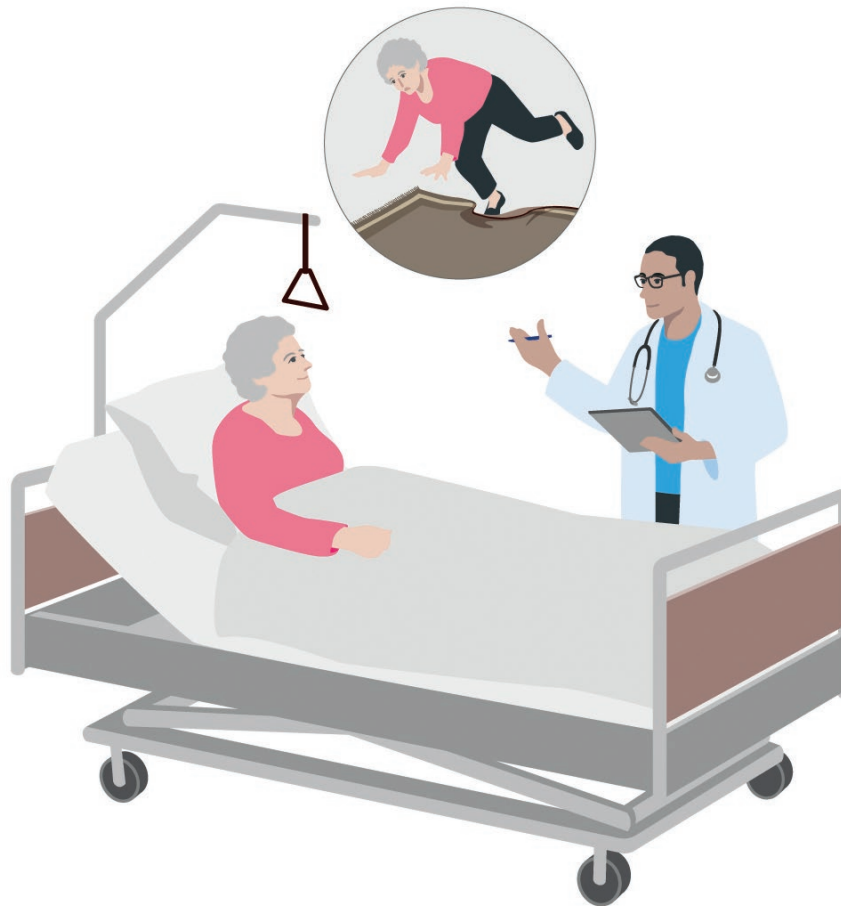


Qualitätsindikator Nr. 3

Sturzprävention



Anteil der Patienten/Patientinnen ≥ 65 Jahre, die danach gefragt wurden, ob und wenn ja, wie oft (Anzahl) und in welcher Weise (Sturzhergang) sie in den letzten 12 Monaten gestürzt waren.

Der Indikator hat zum Ziel, Patienten/Patientinnen mit einem erhöhten Sturzrisiko, bei denen eine präventive Intervention sinnvoll ist, zu identifizieren.

Bereich	Patientenzentrierte Versorgungsqualität
Typ	Prozessindikator
Zähler	Patienten/Patientinnen ≥ 65 Jahre, bei denen die Erhebung der anamnestischen Sturzanzahl dokumentiert wurde
Nenner	Alle Patienten/Patientinnen ≥ 65 Jahre, die hospitalisiert wurden
Intervall	Jährlich (alle 12 Monate)

Beschrieb

Menschen ab 65 Jahren haben ein erhöhtes Sturzrisiko. 2017 erlitten rund 25 % der Schweizer Bevölkerung ≥ 65 Jahre mindestens einen Sturz innerhalb der letzten 12 Monate. In der Altersgruppe der ≥ 80 -Jährigen sind es rund 35 % der Bevölkerung [1]. Bereits stattgehabte Stürze gelten dabei als starker Prädiktor für das Auftreten weiterer Stürze. Die sturzbedingten Verletzungsfolgen beeinträchtigen nicht nur Gesundheit und Lebensqualität dieser älteren Menschen, sie sind auch kostspielig mit geschätzten 2 Milliarden Franken materieller Kosten pro Jahr [2]. Viele Stürze gelten dabei als vermeidbar. Eine Reduktion von Stürzen in der Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen verspricht demnach, Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen zu steigern und Gesundheitsausgaben zu senken.

Um sturzgefährdete Menschen innerhalb des Gesundheitssystems entsprechenden Präventionsmassnahmen zuführen zu können, ist die Identifikation eben dieser Menschen essenziell.

Der Prozessindikator widerspiegelt, in welchem Ausmass ein zu evaluierender Leistungserbringer sturzgefährdete Patienten/Patientinnen hinsichtlich ihres Sturzrisikos screent und damit die Grundlage für nachgelagerte Prozesse zur individuellen Sturzprävention schafft [3].

Literatur

1. Bundesamt für Statistik, *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Indikator TALTP01*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/stuerze>
2. Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU, *Statistik der Nichtberufsunfälle und Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. BFU; 2019. DOI:10.13100/bfu.2.360.01, https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/bfu_beratungsstelle_fur_unfallverhutung_0qnkr2bc5wtk.pdf
3. National Institute For Health and Care Excellence (NICE), *Quality statement 1: Identifying people at risk of falling*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs86/chapter/Quality-statement-1-Identifying-people-at-risk-of-falling>, 2017
4. *NICE Quality and Outcomes Framework indicator, NICE identity code: NM187; Key documents*. <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators/the-percentage-of-patients-aged-65-years-and-over-with-moderate-or-severe-frailty-who-have-been-asked-whether-they-have-had-a-fall-about-the-total-number-of-falls-and-about-the-type-of-falls-in-the-last-12-months>, 2019
5. *NICE Quality and Outcomes Framework indicator, NICE identity code: NM188, Key documents*. <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators/the-percentage-of-patients-aged-65-years-and-over-with-moderate-or-severe-frailty-who-have-been-asked-whether-they-have-had-a-fall-about-the-total-number-of-falls-and-about-the-type-of-falls-in-the-last-12-months-were-found-to-be-at-risk-and-have-been-pro>, 2019
6. *NICE clinical guideline 161, Assessment and prevention of falls in older people*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/full-guideline-pdf-190033741>, 2013
7. *NICE Standards and Indicators – Who are they for?*. <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

8. *Preventing falls in older people – everything NICE says in an interactive flowchart, Assessment and Intervention.* <https://pathways.nice.org.uk/pathways/preventing-falls-in-older-people#glossary-multifactorial-assessment=&content=view-node%3A-nodes-assessment-and-interventions>
9. Walston J, *Frailty Screening and Interventions: Considerations for Clinical Practice.* Clin Geriatr Med. 2018
10. *2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013) NICE guideline CG16.* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/2019-surveillance-of-falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-nice-guideline-cg161-pdf-8792148103909>, 2019
11. *2019 surveillance of falls in older people: NICE guideline CG16, Appendix A: Summary of evidence from surveillance.* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/appendix-a-summary-of-evidence-from-surveillance-pdf-6784064894>, 2019

Wirkungshypothese

Die Wirkhypothese ist gestaffelt [3]:

1. Die Messung des Indikators motiviert Leistungserbringer, eine systematische Sturzanamnese bei potentiellen Risikopatienten zu erheben.
2. Das systematische Erheben der Sturzanamnese führt zur Identifikation sturzgefährdeter Patienten/Patientinnen.
3. Die Identifikation sturzgefährdeter Patienten/Patientinnen ermöglicht die gezielte Applikation konkreter Sturzpräventionsmassnahmen.
4. Die systematische, gezielte Applikation konkreter Sturzpräventionsmassnahmen führt zur Reduktion des Sturzrisikos.
5. Die Reduktion des Sturzrisikos führt zu einer Reduktion schwerwiegender Verletzungen.

Überprüfung und Umsetzung im Praxisalltag

Ursprünglich entstammte der Indikator dem Indikatorenset des National Institute For Health and Care Excellence (NICE) aus Grossbritannien zur Sturzprävention bei hochbetagten Menschen [4–6]. Damit der Indikator auf eine eindeutig definierte Population anwendbar ist, wurde er auf die hochbetagte Patientenpopulation eingeschränkt (Patienten/Patientinnen ≥ 65 Jahre alt). Das elektronische Krankenhausinformationssystem (KIS) bildet im stationären Setting die Voraussetzung einer strukturierten Erfassung der Sturz-/Gleichgewichtsstörungsanamnese. Damit die Akzeptanz des Indikators und die Implementierung des Indikators erfolgt, sollte in einem Klinikinformationssystem eine Erfassung und Abfrage einfach, übersichtlich und an einen PDCA-Zyklus mit Massnahmen zur Sturzprävention geknüpft sein [4].

Effekt

Leistungserbringer implementieren Prozesse zur systematischen Identifikation von Patienten/Patientinnen ≥ 65 Jahren und Erhebung einer Sturzanamnese. Dies wiederum führt in nachgelagerten Prozessen zur systematischen Implementierung von Sturzpräventionsmassnahmen und damit zu einer Reduktion der Sturzereignisse.



Beurteilungskriterien

- Ausrichtung an validierte Leitlinien und Standards
- Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert
- Fremdevaluation
- Patientenorientierung (Patient Reported Outcome)
- Benchmarking
- Mehrere Perspektiven berücksichtigen
- Peer-review
- PDCA-Zyklus
- Aussagen zu Ergebnisqualität

Voraussetzung für die Umsetzbarkeit

Damit der Indikator in der Praxis erhoben werden kann, ist eine flächendeckende Erfassung von Stürzen notwendig. Die Definition eines Sturzereignisses sowie relevante Einflussfaktoren sollten prospektiv erfasst werden. Die dafür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen müssen im Abgeltungssystem berücksichtigt werden.