wirkung des Landesbuttons aus Sicht der Einrichtungen

	Anzahl an Einrichtungen (n)	Anteil (%)
Die Sturzprävention der Einrichtung hat sich durch den Landesbutton erheblich verbessert.	14	27,5%
Die Sturzprävention der Einrichtung hat sich durch den Landesbutton ein wenig verbessert.	23	45,1%
An der Sturzprävention hat sich wenig geändert.	10	19,6%
Keine dieser Antworten trifft zu.	4	7,8%
Gesamt	51	100,0%

Mit einem weiteren Frageblock sollte in Erfahrung gebracht werden, in welcher Hinsicht die Einrichtungen dem Thema Sturzprävention derzeit eine Bedeutung zuweisen. Die Angaben der Einrichtungen dokumentieren in der Haupttendenz, dass sie die Bedeutung als hoch einschätzen, ganz besonders die Bedeutung für das interne Qualitätsmanagement. 80,4% der Einrichtungen hielten das Thema hier für „sehr wichtig“ und 15,7% für „wichtig“. Für andere Bereiche – Außendarstellung und Qualitätsprüfungen – wird ebenfalls die Bedeutung hervorgehoben, aber doch eindeutig weniger stark. Für diese Bereiche gaben immerhin 15 bis 20% der befragten Einrichtungen an, das Thema sei eher wenig wichtig.

Bedeutung des Themas Sturzprävention für die teilnehmenden Einrichtungen

	Wie wichtig ist das Thema Sturzprävention derzeit für ...							
	... das interne Qualitätsmanagement?		... die Außendarstellung der Einrichtung?		... die externe Qualitätsbeurteilung durch den MDK?		... die externe Qualitätsbeurteilung durch die Heimaufsicht?	
	Nennungen	Anteil (%)	Nennungen	Anteil (%)	Nennungen	Anteil (%)	Nennungen	Anteil (%)
sehr wichtig	41	80,4%	21	41,2%	24	47,1%	24	47,1%
wichtig	8	15,7%	19	37,3%	18	35,3%	18	35,3%
eher weniger wichtig	2	3,9%	9	17,6%	8	15,7%	9	17,6%
unwichtig	0	0,0%	2	3,9%	0	0,0%	0	0,0%
k. A.	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%
Gesamt	51	100,0%	51	100,0%	51	100,0%	51	100,0%

Die teilnehmenden Einrichtungen sehen in dem Landesbutton somit in der Haupttendenz ein Instrument, das für die interne Qualitätsentwicklung eine Bedeutung hat.

Durch die Pflege-Transparenzvereinbarungen ist eine neue Form der Qualitätsbewertung eingeführt worden, die ähnlich wie ein Siegel auf die Information von (potenziellen) Nutzern der vollstationären Pflege ausgerichtet ist. Die Heime wurden daher auch dazu befragt, ob der Landesbutton durch die Einführung der Kriterien der Pflege-Transparenzvereinbarungen („Pflegernoten“) aus ihrer Sicht an Bedeutung verloren habe. Neun Einrichtungen (17,6%) waren der Meinung, dass dies der Fall sei. Ein gutes Drittel der Einrichtungen (19 Einrichtungen; 37,3%) widersprach dieser Einschätzung. Fast die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen (23 Einrichtungen; 45,1%) war sich in ihrer Einschätzung nicht sicher.

Der Einfluss der „Pflegeroten“ auf die Bedeutung des Landesbuttons

<i>Meinen Sie, dass der Landesbutton durch die „Pflegeroten“ an Bedeutung verloren hat?</i>	Anzahl Nennungen (n)	Anteil (%)
Ja	9	17,6%
Nein	19	37,3%
Ich bin mir nicht sicher	23	45,1%
Gesamt	51	100,0%

Zum Abschluss wurden die Einrichtungen um eine Antwort auf die Frage gebeten, ob sie anderen Einrichtungen den Erwerb des Landesbuttons empfehlen würden. Die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen (36 Einrichtungen; 70,6%) beantwortete diese Frage positiv und würde den Landesbutton demnach weiterempfehlen. Lediglich drei Einrichtungen (5,9%) gaben ein klares Nein an und würden den Landesbutton nicht weiterempfehlen. Etwa jede vierte Einrichtung (12 Einrichtungen; 23,5%) hatte keine eindeutige Meinung.

Abschließende Bewertung der Landesbuttons

<i>„Würden Sie anderen Einrichtungen empfehlen, den Landesbutton zu erwerben?“</i>	Anzahl Nennungen (n)	Anteil (%)
Ja	36	70,6%
Nein	3	5,9%
Ich bin mir nicht sicher.	12	23,5%
Gesamt	51	100,0%

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung zeigen somit ein gemischtes Bild. Es entsteht der Gesamteindruck, dass die meisten teilnehmenden Einrichtungen den Landesbutton schätzen, ihm aber gleichzeitig keine besonders große Bedeutung beimessen. Einrichtungen, die sich um den Erhalt eines Landesbuttons bemüht haben, sind in der Regel Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Sturzprävention besonderes Engagement entwickeln. Sie sind überwiegend allerdings auch pragmatisch orientiert. Mit dem Erwerb des Landesbuttons ist der Prozess der Überprüfung und ggf. der Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements zunächst abgeschlossen. Danach befördert der Landesbutton vorerst keine weiteren Entwicklungsschritte. Wenn ein recht großer Teil der Einrichtungen vom Landesbutton gleichzeitig, wie sich in den Erhebungsergebnissen andeutet, keine besonderen Effekte in der Außenwirkung erwarten, wird ihm nach einem solchen Qualitätsentwicklungsprozess offenkundig nur wenig Wirksamkeit zugeschrieben. Nicht der Landesbutton selbst, auch nicht seine Außenwirkung, sondern eher das Verfahren und die Qualitätsentwicklungsschritte, die zu ihm führen, scheinen aus der Perspektive vieler Einrichtungen entscheidend zu sein.

5. Fazit

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte in Erfahrung gebracht werden, ob Einrichtungen, deren Engagement für die Sturzprävention mit dem Landesbutton „Sturzpräventive Einrichtung NRW“ ausgezeichnet wurde, in diesem Bereich andere Ergebnisse erzielen als Heime ohne Landesbutton. Ergänzend wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt, um die Haltung dieser Einrichtungen gegenüber dem Landesbutton zu erfassen.

Die Erhebungsergebnisse dokumentieren, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die einen Landesbutton erworben haben, im Hinblick auf die Sturzhäufigkeit, das Auftreten von Sturzfolgen und den Erhalt von Mobilität im Durchschnitt weder bessere noch schlechtere Ergebnisse aufweisen als andere Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Qualitätssicherung ebenfalls engagiert arbeiten.

Aktivitätsbegrenzende Maßnahmen hingegen kommen in Pflegeeinrichtungen mit einem Landesbutton deutlich seltener zum Einsatz. Das deutet darauf hin, dass diese Einrichtungen bewusster mit dem Sturzrisiko ihrer Bewohner umgehen, besser über den Stand der Forschung informiert sind und es daher vermeiden, unwirksame Maßnahmen zur Sturzvermeidung einzusetzen.

Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse muss zum einen berücksichtigt werden, dass alle stationären Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet sind, eine fachgerechte Sturzprävention nach den Maßgaben des Nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ zu betreiben und die Verleihung des Landesbuttons – abgesehen von der Durchführung eines internen Audits – nicht an weitergehende Voraussetzungen geknüpft ist. Von daher war auch nicht unbedingt zu erwarten, dass in den Einrichtungen mit einem Landesbutton bei der Sturzprävention deutlich bessere Ergebnisse erreicht werden als in anderen.

Zum anderen ist zu beachten, dass die in diesem Bericht dargelegte Zahlen in der Regel Durchschnittswerte sind. Die Untersuchungsergebnisse lassen erkennen, dass Einrichtungen mit einem Landesbutton ein breites Spektrum bilden, in dem Heime mit herausragenden Ergebnissen ebenso vertreten sind wie Einrichtungen mit einer geringen Ergebnisqualität. In der Gesamtgruppe dieser Einrichtungen gehen Häuser mit wirklich beachtlichen Erfolgen etwas unter. Mit der Verleihung des Landesbuttons wird offenbar keine sehr klare Trennlinie zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Einrichtungen gezogen. Das ist letztlich auch nicht verwunderlich. Denn der Landesbutton stellt eine Anerkennung des Engagements der Einrichtungen auf dem Feld der Sturzprävention dar. Er wird denjenigen Einrichtungen verliehen, die mit relativ hohem Aufwand ihre *Strukturen und Prozesse* überprüfen, um ihre Fachlichkeit im Bereich der Sturzprävention sicherzustellen oder weiterzuentwickeln. Ob es der Einrichtung aber tatsächlich gelingt, damit gute *Versorgungsergebnisse* zu erzielen – also beispielsweise die Zahl der Bewohner mit gravierenden Sturzverletzungen zu reduzieren, die Mobilität der Bewohner zu verbessern und weitgehend auf aktivitätsbegrenzende Maßnahmen zu verzichten – ist beim Erwerb des Landesbuttons von eher geringer Bedeutung.

Diese Schlussfolgerungen stehen durchaus im Einklang mit den Zielsetzungen des Landesbuttons, der ja in erster Linie die Motivation der Einrichtungen fördern soll, ihr Engagement für die Sturzprävention zu verstärken.

Es ist allerdings zu diskutieren, inwieweit dies mit einem Siegel unter den gegenwärtigen Bedingungen gelingen kann. Die Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Funktion des Siegels für die Außendarstellung einer Einrichtung zwar nicht unwichtig ist, aber auch nicht überschätzt werden darf. Die Hauptmotivation für den Erwerb des Landesbuttons scheint nicht so sehr darin zu liegen, dass die Einrichtungen ein Qualitätssignal nach außen setzen wollen. Der Landesbutton scheint eher als Anlass oder als Rahmen für die Intensivierung qualitätssichernder interner Maßnahmen geschätzt zu werden. Er bietet, wie eine der Einrichtungen sich ausdrückte, einen willkommenen Anlass, um den internen Bemühungen auf dem Feld der Sturzprävention neue Impulse oder mehr Nachdruck zu verleihen.

Dies ist vermutlich auch eine Erklärung dafür, dass ein Teil der Einrichtungen einer Aktualisierung des Landesbuttons doch eher zurückhaltend gegenübersteht. Da es sich, wie bei der Befragung ebenfalls geäußert wurde, um eines von mehreren wichtigen Qualitätsthemen handelt, scheuen sie teilweise davor zurück, den damit verbundenen Aufwand mehrfach in Kauf zu nehmen. Ein Teil der Einrichtungen betrachtet das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen sehr pragmatisch: Wenn es andere, weniger aufwändige Methoden zur Weiterentwicklung der Sturzprävention gibt, dann verzichten sie – dies wurde von einzelnen Befragten auch direkt angesprochen – auf die Erneuerung des Landesbuttons zugunsten dieser Alternativen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Wirkung des Landesbuttons und des mit seiner Verleihung verbundenen Verfahrens von den Einrichtungen eher als mäßig eingestuft wird. Dass die Auseinandersetzung mit dem Landesbutton zu erheblichen Verbesserungen der Sturzprävention geführt habe, meinen lediglich rund 30% der Einrichtungen. Hinzu kommt, dass es inzwischen relativ viele Siegel für Pflegeheime gibt und in der Diskussion um die Darstellung der Qualität einer Einrichtung in der Öffentlichkeit derzeit andere Ansätze die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, insbesondere die sog. Pflegenoten.

Trotz der eher zurückhaltenden Beurteilung des Landesbuttons, seines Nutzens und des Verhältnisses zwischen Aufwand und Nutzen würden rund 70% der Befragten auch anderen Einrichtungen empfehlen, den Landesbutton zu erwerben.

Die Haltung der Einrichtungen ist also in verschiedener Hinsicht nicht eindeutig. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es offenbar eine positive Grundhaltung gegenüber dem Landesbutton gibt, aber die Motivationslage bei den Einrichtungen eher als gedämpft zu bezeichnen ist. Die meisten Einrichtungen, die einen Landesbutton erhalten haben, werden sich voraussichtlich auch in Zukunft auf dem Feld der Sturzprävention besonders engagieren, aber es ist fraglich, ob sie hierbei dem Landesbutton eine wesentliche Rolle zuweisen.

Literatur

- Anderson, O./Boshier, P.R./Hanna, G.B. (2012): Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1)
- Balzer, K./Bremer, M./Schramm, S./Lühmann, D./Raspe, H. (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. HTA-Bericht 116. Köln: DIMDI (Deutsches Institut für Dokumentation und Information)
- Becker, C./Blessing-Kapelke, U. (2011): Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44, Nr. 2, 121-128
- Becker, C./Lindemann, U./Rißmann, U./Warnke, A. (2006): Sturzprophylaxe. Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. 2. überarbeitete Auflage. Hannover: Vincentz
- Berzlanovich, A.M./Schöpfer, J./Keil, W. (2012): Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International* 109, Nr. 3, 27-32
- Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Dassen, T. (2007): Prävalenzerhebung 2007: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin: Charité - Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Delbaere, K./Crombez, G./Vanderstraeten, G./Willems, T./Cambier, D. (2004): Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing* 33, Nr. 4, 368-373
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Langfassung der Literaturanalyse. Osnabrück
- Grob, D. (2005): Stürze im Alter. Risikofaktoren und Konsequenzen. *Ars Medici* 95, Nr. 11, 497-504
- Hauer, K./Lamb, S.E./Jorstad, E.C./Todd, C./Becker, C./Group, P. (2006): Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing* 35, Nr. 1, 5-10
- Heinze, C. (2014): Sturzprävention im Krankenhaus. Eine pflegerische Perspektive. *Dr. med Mabuse* 39, Nr. 208
- Heinze, C./Rissmann, U./Dassen, T. (2004): Stürze bei älteren Menschen. *Pflegewissenschaft* 6, Nr. 2, 105-110
- Icks, A./Becker, C./von Renteln-Kruse, W. (2008): Unfälle im häuslichen Umfeld und in stationären Einrichtungen der Altenpflege. In: Lob, G./Richter, M./Pühlhofer, F./Siegrist, J. (Hg.): Prävention von Verletzungen. Risiken erkennen, Strategien entwickeln - eine ärztliche Aufgabe. Stuttgart: Schattauer, 197-204
- Koch, F.W. (2001): Mit einfachen Methoden Stürze verhindern. *Pflegezeitschrift* 54, Nr. 2, 101-105
- Köpke, S./Mühlhauser, I./Gerlach, A./Haut, A./Haastert, B./Möhler, R./Meyer, G. (2012): Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 307, Nr. 20, 2177-2184
- Kuntz, S. (2012): Sturz. In Dassen, T. (Hg.): Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 12 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2012. Berlin: Charite - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, 47-53
- Meyer, G./Balzer, K./Köpke, S. (2012): Viel Lärm um wenig Neues. Anmerkungen zum dritten MDS-Bericht zur Pflegequalität. *Pflegezeitschrift* 65, Nr. 7, 392-395
- Mielenz, T.J./Jia, H./Seefeld, E./Schulinkamp, M./Smith, S./Dam, T./Rogers, K./Alvarez, K.J. (2014): Translating using RE-AIM of a falls behavior change program among an assisted living population. *Family and Community Health* 37, Nr. 2, 147-54
- Möhler, R./Richter, T./Köpke, S./Meyer, G. (2012): Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing* 21, Nr. 21-22, 3070-3081

- Schlesselmann, E. (2012): Falsch verstandene Sturzprophylaxe. Ein Projekt der Bremer Heimstiftung fördert die Mobilität im Alter. *Pflegezeitschrift* 65, Nr. 1, 24-28
- Schwenk, M./Lauenroth, A./Stock, C./Moreno, R.R./Oster, P./McHugh, G./Todd, C./Hauer, K. (2012): Definitions and methods of measuring and reporting on injurious falls in randomised controlled fall prevention trials: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology* 12, Nr. 50
- Silva, R.B./Eslick, G.D./ Duque, G. (2013): Exercise for Falls and Fracture Prevention in Long Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 14, Nr. 9, 685-689
- Tideiksaar, R. (2008): Stürze und Sturzprävention. Assessment-Prävention-Management. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber
- Todd, C./Skelton, D. (2004): What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf (23.06.2014)
- von Renteln-Kruse, W. (2004): Stürze älterer Menschen. Diagnostik und Therapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129, Nr. 16, 880-883
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (2007): WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genf: Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf (01.07.2014)
- Wingenfeld, K./Hansen, A./Messer, M./Portugall, J. (2014): Ergebnisse der Literaturanalyse zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ in der Pflege. Abschlussbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld
- Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln/Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)/Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG)
- Zeeh, J. (2013): Bewahren Sie Ihre Patienten vor Stürzen. *MMW – Fortschritte der Medizin* 155, Nr. 10, 50-54