

## Multifaktorielles Assessment

Schwindel	2
Mobilität	2
Sehen	3
Kognition – Delir – Depression	4
Kognition	4
Delir	4
Depression	5
Urininkontinenz	5
Ernährung	6
Sturzangst	6
Medikation	7
Substanzmissbrauch	7
Alkohol	7
Medikamente mit hohem Suchtpotenzial	8
Extrinsische Faktoren	9
Quellen	10

## Schwindel

*Schwindel* in Sturzanamnese

### Fokusassessment

#### Symptomfokussierte Anamnese (1)

1. Wo und wann tritt der Schwindel auf? z.B. beim Aufstehen oder Hinsetzen.
2. Qualität/Charakter: Wie fühlt es sich an? z.B. Wie auf einem Schiff hin- und her schwankend oder Drehschwindel.
3. Quantität/Stärke/Intensität: Wie stark? z.B. auf einer Numerischen Rating Skala (NRS) von 0–10.
4. Zeitlicher Verlauf: Beginn, Dauer, Häufigkeit und Periodik des Schwindels.
5. Modifizierende Faktoren: auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren.
6. Begleitsymptome: z.B. Schmerzen, Nausea, Hörprobleme, Angst, Scheinbewegungen.
7. Erklärung der Klientin/des Klienten.

### Empfohlene Intervention

Weiterleitung der Informationen aus dem Fokusassessment an Hausärztin/Hausarzt zur weiteren Abklärung des Schwindels.

## Mobilität

Mobilität in Sturzanamnese:

- Probleme mit dem Gleichgewicht
- Probleme mit der Kraft
- Gangunsicherheit/Gangveränderung (z.B. aufgrund Schmerzen, Fussprobleme, neurologische Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, etc.)

### Fokusassessment

#### Timed up and go Test<sup>1</sup> (TUG)

Der Timed up and go Test (TUG) ist ein empfohlener Standardtest zur Einschätzung der Mobilität. Die Klientin/der Klient wird aufgefordert, von einem Stuhl aufzustehen und 3 Meter zu gehen, sich umzudrehen und zurück zu gehen, um wieder auf dem Stuhl Platz zu nehmen. Die hierfür benötigte Zeit wird gemessen. (2)

*Wichtiges zur Ausführung:*

- Der TUG darf mit Hilfsmitteln ausgeführt werden (z.B. Rollator, Stöcke).
- Klientinnen/Klienten dürfen die Hände benutzen, um aufzustehen.
- Normale Gehgeschwindigkeit während des Tests.
- Zeitmessung starten ab dem Signal «GO/Los».
- Zeitmessung stoppen, sobald Gesäss den Stuhl berührt.

*Interpretation:*

Der Grenzwert (Cut-off), um zwischen sturzgefährdeten Personen (erhöhtes Sturzrisiko) und nicht sturzgefährdeten Personen zu unterscheiden, liegt bei  $\geq 13.5$  Sekunden (2).

#### Merke:

Wenn Schmerzen in Ruhe oder in Bewegung während des Tests auftreten, sollen diese anhand der Numerischen Rating Skala (NRS) von 0 – 10 eingeschätzt werden. Bei Klientinnen/Klienten mit kognitiven Beeinträchtigungen soll die BESD-Skala<sup>2</sup> (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) verwendet werden.

<sup>1</sup> Link zum Video: [www.stoppsturz.ch/lernvideo-timed-up-and-go](http://www.stoppsturz.ch/lernvideo-timed-up-and-go)

<sup>2</sup> Verfügbar unter: [https://ag-d.ch/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf/BESD\\_beurteilung\\_sch](https://ag-d.ch/fileadmin/user_upload/downloads/pdf/BESD_beurteilung_sch)

## Empfohlene Interventionen

Ursächliche Faktoren der Mobilitätsstörung klären (z.B. Fussprobleme, Ödeme, Schmerzen) und bei Bedarf Therapie zusammen mit Hausärztin/Hausarzt anpassen.

*Zur Verbesserung von Gang und Balance:*

1. Domizil-Physiotherapie für Erstellung eines angepassten Heimprogrammes veranlassen. Unterstützung durch Spitex bei der regelmässigen Durchführung.
2. Bei mobilen Klientinnen/Klienten Physiotherapie mit nachfolgender MTT (medizinische Trainingstherapie) in Betracht ziehen.
3. Wenn keine Physiotherapie möglich ist: Passende Übungen mit der Klientin/dem Klienten auswählen und einüben, siehe z.B. [hier](#)<sup>3</sup>.
4. Unterstützung beim Finden eines geeigneten Gruppenangebotes in der Nähe (z.B. Pro Senectute, Rheumaliga, Kirchgemeinden). Nach Bedarf unterstützen bei Anmeldung und/oder Transport (Begleitung), siehe z.B. [hier](#)<sup>4</sup>.

*Bei Verwendung von Gehhilfe oder Bedarf nach Gehhilfe:*

- Überprüfung und Anpassung der Gehhilfe, siehe [hier](#)<sup>5</sup>.

## Sehen

- Sehen* in Sturzanamnese

### Fokusassessment

1. Sehvermögen mit Hilfsmittel (Brille) überprüfen:
  - **Nahsicht:** Eine Zeitung eignet sich gut zur Überprüfung der Nahsicht.
  - **Weitsicht:** z.B. Ziffernblatt einer Uhr im Zimmer zeigen und die Zeit erfragen.
  - **Kontrastsehen:** Sieht die Person ein helles Objekt auf weissem Hintergrund, z.B. Papiernastuch auf weissem Papier.
  - **Blendung:** Erfragen, ob z.B. helle Lichter wie direktes Sonnenlicht blenden.
2. Abklären, ob eine Untersuchung der Augen in den letzten 2 Jahren durchgeführt wurde.

### Empfohlene Interventionen

1. Bei Problemen mit dem Sehvermögen (Nahsicht, Weitsicht, Kontrastsehen, Blendung) und/oder wenn keine Augenuntersuchung in den letzten zwei Jahren durchgeführt wurde:
  - Empfehlung zur Untersuchung der Augen via Hausärztin/Hausarzt, Augenärztin/Augenarzt oder Augenoptikerin/Augenoptiker mit gegebenenfalls nachfolgender Brillenanpassung (ggf. Verzicht auf Gleitsichtbrille).
2. Extrinsische Risikofaktoren erkennen und angehen, z.B.:
  - Beleuchtung in der Wohnung.
  - Inkorrekte Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Brille wird nicht getragen, fehlende Brillenpflege etc.).
3. Bezug des lokalen [Sehbehindertenverbands](#)<sup>6</sup> für Beratung zu Hause.

<sup>3</sup> Verfügbar unter: [www.sichergehen.ch/zu-hause-trainieren](http://www.sichergehen.ch/zu-hause-trainieren)

<sup>4</sup> Verfügbar unter: [www.sichergehen.ch/kurse-finden](http://www.sichergehen.ch/kurse-finden)

<sup>5</sup> Verfügbar unter: [www.gerontologie.ch/de/file/254/download?token=3HJCSBZP](http://www.gerontologie.ch/de/file/254/download?token=3HJCSBZP)

<sup>6</sup> Verfügbar unter: [www.sbv-fsa.ch/sbv](http://www.sbv-fsa.ch/sbv)

### Kognition

- Kognition in Sturzanamnese, und/oder
- CAP Verlust kognitiver Fähigkeiten
- CAP Verhalten

#### Fokusassessment

interRAI Skala **Cognitive Performance Scale (CPS)** überprüfen.<sup>7</sup>

#### Empfohlene Interventionen

Bei einem CPS Wert  $\geq 2$  werden die Klientin/der Klient an die behandelnde Hausärztin/den behandelnden Hausarzt zur Abklärung auf eine kognitive Störung überwiesen, falls die Diagnose nicht bereits gestellt wurde.

#### Merke:

Besonders Klientinnen/Klienten mit einem CPS  $< 2$  mit besseren kognitiven Fähigkeiten haben mit entsprechender Begleitung und Unterstützung ein grosses Entwicklungspotenzial bei Verhaltensänderungen.

### Delir

- CAP Delir

#### Fokusassessment

Das **Assessment 4AT**<sup>8</sup> durchführen zur Erkennung eines Delirs (4).

#### Empfohlene Interventionen

1. Bei positivem **4AT Assessment**<sup>8</sup>: Ursache suchen, zusammen mit der Hausärztin/dem Hausarzt (5).
2. Folgende Interventionen werden bei einem Delir zur Unterstützung der Pflege empfohlen (5):
  - Behandlung von kognitiven und/oder Orientierungs-Störungen
  - Förderung des Tag-Nacht-Rhythmus
  - Behandlung von Dehydratation, akuter Mangelernährung und Obstipation
  - Behandlung von Infektionen
  - Behandlung der Immobilität oder eingeschränkten Mobilität
  - Behandlung von Seh- und Hörminderungen
  - Behandlung der vorhandenen Schmerzen

<sup>7</sup> Ein CPS-Wert von 2 und höher deutet auf eine zunehmend ausgeprägte Beeinträchtigung der Kognition hin. Bei Personen mit einem CPS-Wert von 6 wird das CAP nicht ausgelöst. (3)

<sup>8</sup> Verfügbar unter: [www.the4at.com/4at-translations](http://www.the4at.com/4at-translations)

## Depression

- Kognition* in Sturzanamnese, und/oder
- CAP Stimmungslage*
- CAP Verhalten*

### Fokusassessment

interRAI Skala **Depression Rating Scale (DRS)** überprüfen.<sup>9</sup>

### Empfohlene Interventionen

1. Bei DRS  $\geq$  3: Resultat mit Hausärztin/Hausarzt besprechen und geeignete Massnahmen einleiten.
2. Beizug einer Psychiatrie-Pflegefachperson wird empfohlen.

## Urininkontinenz

- Urininkontinenz* in Sturzanamnese, und/oder
- CAP Urininkontinenz*

### Fokusassessment

Den **International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – short form German (ICIQ-UI SF)**<sup>10</sup> durchführen.

Der ICIQ-UI SF ist ein Fragebogen, der die Miktionsfrequenz getrennt nach Tag und Nacht, das Urininkontinenzmass, die Urininkontinenzform und den Einfluss der Urininkontinenz auf die Lebensqualität erfasst. Der ICIQ-UI SF ermöglicht es bei Klientinnen/Klienten, die Multikausalität der Urininkontinenz systematisch zu erfassen und gemäss der auslösenden Ursachen entsprechende Pflegeinterventionen abzuleiten. (6)

#### *Interpretation*

Der Leidensdruck wird anhand einer Skala von 0 – 10 erfasst. Höhere Werte deuten auf eine ausgeprägtere Urininkontinenz hin.

### Empfohlene Interventionen

1. Wenn die Form<sup>11</sup> der Urininkontinenz nicht bekannt ist, wird via Hausärztin/Hausarzt eine Überweisung an die Gynäkologie (Frauen) oder Urologie (Männer) zur weiteren Abklärung empfohlen (7).
2. Beratung und Organisation von Hilfsmitteln und Einlagen (7).
3. Beizug von Fachkompetenz wie z.B. Kontinenz Fachstelle.

<sup>9</sup> Ein DRS-Wert von 3 und höher deutet auf das mögliche Vorhandensein einer Depression hin.

<sup>10</sup> Der ICIQ-UI SF ist in unterschiedlichen Sprachen (inkl. Deutsch) für Organisationen gegen eine Registrierung (Dauer 2–3 Tage) frei verfügbar unter: <https://iciq.net/register>.

<sup>11</sup> Formen der Urininkontinenz siehe interRAI CAP Buch S. 195 – 197, oder unter [www.inkontinex.ch/](http://www.inkontinex.ch/)

## Ernährung

- Ernährung in Sturzanamnese, und/oder
- CAP Mangelernährung

### Fokusassessment

#### **Mini Nutritional Assessment (MNA)<sup>12</sup> (8)**

Interpretation:

- 24 – 30 Punkte** Normaler Ernährungszustand
- 17 – 23,5 Punkte** Risiko für Mangelernährung
- < 17 Punkte** Mangelernährung

### Empfohlene Interventionen

- Bei einem Risiko für oder einer manifesten Mangelernährung: Einbezug Hausärztin/Hausarzt und/oder einer Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung).
- Ernährungsempfehlungen zur Mangelernährung (9):
  - Eine regelmässige Kontrolle des Körpergewichts ist für alle älteren Erwachsenen mindestens zweimal bis viermal jährlich empfohlen.
  - Die Portionsgrössen individuell anpassen. 5–6 kleine Mahlzeiten über den Tag verteilen.
  - Mahlzeiten (insbesondere das Frühstück) proteinreich gestalten.
  - Zu den proteinreichen Lebensmitteln gehören z.B. Eier, Fleisch, Fisch, Tofu, Käse, Quark, Joghurt und Milch. Auch Nüsse, Hülsenfrüchte und Getreideprodukte tragen zur Proteinzufuhr bei.
  - Gemüseportion zugunsten der Protein- und Stärkebeilagen reduzieren.
  - Nach und zwischen den Mahlzeiten trinken.

#### **Merke:**

Bei ungewollter Gewichtsabnahme sollte Kontakt mit der Hausärztin/dem Hausarzt aufgenommen werden, um die Ursachen der Gewichtsabnahme anzugehen (9).

## Sturzangst

- Sturzangst in Sturzanamnese

### Fokusassessment

#### **Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I)<sup>13</sup>**

Die Short FES-I ist ein einfaches Messinstrument, welches das Ausmass der Sturzangst zuverlässig misst. Der Fragebogen eignet sich für alle Personen, die eine Unsicherheit oder Bedenken bezüglich Stürzen äussern. Die Betroffenen selbst oder die erfassenden Personen können die Short FES-I ohne vorherige Schulung anwenden. (10)

Intepretation:

Die Ergebnisse dienen als Hinweis für das Ausmass der Sturzangst:

- 7 – 8 Punkte** Geringe Bedenken
- 9 – 13 Punkte** Moderate Bedenken
- 14 – 28 Punkte** Hohe Bedenken

<sup>12</sup> Verfügbar unter: [www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_german.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf)

<sup>13</sup> Verfügbar in unterschiedlichen Sprachen unter: <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>.  
Deutsche Fassung: <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38572>

## Empfohlene Interventionen

1. Ursachen erkennen und ursächliche Faktoren angehen (z.B. Aufstehen vom Boden trainieren).
2. Empfehlung für Physiotherapie zur Förderung der Mobilität via Verordnung durch Hausärztin/Hausarzt.
3. Empfehlung zum Beizug einer Psychiatrie-Pflegefachperson bei ausgeprägter Angst-Symptomatik und/oder für ein Desensibilisierungstraining.

## Medikation

*Medikation* in Sturzanamnese

### Fokusassessment

Abklärung von:

- 1. Polypharmazie (≥5 Medikamente):** Wie viele Medikamente nimmt die Person regelmässig ein?
- 2. Risikoarzneimittelgruppen:** Werden Antidepressiva, Antipsychotika, Neuroleptika, Sedativa, Hypnotika, Opiode, Antihypertensiva und/oder Diuretika regelmässig eingenommen? Zu welcher Tageszeit werden sie eingenommen? (Bei Hinweis auf problematischen Medikamentenkonsum siehe auch Kapitel «Substanzmissbrauch/Medikamente mit hohem Suchtpotenzial»).
- 3. Medikamentenänderung:** gab es Medikamentenänderungen in der letzten Zeit (1–2 Wochen)?
- 4. Gebrauch von Reservemedikation:** Wie häufig wurden welche Reservemedikamente in letzter Zeit (1–2 Wochen) eingenommen?
- 5. Beobachten von und Nachfragen nach Nebenwirkungen.**

### Empfohlene Interventionen (3, 11, 12)

1. Bei einer vorhandenen Polypharmazie und/oder weiteren Risikofaktoren wird der Einbezug der Hausärztin/des Hausarztes oder von Apothekerin/Apotheker zur Überprüfung und Optimierung der Medikation empfohlen.
2. Eine Medikationsüberprüfung sollte regelmässig mit Einbezug der Hausärztin/des Hausarztes durchgeführt werden (z.B. anlässlich eines Reassessments). Je nach Situation zusätzliche Überprüfung, z.B. bei Veränderungen der Funktionalität, nach Spitalaustritt oder auf Wunsch des Klienten/der Klientin.
3. Wann immer möglich die Klientin/den Klienten und deren Angehörige in den Medikamentenprozess miteinbeziehen.

## Substanzmissbrauch

### Alkohol

*Substanzmissbrauch: Alkohol* in Sturzanamnese

### Fokusassessment

#### **AUDIT-C Kurzfragebogen**<sup>14</sup>

Der AUDIT-C Kurzfragebogen (bestehend aus 3 Konsum-Items) eignet sich zur Erkennung eines problematischen Alkoholkonsums. (13)

*Interpretation:*

Eine Punktzahl ab **4 bei Frauen** resp. **5 bei Männern** weist auf einen problematischen Konsum hin.

<sup>14</sup> Verfügbar unter: [www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/alkohol/AuditC\\_d.pdf](http://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/alkohol/AuditC_d.pdf)

## Empfohlene Interventionen

1. Einbezug von spezialisierten Psychiatrie-Pflegefachpersonen.
2. Durchführung von Kurzinterventionen (7 Schritte) werden empfohlen (14) (15):
  1. Das Gespräch eröffnen (Beziehungsaufbau fördern, das Gespräch suchen und den Substanzmissbrauch zum geeigneten Zeitpunkt ansprechen).
  2. Die Diagnose stellen in Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt.
  3. Die Klientin/den Klienten informieren (Informationen abgeben was «normaler Alkoholkonsum» bedeutet). Die Bereitschaft zur Auseinandersetzung unterstützen und Änderungsentscheidung fördern.
  4. Die Motivation testen («Wie motiviert sind Sie von 0 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr) das Problem anzugehen?»).
  5. Die Klientin/den Klienten motivieren (Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, Unterstützung und Motivation bei der Umsetzung und Weiterführung der Massnahmen).
  6. Die Ziele festlegen (realistische Ziele festlegen).
  7. Beherrschen der Kurzinterventionen (Reflektion der durchgeführten Schritte, Feedback geben).

### Merke:

Die häufigsten Abhängigkeitserkrankungen im Alter sind Alkoholabhängigkeit bei Männern und Sedativa-Abhängigkeit bei Frauen (15).

## Medikamente mit hohem Suchtpotenzial

*Substanzmissbrauch: Medikamente in Sturzanamnese*

### Fokusassessment

Wahrnehmen und Dokumentieren von Anzeichen und Beobachtungen (16):

- **Äussere/körperliche Anzeichen:** z.B. Verwahrlosung, Mundgeruch, Gewichtsverlust, Stürze, Gleichgewichtsstörung, Entzugserscheinungen, Delir.
- **Verhaltensbezogene Anzeichen:** z.B. gedrückte oder depressive Stimmungslage, Ängstlichkeit, Interessenverlust, Halluzinationen, reduzierte Aufmerksamkeit, aggressiv, beleidigend.
- **Soziale Anzeichen, häusliches Umfeld:** z.B. keine Besuche mehr, Verwahrlosung, Medikamentendepots werden gehortet.
- **Sprache und Äusserungen:** z.B. lallend, verwässert, zusammenhangslos, über (Kopf-)Schmerzen klagend, Schlafstörungen, Ängste, Einsamkeit, Schulden.

### Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine

Bei einem Hinweis auf einen problematischen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, sowohl der Gruppe der Benzodiazepine als auch der Non-Benzodiazepine, wird ein Screening mit dem **Lippstädter Benzo-Check (LBC)**<sup>15</sup> empfohlen.

<sup>15</sup> Verfügbar unter: [www.lwl.org/klinik\\_warstein\\_bilder/global/flyer-shop/10079.pdf](http://www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/global/flyer-shop/10079.pdf)

## Empfohlene Interventionen

Handlungsplan erstellen (15) (16):

1. Wahrnehmen: Auffälligkeiten in der häuslichen Umgebung wahrnehmen und Hinweise sammeln.
2. Reflektieren: Beobachtungen in einer Teamsitzung oder mit Mitarbeitenden teilen und austauschen, ob ähnliche Beobachtungen gemacht wurden. Die Situation und das weitere Vorgehen gemeinsam im Team besprechen.
3. Ansprechen: Als zuständige dipl. Pflegefachperson die Auffälligkeiten gegenüber der Klientin/dem Klienten ansprechen. Sorge gegenüber der Klientin/dem Klienten aussprechen.
4. Motivieren: In mehreren Gesprächen die Klientin/den Klienten dazu motivieren, die Hausärztin/den Hausarzt aufzusuchen oder einem Hausbesuch zuzustimmen. Anbieten, Bezugspersonen miteinzubeziehen.
5. Begleiten: Wenn sich die Situation nicht verändert hat und die Problematik weiterhin besteht, in weiteren Gesprächen versuchen, die Klientin/den Klienten dazu zu motivieren, eine Suchtberatungsstelle zu kontaktieren oder andere Hilfsangebote anzunehmen.
6. Einbeziehen: Dabei unterstützen, den Kontakt zu einer Fachstelle herzustellen, wenn die Klientin/der Klient damit einverstanden ist. Weiterhin Gesprächsbereitschaft aufzeigen und Auswirkungen und Folgen aufzeigen, welche eintreten könnten, wenn sich das Verhalten nicht ändert. In Notfallsituationen wie Selbstgefährdung oder einem medizinischen Notfall, Massnahmen in Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt einleiten.

### Merke:

Zu den Medikamenten mit einem hohen Suchtpotenzial gehören Hypnotika, Sedativa und Tranquilizer, opioidhaltige Schmerzmittel (16).

## Extrinsische Faktoren

- Extrinsische Faktoren* in Sturzanamnese

### Fokusassessment

- **BFU Checkliste Wohnumgebung** mit den Klientinnen/Klienten vor Ort/zu Hause durchgehen; siehe BFU Broschüre Selbstständig bis ins hohe Alter<sup>16</sup>, Seiten 6–9.
- **Überprüfung von Gehhilfen** (bei Bedarf); siehe BFU Ratgeber «Gehhilfen»<sup>17</sup>.
- **Schuhe/Füsse kontrollieren.** (17)

### Empfohlene Interventionen

1. Siehe Empfehlungen BFU Broschüre Selbstständig bis ins hohe Alter<sup>16</sup>.
2. Allenfalls Einbezug einer Ergotherapie-Fachperson für Umgebungs- und Hilfsmittelanpassungen veranlassen.

<sup>16</sup> Verfügbar unter: <https://www.bfu.ch/de/suche?q=3.159>

<sup>17</sup> Verfügbar unter: <https://www.bfu.ch/de/suche?q=3.176>

## Quellen

1. Morgan Jr, W. L., Engel, G. L., & Luria, M. N. (1972). The general clerkship: a course designed to teach the clinical approach to the patient. *Academic Medicine*, 47(7), 556-63.
2. Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy*, 80(9), 896-903.
3. Morris, J., Berg, K., Björkgren, M., Finne-Soveri, U. H., Fries, B. E., Frijters, D., Gilgen, R., Gray, L., Hawes, C., Henrard, J-C., Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Steel, K., Szczerbińska, K., Belleville-Taylor, P., Rabinowitz, T. & Smith, T. F. (2019). interRAI Clinical Assessment Protocols (interRAI CAPs) zur Verwendung mit den Assessment- Instrumenten für die Langzeitpflege. Version 9.1.3. interRAI. 978-1-62255-160-6
4. Tiegies, Z., Maclullich, A. M., Anand, A., Brookes, C., Cassarino, M., O'Connor, M., Ryan, D., Saller, T., Arora, R. C., Chang, Y., Agarwal, K., Taffet, G., Quinn, T., Shenkin, S. D. & Galvin, R. (2021). Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 50(3), 733-743.
5. Savaskan, E., & Hasemann, W. (2017). Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe Verlag.
6. ICIQ. (2021). The International Consultation on Incontinence Questionnaire. <https://iciq.net>
7. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2014). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung). DNQP.
8. Nestlé. (2009). Mini Nutritional Assessment MNA. Nestlé. [https://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_german.pdf](https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf)
9. sge Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. (2021). Ernährung im Alter. sge. <https://www.sge-ssn.ch/ich-und-du/essen-und-trinken/von-jung-bis-alt/alter/>
10. The University of Manchester. (2005). FES-I Falls Efficacy Scale. The University of Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>
11. Patientensicherheit Schweiz. (2021). Sichere Medikation in Pflegeheimen. Patientensicherheit Schweiz. <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sichere-medikation-in-pflegeheimen/>
12. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung). DNQP.
13. Praxis Suchtmedizin. (2012). AUDIT-C Fragebogen. Praxis Suchtmedizin. [https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/alkohol/AuditC\\_d.pdf](https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/alkohol/AuditC_d.pdf)
14. Loeb, P., Stoll, B., & Weil, B. (2014). Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung (2. erweiterte Auflage). EMH Media.
15. Savaskan, E., Fuchs, A., Hemmeter, U., Ibach, B., Indermaur, E., Klöppel, S., Laimbacher, S., Leyhe, T., Lötscher, C., Popp, J., Stauch, T., Wiesbeck, G., Wocpfner, A. & Zullino, D. (2021). Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Praxis.
16. Kanton Zug. (2015). Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit. Kanton Zug. <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/suchtberatung/sucht-im-alter>
17. BFU Beratungsstelle für Unfallverhütung. (2020). Selbstständig bis ins hohe Alter – Wohnen, sich bewegen, mobil bleiben. BFU.