



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

... phs public health services  
konzepte projekte beratung

# Aktiv gegen Sturzangst (AGES): Interventionsprogramm für Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen

Erfahrungsbericht zum Pilotprojekt (2021–2023)

*«Zusammen etwas machen und die gemeinsame Energie wahrnehmen.»*



## Impressum

- Trägerschaft:** Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie  
der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern  
PHS Public Health Services, Bern  
Graduate School for Health Sciences (GHS) der Universität Bern
- Autorenschaft:** Eric Lenouvel (UPD), Patrick Alpiger (PHS), Iliya Peyneshki (UPD)
- Kontakt:** Eric Lenouvel (UPD und GHS): [eric.lenouvel@upd.unibe.ch](mailto:eric.lenouvel@upd.unibe.ch)
- Layout:** kommapr.ch, Stefan Schaer
- Bildnachweise:** Titelseite: © Gesundheitsförderung Schweiz / Peter Tillessen  
Seiten 7, 10 und 20: Eric Lenouvel
- Veröffentlichung:** November 2023

Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung (Projekt ID 849) – weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.age-stiftung.ch](http://www.age-stiftung.ch). Der Bericht ist integraler Bestandteil der Förderung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkungen</b>	<b>4</b>
<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>2. Projektkonzipierung und Projektplanung (September 2021– Mai 2022)</b>	<b>8</b>
2.1 Hintergrund	8
2.2 Vorgehen	8
2.3 Zeitplan	9
2.4 Ziele	9
2.5 Multiplizierende	9
2.6 Zielgruppe	9
2.7 Organisation	11
2.8 Budget	12
<b>3. Projektdurchführung (Juni 2022 – Dezember 2022)</b>	<b>13</b>
3.1 Akquise von Umsetzungspartnern und Rekrutierung von Kursleitenden	13
3.2 Entwicklung des Interventionskonzepts	13
3.3 Entwicklung des Schulungskonzepts	14
3.4 Entwicklung und Bereitstellung von Schulungs- und Kursunterlagen für Kursleitende	14
3.5 Entwicklung und Bereitstellung von Kursunterlagen für Kursteilnehmende	15
3.6 Schulung von interessierten Kursleitenden	15
3.7 Kursdurchführung	15
<b>4. Projektauswertung (Januar 2023 – Juni 2023)</b>	<b>16</b>
4.1 Konzept zur quantitativen Evaluation	16
4.2 Ergebnisse und Wirkungsanalyse zur quantitativen Evaluation	16
4.3 Konzept zur qualitativen Evaluation	17
4.4 Ergebnisse und Analyse zur qualitativen Evaluation	18
4.5 Eigenbewertung in Bezug auf die Ziele des Pilotprojekts	19
<b>5. Ausblick</b>	<b>20</b>
<b>Anhang</b>	<b>21</b>
Anhang 1: Vergleich von «A Matter of Balance» mit «Aktiv gegen Sturzangst»	21
Anhang 2: Literatur (Auswahl)	24

# Vorbemerkungen

Der vorliegende Erfahrungsbericht basiert auf dem durch die Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern bei der Age-Stiftung gestellten Projektantrag «Aktiv gegen Sturzangst. Implementierung der A Matter of Balance Intervention in deutsch-schweizerischen Alters- und Pflegeheimen» vom 16. Februar 2021 sowie auf der Fördervereinbarung der Age-Stiftung vom 7. Juli 2021.

Der Projektantrag an die Age-Stiftung hatte vorgesehen, die in den USA entwickelte «A Matter of Balance»-Intervention auf die Schweiz zu adaptieren und modellhaft zu implementieren. Eric Lenouvel und Patrick Alpiger nahmen deshalb im Januar 2022 an einer Online-Schulung von «MaineHealth» (USA) zu «A Matter of Balance» teil.

«A Matter of Balance» wurde in der Folge für das Pilotprojekt «Aktiv gegen Sturzangst» adaptiert: wesentlicher Unterschied ist, dass es sich bei «A Matter of Balance» um ein Laien-Programm handelt, bei welchem ältere Menschen als Coaches die Gruppenangebote für ältere Personen auf der Community-Ebene umsetzen. Bei «Aktiv gegen Sturzangst» sind es hingegen Fachpersonen, welche die Kursgruppen in Alters- und Pflegeheimen leiten.

Für «Aktiv gegen Sturzangst» als Intervention, welche wie «A Matter of Balance» kognitive Verhaltenstherapie mit Bewegungsübungen kombiniert, wurden also eigene Formen und Inhalte entwickelt und getestet. Anhang 1 vergleicht «A Matter of Balance» mit «Aktiv gegen Sturzangst».

Ein herzliches Dankeschön geht an die Age-Stiftung für die Unterstützung des Pilotprojekts, an die Verantwortlichen, Fachpersonen und Bewohnenden der drei beteiligten Alters- und Pflegeheime sowie an alle weiteren in das Pilotprojekt involvierten Personen für deren wertvollen Beiträge.

# 1. Zusammenfassung

## Ausgangssituation

Sturzangst ist ein häufiges Problem, bei welchem vor allem ältere Menschen Angst davor haben zu stürzen. Die Angst kann dazu führen, dass man bestimmte Aktivitäten vermeidet, was wiederum das tägliche Leben und Wohlbefinden beeinträchtigen kann.

Sturzangst betrifft nicht nur ältere Menschen, die bereits gestürzt sind, sondern auch solche, die noch nie gestürzt sind. Sturzangst kann zur Folge haben, dass man tatsächlich ein höheres Sturzrisiko entwickelt, weil man sich weniger bewegt. Dieser Teufelskreis kann die Lebensqualität stark beeinträchtigen und das Sturzrisiko weiter erhöhen.

Besonders Menschen über 70 Jahre sind von Sturzangst betroffen, sowohl wenn sie bereits in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (86%) als auch, wenn sie noch nie gestürzt sind (44%). In der Schweiz wird diesem Problem bei Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

## Vorgehen

Die Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern führte in Zusammenarbeit mit PHS Public Health Services sowie mit Unterstützung der Age-Stiftung eine Untersuchung zur Umsetzbarkeit eines innovativen Programms «Aktiv gegen Sturzangst» (AGES) in Alters- und Pflegeheimen durch. Das Konzept lehnt sich an das Programm «A Matter of Balance» aus den USA an. Dieses Programm wurde an den schweizerischen Kontext angepasst.

«AGES» umfasst eine speziell auf die Bedürfnisse von Menschen in Alters- und Pflegeheimen zugeschnittene Intervention. Es zielt darauf ab, die Angst vor Stürzen zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern durch die Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) mit dem Training von Gleichgewicht und Kraft. Diese Form der kombinierten Intervention wurde seit den 90er Jahren in den USA angewendet und evaluiert, und sie wurde bereits für andere Länder und Sprachen adaptiert. Für den deutschsprachigen Raum gab es jedoch bisher noch keine Anpassung.

Für am Thema interessierte Kursleitende von Alters- und Pflegeheimen wurde zweimalig eine eintägige Schulung angeboten. Die Schulung vermittelte theoretisches Wissen über Sturzangst, deren Behandlung sowie Informationen zur Durchführung der AGES-Intervention. Die Teilnehmenden erhielten ein Handbuch, welches sowohl KVT-Übungen als auch Bewegungsübungen enthielt. Die Schulung verfolgte dabei einen «Train-the-Trainer»-Ansatz, indem Fachexperten der Klinik für Alterspsychiatrie der UPD und von PHS Public Health Services die Kursleitenden schulten, damit diese in den Alters- und Pflegeheimen die Intervention selbstständig durchführen konnten.

## Ziele

Das übergeordnete Ziel bestand darin, die Durchführbarkeit und Wirksamkeit der AGES-Intervention in Alters- und Pflegeheimen zu prüfen. Auf individueller Ebene sollte die Sturzangst der Kursteilnehmenden durch die Kombination von KVT mit Bewegungsübungen reduziert werden.

## Intervention

Das Pilotprojekt wurde zwischen September 2022 und Dezember 2022 in drei deutschsprachigen Alters- und Pflegeheimen mit jeweils einer Gruppe von Heimbewohnenden durchgeführt, nämlich im Domicil Bern Spitalackerpark, Alterswohnheim Büttenberg Biel und Senevita Résidence Beaulieu

Murten. Insgesamt nahmen 19 Kursteilnehmende im Alter von 73 bis 96 Jahren und 4 Kursleitende am Pilotprojekt teil.

Die Intervention bestand aus 8 wöchentlichen Sitzungen (Lektionen), die jeweils 60 Minuten dauerten. In diesen Sitzungen wurden KVT-Techniken mit Bewegungsübungen in einer strukturierten Abfolge kombiniert: jede Sitzung begann mit einer 5-minütigen Einstimmung, gefolgt von einer 15-minütigen KVT-Phase, dann einem 20-minütigen Bewegungsprogramm, erneut einer 15-minütigen KVT-Phase und schliesslich einer 5–10-minütigen Abschlussbesprechung.

Die Inhalte der Sitzungen umfassten also Psychoedukation, psychologische Lösungsansätze sowie Bewegungsübungen zur Förderung von Gleichgewicht und Kraft. Zwischen den Sitzungen sollten von den Kursteilnehmenden die erlernten Bewegungsübungen 2–3x unter der Woche selbstständig ausgeführt werden.

## Ergebnisse und Erkenntnisse

Die quantitative Evaluation erfolgte zu Beginn und am Ende der Intervention und umfasste die Befragung der Teilnehmenden anhand eines Fragebogens zur Sturzangst (FES-I), eines Fragebogens zum Wohlbefinden (WHO-5) sowie des Timed-Up-and-Go (TUG) als klinischer Test zur Beurteilung der Mobilität und des Sturzrisikos. Zudem wurde ein Mess-System zur Ganganalyse in Zusammenarbeit mit dem ARTORG-Zentrum der Universität Bern entwickelt und mit allen Teilnehmenden getestet, um eine mögliche Sturzangst auch auf diese Weise zu identifizieren.

Die qualitative Evaluation erfolgte nach Abschluss der Intervention und basierte auf thematischen Analysen von Interviews mit den Kursteilnehmenden, den Kursleitenden sowie den Verantwortlichen der Alters- und Pflegeheime.

**Die quantitativen Ergebnisse deuten auf eine tendenzielle Verringerung der Sturzangst hin.** Die AGES-Intervention kann die Sturzangst von Heimbewohnenden leicht reduzieren. Die Verbesserungen bei den beiden Tests FES-I und TUG waren vorhanden, aber nicht ausreichend aussagekräftig, um klare Schlussfolgerungen zu ziehen. Es gab keine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens. Grössere Studien sind erforderlich, um die Ergebnisse und ihre klinische Bedeutung zu bestätigen.

**Die KVT-Elemente bedürfen aus Sicht der Kursleitenden einer Überarbeitung.** Bei der qualitativen Evaluation wurden Feedback und Optimierungsvorschläge in Bezug auf die KVT-Elemente eingeholt. Die Kursleitenden (ohne psychotherapeutischen Hintergrund) führten aus, dass sie ausreichend zur KVT geschult worden seien. Das Übungshandbuch zur KVT bedürfe jedoch einer Überarbeitung, um für Gruppenangebote besser einsetzbar zu sein.

**Die Bewegungsübungen und die Gruppenstruktur wurden von den Kursteilnehmenden geschätzt.** Die Kursteilnehmenden schätzten das gemeinsame Training von Gleichgewicht und Kraft. Die Teilnehmenden waren motiviert, zwischen den Sitzungen und nach Abschluss des Kurses die Bewegungsübungen fortzusetzen. Auch die Gruppenstruktur wurde von den Teilnehmenden geschätzt («Zusammen etwas machen und die gemeinsame Energie wahrnehmen.»).

**Die Verantwortlichen der Alters- und Pflegeheime sehen die Intervention als machbar an.** Die Verantwortlichen der Alters- und Pflegeheime beurteilten im Rahmen der qualitativen Evaluation, dass die Gruppen-Intervention «AGES» unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen und Infrastruktur in einem breiteren Rahmen umgesetzt werden kann.

## Perspektiven

Angesichts der Ergebnisse und Erkenntnisse der Pilotstudie könnte «AGES» in Zukunft in einer randomisierten, kontrollierten Studie weiter untersucht werden.

«AGES» könnte in Programme und Kurse von zivilgesellschaftlichen Organisationen (z.B. von Pro Senectute) integriert werden oder im Rahmen von digitalen Angeboten umgesetzt werden. «AGES» hat auf jeden Fall das Potenzial, nicht nur Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen von Nutzen zu sein. In diesem Zusammenhang wären Pilottests im ambulanten Bereich von Interesse.



## 2. Projektkonzipierung und Projektplanung (September 2021–Mai 2022)

### 2.1 Hintergrund

Sturzangst hat im Alter einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität. Es ist bemerkenswert, dass fast die Hälfte der Menschen über 70 Jahren, selbst wenn sie noch nie gestürzt sind, von Sturzangst betroffen ist. Wenn sie jedoch im letzten Jahr mindestens einmal gestürzt sind, leiden sogar mehr als 85% unter Sturzangst. Die Sturzangst führt dazu, dass körperliche Aktivitäten vermieden werden. Dadurch nimmt die ohnehin schon verringerte Muskelkraft und die Sicherheit beim Gehen weiter ab. Dies wiederum erhöht das Risiko für weitere Stürze, und so entsteht ein Teufelskreis, der das Sturzrisiko kontinuierlich ansteigen lässt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte 2007 fest, dass Sturzangst eine der vielen Ursachen ist, warum ältere Menschen häufiger stürzen. Diese Angst geht oft einher mit einem Verlust der Selbstständigkeit, einer Zunahme von Abhängigkeit, Bewegungseinschränkungen, Depression und anderen Beeinträchtigungen. Interessanterweise kann die Sturzangst selbst dazu führen, dass das Risiko eines Sturzes steigt. Das geschieht, weil die Betroffenen Aktivitäten vermeiden, die notwendig sind, um das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen, die körperliche Kraft und das Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.

Untersuchungen von Friedman, Munoz, West, Rubin und Fried aus dem Jahr 2002 bestätigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Stürzen und Sturzangst gibt. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine Person bereits gestürzt ist und danach Sturzangst entwickelt hat oder ob die Sturzangst schon vor dem Sturz existierte. Wenn jemand Sturzangst empfindet, steigt das Risiko, erneut zu stürzen (WHO, 2007).

### 2.2 Vorgehen

Im Rahmen des Projekts wird das «Aktiv gegen Sturzangst» (AGES)-Programm in bestehenden oder möglicherweise neuen Gruppenangeboten in den Bereichen Aktivierung, Animation und Therapie von Alters- und Pflegeheimen (APH) in den Kantonen Bern und Fribourg umgesetzt.

Die Sturzangst kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, darunter kognitive, körperliche und psychosoziale Aspekte. Das AGES-Programm ist eine Gruppenintervention, die kognitive Verhaltenstherapie zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten sowie Bewegungstherapie zur Verbesserung von Gleichgewicht und Kraft kombiniert, um die Angst vor Stürzen zu reduzieren und Stürze zu verhindern.

Ein Expertenteam der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und der Public Health Services (PHS) schult Fachpersonen, damit sie die Gruppeninterventionen eigenständig durchführen können.

Die Interventionen in den wöchentlich ein- bis zweimal stattfindenden Gruppenangeboten sollen einem standardisierten Vorgehensschema folgen, damit auch Fachpersonen ohne therapeutischen oder pflegerischen Hintergrund die Interventionen leicht umsetzen können. Einige Leistungen können möglicherweise über die Krankenversicherungen abgerechnet werden, beispielsweise Gruppenangebote von Physiotherapeut:innen.

Die Umsetzung des Programms wird in Bezug auf Machbarkeit, Akzeptanz und Optimierungspotenzial beurteilt, wozu die Involvierten befragt werden. Zur Überprüfung der Wirksamkeit ist geplant, vor und nach der Intervention einen Fragebogen zur Sturzangst zu verwenden und einen einfachen körperlichen Funktionstest durchzuführen. Zusätzliche Erkenntnisse werden nach dem Prinzip der teilnehmenden Beobachtung gewonnen.



Am Ende des Projekts sollen die Umsetzungspartner, die am Projekt beteiligt sind, über ein eigenes Programm verfügen, das bei nachgewiesener Wirksamkeit und entsprechender Nachfrage aufrechterhalten und erweitert werden kann. Ab 2023 ist geplant, das AGES-Programm in weiteren stationären Einrichtungen, insbesondere auch in anderen Kantonen, zu multiplizieren.

## 2.3 Zeitplan

Das Projekt startet am 01.09.2021 und dauert 18 Monate (1.5 Jahre) bis am 28.02.2023.

## 2.4 Ziele

Am Ende der Pilotphase im Frühjahr 2023 wurde folgenden Meilensteine für das AGES-Programm erreicht:

- Das AGES-Programm wurde hinsichtlich seiner Machbarkeit und Wirkung in Alters- und Pflegeheimen getestet.
- Das AGES-Programm wurde von den Umsetzungspartnern als eigenständiges Programm verankert.
- Die wesentlichen Elemente des AGES-Programms wurden im «AGES-Manual» zur Programmmultiplikation zusammengefasst.

Am Ende des AGES-Programms wurden auf individueller Ebene folgende Ziele erreicht:

- Die Sturzangst der Teilnehmenden wurde durch die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und dem Training von Gleichgewicht und Kraft reduziert.
- Die Gangsicherheit, das Gleichgewicht und die körperliche Kraft der Teilnehmenden wurden verbessert.

## 2.5 Multiplizierende

Das Projekt richtet sich an Kursleitende von Alters- und Pflegeheimen, welche Gruppenangebote für Bewohner:innen oder Mieter:innen umsetzen und somit als Multiplizierende wirken. Sie sind interessiert, das AGES-Programm in bestehende oder neue Angebote zu integrieren.

Zu den Multiplizierenden gehören verschiedene Fachprofessionen, sowohl interne als auch externe Mitarbeitende von Alters- und Pflegeheimen.

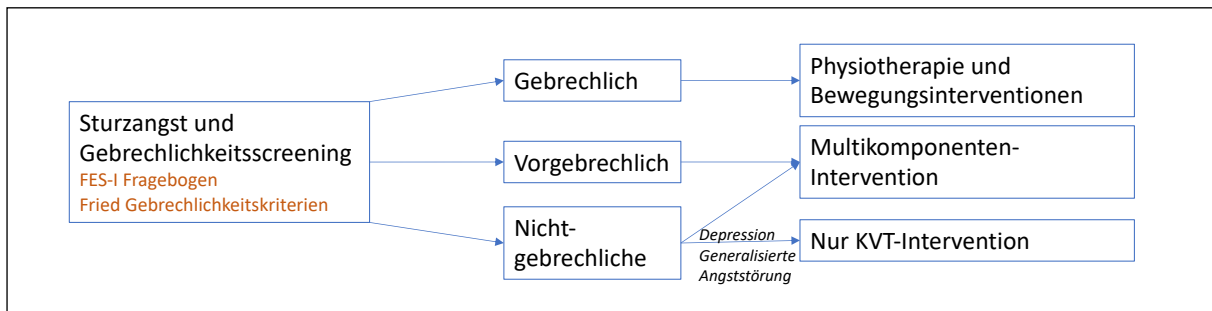
## 2.6 Zielgruppe

Die Zielgruppe umfasst Bewohner:innen oder Mieter:innen in Alters- und Pflegeheimen sowie Menschen, die zu Hause leben und ambulante Angebote von Alters- und Pflegeheimen in Anspruch nehmen.

Das Programm richtet sich an Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter, die unter Sturzangst leiden, sich aufgrund dieser Angst bei ihren Aktivitäten eingeschränkt fühlen und Interesse an der Verbesserung ihrer Beweglichkeit, ihres Gleichgewichts und ihrer Kraft haben. Es ist jedoch auch für Personen ohne Sturzangst geeignet und dient somit auch der Vorbeugung von Sturzangst.

Fried et al. kategorisieren ältere Erwachsene in nicht-gebrechliche, vorgebrechliche und gebrechliche Phänotypen, basierend auf der Anzahl der erfüllten Kriterien. Bei der Zielgruppe von «AGES» liegt der Fokus auf nicht-gebrechlichen Personen und vorgebrechlichen Personen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Gebrechlichkeit aufweisen, beispielsweise Menschen, die einen Rollator benutzen. Diese Personen sollten über intakte kognitive Fähigkeiten verfügen oder höchstens leichte kognitive Einschränkungen aufweisen, wie leichtgradige Demenz. Personen im Rollstuhl sind hingegen nicht Teil der Zielgruppe, da die Intervention für sie zu stark angepasst werden müsste; siehe Abb. 1.

Falls mehr Menschen der Zielgruppe Interesse an einer Teilnahme haben, als aufgenommen werden können, wird die Auswahl anhand der «Falls Efficacy Scale-International (FES-I)» getroffen. Diese Skala quantifiziert das Ausmass der Sturzangst und ermöglicht es, die am stärksten betroffenen Personen zu priorisieren (Yardley et al., 2005).



**Abb. 1: Behandlungsalgorithmus von Sturzangst (Lenouvel et al., 2021<sup>1</sup>; übersetzt; GAS = Geriatric Anxiety Scale)**



1 Lenouvel, E; Novak, L; Biedermann, A; Kressig, RW; Klöppel, S (2021): Treatment options for fear of falling within the Swiss healthcare system. Universitäre Psychiatrische Dienste Universität Bern. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie

## 2.7 Organisation

### Trägerorganisationen

- Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD AG Bern (Lead)
- PHS Public Health Services, Bern
- Graduate School for Health Sciences (GHS) der Universität Bern

### Umsetzungspartner (Alters- und Pflegeheime)

- Alterswohnheim Büttenberg Biel
- Domicil Bern AG
- Senevita Résidence Beaulieu Murten

### Projektsteuerung

Stefan Klöppel (UPD)	Strategische Projektleitung (Lead)
Andy Biedermann (PHS)	Strategische Projektleitung

### Projektleitung

Eric Lenouvel (UPD, Oberarzt)	Wissenschaftliche Projektleitung
	Dr. med., Praktischer Arzt FMH, spez. Psychiatrie und Psychotherapie FMH, BSc. (Hons), MME, M.D., PhD candidate (2024) an der Graduate School for Health Sciences (GHS) der Universität Bern
Patrick Alpiger (PHS, Projektleiter)	Operative Projektleitung
	Eidg. Dipl. Turn- und Sportlehrer MAS FHWN in Gesundheitsförderung und Prävention

### Projektteam

Irene Häni	Verantwortliche Qualitätsmanagement, Domicil Bern AG
J.A. Dias dos Santos	Geschäftsführer, Senevita Résidence Beaulieu Murten
Linard Vital	Geschäftsleiter, Alterswohnheim Büttenberg Biel
Iliya Peyneshki	Wissenschaftlicher Mitarbeiter UPD Bern, Klinik für Alterspsychiatrie

### Advisory Board (Projektbeirat)

Reto W. Kressig	Prof. Dr. med., ärztlicher Direktor Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
Heidi Schmocker	Mitglied der Geschäftsleitung Pro Senectute Kanton Bern

### Sounding Board (zum Bereich Bewegung)

Sara Tomovic; Daniela Frehner; Romy Wälle	Fachgruppe Physiotherapie von GERONTOLOGIE CH
-------------------------------------------	-----------------------------------------------

## 2.8 Budget

### Aufwand in CHF

<b>Projektsteuerung</b>		
	Steuergruppe: (2 Personen, 0.5d/Monat, 18 Monate = 18d à 1'200.-)	21'600
	Expert*innen-Beirat (3 weitere Personen, je 3 Halbtage = 4.5d à 1'200.-)	5'400
<b>Projektteam</b>		
	Wissenschaftliche Leitung (20% über 18 Monate, 9'000/Monat, 40% Overheads)	45'360
	Operative Leitung (30% über 18 Monate, 8'000/Monat, 40% Overheads)	60'480
	Administration (inkl. Buchhaltung; pauschal)	7'500
<b>Gebühr Master Trainer Kurs (2x)</b>		4'000
<b>Übersetzung</b>		3'000
<b>Schulung</b>		
	Expertise KVT	2'000
	Expertise Physio	2'000
	Expertise Erwachsenenbildung	2'000
<b>Kursleitende</b>		
	Schulung (5Kursleiter*innen x 8h = 40h à CHF 120/h)	4'800
	Kurs Durchführung (10Kurse à 8Wochen à 2Sessions à 2h (inkl. Vor-/Nachbereitung) à 120.-)	38'400
<b>Spesen</b>		4'000
<b>Reserve</b>		10'000
<b>Mehrwertsteuer</b>		11'679
<b>Total Aufwand</b>		<b>222'219</b>

### Ertrag in CHF

<b>Eigenleistungen UPD Projektsteuerung</b>	10'800
<b>Eigenleistungen Expert*innen Beirat</b>	2'700
<b>Eigenleistungen UPD Wissenschaftliche Leitung</b>	45'360
<b>Eigenleistungen APH/Domicil für Schulung Kursleiter*innen und Kurs-Durchführung</b>	43'200
<b>Beitrag Age-Stiftung</b>	120'000
<b>Total Ertrag</b>	<b>222'060</b>

## 3. Projektdurchführung (Juni 2022–Dezember 2022)

### 3.1 Akquise von Umsetzungspartnern und Rekrutierung von Kursleitenden

Die Akquise der Umsetzungspartner erfolgte durch Kontaktaufnahme bei Institutionen, mit welchen die Trägerorganisationen bereits zusammengearbeitet hatten. Ein Alters- und Pflegeheim musste sich aufgrund von Terminkollisionen aus dem Pilotprojekt zurückziehen.

Nachdem die Institutionen ihre Bereitschaft zur Teilnahme bei «AGES» erklärt hatten, wurden von den Alters- und Pflegeheim-Verantwortlichen die Kursleitenden rekrutiert. Die Auswahl erfolgte in Abhängigkeit von deren zeitlichen Verfügbarkeit und Interesse an der Leitung einer «AGES»-Gruppenintervention.

### 3.2 Entwicklung des Interventionskonzepts

Die folgende Tabelle beschreibt die konzeptionellen Überlegungen zur AGES-Intervention.

Kursdauer	2 Monate (8 Wochen)
Anzahl Lektionen	8 Gruppenlektionen (Module) mit 1 Lektion pro Woche à 60 Minuten
Kurskosten	von Alters- und Pflegeheim (APH) getragen
Kursziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion und Prävention von Sturzangst bei den Kursteilnehmenden durch a) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Einstellungs- und Verhaltensänderung bezüglich Sturzangst, in Kombination mit b) dem Training von Gleichgewicht und Kraft in Form von physischen Übungen zur Sturzprävention.</li> </ul>
Zielgruppe (Kursteilnehmende)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohnerinnen/Bewohner bzw. Mieterinnen/Mieter (betreutes Wohnen) in APH oder zu Hause lebende Menschen, welche ambulante APH-Angebote nutzen</li> <li>• ältere, eher inaktive Menschen mit und ohne Sturzangst</li> <li>• Menschen mit und ohne Sturzerfahrungen</li> <li>• nicht gebrechliche und Personen mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung einer Gebrechlichkeit («vorgebrechliche»; z.B. einen Rollator benutzend)</li> <li>• intakte Kognition oder höchstens leichte kognitiver Einschränkung (mit leichter Demenz)</li> <li>• Personen im Rollstuhl werden nicht eingeschlossen, da hierfür die Intervention zu stark adaptiert werden müsste.</li> <li>• Keine Altersvorgaben.</li> </ul>
Gruppengrösse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5–15 Personen</li> </ul>
Ablauf einer Einzellektion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total 50–60 Minuten <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5' Einstimmung</li> <li>– 15' KVT (Teil A)</li> <li>– 20' Bewegungsprogramm</li> <li>– 15' KVT (Teil B)</li> <li>– 5–10' Ausklang</li> </ul> </li> </ul>

Didaktik und Methodik zur KVT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen vermitteln</li> <li>• Selbstmanagement-Kompetenzen stärken</li> <li>• geleitete Gruppengespräche</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Alltagsbezug schaffen</li> <li>• Fallbeispiele diskutieren</li> <li>• Rollenspiele (Alltagsbeispiele)</li> <li>• Fragerunden</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Eigenes Lernen und die Gefühle schriftlich dokumentieren</li> </ul>
Inhalte zur KVT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modul 1: zwei Fragebogen</li> <li>• Modul 2: Gefühle erkunden</li> <li>• Modul 3: Automatische Gedanken – die Dinge, die wir uns einreden</li> <li>• Modul 4: Erforschung des Sicherheitsverhaltens</li> <li>• Modul 5: Untersuchung von Annahmen in Bezug auf das Stürzen</li> <li>• Modul 6: Untersuchung von Annahmen in Bezug auf das Stürzen – alternative Annahmen</li> <li>• Modul 7: Überprüfen der Ziele</li> <li>• Modul 8: Seine eigene Therapeutin/sein eigener Therapeut sein</li> </ul>
Übungsauswahl zum Bewegungsprogramm	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic-Übungen (allein)</li> <li>• Aufbauende Übungen à la <a href="http://sichergehen.ch">sichergehen.ch</a> (im Sitzen, Stehen und Gehen)</li> <li>• 8 Übungen pro Lektion</li> <li>• Details siehe Manual Bewegung</li> </ul>
Infrastruktur und Kursmaterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursraum/Saal</li> <li>• Gymnastikraum</li> <li>• Stühle</li> <li>• Manual KVT für Kursleitende</li> <li>• Manual Bewegung für Kursleitende</li> <li>• Übungshandbuch KVT für Kursteilnehmende</li> <li>• Übungshandbuch Bewegung für Kursteilnehmende</li> </ul>

### 3.3 Entwicklung des Schulungskonzepts

Das «Schulungskonzept für Alters- und Pflegeheime» enthält Informationen zur Vorbereitung, Planung, Durchführung und Nachbereitung der Schulung von Kursleitenden in Alters- und Pflegeheimen.

Das Schulungskonzept steht auf Anfrage zur Verfügung.

### 3.4 Entwicklung und Bereitstellung von Schulungs- und Kursunterlagen für Kursleitende

Folgende Schulungs- und Kursunterlagen wurden für Kursleitende entwickelt und bereitgestellt und stehen auf Anfrage zur Verfügung:

- AGES Entwurf Flyer Kursauschreibung (Word)
- AGES Gesamtpäsentation zur Schulung (PDF)
- AGES Manual KVT (PDF)
- AGES Manual Bewegung (PDF)

- AGES Übungssammlung und individuelles Trainingsprogramm Bewegung (PPP)
- Fragebogen FES-I Sturzangst (DE und FR)
- Fragebogen WHO-5 Wohlbefinden (DE und FR)
- AGES Fragebogen zur Schulung (Word)
- AGES Schulungsbestätigung (Word)

### **3.5 Entwicklung und Bereitstellung von Kursunterlagen für Kursteilnehmende**

Folgende Kursunterlagen wurden für Kursteilnehmende entwickelt und bereitgestellt und stehen auf Anfrage zur Verfügung:

- AGES Übungshandbuch (PDF)
- Pro Senectute Kanton Bern: Übungsprogramm (PDF)
- sichergehen.ch: Übungsanleitung Trainingslevel 1 leicht (PDF)
- BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung: Selbstständig bis ins hohe Alter (PDF)
- BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung: Die Gehhilfe als Gehilfe (PDF)

### **3.6 Schulung von interessierten Kursleitenden**

Für interessierte Kursleitende der drei involvierten Alters- und Pflegeheimen wurden zwei Schulungstermine angeboten. Die Schulungen wurden von Eric Lenouvel und Patrick Alpiger geleitet:

- 22.06.2022: ganztägige Schulung für interessierte Kursleitende in Murten (6 Teilnehmende)
- 01.07.2022: ganztägige Schulung für interessierte Kursleitende in Bern (6 Teilnehmende)

Nicht alle 12 Schulungsteilnehmenden haben sich nach der Schulung entschieden, an der AGES-Pilotstudie teilzunehmen, da intern nicht genügend Kursteilnehmende (Heimbewohnende) gewonnen werden konnten.

### **3.7 Kursdurchführung**

Die AGES-Intervention wurde in drei Alters- und Pflegeheimen mit jeweils einer Kursgruppe im Zeitraum von Ende September 2022 bis Mitte Dezember 2022 durchgeführt:

- Alterswohnheim Büntenberg Biel;
- Domicil Bern Spitalackerpark;
- Senevita Résidence Beaulieu Murten.

4 Kursleitende (2 in Biel) waren in die Durchführung von «AGES» involviert

- 2 Aktivierungstherapeutinnen;
- 1 Ergotherapeutin;
- 1 Allrounderin.

19 ältere Menschen nahmen am AGES-Programm teil:

- 17 Frauen und 2 Männer.
- Die Mehrheit der Teilnehmenden waren stationäre Bewohnende aus den drei Alters- und Pflegeheimen; 3 Teilnehmende kamen ambulant aus dem Quartier in Biel.
- Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 73 und 96 Jahren.
- Von den Kursteilnehmenden hatten 7 Personen im vergangenen Jahr einen Sturz erlebt.
- 5 Teilnehmende hatten Sturzangst, jedoch war die Sturzangst für die meisten Teilnehmenden gemäss eigenen Aussagen vor Beginn des Kurses kein zentrales Thema und schränkte sie in ihrem täglichen Leben nicht ein.

## 4. Projektauswertung (Januar 2023 – Juni 2023)

### 4.1 Konzept zur quantitativen Evaluation

Auf der Ebene der Wirkung wurde eine quantitative Evaluation durchgeführt, welche eine Ganganalyse mit den Kursteilnehmenden sowie deren Befragungen zur Erfassung ihres Gesundheitszustands (EQ-5D), Geburtsdatum und Händigkeit (Rechtshänder oder Linkshänder), Sturzangst (FES-I) und Wohlbefinden (WHO-5) im ersten und letzten Modul umfasste. Diese Evaluation wurde von der UPD und dem ARTORG Center for Biomedical Engineering Research der Universität Bern geleitet. Die quantitative Evaluation sah Pre-Tests (in/vor Lektion 1) und Post-Tests (in/nach Lektion 8) vor; siehe Abb. 2. Das Forschungsprotokoll steht auf Anfrage zur Verfügung.

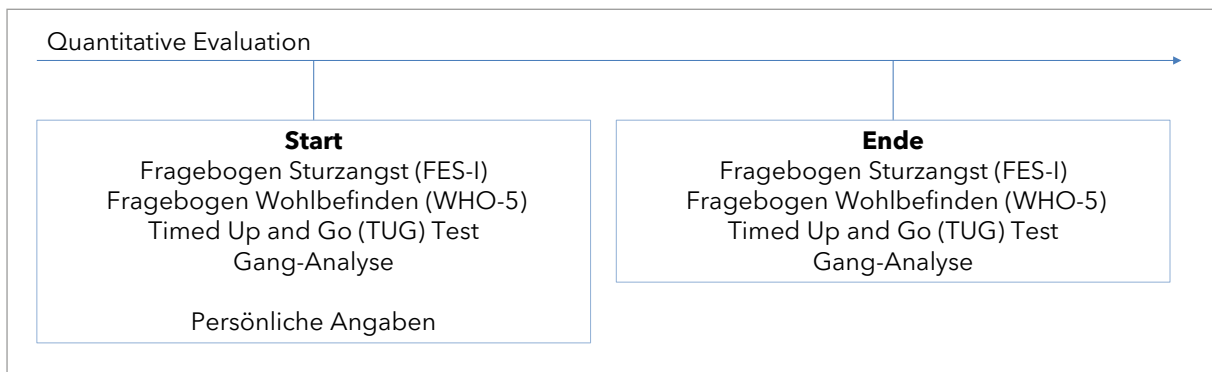


Abb. 2: Übersicht zu den Tests für die quantitative Evaluation zum Start und Ende der Intervention

### 4.2 Ergebnisse und Wirkungsanalyse zur quantitativen Evaluation

Die quantitative Analyse der Vor- und Nachuntersuchungsergebnisse wurde anhand einer Stichprobe von 18 Teilnehmenden durchgeführt (eine teilnehmende Person hat den Fragebogen nicht beantwortet).

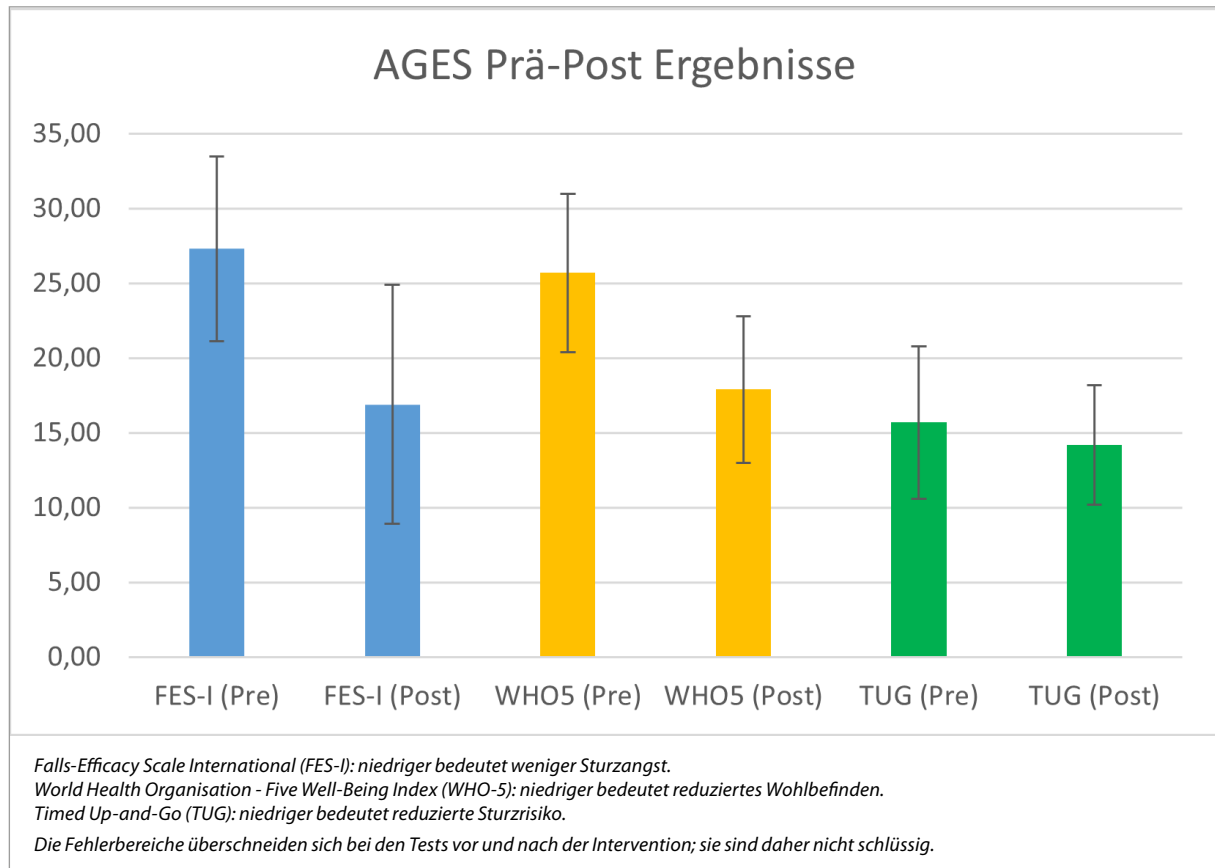
Zur Analyse wurden der t-Test für gepaarte Stichproben verwendet, wenn die Daten normal verteilt waren (gilt für Timed-Up-and-Go-Test TUG). Wenn die Daten nicht normal verteilt waren, wurde der Wil-coxon Signed-Rank-Test angewendet, gefolgt von der Berechnung der Effektgrößen (gilt für FES-I und WHO-5).

Die Durchschnittswerte vor und nach der Intervention sind in Abb. 3 dargestellt. Es ist zu beachten, dass die Pilotstudie zu wenige Teilnehmende umfasst, um aussagekräftig zu sein. Dies wird durch die Konfidenzintervalle in Abb. 3 deutlich. Die quantitative Analyse der Vor- und Nachuntersuchungsergebnisse ergab nachfolgende Ergebnisse:

- Es gab eine Abnahme der FES-I-Punktzahl mit einer mittleren Abnahme der Gesamtpunktzahl, was auf eine Reduktion der Sturzangst schliessen lässt. Die Effektgröße betrug 0,354 (Z-Score = -1,504,  $p = 0,132$ ).
- Die WHO-5-Punktzahl deutet auf ein besseres Wohlbefinden hin, je höher die Punktzahl ist. Dieses Ergebnis ist in unserem Pilotprojekt geringer. Die Effektgröße betrug 0,362 (Z-Score = -1,534,  $p = 0,125$ ).
- Die Timed-Up-and-Go (TUG)-Messung zeigte eine Verbesserung, da sich die durchschnittliche Zeit für die Durchführung des Tests verringerte, was auf eine verbesserte körperliche Kondition hinweist. Die Effektgröße betrug 0,551 (95% Konfidenzintervall 0,047 bis 1,041).



Es ist wichtig zu beachten, dass die Ergebnisse, obwohl sie auf eine leichte Verbesserung hindeuten, aufgrund der geringen Anzahl der Teilnehmenden mit grossen Fehlerintervallen behaftet sind. Interessanterweise deuten die Ergebnisse anderer kombinierter KVT- und Bewegungsinterventionen auf ähnliche Ergebnisse hin, wie sie in diesem Pilotprojekt gefunden wurden (vgl. Lenouvel et al. (2023) Cognitive Behavioural Therapy (CBT) to Reduce Fear of Falling in Older People Living in the Community. Cochrane Systematic Reviews, Ausgabe 3, Artikelnummer: CD014666).



**Abb. 3: Quantitative Ergebnisse von mittlere Veränderungswerte (Prä-Post Testung Ergebnisse) mit Standardabweichungen**

### 4.3 Konzept zur qualitativen Evaluation

Die qualitative Evaluation wurde durch PHS Public Health Services durchgeführt. Sie sollte die Stärken und Schwächen der Implementierung, die Akzeptanz und Machbarkeit aufzeigen und somit Hinweise für mögliche Optimierungen liefern.

Die Ziele der qualitativen Evaluation waren:

- Die Machbarkeit des AGES-Programms aufzuzeigen.
- Die Akzeptanz des AGES-Programm aufzuzeigen.
- Optimierungsmöglichkeiten beim Vorgehen und bei den Unterlagen aufzuzeigen.
- Voraussetzungen für die Multiplikation in anderen Alters- und Pflegeheimen zu schaffen.

Die beiden wesentlichen Elemente der qualitativen Evaluation waren:

- Teilnehmende Beobachtung in den Gruppen (Lektion 6 oder 7).
- Individuelle mündliche Befragung der 19 Kursteilnehmenden, der 4 Kursleitenden (Standort Biel: 2 Kursleiterinnen gleichzeitig befragt) und der 3 Alters- und Pflegeheim-Verantwortlichen nach der letzten Lektion.

## 4.4 Ergebnisse und Analyse zur qualitativen Evaluation

Die qualitative Evaluation konzentrierte sich auf die Analyse der Erfahrungen und Erkenntnisse der drei Verantwortlichen aus den Alters- und Pflegeheimen sowie der vier Kursleitenden im Zusammenhang mit der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Kursangebots. Zusätzlich wurde die Zufriedenheit der 19 Kursteilnehmenden durch kurze, individuelle Auswertungsinterviews am Ende des Kurses erfasst. Im Folgenden sind die Erkenntnisse und Empfehlungen zusammenfassend aufgeführt:

Allgemeine Erkenntnisse und Empfehlungen:

- Die Kursleitenden und Kursteilnehmenden berichteten von einer generellen subjektiven Verbesserung der Gesundheit, sowohl physisch als auch psychisch.
- Eigene Zielsetzungen der Kursteilnehmenden, wie etwa die Reduzierung der Nutzung von Hilfsmitteln, sowie Zielkontrollen in Form von Tests zu Kursbeginn und -ende wirkten äusserst motivierend.
- Das Kursangebot sollte nicht auf Personen im betreuten Wohnen beschränkt sein, sondern auch externen Personen offenstehen. Hierzu könnten Kooperationen mit anderen Altersorganisationen eingegangen werden.
- Die Ankündigungen für Kurse in Alters- und Pflegeheimen sollten den Schwerpunkt auf die Stärkung mentaler Ressourcen legen, um potenzielle Teilnehmende positiv anzusprechen, anstatt den Umgang mit Sturzangst in den Vordergrund zu stellen. «AGES» war eher defizitorientiert und hat sich auf die Probleme und Pathologien konzentriert.

Erkenntnisse und Empfehlungen zum Thema Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):

- Obwohl Sturzangst bei älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen ein relevantes Thema ist, hatten die Kursteilnehmenden Schwierigkeiten, in der Gruppe über ihre eigenen Ängste zu sprechen.
- Die Umsetzung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zur Reduzierung von Sturzangst (Reflexion über potenzielle oder vorhandene Sturzangst) verlief nicht wie geplant. Die Kursleitenden mussten das «Manual KVT» und das «Übungshandbuch» der Kursteilnehmenden teilweise situativ anpassen, und die Kursteilnehmenden erfüllten ihre KVT-«Hausaufgaben» oft nicht.
- In allen drei Gruppen lag es nicht an den Kursleitenden oder ihrer Vermittlung, dass die KVT nicht wie erwartet umgesetzt werden konnte. Vielmehr dürfte die Komplexität der KVT-Übungen das Haupthindernis für die Teilnehmenden gewesen sein. Die Unterlagen zur KVT sollten daher einfacher und verständlicher gestaltet werden, indem sie kürzer und weniger abstrakt sind.

Erkenntnisse und Empfehlungen zum Thema Bewegung:

- Die Kursleitenden schätzten das «Manual Bewegung».
- Die Kursteilnehmenden schätzten das Training von Gleichgewicht und Kraft.
- Darüber hinaus gab es Rückmeldungen, dass das Gleichgewicht und die Kraft der Kursteilnehmenden durch das Programm gestärkt wurden, sowohl aus Sicht der Kursleitenden als auch der Kursteilnehmenden.
- Bestehende und neue Aktivierungs- und Bewegungsangebote in Alters- und Pflegeheimen könnten mit den AGES-Übungen zu Gleichgewicht und Kraft ergänzt werden.

Die Ergebnisse aus der qualitativen Evaluation legen nahe, dass die Kursteilnehmenden Schwierigkeiten mit dem KVT-Ansatz hatten. Die KVT von «AGES» scheint einen tieferen und intensiveren Ansatz verfolgt zu haben als die eher oberflächliche KVT in «A Matter of Balance». Dies könnte einer der Gründe dafür sein, dass sie nur mit begrenzter Effektstärke funktionierte, insbesondere bei den Teilnehmenden ohne Sturzangst. Im Gegensatz dazu wurden das Gleichgewichts- und Krafttraining sehr positiv aufgenommen.

Eine mögliche Anpassung der KVT könnte darin bestehen, in max. 1–2 Lektionen (und nicht wie bestehend zu Beginn eines Kurses) die Bewältigung negativer Emotionen (wie Ängste und Unsicherheiten) zu thematisieren und den Fokus vielmehr auf individuelle Ressourcen und Stärken zu legen.

## 4.5 Eigenbewertung in Bezug auf die Ziele des Pilotprojekts

Ziele (vgl. Kapitel 2.4)	Bewertung ++/ + / - / --	Kommentare und Begründungen
<b>Am Ende der Pilotphase wurde das AGES-Programm in Alters- und Pflegeheimen:</b>		
bezüglich Machbarkeit und Wirkung getestet;	+	Es gab nur 3 Kursgruppen, da nicht mehr Kursteilnehmende gewonnen werden konnten.
bei den Umsetzungspartnern als eigenständiges Programm verankert;	-	Die Partner haben «AGES» nicht verankert, weil es zu wenig ausgereift ist. Das Training von Gleichgewicht und Kraft wurde in Murten jedoch in bestehende Bewegungsangebote eingebaut und ist somit nachhaltig verankert.
im «AGES-Manual» zur Programmmultiplikation zusammengefasst.	--	Für eine Weiterführung/Weiterentwicklung von «AGES» muss das «AGES-Manual» erst noch entwickelt werden.
<b>Am Ende des AGES-Programms sind auf individueller Ebene folgende Ziele erreicht:</b>		
Die Sturzangst der Kursteilnehmenden ist durch die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und dem Training von Gleichgewicht und Kraft reduziert;	+	Die quantitativen Ergebnisse (FES-I, WHO-5) deuteten auf eine Reduktion der Sturzangst hin. Allerdings kann dies ohne eine grössere Stichprobengrösse und ein robusteres Studiendesign statistisch nicht eindeutig bestätigt werden. Weitere Untersuchungen in Form einer randomisierten-kontrollierten Studie sind erforderlich.
Gangsicherheit, Gleichgewicht und Kraft der Kursteilnehmenden sind verbessert.	++	Der Timed-up-and-go-(TUG)-Test zeigte eine Leistungsverbesserung durch die Intervention. Die Ganganalyse deutet darauf hin, dass es möglich ist, die Überwachungstechnologie in einen Kurs zu integrieren, um quantitative Marker für die Veränderung des Gangs nach der Intervention zu erhalten.

## 5. Ausblick

Im Herbst 2023 klären die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und PHS Public Health Services verschiedene Ideen und Möglichkeiten zur Weiterführung und Weiterentwicklung von «AGES».

Dazu gehört die Integration von «AGES» in die Tagesklinik der UPD, Schulungen für Fachpersonen und die Einführung von Kursen in anderen Alters- und Pflegeheimen, nicht nur im Kanton Bern, sondern auch darüber hinaus. Ausserdem wird die Integration von «AGES» bei der Spitex in Genf, bei sichergehen.ch und in die GymFit-Angebote von Pro Senectute erwogen. Begleitende Forschung zur Multiplikation des Programms wird ebenfalls diskutiert werden.

Diese Perspektiven sollen anschliessend mit Akteuren, die bisher nicht in «AGES» involviert waren, aber mit denen man bereits in anderen Projekten in Kontakt steht, geklärt werden. Dazu gehören beispielsweise das Kompetenzzentrum Alter der Stadt Bern und das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) der Universität Zürich.

Für die mögliche Multiplikation von «AGES» müsste man die Überarbeitung der Materialien in Betracht ziehen, insbesondere des KVT-Handbuchs für Kursleitende und der KVT-Elemente im Übungshandbuch für die Kursteilnehmenden. Die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für die Überarbeitung dieser Materialien wäre notwendig.

Das Projekt wird im Rahmen des «23rd WPA World Congress of Psychiatry» (28.09.23–01.10.23 in Wien präsentiert). Ausserdem ist geplant, im 2024 die Ergebnisse und Erkenntnisse des Pilotprojekts in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift zu veröffentlichen.



# Anhang

## Anhang 1: Vergleich von «A Matter of Balance» mit «Aktiv gegen Sturzangst»

Die nachfolgende Tabelle vergleicht «Aktiv gegen Sturzangst» mit dem Programm «A Matter of Balance: Managing Concerns about Falls. Volunteer Lay Leader Model» von MaineHealth (USA)<sup>2</sup>.

Konzeptvergleich	A Matter of Balance (USA)	Aktiv gegen Sturzangst (CH)
Ausgangslage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit 2003</li> <li>• evidenzbasiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotprojekt von 2021 bis 2023</li> </ul>
Schulungskonzept	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lead Trainers schulen Master-Trainers</li> <li>• Master Trainers (Fachpersonen und Guest Health Care Professionals) schulen Coaches (8h) mit dem «Master Trainer Manual»</li> <li>• Coaches (Lay Leaders) besuchen jährliche Auffrischkurse für (Lizenzsystem)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experten in den Bereichen Medizin und Bewegung schulen Kursleitende (8h)</li> </ul>
Kursleitende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laien-Coaches (Peers)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachpersonen</li> <li>• Fachpersonen Gesundheit</li> <li>• (SRK-)Pflegehelfende</li> <li>• Aktivierungstherapeut:innen</li> <li>• soziokulturelle Animator:innen</li> <li>• Physiotherapeuten:innen</li> <li>• Ergotherapeut:innen</li> <li>• Psychotherapeut:innen</li> <li>• Bewegungstherapeut:innen</li> <li>• Bewegungsfachpersonen</li> <li>• ESA-Leiter:innen für Bewegungsangebote im Heim (BaiH)</li> </ul>
Kurssetting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale Gemeinwesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alters- und Pflegeheime (APH)</li> </ul>
Kursdauer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Monat, 2x pro Woche, je 2 Stunden oder</li> <li>• 2 Monate, 1x pro Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Monate (8 Wochen)</li> </ul>
Anzahl Kurslektionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Lektionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Gruppenlektionen mit 1 Lektion pro Woche à 60 Minuten (Lektion 1 und Lektion 8 dauern länger)</li> </ul>
Kosten für Kursteilnehmende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je nach Gemeinwesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von APH getragen</li> </ul>

<sup>2</sup> Siehe: <https://www.mainehealth.org/healthy-communities/healthy-aging/matter-of-balance> (Webzugriff: 15.05.2023)

Kursziele (outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I am more comfortable talking about fear of falling.</li> <li>• I feel comfortable increasing activity.</li> <li>• I plan to continue exercising.</li> <li>• I would recommend A Matter of Balance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion und Prävention von Sturzangst bei den Kursteilnehmenden durch a) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Einstellungs- und Verhaltensänderung bezüglich Sturzangst, in Kombination mit b) dem Training von Gleichgewicht und Kraft in Form von physischen Übungen zur Sturzprävention.</li> </ul>
Zielgruppe (Kursteilnehmende)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu Hause lebende, inaktive, ältere Menschen mit Sturzangst</li> <li>• Menschen mit Sturzerfahrungen</li> <li>• Menschen im Lebensalter 60+</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohnerinnen/Bewohner bzw. Mieterinnen/Mieter (betreutes Wohnen) in APH oder zu Hause lebende Menschen, welche ambulante APH-Angebote nutzen</li> <li>• ältere, eher inaktive Menschen mit und ohne Sturzangst</li> <li>• Menschen mit und ohne Sturzerfahrungen</li> <li>• nicht gebrechliche und Personen mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung einer Gebrechlichkeit («vorgebrechliche»; z.B. einen Rollator benutzend)</li> <li>• intakte Kognition oder höchstens leichte kognitiver Einschränkung (mit leichter Demenz)</li> <li>• Personen im Rollstuhl werden nicht eingeschlossen, da hierfür die Intervention zu stark adaptiert werden müsste.</li> <li>• Keine Altersvorgaben.</li> </ul>
Gruppengrösse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10–12 Personen (8–14 Personen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5–15 Personen</li> </ul>
Ablauf einer Lektion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total 120 minutes <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5' Welcome</li> <li>– 25' Exercises</li> <li>– 40' KVT</li> <li>– 10' Break</li> <li>– 35' KVT</li> <li>– 5' Conclusion</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total 50–60 Minuten <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5' Einstimmung</li> <li>– 15' KVT (Teil A)</li> <li>– 20' Bewegungsprogramm</li> <li>– 15' KVT (Teil B)</li> <li>– 5–10' Ausklang</li> </ul> </li> </ul>

<p>Didaktik und Methodik zur KVT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen vermitteln</li> <li>• Selbstmanagement-Kompetenzen stärken</li> <li>• geleitete Gruppengespräche</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Alltagsbezug schaffen</li> <li>• Fallbeispiele diskutieren</li> <li>• Rollenspiele (Alltagsbeispiele)</li> <li>• Fragerunden</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Eigenes Lernen und die Gefühle schriftlich dokumentieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen vermitteln</li> <li>• Selbstmanagement-Kompetenzen stärken</li> <li>• geleitete Gruppengespräche</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Alltagsbezug schaffen</li> <li>• Fallbeispiele diskutieren</li> <li>• Rollenspiele (Alltagsbeispiele)</li> <li>• Fragerunden</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Eigenes Lernen und die Gefühle schriftlich dokumentieren</li> </ul>
<p>Inhalte zur KVT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pos/neg thoughts</li> <li>• Home Hazards</li> <li>• Assertiveness</li> <li>• Personal Action Planner</li> <li>• Confidence Building</li> <li>• Fallty Habits</li> <li>• Env. Hazard</li> <li>• Talking about Fear of Falling</li> <li>• Teamwork</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modul 1: zwei Fragebogen</li> <li>• Modul 2: Gefühle erkunden</li> <li>• Modul 3: Automatische Gedanken – die Dinge, die wir uns einreden</li> <li>• Modul 4: Erforschung des Sicherheitsverhaltens</li> <li>• Modul 5: Untersuchung von Annahmen in Bezug auf das Stürzen</li> <li>• Modul 6: Untersuchung von Annahmen in Bezug auf das Stürzen – alternative Annahmen</li> <li>• Modul 7: Überprüfen der Ziele</li> <li>• Modul: 8: Seine eigene Therapeutin/sein eigener Therapeut sein</li> </ul>
<p>Übungsauswahl zum Bewegungsprogramm</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic-Übungen (allein)</li> <li>• Immer alle 29 Standard-Übungen (im Sitzen und Stehen) pro Lektion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic-Übungen (allein)</li> <li>• Aufbauende Übungen à la sichergehen.ch (im Sitzen, Stehen und Gehen)</li> <li>• 8 Übungen pro Lektion</li> <li>• Details siehe Manual Bewegung</li> </ul>
<p>Infrastruktur und Kursmaterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursraum</li> <li>• Tische, Stühle, Flipchart</li> <li>• DVD-Recorder</li> <li>• Namensschilder</li> <li>• Anwesenheitsliste</li> <li>• Handouts</li> <li>• Snacks, Getränke</li> <li>• Abschlussdiplom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursraum/Saal</li> <li>• Gymnastikraum</li> <li>• Stühle</li> <li>• Manual KVT für Kursleitende</li> <li>• Manual Bewegung für Kursleitende</li> <li>• Übungshandbuch KVT für Kursteilnehmende</li> <li>• Übungshandbuch Bewegung für Kursteilnehmende</li> </ul>

## Anhang 2: Literatur (Auswahl)

- Chua, Claris Hui Min; Jiang, Ying; Lim, Der Shin; Wu, Vivien Xi; Wang, Wenru (2019): Effectiveness of cognitive behavior therapy-based multicomponent interventions on fear of falling among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of advanced nursing*. DOI: 10.1111/jan.14150.
- Delbaere, K.; Close, J. C. T.; Brodaty, H.; Sachdev, P.; Lord, S. R. (2010): Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. In *BMJ* 341 (aug18 4), c4165-c4165. DOI: 10.1136/bmj.c4165.
- Deshpande, Nandini; Metter, E. Jeffrey; Bandinelli, Stefania; Lauretani, Fulvio; Windham, B. Gwen; Ferrucci, Luigi (2008): Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study. In *American journal of physical medicine & rehabilitation* 87 (5), pp. 354–362. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31815e6e9b.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J et al (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56:M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
- König N., Krähenmann L. (2018). Sturzangst? Nein danke! Pflegerische Interventionen zur Reduktion der Sturzangst bei älteren Erwachsenen in der Langzeitpflege. Bachelorarbeit Pflege. ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Pflege.
- Lenouvel, E; Novak, L; Biedermann, A; Kressig, RW; Klöppel, S (2021): Treatment options for fear of falling within the Swiss healthcare system. Universitäre Psychiatrische Dienste Universität Bern. In: *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*.
- Lach H; Parsons J (2013): Impact of Fear of Falling in Long Term Care: An Integrative Review. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 14(8). DOI:10.1016/j.jamda.2013.02.019
- Liu, Tai-Wa; Ng, Gabriel Y. F.; Chung, Raymond C. K.; Ng, Shamay S. M. (2018): Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: a systematic review and meta-analysis. In *Age and ageing* 47, pp. 520–527. DOI: 10.1093/ageing/afy010.
- Parry, Steve W.; Bamford, Claire; Deary, Vincent; Finch, Tracy L.; Gray, Jo; MacDonald, Claire et al. (2016): Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people: therapy development and randomised controlled trial – the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. In *Health technology assessment (Winchester, England)* 20 (56), pp. 1–206. DOI: 10.3310/hta20560.
- Tinetti ME, Powell L (1993) Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontol* 48(Spec):35–38. [https://doi.org/10.1093/geronj/48.special\\_issue.35](https://doi.org/10.1093/geronj/48.special_issue.35)
- World Health Organization WHO (2007). WHO Global Report in Falls Prevention in Older Age.
- World Health Organization (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.