

# StoppSturz

Risiken erkennen –  
abklären – reduzieren

# Manual StoppSturz Vorgehen Ergotherapie

Version: 8.2.2021



ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz  
Association Suisse des Ergothérapeutes  
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

# Impressum

## Autorenschaft

*Arbeitsgruppe im Auftrag des ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS:*

Andri Cavegn, Ergotherapeut BSc, Vorstandsmitglied EVS

Barbara Mullis, dipl. Ergotherapeutin

*Unter Mitwirkung von PHS Public Health Services*

## Begleitgruppe

Thomas Ballmer (ZHAW Gesundheit, Institut für Ergotherapie), Nicole Brühlhart (für den EVS im BFU-Fachbeirat von sichergehen.ch), Daniel Comisso (EVS Section Jura-Jura Bernois), Ylena Fuchsberger (EVS Sektion Zürich/Schaffhausen), Christa Gfeller-Indermühle (EVS Sektion Bern-Solothurn), Rita Kägi-Feller (Ergotherapie Sensorium), Barbara Krähenbühl (Ergotherapie für Kinder und Erwachsene), Barbara Pfenninger (BFU), Irene Schmid (SRK Ergotherapie Kanton Bern), Ruth Walter (SRK Baselland)

## Projektleitung

PHS Public Health Services

## © StoppSturz 2021

Alle Rechte vorbehalten. Verwendung unter Quellenangabe (siehe Zitationsvorschlag) erlaubt.

## Zitationsvorschlag

Cavegn A., Mullis B., Alpiger P., Biedermann A. (2021). StoppSturz Vorgehen Ergotherapie. Manual. Bern: PHS Public Health Services

### Projekt «StoppSturz»

Das Projekt «StoppSturz» hat zum Ziel, bis Ende 2022 in den Pilotkantonen St. Gallen, Bern, Graubünden, Jura und Zürich eine qualitativ hochstehende, interprofessionelle Sturzprävention für Personen mit erhöhtem Sturzrisiko breit in der Gesundheitsversorgung zu verankern.

In das Projekt sind nationale und kantonale Organisationen des Gesundheitsversorgungssystems, von Public Health und der Zivilgesellschaft involviert.

«StoppSturz» wird von 2019 bis 2022 von Trägern und Partnern sowie vom Fonds «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)» der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt.

Nähere Informationen, Tools und Fortbildungsmaterialien für Fachpersonen: [www.stoppsturz.ch](http://www.stoppsturz.ch)

## Inhaltsverzeichnis

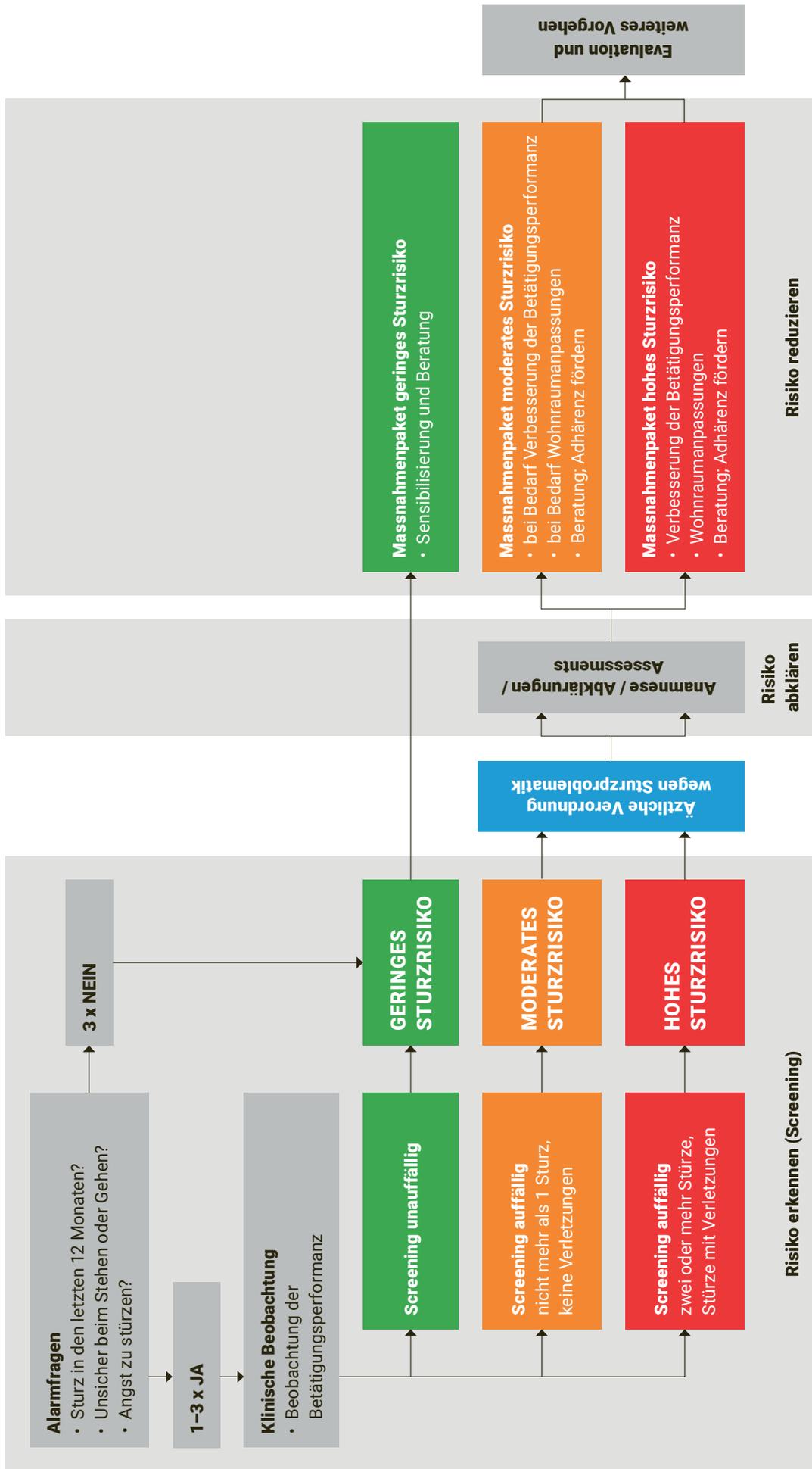
1. StoppSturz Vorgehen Ergotherapie	4
1.1 Übersicht zum StoppSturz Vorgehen Ergotherapie bei klinisch-anamnestischem Verdacht (Szenario A)	5
1.2 Übersicht zum StoppSturz Vorgehen Ergotherapie bei ärztlicher Verordnung wegen Sturzproblematik (Szenario B)	6
<hr/>	
2. Screening (nur im Szenario A)	7
2.1 Alarmfragen	7
2.2 Klinische Beobachtung der Betätigungsperformanz	7
2.3 Einschätzung des Sturzrisikos und Prozedere	8
<hr/>	
3. Anamnese und Abklärungen bei moderatem Sturzrisiko	9
<hr/>	
4. Anamnese und Abklärungen bei hohem Sturzrisiko	10
<hr/>	
5. Massnahmenpaket bei geringem Sturzrisiko	11
<hr/>	
6. Massnahmenpaket bei moderatem Sturzrisiko	12
<hr/>	
7. Massnahmenpaket bei hohem Sturzrisiko	13
<hr/>	
8. Evaluation und weiteres Vorgehen	14
<hr/>	
9. Anhang	15
9.1 FES-I-Fragebogen	15
9.2 Abklärungen zum Wohnraum und zur Wohnumgebung	15
9.3 Weitere Behandlungsansätze (nicht abschliessend)	15
9.4 Weiterführende Informationen der BFU und von sichergehen.ch	15
<hr/>	
10. Quellen und Literatur	16
<hr/>	

## 1. StoppSturz Vorgehen Ergotherapie

Es gibt zwei Szenarien zum StoppSturz Vorgehen Ergotherapie: Szenario A und Szenario B.

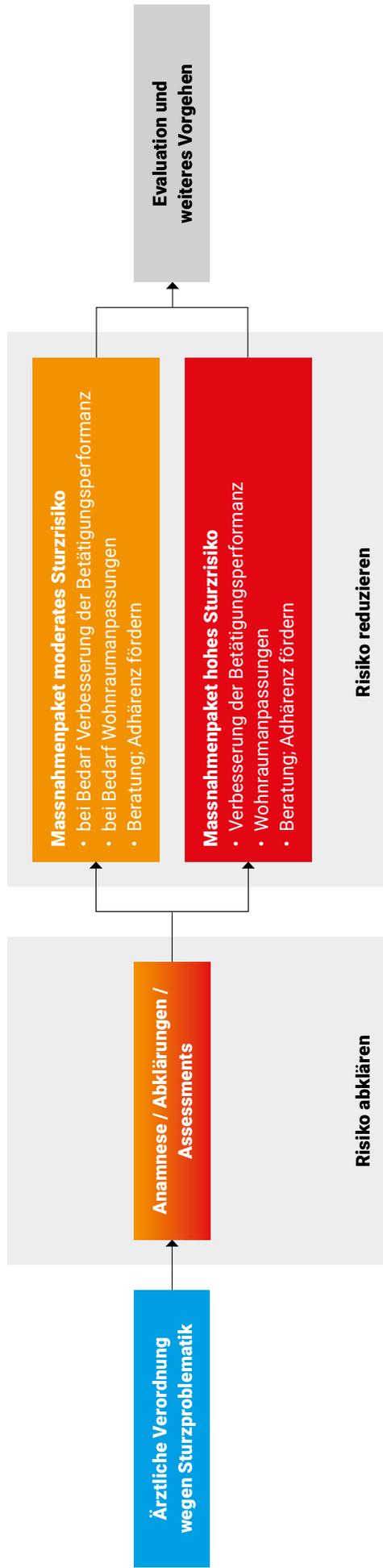
- **Szenario A** bildet das Vorgehen bei Patientinnen und Patienten ab, welche nicht aufgrund einer ärztlich diagnostizierten Sturzproblematik behandelt werden, aber bei denen ein klinisch-anamnestischer Verdacht auf eine Sturzproblematik auftaucht.
- **Szenario B** bildet das Vorgehen bei Patientinnen und Patienten ab, welche aufgrund einer ärztlichen Verordnung wegen der Sturzproblematik behandelt werden.

## 1.1 Übersicht zum StoppSturz Vorgehen Ergotherapie bei klinisch-anamnestischem Verdacht (Szenario A)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Das StoppSturz Vorgehen Ergotherapie leitet sich ab von: Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADY-Algorithm-print.pdf>

## 1.2 Übersicht zum StoppSturz Vorgehen Ergotherapie bei ärztlicher Verordnung wegen Sturzproblematik (Szenario B)<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Das StoppSturz Vorgehen Ergotherapie leitet sich ab von: Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADY-Algorithm-print.pdf>

## 2. Screening (nur im Szenario A)

Das Screening zum Sturzrisiko erfolgt mittels drei Alarmfragen und gezielter klinischer Beobachtung.

### 2.1 Alarmfragen

Folgende drei Alarmfragen (CDC 2017<sup>3</sup>) werden gestellt:

- **Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? Falls JA: Wie oft? Haben Sie sich verletzt?**
- **Fühlen Sie sich unsicher beim Stehen oder Gehen?**
- **Haben Sie Angst zu stürzen?**

**Falls 1–3 x JA bei den drei Alarmfragen,** erfolgt eine gezielte klinische Beobachtung.

#### Hinweise:

- StoppSturz empfiehlt, die drei Alarmfragen nicht nur bei klinischem Verdacht, sondern bereits bei der ergotherapeutischen Anamnese zu stellen (Aufnahme der Alarmfragen in den Erfassungsbogen), um über 65-Jährige mit erhöhtem Sturzrisiko besser zu erkennen.
- Die beiden Zusatzfragen zur ersten Alarmfrage (Anzahl Stürze, Verletzungen) sind entscheidend für die Unterscheidung zwischen einem moderaten und hohen Sturzrisiko.
- Die Alarmfragen können stellvertretend auch Angehörigen oder einer Bezugsperson der Patientin oder des Patienten gestellt werden.

### 2.2 Klinische Beobachtung der Betätigungsperformanz

Bei positiv beantworteten Alarmfragen (1–3 x JA) erfolgt – unter Einbezug der Ergebnisse aus standardisierten, bereits durchgeführten Assessments (z.B. Assessment of Motor and Process Skills AMPS) – eine gezielte klinische Beobachtung der Betätigungsperformanz:

- Wie verhält sich die Person in der Betätigung (Kognition und Motorik)?
- Benutzt die Person ein Hilfsmittel? Falls JA: wie benutzt die Person das Hilfsmittel?
- Wie reagiert die Person bei Ablenkung (Dual Tasking-Aufgaben)?

#### Hinweis:

Wenn 3x NEIN bei den Alarmfragen geantwortet wurde, jedoch Unsicherheiten beim Stehen oder Gehen oder eine unkorrekte Nutzung von Hilfsmitteln beobachtet werden (z.B. beim Betreten der Ergotherapie-Praxis), muss mit einem erhöhten Sturzrisiko gerechnet werden. Es erfolgt darum eine klinische Beobachtung der Betätigungsperformanz, gegebenenfalls mit (Re-)Evaluation eines standardisierten Assessments, wie z.B. das AMPS.

<sup>3</sup> CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.

## 2.3 Einschätzung des Sturzrisikos und Prozedere

- 3 x NEIN bei Alarmfragen.
  - > **Geringes Sturzrisiko.**
  - > Weiterbehandlung des eigentlichen Zuweisungsgrundes.
  - > Empfehlung: Massnahmenpaket zum geringen Sturzrisiko berücksichtigen (siehe Kapitel 6).
- 1–3 x JA bei Alarmfragen.
  - Begründeter Sturz im letzten Jahr (beim Sport o.ä.) ohne gravierende Folgen.
  - Unauffällige Betätigungsperformanz.
  - > **Geringes Sturzrisiko.**
  - > Weiterbehandlung des eigentlichen Zuweisungsgrundes.
  - > Keine weiteren Abklärungen/Assessments.
  - > Empfehlung: Massnahmenpaket zum geringen Sturzrisiko berücksichtigen (siehe Kapitel 6).
- 1–3 x JA bei Alarmfragen.
  - Auffällige Betätigungsperformanz.
  - Nicht mehr als 1 Sturz, keine Verletzungen.
  - > **Moderates Sturzrisiko.**
  - > Weiterbehandlung auch zum moderaten Sturzrisiko innerhalb der laufenden Kostengutsprache.
  - > Vertiefte Anamnese (siehe Kapitel 3).
  - > Weitere Abklärungen/Assessments bei moderatem Sturzrisiko (siehe Kapitel 4).
  - > Massnahmenpaket bei moderatem Sturzrisiko (siehe Kapitel 7).
  - > Evaluation und weiteres Vorgehen (siehe Kapitel 9).
- 1–3 x JA bei Alarmfragen.
  - Auffällige Betätigungsperformanz.
  - Zwei oder mehr Stürze, Stürze mit Verletzungen.
  - > **Hohes Sturzrisiko.**
  - > Weiterbehandlung auch zum hohen Sturzrisiko innerhalb der laufenden Kostengutsprache.
  - > Vertiefte Anamnese (siehe Kapitel 3).
  - > Weitere Abklärungen/Assessments bei hohem Sturzrisiko (siehe Kapitel 5).
  - > Massnahmenpaket bei hohem Sturzrisiko (siehe Kapitel 8).
  - > Evaluation und weiteres Vorgehen (siehe Kapitel 9).

### 3. Anamnese und Abklärungen bei moderatem Sturzrisiko

Bei einem moderaten Sturzrisiko folgt eine gezielte Anamnese zur Sturzproblematik.

Es werden folgende ergotherapeutische Abklärungen/Assessments durchgeführt:

- Auswirkungen der Betätigungsperformanz auf das Sturzrisiko evaluieren.
- ggf. Wohnraumabklärung. Siehe BFU-Fachbroschüre «Wohnraumabklärung zur Sturzprävention in Privathaushalten».
- ggf. Kurzform FES-I<sup>4</sup> = Einschätzung Sturzangst (FES-I Ergebnisse dienen als Hinweis für das Sturzrisiko). Kurzform<sup>5</sup> (= 7 Fragen) herunterladen (Link zu Version in Deutsch).

4 Hinweise zur Kurzform siehe: Wirz, M. (2017). Falls Efficacy Scale – Internationale Version (FES-I). Die Angst vorm Fallen messen. In: ergopraxis 2017; 10(02): 32-33. DOI: 10.1055/s-0042-123589.

5 FES-I translated to German by Dr Klaus Hauer from Yardley L, Todd C, et al. 2005; doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>; <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38572>

## 4. Anamnese und Abklärungen bei hohem Sturzrisiko

Bei einem hohen Sturzrisiko folgt eine ausführliche Anamnese zur Sturzproblematik.

Es werden folgende ergotherapeutische Abklärungen/Assessments durchgeführt:

- Auswirkungen der Betätigungsperformanz auf das Sturzrisiko evaluieren.
- Wohnraumabklärung vor Ort. Siehe BFU-Fachbroschüre «Wohnraumabklärung zur Sturzprävention in Privathaushalten».
- Langform FES-I = Einschätzung Sturzangst (FES-I Ergebnisse dienen als Hinweis für das Sturzrisiko). Langform<sup>6</sup> (= 16 Fragen) herunterladen (Link zu Version in Deutsch).

### Hinweise:

- **Szenario A:** Die Ergebnisse von Anamnese/Abklärungen/Assessments werden der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt weitergeleitet. Ist nach Abschluss der laufenden Kostengutsprache eine weiterführende Behandlung indiziert, wird durch die Ergotherapeutin oder den Ergotherapeuten eine entsprechende Verordnung beantragt.
- **Szenario B:** Bei einer ärztlichen Verordnung zur Behandlung einer Sturzproblematik (Verordnung für Ergotherapie zur Behandlung von Sturzfolgen und zur Senkung des Sturzrisikos bei einem ärztlich diagnostizierten, moderaten bzw. hohen Risiko) erfolgen durch die Ergotherapeutin oder den Ergotherapeuten kein Screening mit Alarmfragen und keine klinische Beobachtung, sondern direkt eine ausführliche Anamnese und vertiefende Abklärungen/Assessments.

<sup>6</sup> FES-I translated to German by Dr Klaus Hauer from Yardley L, Todd C, et al. 2005; doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>; <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38571>

## 5. Massnahmenpaket bei geringem Sturzrisiko

- Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten zur Sturzproblematik ist zentraler Bestandteil der Behandlung. Die Sensibilisierung ist Voraussetzung für Verhaltensänderungen und Nachhaltigkeit.
- Empfehlung zu lokalen, sturzpräventiven Bewegungsangeboten, welche Gleichgewicht, Kraft und Gangsicherheit fördern, z.B. von Pro Senectute, Rheumaliga, Turnverein, Trainingscenter: Fit-Gym, Tanzen, TaiChi etc. Kurs in der Nähe finden: z.B. unter [www.sichergehen.ch](http://www.sichergehen.ch) (inkl. Informationen zum Training zu Hause).
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Selbstständig bis ins hohe Alter – Wohnen, sich bewegen, mobil bleiben».
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Sicher stehen – sicher gehen. Kräftig und mobil mit dem Übungsprogramm 3 x 3».
- Bei Bedarf erfolgt zudem eine gezielte Abgabe von weiterführenden Informationen.

### **Hinweis:**

Die zu den drei Sturzrisiko-Einstufungen empfohlenen Massnahmen werden in Anlehnung an NICE (2019)<sup>7</sup> als Gesamt-Massnahmenpakete empfohlen.

<sup>7</sup> National Institute for Health and Care Excellence NICE (2019). Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013) NICE guideline CG161. Summary of evidence from surveillance.

## 6. Massnahmenpaket bei moderatem Sturzrisiko

### Bei Bedarf Verbesserung der Betätigungsperformanz

- Spezifische Massnahmen je nach Resultaten bei den Abklärungen/Assessments.

### Bei Bedarf Wohnraumanpassungen

- Sicheres Verhalten bei alltäglichen Tätigkeiten erarbeiten und trainieren.
- Stolperfallen entfernen, Ausrutschgefahren beseitigen, Beleuchtung optimieren, Sturzgefahren sichtbar machen, Festhaltemöglichkeiten anbringen (siehe BFU-Fachbroschüre «Wohnraumabklärung zur Sturzprävention in Privathaushalten»).

### Beratung

- Empfehlung zu lokalen, sturzpräventiven Bewegungsangeboten, welche Gleichgewicht, Kraft und Gangsicherheit fördern, z.B. von Pro Senectute, Rheumaliga, Turnverein, Trainingscenter: Fit-Gym, Tanzen, TaiChi etc. Kurs in der Nähe finden: z.B. unter [www.sichergehen.ch](http://www.sichergehen.ch) (inkl. Informationen zum Training zu Hause).
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Selbstständig bis ins hohe Alter – Wohnen, sich bewegen, mobil bleiben».
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Sicher stehen – sicher gehen. Kräftig und mobil mit dem Übungsprogramm 3 x 3».
- ggf. Umgang mit Sturzangst thematisieren und Einbezug von Fachperson prüfen.
- Bei Bedarf Physiotherapie und MTT (Medizinische Trainingstherapie) auf ärztliche Verordnung.
- Bei Bedarf erfolgt zudem eine gezielte Abgabe von weiterführenden Informationen.

### Adhärenz fördern

- Die Adhärenz<sup>8</sup> ist absolut entscheidend für den therapeutischen Erfolg. Patientinnen und Patienten sollen deshalb bei der Umsetzung der vereinbarten Massnahmen unterstützt und begleitet werden. Der Einbezug der (betreuenden) Angehörigen und Bezugspersonen kann die Adhärenz entscheidend fördern.

<sup>8</sup> Die WHO definiert die Adhärenz mit dem Ausmass, mit dem das Verhalten einer Person mit den gemeinsam mit einer Gesundheitsfachperson vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt, sei dies die Einnahme von Medikamenten, die Befolgung einer Diät und/oder die Änderungen des Lebensstils (Sabaté, 2003, S.3).

## 7. Massnahmenpaket bei hohem Sturzrisiko

### Verbesserung der Betätigungsperformanz

- Spezifische Massnahmen je nach Resultaten bei den Abklärungen/Assessments.

### Wohnraumanpassungen

- Sicheres Verhalten bei alltäglichen Tätigkeiten erarbeiten und trainieren.
- Stolperfallen entfernen, Ausrutschgefahren beseitigen, Beleuchtung optimieren, Sturzgefahren sichtbar machen, Festhaltungsmöglichkeiten anbringen (siehe BFU-Fachbroschüre «Wohnraumabklärung zur Sturzprävention in Privathaushalten»).

### Beratung

- Hilfsmittelberatung: Wie werden bestehende Hilfsmittel genutzt? Welche Hilfsmittel erhöhen die Sicherheit?
- Je nach Situation Notrufsysteme vermitteln (z.B. Rotkreuz-Notruf <https://notruf.redcross.ch>).
- Einbezug von Angehörigen und/oder Bezugspersonen prüfen (Instruktion, Information).
- Wenn Physiotherapie indiziert scheint: entsprechende Empfehlung an Ärztin oder Arzt; sonst Empfehlung zu lokalen, sturzpräventiven Bewegungsangeboten, welche Gleichgewicht, Kraft und Gangsicherheit fördern, z.B. von Pro Senectute, Rheumaliga, Turnverein, Trainingscenter: Fit-Gym, Tanzen, TaiChi etc. Kurs in der Nähe finden: z.B. unter [www.sichergehen.ch](http://www.sichergehen.ch) (inkl. Informationen zum Training zu Hause).
- ggf. Umgang mit Sturzangst thematisieren und Einbezug von Fachperson prüfen.
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Selbstständig bis ins hohe Alter – Wohnen, sich bewegen, mobil bleiben».
- Abgabe der BFU-Publikumsbroschüre «Sicher stehen – sicher gehen. Kräftig und mobil mit dem Übungsprogramm 3 x 3».
- Bei Bedarf Physiotherapie und MTT (Medizinische Trainingstherapie) auf ärztliche Verordnung.
- Bei Bedarf erfolgt zudem eine gezielte Abgabe von weiterführenden Informationen.

### Adhärenz fördern

- Die Adhärenz<sup>9</sup> ist entscheidend für den therapeutischen Erfolg. Patientinnen und Patienten sollen deshalb bei der Umsetzung der vereinbarten Massnahmen unterstützt und begleitet werden. Der Einbezug der (betreuenden) Angehörigen und Bezugspersonen (s.o.), kann die Adhärenz entscheidend fördern.

#### Hinweis:

Für eine gut koordinierte und wirksame Sturzprävention ist der interprofessionelle Austausch mit der Ärzteschaft, Spitex, Physiotherapie und mit anderen Fachpersonen, insbesondere bei Personen mit hohem Sturzrisiko, von zentraler Bedeutung.

<sup>9</sup> Die WHO definiert die Adhärenz mit dem Ausmass, mit dem das Verhalten einer Person mit den gemeinsam mit einer Gesundheitsfachperson vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt, sei dies die Einnahme von Medikamenten, die Befolgung einer Diät und/oder die Änderungen des Lebensstils (Sabaté, 2003, S.3).

## 8. Evaluation und weiteres Vorgehen

- Es gilt, die Zielerreichung zu überprüfen.
- Assessments können wiederholt, die Betätigungsperformanz vor Beginn und nach Abschluss der Massnahmen verglichen werden.
- Sollte sich nach Ablauf der Kostengutsprache zeigen, dass weitere Behandlungen zum moderaten oder hohen Sturzrisiko nötig sind, muss dazu eine zusätzliche/neue Verordnung eingeholt werden.
- Bei Bedarf die ergotherapeutischen Massnahmen anpassen.
- Wenn es indiziert ist, wird die Behandlung abgeschlossen.

## 9. Anhang

### 9.1 FES-I-Fragebogen

- Bei moderatem Sturzrisiko: Kurzform<sup>10</sup> (= 7 Fragen) herunterladen (Link zu Version in Deutsch).
- Bei hohem Sturzrisiko: Langform<sup>11</sup> (= 16 Fragen) herunterladen (Link zu Version in Deutsch).

### 9.2 Abklärungen zum Wohnraum und zur Wohnumgebung

- Aufgrund der Herangehensweise und dem Verständnis für Betätigung (Schnittmenge aus Person, Tätigkeit und Umwelt) sind Ergotherapeut\*innen für diese Abklärungen prädestiniert.
- Siehe BFU-Fachbroschüre «Wohnraumabklärung zur Sturzprävention in Privathaushalten».
- Virtuelle Wohnraumabklärungen können auch in Erwägung gezogen werden.

### 9.3 Weitere Behandlungsansätze (nicht abschliessend)

- Anpassung und Training von Strategien bei Alltagsbewegungen/-handlungen, Coaching beim Finden und Erlernen von neuen/alternativen Handlungsmustern.
- Hilfsmittel (inkl. Instruktion zur korrekten Verwendung).
- Körperwahrnehmung schulen.
- Alltagsstrukturierung (insbesondere bei kognitiven Defiziten).

### 9.4 Weiterführende Informationen der BFU und von sichergehen.ch

- Die BFU bietet eine Vielzahl an Informationen und Materialien im Bereich Sturzprävention: [www.bfu.ch/de/dossiers/stuerze](http://www.bfu.ch/de/dossiers/stuerze)
- «sichergehen.ch» ist eine Kampagne der BFU, von Pro Senectute Schweiz und von Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Ziel, das Sturzrisiko in der breiten, älteren Bevölkerung zu senken. Als Fachpartner sind die Rheumaliga Schweiz, physioswiss und der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS engagiert. Das Projekt verfolgt einen primär präventiven Ansatz. Auf der Webseite können u.a. Kursangebote, Trainingshinweise und Hintergrundinformationen gefunden werden: [www.sichergehen.ch](http://www.sichergehen.ch)

---

10 FES-I translated to German by Dr Klaus Hauer from Yardley L, Todd C, et al. 2005; doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>; <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38572>

11 FES-I translated to German by Dr Klaus Hauer from Yardley L, Todd C, et al. 2005; doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>; <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38571>

## 10. Quellen und Literatur

Im Folgenden sind die zitierten Quellen sowie eine Auswahl der für eine qualitativ hochstehende Sturzprävention und der für Fortbildungen wichtigen Literatur zum Thema Sturzprävention im Alter aufgeführt:

- Alexander B. H., Rivara F. P., & Wolf M. E. (1992). The costs and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health*, 82,1020–1023. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.82.7.1020>
- American Geriatrics Society AGS, British Geriatrics Society BGS (2010). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
- Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU (2020). Status 2020: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Bern: BFU.
- Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 284-291.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2019). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.
- Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2012). *Assessment of Motor and Process Skills: Development, standardization, and administration manual: Vol. I (7th Revised)*. Three Star Press.
- Fisher, A. G., & Jones, K. B. (2014). *Assessment of Motor and Process Skills: User Manual: Vol. II (8th ed.)*. Three Star Press.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2017). Sturzprävention bei Personen mit erhöhtem Sturzrisiko: Erkenntnisse aus der Pilotphase. Faktenblatt 24, Bern und Lausanne.
- Gillespie LD et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gschwind Y.J., Wolf I., Bridenbaugh S.A., Kressig R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13305>. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13305.
- Gschwind Y.J., Wolf I., Bridenbaugh S.A., Kressig R.W. (2011). Sturzprävention. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Best Practice-Studie zu «Via – Gesundheitsförderung im Alter». Universitätsspital Basel: Akutgeriatrie.
- Kempen G. I., Yardley L., van Haastregt J. C. et al. (2008). The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age and ageing* 2008; 37: 45–50.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE (2019). Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013). NICE guideline CG161. Summary of evidence from surveillance.
- Siebert, C., Smallfield, S., & Stark, S. (2017). Wohnraumanpassung. Hogrefe.
- Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102290010p1-7102290010p11
- Sterling D. A., O'Connor J. A., Bonadies J. (2001). Geriatric falls: Injury severity is high and disproportionate to mechanism. *Journal of Trauma*, 50, 116–119. <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-200101000-00021>
- Wirz, M. (2017). Falls Efficacy Scale – Internationale Version (FES-I). Die Angst vorm Fallen messen. In: *ergopraxis* 2017; 10(02): 32-33. DOI: 10.1055/s-0042-123589.
- World Health Organization WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action* / [edited by Eduardo Sabaté]. World Health Organization.
- World Health Organization WHO (2016). Zusammenfassung Weltbericht über Altern und Gesundheit. German Translation Section of the United Nations.
- ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2017). Evaluation «Via-Pilotprojekt Sturzprävention». Schlussbericht. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.