

KONZEPT STURZ IN DER ALTERSPSYCHIATRIE

WEITERENTWICKLUNG MESSPLAN PSYCHIATRIE

Autorinnen und Autoren: Muriel Haldemann & Denise Steinhauser

Version: 2.0

Datum: 11. Mai 2026

Anpassungen zur letzten Version sind grau markiert.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Ziele und Fragestellungen	4
3	Konzeptionelles	5
3.1	Erfassung Sowie Definitionen von Sturz und Sturzfolgen	6
3.1.1	Definition Sturz und Sturzfolgen	7
3.1.2	Assessment zur Risikoeinschätzung eines Sturzes	8
3.1.3	Erfassung	9
3.2	Datenübermittlung und -prüfung	9
3.3	Datenauswertung und Evaluation	10
3.4	Risikoadjustierung	10
4	Projekt- und Zeitplanung	11
4.1.1	Zeitplanung	12
5	Literaturverzeichnis	13

1 AUSGANGSLAGE

Mit der Einführung des neuen Kliniktyps V – Kliniken der Alterspsychiatrie – im Messjahr 2023 wurde rückwirkend per 01.01.2023 die Brief Symptom Checklist (BSCL) – das Messinstrument zur Selbstbeurteilung der Symptombelastung – sistiert.

Die ANQ-Expertengruppe Alterspsychiatrie entschied sich, auf Basis einer Umfrage in den Kliniken der Alterspsychiatrie, zur Entwicklung des Messindikators Sturz als Ersatz für die sistierte Messung mit der BSCL. Die Erfassung von Sturz in der Alterspsychiatrie wurde vom ANQ in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule (BFH), der Expertengruppe Alterspsychiatrie und der Praxis entwickelt. Die geplante Erhebung basiert auf dem Vorgehen für die Erhebung von Sturz in der Akutsomatik. Die Erhebung in der Akutsomatik wurde zwischen 2020 und 2025 vom ANQ gemeinsam mit der BFH und dem ANQ Qualitätsausschuss Sturz und Dekubitus sowie zahlreichen Spitälern entwickelt und pilotiert (weitere [Informationen](#)).

Zur Entwicklung des Messindikators Sturz führte die BFH im Auftrag des ANQ eine Machbarkeitsabklärung in Kliniken der Alterspsychiatrie durch. Die Ergebnisse dieser Abklärung bildeten zusammen mit den Erkenntnissen aus dem Fachbereich Akutsomatik die Grundlage für die weiterführende Diskussionen mit der Expertengruppe. Gleichzeitig wird die Methodik der bisherigen psychiatriespezifischen Messungen (Symptombelastung und Freiheitsbeschränkende Massnahmen) mitberücksichtigt, um auf Bestehendem aufzubauen.

Das Modul Sturz wird somit nur in den Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V) erhoben. Dieser Kliniktyp umfasst gemäss ANQ-Definition alle Kliniken, die als stationäre SIWF-Weiterbildungsstätte Alterspsychiatrie anerkannt und beim ANQ entsprechend registriert sind.

2 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN

Mit der Einführung des Messinkators Sturz soll ein Messinstrument für die Kliniken der Alterspsychiatrie eingesetzt werden, welches auf ihre Bedürfnisse angepasst ist. Zudem soll der Indikator einen schweizweiten Klinikvergleich zulassen und Verbesserungsmassnahmen innerhalb der Institutionen anstossen. Daraus lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

Übergeordnete Fragestellungen:

- Eignet sich die Sturzerfassung als ein vergleichender Messinkator für die alterspsychiatrischen Fällen?
- Können mit der Erfassung von Stürzen Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden?

Spezifische Fragestellungen zum Messindikator:

- Wie hoch ist die Inzidenzrate der in Kliniken der Alterspsychiatrie erfolgten Sturzereignisse?
- Wie hoch ist die Inzidenzrate der Klinik erfolgten Sturzereignisse mit Sturzfolgen?

Die Ergebnisse aus der ersten Messung ohne Publikation werden zur Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und zu dessen datenbasierten Weiterentwicklung genutzt. Die Erkenntnisse aus der ersten Erhebung sollen zudem dazu genutzt werden, die Definitionen zu schärfen und potenzielle Weiterentwicklungen des Messindikators zu identifizieren.

Spezifische Fragestellung zum Risikoadjustierungsmodell:

- Wie gestaltet sich der (risikoadjustierte) Klinikvergleich bezogen auf den Indikator Sturz in der Klinik?
- Eignet sich das Risikoadjustierungsmodell für einen nationalen Vergleich?
- Gibt es weitere zentrale Variablen zur Verbesserung des Risikoadjustierungsmodells?

3 KONZEPTIONELLES

Die Weiterentwicklung des Messplans Psychiatrie mit der Ergänzung des Messindikators Sturz wird als erste Messung ohne Publikation aufgebaut. Ziel ist es im Einführungsjahr (bis spätestens ab 31.05.2026) alle 32 Klinikstandorte (Stand Februar 2025) mit einem alterspsychiatrischen Angebot in die Messung einzubeziehen. Eine transparente Publikation wird ab dem zweiten Messjahr angestrebt, da das erste Messjahr die Datengrundlage für eine allfällige Weiterentwicklung des Indikators sowie der Methodik liefert (siehe Kapitel 2). Der zeitliche Ablauf sowie die einzelnen Arbeitspakete sind in Kapitel 4 dokumentiert.

Im Grundsatz ist die erste Messung ohne Publikation analog den psychiatriespezifischen Messungen (Symptombelastung und Freiheitsbeschränkenden Massnahmen) aufgebaut (siehe Abbildung 1). Es gelten somit die Bestimmungen des Messmanuals der psychiatriespezifischen Messungen in Bezug auf die Ein- und Ausschlusskriterien, der Falldefinition, des Datenschutzes sowie der Datenqualität und -übermittlung. Die Messung ist ebenfalls als Vollerhebung konzipiert mit einem Beobachtungszeitraum von jeweils 01.01 bis 31.12. Als Auswertungsinstitut wird die w hoch 2 GmbH als bereits langjähriger und erfahrenen Kooperationspartner der psychiatriespezifischen Messungen beauftragt.

Die Daten zu Sturz und dessen Folgen, die sich jeweils während des Klinikaufenthaltes ereigneten, werden aus dem KIS (medizinische sowie pflegerische elektronische Dokumentation) exportiert. Zusätzlich werden wie in den psychiatriespezifischen Messungen für jeden Fall Variablen aus den BFS-Minimaldaten und den Psychiatrie-Zusatzdaten (neu SpiGes-Datensatz) übermittelt.

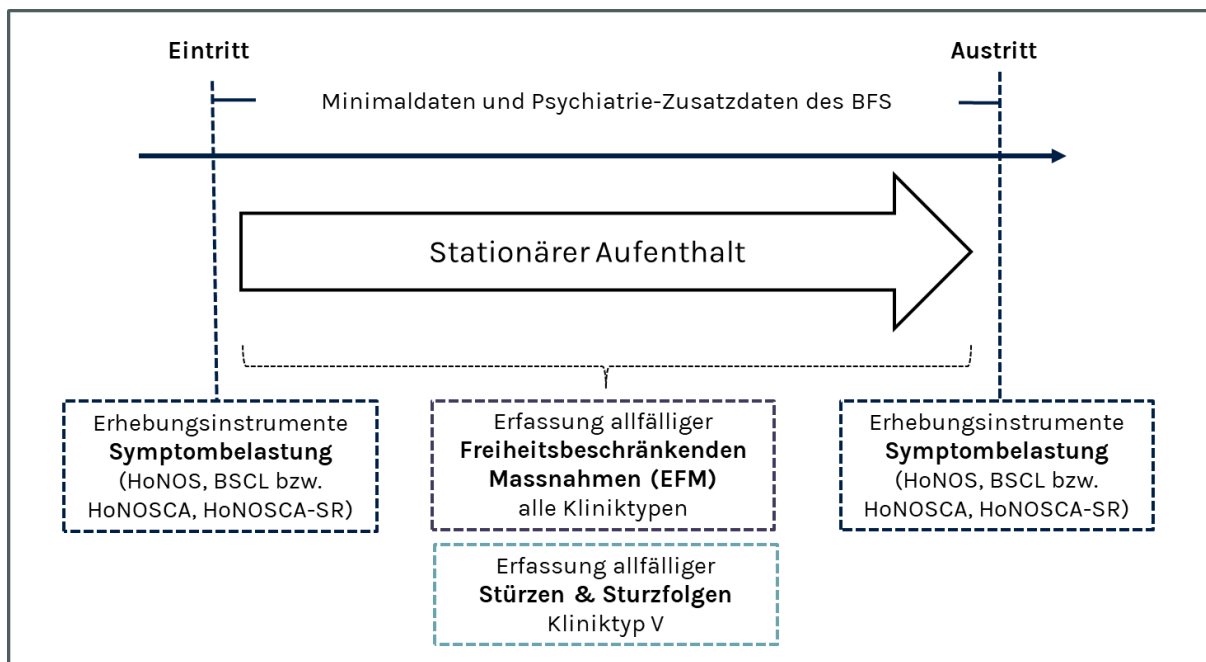


Abbildung 1: Überblick Messdesign

3.1 ERFASSUNG SOWIE DEFINITIONEN VON STURZ UND STURZFOLGEN

Die von der BFH durchgeführte Machbarkeitsabklärung in Kliniken der Alterspsychiatrie zeigte ein heterogenes Bild in Bezug auf das Vorhandensein eines Sturzkzeptes sowie eines Sturzprotokolls. Bezüglich der Definition von Sturz zeigte sich für den Grossteil der befragten Kliniken, dass diese keine explizite Referenz respektive Definition von Sturz verwenden.

Ein ähnliches Bild zeigte auch die Erfassung von Sturzfolgen, die in den Kliniken entweder sehr unterschiedlich definiert und abgebildet oder gar nicht erfasst werden. Auch die Unterteilung von verschiedene Schweregraden bei Sturzfolgen ist (inter-)national sehr heterogen. Dies bestätigte sich auch in der Machbarkeitsabklärung zur Erfassung von Sturz in der Alterspsychiatrie wie zuvor auch im Vorprojekt der Messung Sturz in der Akutsomatik (Bernet et al., 2022). Zudem wird die korrekte Einschätzung und Zuweisung des Schweregrads durch Pflegepersonen als schwierig erachtet.

Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse setzt eine einheitliche Definition und Einführung eines Sturzkzeptes mit einer standardisierten Erfassung gemäss Sturzprotokoll voraus. Eine gemeinsame Verständigung auf einer einheitlichen Definition sowie vergleichbare Daten zu Sturz und Sturzfolgen begrüssen auch die Kliniken, welche an der Machbarkeitsabklärung teilgenommen haben.

Anhand der vorliegenden Erkenntnisse wurde gemeinsam mit dem ANQ und der Experten-
gruppe beschlossen, aktuell lediglich eine Unterteilung von Sturz mit/ohne Sturzfolgen zu ma-
chen (siehe Tabelle 1). Eine weitere Ausdifferenzierung des Schweregrad der Sturzfolgen
könnte dereinst Bestandteil der Weiterentwicklung der Messung Sturz sein.

Tabelle 1 Übersicht Erfassung Sturz in der Alterspsychiatrie

OUTCOME	ERFASSUNG DURCH*	ZEITPUNKT	ERFASSUNGSORT
Sturz während des Klini- kaufenthalts	Ärzt/in, Psycholog/innen, Pflegefachperson oder an- dere befugte therapeuti- sche Fachpersonen	Unmittelbar nach dem Sturz	KIS
Sturzfolgen während des Klinikaufenthalts	Ärzt/in, Psycholog/innen, Pflegefachperson oder an- dere befugte therapeuti- sche Fachpersonen	Unmittelbar nach dem Feststellen der Sturzfolge	KIS

*Die Erfassung kann durch alle behandelnden Personen erfolgen, die Verantwortlichkeit dafür muss klinikintern geregelt werden.

Hinweise:

- Es ist mit geeigneten organisatorischen Strukturen sicherzustellen, dass ein Sturz und dessen möglichen Folgen nicht doppelt erfasst werden (z.B. von unterschiedlichen zeitli-
chen Diensten).
- Beim Datenexport ist darauf achten, dass der Zeitpunkt des Sturzes erfasst wird und
nicht, wann das Formular im KIS generiert wurde.

3.1.1 Definition Sturz und Sturzfolgen

Folgende Definitionen kommen zur Anwendung:

Sturz: Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf den Boden
oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt (Übersetzung der WHO-Definition 2021 ge-
mäss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, S. 20).

Neben der allgemeinen Definition zu Sturz kommen in der Erfassung von Sturz in der Alters-
psychiatrie nachfolgende Spezifikationen zum Einsatz.

- «Kontrollierte» Sturzereignisse (=assisted falls), bei denen eine anwesende Person die Pa-
tientin/den Patienten sanft zu Boden oder auf eine tiefere Ebene begleitet, sind in der De-
finition eingeschlossen.
- Ein Sturz liegt vor, wenn eine Patientin/ein Patient auf einer tieferen Fläche aufgefunden
wird, auf der sie oder er nicht erwartet wurde.

Diese Spezifikationen basieren auf der Grundlage jener der Akutsomatik und wurden von der Expertengruppe Alterspsychiatrie an die Anforderungen des alterspsychiatrischen Settings angepasst.

Sturz mit Sturzfolgen: Ein Sturz mit Sturzfolge umfasst sowohl eine durch einen Sturz erlittene Verletzung (in Anlehnung an Montero-Odasso et al., 2022) als auch weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen unabhängig von deren Befund (Beschluss Expertengruppe Alterspsychiatrie, 2025).

Spezifikationen zur Definition Sturz mit Sturzfolgen:

- Sturzfolgen werden oftmals in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Jegliche Schweregrade gelten als Sturz mit Sturzfolge. Das heisst, bereits leichte/geringfügige Verletzungen gelten als Sturz mit Sturzfolgen (z.B. Schmerzen, kleine Hautdefekte, Schürfungen (Montalvo, 2007; Morse et al., 1989).
- Die Erstscheinschätzung nach einem Sturzereignis durch eine Fachperson nach klinikeigenen Vorgaben, gilt nicht als weiterführende diagnostische Massnahme.
- Ein Sturz mit Sturzfolgen liegt erst dann vor, wenn die Ersteinschätzung offensichtliche oder vermutete Verletzungen ergibt, die weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen erfordern und dadurch ein (finanzieller) Mehraufwand für die Klinik entsteht (unabhängig vom Ergebnis).
- Sobald der Sturz eine pflegerische oder medizinische Behandlung zur Folge hat, gilt dieser als Sturz mit Sturzfolgen.

3.1.2 Assessment zur Risikoeinschätzung eines Sturzes

Es muss hinsichtlich der Sturzrisikoeinschätzung geprüft werden, ob auf nationaler Ebene ein einheitliches Instrument vorgegeben werden kann. In Kliniken werden aktuell unterschiedliche Assessment und teils unsystematisch zur Risikoeinschätzung eines Sturzes eingesetzt. Die meisten der Risikoeinschätzungsinstrumente weisen auch Limitationen in der Sensitivität/Spezifität auf.

Es ist deshalb geplant, in einem zweiten Schritt nach der Einführung von Sturz und Sturzfolgen zu prüfen, ob es validierte Assessments für den Bereich der Alterspsychiatrie gibt, da eine einheitliche Risikoeinschätzung klinisch aber insbesondere für die Risikoadjustierung im Rahmen einer nationalen Qualitätsmessung mit Ergebnispublikation relevant ist.

Kliniken, die ein Assessment zur Risikoeinschätzung standardisiert erfassen, können diese Daten im Rahmen der ersten Messung ohne Publikation zusätzlich übermitteln. Die daraus gewonnenen Ergebnisse sollen zur Weiterentwicklung der Sturzerfassung in der Alterspsychiatrie dienen.

3.1.3 Erfassung

Sturzereignisse werden während der Hospitalisation kontinuierlich und zeitnahe im KIS pro Patientin, pro Patienten erfasst. Je nach KIS erfolgt die Erfassung eines Sturzereignisse in einem sogenannten Sturzprotokoll. Für jeden Sturz erfolgt eine separate Erfassung. Zudem wird für jeden Sturz erfasst, ob der Sturz Folgen (Sturzfolgen) hatte oder nicht. Die Erfassung kann durch alle behandelnden Personen erfolgen, die Verantwortlichkeit dafür muss klinikintern geregelt werden. Weitere Informationen zur Erfassung siehe Tabelle 1.

Es werden alle Stürze und Sturzfolgen erhoben, die sich während des Klinikaufenthaltes im Erhebungszeitraum ereignet haben. Es bestehen keine **Dropout-Gründe**.

3.2 DATENÜBERMITTLUNG UND -PRÜFUNG

Die Kliniken liefern zum Stichtag 07.03. des Folgejahres Daten für alle Fälle, welche im Erhebungszeitraum in ihren für die Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie vorgesehenen Abteilungen stationär behandelt werden. Die Datenübermittlung erfolgt standortgetreu analog den psychiatriespezifischen Messungen über die Online-Plattform moniQ.

Unterjährig können Kliniken die erhobenen Messdaten zu Sturz in der Alterspsychiatrie gleich der psychiatriespezifischen Messung auf Vollständigkeit und Plausibilität über moniQ prüfen.

Zusätzlich sind auch die Minimaldaten sowie die Psychiatrie-Zusatzdaten des BFS (neu Spi-Ges-Datensatz) zu übermitteln gemäss der Darstellung in Abbildung 2.

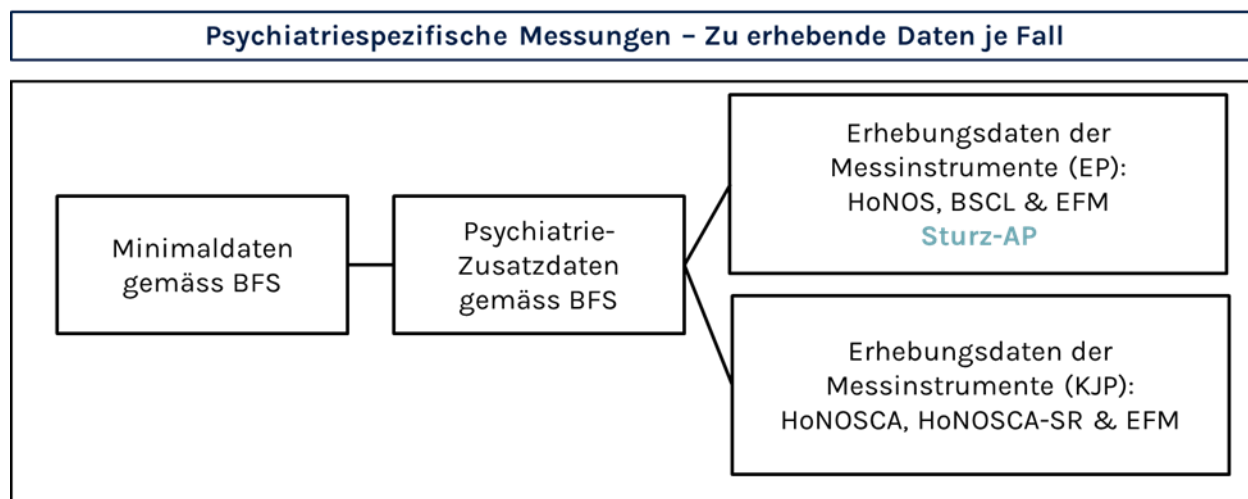


Abbildung 2: Zu erhebende Daten pro Fall

3.3 DATENAUSWERTUNG UND EVALUATION

Die Datenauswertung erfolgt über das Auswertungsinstitut w hoch 2. Die Daten aus dem Einführungsjahr werden nicht transparent publiziert. Die teilnehmenden Kliniken erhalten einen pseudonymisierten Bericht und die Möglichkeit auf dem Ergebnisdashboards klinikinterne Auswertungen vorzunehmen. Ab dem zweiten Messjahr und unter Voraussetzung einer ausreichend hohen Datenqualität werden die Ergebnisse analog den psychiatriespezifischen Messungen transparent veröffentlicht.

3.4 RISIKOAJUSTIERUNG

Im Auftrag des ANQ erarbeitete die BFH einen Vorschlag – basierend auf einer unspezifischen Literaturrecherche und dem Modell für die Messung in der Akutsomatik – zur Risikoajustierung von Sturz und dessen Folgen in der Alterspsychiatrie. Die Umsetzung einer Risikoajustierung und das vorgeschlagene Modell wird anhand der Messdaten der ersten Messung ohne Publikation durch das Auswertungsinstitut w hoch 2 geprüft und ist somit Bestandteil der weiterführenden Arbeit (siehe Kapitel 2).

4 PROJEKT- UND ZEITPLANUNG

Tabelle 2: Projektphasen Sturz in der Alterspsychiatrie

	PHASE 1 – KONZEPTION	PHASE 2 – INFORMATION & SCHULUNG	PHASE 3 – ERFASSUNG MODUL STURZ	PHASE 4 – DATENLIEFERUNG &- ANALYSE
Zeitraum	März bis Juni 2025	Juni bis Dezember 2025	01.01.-31.12.2026	März bis Mai 2027
Meilensteine	Sitzung EG AP vom 04.06.2025	August: Versand Information August: Aufschaltung Web November: Schulung	Messstart 01.01.2026 Ziel ab 01.06.2026 Messbeteiligung aller Klinikstandorte	07.03.2027: Datenlieferung
Arbeitspakete	- Erstellung Konzept Sturz in Kliniken der Alterspsychiatrie (A/W) - Verabschiedung Konzept in der Expertengruppe Alterspsychiatrie (A)	- Informations- und Rekrutierungsschreiben Kliniken der Alterspsychiatrie (A) - Erfassung von messverantwortlichen Personen (A) - Anpassung Messinformationsseite (A) & Messmanual psychiatriespezifische Messungen (A/W) - Anpassung Dokumente «Datenkontrolle und Datenvalidierung», «Dateneingabe (Vorlage)» und «Datendefinition» (W) - Vorbereitung und Planung einer Schulung (A/W)	Sicherstellung der Messbeteiligung der Kliniken mit einem alterspsychiatrischen Angebot (A)	- Analyse und Berichterstellung zuhanden der Kliniken (W) - Prüfung des Risikoadjustierungsmodells (W) - Prüfung der Daten- und Ergebnisqualität (W) - Identifikation von Weiterentwicklungen des bestehenden Moduls. (A/W)

Legende: A = ANQ | W = Auswertungsinstitut w hoch 2

4.1.1 Zeitplanung



Abbildung 3: Zeitplanung Sturz in der Alterspsychiatrie

5 LITERATURVERZEICHNIS

Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Brikib, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 292, 51-56.
<https://doi.org/10.3233/SHTI220320>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*.

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man02>

Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. In *Age and Ageing* (Vol. 51, Number 9). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

Morse, J. M., Morse Robert M., & Tylko Suzanne J. (1989). Morse Fall Scale. *APA PsycTests*.

Weitere Literatur:

Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. (2019). Measurement of Fall Injury with Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Network Open*, 2(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679>

Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 73-81.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.020>

Gurtner-Zürcher, C., Thomann, S., Thomas, K. & Bernet, N. (2025). ANQpsy: Erweiterte Machbarkeitsabklärung zu Sturz in der Alterspsychiatrie. Bericht zuhanden ANQ. V1.0. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit. Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege.