

## Screening - Fragebogen StoppSturz: Aufsuchende Sturzberatung

*(Original für beratene Person, Kopie für beratende Fachperson)*

Name und Vorname der Klientin / des Klienten

Adresse

Postleizahl / Wohnort

Telefon und Emailadresse

Geburtsdatum

Name der Hausärztin und Telefon

Erhebungsdatum

Name der beratenden Fachperson

Meine Erkenntnisse und was ich mir vornehme  
*(am Ende der Beratung gemeinsam ausfüllen)*

### Zwäg ins Alter

Pro Senectute Kanton Bern

Geschäftsstelle · Worblentalstrasse 32 · 3063 Ittigen · Telefon 031 359 03 03  
info@be.prosenectute.ch · www.be.prosenectute.ch

Spendenkonto  
IBAN CH98 0900 0000 3000 0890 6



## 1.0 Selbsteinschätzung der Sturzgefährdung

**1.1** Wie beurteilen Sie generell Ihr Risiko zu stürzen?

- tief                       mittel                       hoch

Woran liegt das?

---

---

**1.2** Wie beurteilen Sie Ihre Gangsicherheit?

- gut                       mittel                       könnte besser sein

**1.3** Wie gut ist Ihr Gleichgewicht?

- gut                       mittel                       könnte besser sein

**1.4** Wie würden Sie Ihre Kraft beurteilen?

- gut                       mittel                       könnte besser sein

**1.5** Was genau machen Sie, um die Sturzgefahr zu reduzieren?

---

---

---

---

## 2.0 Mobilität und Sturzereignisse

**2.1** Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?  ja  nein

**2.2** Fühlen Sie sich beim Stehen oder Gehen unsicher?  ja  nein

**2.3** Haben Sie Angst vor (weiteren) Stürzen?  ja  nein

**2.4** Falls Sie gestürzt sind in den letzten 12 Monaten, wie häufig und wie genau sind Sie gestürzt? Welche Folgen hatte das Sturzereignis für Sie?

---

---

---

---

**2.5** Sind Sie beim Gehen auf Hilfsmittel angewiesen?  ja  nein

**2.6** Hat sich Ihre Art zu gehen in den letzten Monaten verändert?  ja  nein

Wie beschreiben Sie die Veränderung?

---

---

---

---

**2.7 Timed Up and Go (TUG Test) und Modified Timed Up and Go Test**  
(Anleitung siehe Anhang)

**Auswertung TUG:**

Person hat \_\_\_\_\_ Sekunden gebraucht

Eine Gehhilfe wurde gebraucht

ja  nein

> 13.5 Sek = erhöhte Sturzgefahr

**Auswertung Modified TUG**

Person hat \_\_\_\_\_ Sekunden gebraucht

> 15 Sek (oder 10% höher als normaler TUG) = erhöhte Sturzgefahr

Beobachtungen der Fachperson: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.0 Ernährungszustand**

**3.1** Wie gross sind Sie (ohne Schuhe)? Grösse: \_\_\_\_\_ cm

**3.2** Wie schwer sind Sie (leichte Kleidung, ohne Schuhe)? Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**3.3 MNA (Minimal Nutritional Assessment) von Nestlé**

(siehe auch unter [https://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_german.pdf](https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf))

**Screening MNA**

A	Hat der Patient während den letzten 3 Monaten wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>
B	Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten 0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>
C	Mobilität 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	<input type="checkbox"/>
D	Akute Krankheiten oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate 0 = ja 2 = nein	<input type="checkbox"/>
E	Neuropsychologische Probleme 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	<input type="checkbox"/>
F	Body Mass Index BMI Körpergewicht in kg / (Körpergrösse in m) <sup>2</sup> 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>

Erreichte Punktezahl \_\_\_\_\_

Auswertung des Screenings (max. 14 Punkte):

12 – 14 Punkte

Normaler Ernährungszustand

08 – 11 Punkte

Risiko für Mangelernährung

00 – 07 Punkte

Mangelernährung

### Weitere sturzrelevante Bestandteile des MNA Assessment

J	Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag? 0 = 1 Mahlzeit 1 = 2 Mahlzeiten 2 = 3 Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>
K	Eiweisszufuhr: Isst der Patient • mindestens 1x pro Tag Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 0.0 = wenn 0- oder 1-mal ja 0.5 = wenn 2-mal ja 1.0 = wenn 3-mal ja	<input type="checkbox"/>
L	Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse? 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
M	Wie viel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Milch) 0.0 = weniger als 3 Gläser / Tassen 0.5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen 1.0 = mehr als 5 Gläser / Tassen	<input type="checkbox"/>

## 4.0 Sinne

**4.1** Sehen Sie noch gut?  ja  nein

Beobachtungen der Fachperson: \_\_\_\_\_

**4.2** Hören Sie noch gut?  ja  nein

Beobachtungen der Fachperson: \_\_\_\_\_

## 5.0 Kognition und Alltagskompetenzen

**5.1** Wie schätzen Sie Ihr Gedächtnis ein?

gut

leicht vergesslich

macht mir Sorgen

Was genau macht Sorgen?

\_\_\_\_\_

**5.2** Kommen Sie mit den Abläufen des Alltags wie Waschen und Kochen noch gut zurecht?

ja  nein

Beobachtungen der Fachperson: \_\_\_\_\_

## 6.0 Medizinische Vorgeschichte

Sind bei Ihnen folgende Diagnosen gestellt worden oder Beschwerden aufgetreten?

- 6.1** Erkrankungen von Herz oder Kreislauf (BD hoch / tief)  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.2** Kurz dauernde Bewusstlosigkeit  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.3** Schwindelanfälle  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.4** Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.5** Probleme mit den Füßen (Sensibilitätsstörungen)  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.6** Rheumatische Erkrankungen, Arthrose  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.7** Starke Sehbehinderung  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.8** Starke Hörbehinderung  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.9** Neurologische Erkrankungen (Parkinson, MS, Epilepsie)  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.10** Blasenschwäche  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.11** Darm-Probleme  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.12** In den letzten 3 Monaten erfolgte Operationen, Unfälle  ja  nein  
Beschreibung \_\_\_\_\_
- 6.13** Anmerkungen und andere Gesundheitsprobleme, die hier nicht erwähnt sind:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7.0 Schmerzmanagement

- 7.1** Haben Sie Schmerzen beim Gehen?  ja  nein
- 7.2** Kennen Sie Möglichkeiten, um Ihre Schmerzen zu lindern?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8.0 Medikamentenmanagement

- 8.1** Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  ja  nein  
 Wenn ja, welche und wie viele? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 8.2** Verordnet Ihnen mehr als eine Ärztin / ein Arzt Medikamente?  ja  nein
- 8.3** Besitzen Sie eine Medikamentenkarte (zusammen anschauen)?  ja  nein
- 8.4** Nehmen Sie Medikamente, die nicht vom Arzt verordnet sind?  ja  nein
- 8.5** Haben Sie Nebenwirkungen der Medikamente bemerkt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 9.0 Alkoholkonsum

### 9.1 AUDIT C (Alcohol use Disorders Identification Test – Consumption Items)

Ein alkoholisches Getränk (Standardgetränk) entspricht ca. 3 dl Bier (5 Vol.%), 1dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%) oder 4 cl Likör (30 Vol.%).

Punkte	0	1	2	3	4
Wie oft trinken Sie Alkohol?	Nie <input type="checkbox"/>	Etwa 1-mal pro Monat <input type="checkbox"/>	2-4-mal pro Monat <input type="checkbox"/>	2-3-mal pro Woche <input type="checkbox"/>	3mal oder häufiger pro Woche <input type="checkbox"/>
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann typischerweise?	1 oder 2 <input type="checkbox"/>	3 oder 4 <input type="checkbox"/>	5 oder 6 <input type="checkbox"/>	7 oder 8 <input type="checkbox"/>	10 oder mehr <input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	Nie <input type="checkbox"/>	Seltener als 1-mal pro Monat <input type="checkbox"/>	1-mal pro Monat <input type="checkbox"/>	1-mal pro Woche <input type="checkbox"/>	Täglich oder fast täglich <input type="checkbox"/>

Gesamtpunktwert \_\_\_\_\_

**Auswertung:** Gesamtpunktwert von 4 und mehr bei Männern und 3 bei Frauen ist der Test positiv im Sinn eines erhöhten Risikos für alkoholbezogene Störungen und spricht für die Notwendigkeit zu weiterem Handeln.

Beobachtungen der Fachperson: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 10.0 Wohnbesichtigung

### 10.1 Checkliste Wohnbereich

(aus der BFU Broschüre «Selbständig bis ins hohe Alter, Checkliste Wohnumgebung, Training und Tipps zur Mobilität» Seiten 7-9)

<p><b>Allgemein, den ganzen Wohnbereich betreffend</b></p> <p>Sind alle Wohnbereiche ausreichend hell beleuchtet? Gilt auch für Nebenräume, Treppen und für den Zugang zum Wohnbereich.</p> <p>Sind die Intervalle bei automatischer Lichteinschaltung (Bewegungsmelder) lang genug?</p> <p>Sind die Gehbereiche und Durchgänge frei von Hindernissen und sind Stolperfallen aus dem Weg geräumt?</p> <p>Ist Ihre Aufstiegshilfe (Haushaltleiter) solide, hat sie Gummifüsse und einen Griff, um sich festhalten zu können?</p> <p>Ist Ihr Telefon gut erreichbar und leicht zu bedienen?</p>	Ja	Nein
<p><b>Treppen</b></p> <p>Haben die Treppen durchgehend gut greifbare (griffsichere) Handläufe (gilt auch bei Treppenabsätzen mit wenigen Stufen)?</p> <p>Sind die Treppenvorderkanten gut sichtbar markiert?</p> <p>Sind die Treppen frei von Gegenständen?</p> <p>Sind die Tritte auch bei Nässe rutschfest?</p>	Ja	Nein
<p><b>Zugang zum Haus</b></p> <p>Werden die Zugangswege sofort von Schnee, Eis und Laub befreit?</p> <p>Sind die Zugangswege frei von Stolperfallen?</p> <p>Ist der Briefkasten einfach zu erreichen?</p>	Ja	Nein
<p><b>Küche</b></p> <p>Sind die Utensilien, die Sie oft brauchen, gut zugänglich und auf bequemer Höhe weggeräumt?</p> <p>Ist der Bodenbelag rutschfest?</p>	Ja	Nein
<p><b>Schlafzimmer</b></p> <p>Hat Ihr Bett die richtige Höhe, um bequem und gefahrlos ein- und aussteigen?</p> <p>Ist der Lichtschalter vom Bett aus gut bedienbar, sodass Sie nachts Licht machen können, wenn Sie aufstehen müssen?</p> <p>Ist das Telefon in Reichweite?</p>	Ja	Nein
<p><b>Teppiche</b></p> <p>Sind die Teppiche mit Gleitschutzmatten unterlegt?</p> <p>Sind hochstehende Ränder mit Teppichklebeband am Boden befestigt?</p>	Ja	Nein
<p><b>Balkon / Garten</b></p> <p>Ist der Übergang zum Balkon / Garten sturzsicher gestaltet und frei von Stolperfallen?</p>	Ja	Nein

Weitere Beobachtungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anhang

### Kapitel 2: Mobilität, Sturzereignisse

#### Zu 2.7:

Der «**Timed Up and Go**» Test (TUG) ist ein Testverfahren für ältere Personen, die selbstständig gehen können. Er dient der Beurteilung des Körpergleichgewichtes und der Gefahr eines Sturzes bei einer alltäglichen Bewegungsaufgabe.

#### Benötigte Hilfsmittel:

- 1 Stuhl (mit Lehne),
- 1 Stoppuhr,
- Messband,
- Material zum Markieren der 3 Meter (Klebeband, etc.)
- Platz von 4 Meter

#### Testanleitung:

1. Die Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne. Sie darf ggf. ein Hilfsmittel (z. B. Stock) benutzen. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt an der Rückenlehne des Stuhls.
2. Nach Aufforderung soll die Person aufstehen und mit normalem und sicherem Gang 3 Meter gehen (z. B. bis zu einer Linie, die dort auf dem Boden angezeichnet ist),
3. sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich wieder setzen.

Die dafür benötigte Zeit wird in Sekunden notiert. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die Person den Bewegungsablauf üben.

#### Auswertung TUG:

Cut – off - Wert zur Unterscheidung von sturzgefährdeten (erhöhtes Risiko) und nicht sturzgefährdeten Personen **> 13.5 Sekunden**

Der **Modified Timed Up and Go Test (Modified TUG)** gibt ergänzen zum normalen TUG Dual - Taks - Fähigkeiten während des Gehens wieder.

#### Testanleitung:

1. Schritte 1-3 wie beim normalen TUG
2. Zusätzlich muss die getestete Person während dem Gehen zum Beispiel von 100 in 3er Schritten rückwärtszählen.

#### Auswertung Modified TUG:

Cut – off – Wert **> 15 Sekunden** (oder mehr als 10% Unterschied zum normalen TUG) ohne kognitive Aufgabe oder vermehrte Rechenfehler deuten auf ein erhöhtes Sturzrisiko hin.

**Quelle:** Sturzprävention in der Physiotherapie. Grundlagen und Empfehlungen für die Praxis: D. Frehner, S. Knuchel-Schnyder, B. Zindel, M. Bruderer-Hofstetter, B. Pfenniger (S. 18)



## Kapitel 5: Kognition, Alltagskompetenzen

### Geldzähltest nach Nikolaus\*

**Erklärung durch Fachperson:** Der Geldzähltest nach Nikolaus erlaubt auf spielerische Art und Weise die Beurteilung einer alltäglichen Aufgabe

**Benötigte Hilfsmittel:** 1 Geldbörse mit einem Zehnfrankenstück, einem Zweifrankenstück, zwei Einfrankenstücke, einem Fünzigrappenstück und drei Zehnrappenstücke. Gesamtbetrag 14.80.

**Testanleitung:** Die Person wird aufgefordert die Geldbörse zu leeren, das Geld zusammenzuzählen und den Betrag zu nennen. Abgebrochen wird der Test nach drei Fehlversuchen oder wenn mehr als 5 Minuten dazu benötigt wird.

### Interpretation des Tests:

unter 45 Sekunden	=	Selbständigkeit
45-70 Sekunden	=	Risiko für Hilfsbedürftigkeit
über 70 Sekunden	=	erhebliche Hilfsbedürftigkeit

**Quelle:** \*Erstveröffentlichung - Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. Age Ageing 1995;24:257-258

## Kapitel 10: Wohnungsbesichtigung

Die Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU (<https://www.bfu.ch/de/ratgeber/wohnen-im-alter>) verweist auf die wichtigsten Ratschläge zur Verminderung der Sturzrisiken im Alter:

### Einfache Massnahmen zur Sturzprävention

- Stolperfallen wie herumliegende Kabel beiseite räumen.
- Den Boden sauber halten und verschüttete Flüssigkeiten sofort beseitigen.
- In Badewanne und Dusche Gleitschutzstreifen anbringen.
- Rutschfeste Schuhe tragen.
- Haus- und Wohnungseingang mit flacher, rutschfester Fussmatte ausstatten.
- Sichtbarkeit von Treppenstufen verbessern, zum Beispiel durch anbringen kontrastreicher Streifen.
- Auf Treppenstufen zusätzlich Gleitschutzstreifen anbringen

Mit der Hilfe von Profis können ältere Personen noch einen Schritt weitergehen:

- Wohnung mit rutschfesten Bodenbelägen ausstatten, vor allem in Bad und Küche.
- In Dusche und Badewanne Haltegriffe und Spezialsitze anbringen.
- Beschädigte Treppen sofort reparieren lassen.
- Treppen hell beleuchten – das Licht darf aber nicht blenden.
- Treppen mit beidseitigen Handläufen versehen.

Auf der obengenannten Website der BFU können Fachleute und ältere Personen das Dokument "Selbstständig bis ins hohe Alter Wohnen, sich bewegen, mobil bleiben" mit ausführlichen Informationen, einer Checkliste und Handlungsempfehlungen herunterladen oder bestellen.