

Zeitschrift für

Gerontologie+Geriatric

mit **European Journal of Geriatrics**

Abstracts
Gerontologie
und Geriatric
Kongress 2022

„Altern im Spannungsfeld von
Resilienz und Vulnerabilität“

12.–15. September 2022
in Frankfurt/Main



- S1 **Abstracts**
Abstracts des Gerontologie und Geriatrie Kongresses
2022 „Altern im Spannungsfeld von Resilienz und
Vulnerabilität“
- Verschiedenes**
Impressum

Fachgebietsherausgeberinnen und -herausgeber**Sektion Biogerontologie**

Assoc. Prof. Dr. Johannes Grillari, Ludwig Boltzmann Institut für Experimentelle und Klinische Traumatologie, Wien, johannes.grillari@trauma.lbg.ac.at

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Andreas Simm, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, andreas.simm@medizin.uni-halle.de

Sektion Geriatriische Medizin

Prof. Dr. Jürgen Bauer, Universität Heidelberg und Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Heidelberg, juergen.bauer@bethanien-heidelberg.de

Prof. Dr. Cornelius Bollheimer, Lehrstuhl f. Altersmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, cbollheimer@ukaachen.de

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder, Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Salzburg, Österreich, b.iglseder@salk.at

Prof. Dr. Marija Djukic, Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende, mdjukic@gwdg.de

Univ.-Prof. Regina Roller-Wirnsberger, MME, Medizinische Universität Graz und Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz, Österreich, regina.roller-wirnsberger@medunigraz.at

Prof. Dr. Ulrich Thiem, Albertinen Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Hamburg, ulrich.thiem@immanuelalbertinen.de

Sektion Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie

Univ. Prof. Mag. Dr. Franz Kolland, Institut für Soziologie, Wien, Österreich, franz.kolland@univie.ac.at

Prof. Dr. Frank Oswald, Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Goethe-Universität Frankfurt/Main, oswald@em.uni-frankfurt.de

Sektion Soziale Gerontologie/Altenarbeit

Prof. Dr. Kirsten Aner, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, aner@uni-kassel.de

Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Lehrstuhl für Gerontologische Pflege, Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, hbrandenburg@pthv.de

Prof. Dr. Gerhard Igl, Güntherstraße 51, 22087 Hamburg, Gerhard.Igl@t-online.de

Prof. Dr. phil. Cornelia Kricheldorf, Katholische Hochschule Freiburg, cornelia.kricheldorf@t-online.de

Sektion Gerontopsychiatrie

Prof. (apl) Dr. Walter Hewer, Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göppingen, walter.hewer@christophsbad.de

PD Dr. Daniel Kopf, Geriatrie Klinik und Zentrum für Altersmedizin, Kliniken Ludwigsburg/Bietigheim, Bietigheim-Bissingen, daniel.kopf@rkh-kliniken.de

Sektion Gerontechnologie

Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, hans-werner.wahl@psychologie.uni-heidelberg.de

Rubrik CME

Univ.-Prof. Dr. med.univ. Markus Gosch, Medizinische Klinik 2, Schwerpunkt Geriatrie, Klinikum Nürnberg, markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner, Universität Witten/Herdecke und Helios Klinik, Schwelm, Hans.Heppner@uni-wh.de

Prim. Prof. Priv.-Doz. Dr., MBA Walter Schippinger, Geriatrie Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, Österreich, walter.schippinger@medunigraz.at

Rubrik Medien

PD Dr. Helmut Frohnhofen, Universitätsklinikum Düsseldorf, Altersmedizin, helmut.frohnhofen@med.uni-duesseldorf.de

Rubrik Journal Club

Prim. Dr. Peter Dovjak, Leiter der Akutgeriatrie Salzkammergutklinikum, Gmunden, Österreich, peter.dovjak@oog.at

PD Dr. Rupert Püllen, Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken, Frankfurt, rupert.puellen@fdk.info

Für die Gesellschaften**DGGG**

Prof. Dr. Kirsten Aner, Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften, aner@uni-kassel.de

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Andreas Simm, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, andreas.simm@medizin.uni-halle.de

BV Geriatrie

RA Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie, Berlin, dirk.van-den-heuvel@bv-geriatrie.de

Dr. Ariane Zinke, Geriatrie Klinik, St. Marien Krankenhaus, Ludwigshafen, ariane.zinke@bv-geriatrie.de

DGG

Prof. Dr. Rainer Wirth, Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien-Hospital Herne, rainer.wirth@elisabethgruppe.de

Univ.-Prof. Dr. med.univ. Markus Gosch, Medizinische Klinik 2, Schwerpunkt Geriatrie, Klinikum Nürnberg, markus.gosch@klinikum-nuernberg.de

ÖGGG

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller, Wiener Gesundheitsverbund, Klinik Favoriten, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, marcus.koeller@gesundheitsverbund.at

Wissenschaftlicher Beirat

B. Bartling, Halle

C. Becker, Stuttgart

P. Boukamp, Heidelberg

D. Dallmeier, Ulm

M. Denkinger, Ulm

J. Ehmer, Wien

H. Engstler, Berlin

U. Fachinger, Vechta

H. Förstl, München

A. Franke, Ludwigsburg

C. Gisinger, Wien

T. Grune, Potsdam

H. Gutzmann, Berlin

J. Haberstroh, Siegen

J. Haendeler, Düsseldorf

K. Hämel, Bielefeld

J. Heusinger, Magdeburg

I. Himmelsbach, Freiburg i. Br.

R.D. Hirsch, Bonn

W. Hofmann, Lübeck

F. Höpflinger, Zürich-Oerlikon

A. Horsch, München

M. Hüll, Freiburg

C. Jagsch, Graz

R. Kaspar, Köln

E.-M. Kessler, Berlin

T. Klie, Freiburg

L. O. Klotz, Jena

G. Kolb, Lingen

A. Kruse, Heidelberg

I. Kryspin-Exner, Wien

H. Künemund, Vechta

F. Lang, Erlangen

R. Lenzen-Großimlinghaus, Potsdam

M. Leontowitsch, Frankfurt

D. Lüttje, Osnabrück

W. Maetzler, Kiel

A. Motel-Klingebiel, Berlin

T. Münzer, St. Gallen

G. Naegele, Dortmund

M.G.M. Olde Rikkert, Nijmegen

U. Otto, Zürich

J. Pantel, Frankfurt

P. Perrig-Chiello, Bern

K. Pfeiffer, Stuttgart

P. Pietschmann, Wien

K. Pils, Wien

G. Pinter, Klagenfurt

S. Pleschberger, Wien

M.C. Polidori, Köln

K. Rapp, Stuttgart

M.W. Riepe, Günzburg

M. Schäufele, Mannheim

O. Schilling, Heidelberg

U. Schneider, Wien

S. Schütze, Frankfurt

K. Singler, Nürnberg

E. Steinhagen-Thiessen, Berlin

G. Stoppe, Basel

A. Stuck, Bern

W. von Renteln-Kruse, Hamburg

T. von Zglinicki, Newcastle, UK

A. Wanka, Frankfurt

K.-H. Wolf, Braunschweig/Hannover

D. K. Wolter, Itzehoe

Abstracts des Gerontologie und Geriatrie Kongresses 2022 „Altern im Spannungsfeld von Resilienz und Vulnerabilität“

12.–15. September 2022 in Frankfurt am Main

15. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

34. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

7. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie

5. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie

12. Gemeinsamer Deutsch-Österreichischer Geriatriekongress

Inhaltsverzeichnis

Keynotes

KN3 Keynote 3

S25 KN3-1
Perioperative care for older people

S100 Gemeinsam statt einsam – Strategien zur Bekämpfung von Einsamkeit im Alter

S101 Aktuelles zum Schlaganfall

S25 S101-1
Schlaganfall-Sekundärprophylaxe beim alten Menschen

S26 S101-2
Frailty als Prädiktor für das 3-Monats-Outcome nach mechanischer Thrombektomie

S26 S101-3
Akuttherapie des Schlaganfalls im Alter

S26 S101-4
Kardiale Diagnostik beim Schlaganfall – Was, wie viel und bei welchen Patienten?

S102 Freie Vorträge – Ältere als Zielgruppe digitaler Angebote

- S27 S102-1
Nutzer*innenorientierte Gestaltung und Bewertung von Virtual Reality Anwendungen für Senior*innen unter der Berücksichtigung von Akzeptanzkriterien und Nutzungsbarrieren
- S27 S102-2
Digitales Gesundheitstraining für Senior:innen – memore spielen gegen das Vergessen
- S27 S102-3
Ein Lernmodell für Profis zur Vermittlung von Technikkompetenz an MmD und pflegende Angehörige: RUBYDemenz
- S28 S102-4
Passwortgenerierung für sicherheitssensible Internetdienste
- S28 S102-5
Technikberatung – Aktuelle Forschungsergebnisse und Entwicklungsperspektiven – Dargestellt aus Sicht der Projekte TiWo und VTTNetz

S103 Die ActiFE Studie – Ein Überblick der aktuellen Beiträge zum Thema Altersmedizin

- S29 S103-1
Sturz-assoziierte Arzneimittel älterer Menschen im häuslichen Umfeld – eine explorative Analyse
- S29 S103-2
Gesundheit und Subjektive Altersbilder: Längsschnittliche Erkenntnisse aus der ActiFE Ulm Studie
- S29 S103-3
The relationship of weather with daily physical activity and the time spent out of home in older adults from Germany–the ActiFE study
- S30 S103-4
N-terminal pro brain natriuretic peptide (NT-proBNP) reference values in community dwelling older adults.
- S30 S103-5
Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts

S104 Projekt AIDA – Akteurszentrierte Integration Digitaler Assistenzsysteme

- S31 S104-1
Pflegekräfte und ihre Arbeitgeber im Spannungsfeld von Ökonomisierung, Fürsorge und Pflegenotstand
- S31 S104-2
Verbleib von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf im eigenen Zuhause – Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten
- S32 S104-3
Diffusionsbarrieren für die Nutzung von digitaler Technik in der Pflegepraxis
- S32 S104-4
Möglichkeiten und Ansatzpunkte partizipativer Forschung im Projekt AIDA – erste Erfahrungen

S105 Freie Vorträge – Arzneimitteltherapie

- S32 S105-1
Antipsychotika gegen Agitiertheit und psychotische Symptome bei Menschen mit Demenz – ein Cochrane Review

- S33 S105-2
Consensus Validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List in Several European Countries/Regions: Version 2
- S33 S105-3
Arzneimitteltherapiesicherheit für PflegeheimbewohnerInnen: Ergebnisse der cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie HIOPP-3-iTBX in 44 Pflegeheimen
- S33 S105-4
Einfluss der Optimierung der Pharmakotherapie nach FORTA auf die Aktivitäten des täglichen Lebens Eine retrospektive Analyse von 246 geriatrischen Klinikpatienten
- S34 S105-5
AMTS im Alter: Klinische Fallbeispiele mit Look-alike/Sound-alike (LASA) Fehlern

S106 Molecular Aging Research

- S34 S106-1
Mechanosensing and ligand-induced metabolic activity prevent senescence of muscle stem cells
- S35 S106-2
Non-coding RNA RNA-based mechanism in cardiovascular ageing
- S35 S106-3
Contribution of cysteines to the activity of FOXO transcription factors
- S35 S106-4
Induced Pluripotent Stem Cell–Derived Brain Cell Models as Tools to Study Late-Onset Alzheimer’s Disease

S107 Depression im Altenpflegeheim aus interdisziplinärer Sicht: Befunde aus dem Frankfurter Projekt DAVOS

S110 Die interessantesten Paper des letzten Jahres. Symposium des Wissenschaftsforums Geriatrie

S111 Freie Vorträge – Pflege, Selbstbestimmung und Teilhabe

- S36 S111-1
Geschlechtssensible Aktivierung von dementiellen Menschen in Pflegeeinrichtungen
- S36 S111-2
Wie gelingt das Leben mit Demenz? Ergebnisse aus dem Porticus-Programm
- S37 S111-3
Die Bedeutung des verbalen Feedbacks zur Förderung der Autonomie bei Menschen mit Demenz im Rahmen der person-zentrierten Pflege
- S37 S111-4
Engagement und Habitus im Alter. Ergebnisse einer qualitativen Studie zu milieuspezifischem Engagement älterer Menschen im städtischen Raum
- S37 S111-5
Zweiwöchige Nutzung des emotionalen Dinosaurierroboters Pleo durch ältere Menschen – Zusammenhänge mit Einsamkeit?

S112 Interdisziplinäres Praxis-Symposium zu pflegerischen, geriatrischen und zahnmedizinischen Aspekten der Mund- und Allgemeingesundheit bei Menschen mit Pflegebedarf

- S38 S112-1
Sicht der Geriatrie
- S38 S112-2
Sicht der Zahnmedizin
- S39 S112-3
Sicht der Pflege

S113 Freie Vorträge – Geriatrisches Co-Management

- S39 S113-1
Klinische Profile älterer Patienten in der Unfallchirurgie
- S39 S113-2
Supporting SURgery with GEriatric Co-Management and Artificial Intelligence – SURGE-Ahead entwickelt die digitale Geriatrie
- S40 S113-3
Praktische Umsetzung und Herausforderungen der Delirprävention und Delirbehandlung im Krankenhaus – Erfahrungsbericht eines „Kognitionsteams“
- S40 S113-4
Reduktion von pflegerelevanter Risiken älterer Patient*innen während und nach dem Krankenhausaufenthalt – Studienprotokoll einer clusterrandomisierten Studie
- S40 S113-5
Outcome und Charakteristika geriatrischer Patienten der geriatrischen Frühkomplexrehabilitation nach abdominalen Eingriffen

S114 Freie Vorträge – Resilienz und Vulnerabilität

- S41 S114-1
Zwischen Paar- und Pflegebeziehung: Wie bewältigen ältere Paare in der häuslichen Pflege ihre partnerschaftlichen Konflikte?
- S41 S114-2
Der Einfluss von Depression, Resilienz und Kontrollüberzeugung auf die Erwartungsanpassungen beim Altern mit chronischen Erkrankungen
- S41 S114-3
Faktoren differenzieller Vulnerabilität im Alter in interkulturellem Vergleich
- S42 S114-4
Vulnerabilität, soziale Unterstützung und die Gesundheit älterer Menschen: Ergebnisse multipler Mediationsanalysen anhand der GEDA-Studie
- S42 S114-5
Die persönliche Krisenbiografie und ihr Einfluss auf den Umgang mit körperlichen Traumata im Alter

S115 Freie Vorträge – von local zu global

- S42 S115-1
Planetary Health: Verständnis und Bedeutung für eine alternde Gesellschaft
- S43 S115-2
Hemmende und fördernde Faktoren für altersgerechten Wohnraum im ländlichen Raum Sachsen-Anhalts
- S43 S115-3
Altern in der Landwirtschaft

S44 S115-4
Zur Heterogenität von Quartiersstrategien stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen – Das Projekt AQUILA

S44 S115-5
Verwirkte Zukunft? – Perspektiven älterer Inhaftierter auf Altern in Haft

S200 (Sub-)akute Bewusstseinsstörungen – von Epilepsie bis Encephalopathie – und Schwindel beim geriatrischen Patienten

S44 S200-2
Diagnose und Differentialdiagnose von Epilepsien im Alter

S45 S200-3
Septische Enzephalopathie und septische Enzephalitis – vom Delir bis zum Koma

S45 S200-4
Schwindel beim geriatrischen Patienten

S202 Erfahrungs- und Handlungsräume selbstwirksamer Teilhabe – Möglichkeiten für pflegende Angehörige aus interdisziplinärer Perspektive

S46 S202-1
Schöne Momente pflegender Angehöriger in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz – Erste Ergebnisse einer Tagebuchstudie

S46 S202-2
Versorgung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in der Kommune: Qualitative Analyse unter Verwendung des Theoretical Domains Frameworks

S46 S202-3
Die Herstellung von Öffentlichkeit durch Rathausgespräche: Eine videobasierte Analyse des Dialogs zwischen pflegenden Angehörigen und Kommunen

S47 S202-4
Rathausgespräche als Raum transformativer Lernprozesse: Eine qualitative Analyse des Lernerfolgs bei politischen Entscheidungsträgern

S47 S202-5
Experienced Solidarity: values, motives and practices in caring communities and social volunteering

S48 S202-6
Auswirkungen von Schulungen zu Pflegeversicherungsleistungen sowie Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für pflegende Angehörige auf deren Inanspruchnahme

S203 Partizipative Forschung und Digitalisierung: Erkenntnisinteresse und Methode

S48 S203-1
(K)eine soziale Teilhabe ohne digitale Teilhabe?! Erfahrungen aus dem partizipativen Forschungsprojekt STARK

S49 S203-2
Digitalisierung partizipativer Altersforschung mit sozial benachteiligten älteren Menschen: Erfahrungen aus der Corona-Pandemie

S49 S203-3
Digitalisierung, Fürsorge und Alleinleben partizipativ erforscht

- S49 S203-4
Gerontologische Grundlagen der Beteiligung älterer Menschen in gesundheitliche und pflegerische Technikentwicklungskontexte

S204 Freie Vorträge – Patientenwege

- S50 S204-1
Daheim Dank Digital – ein Reallabor für assistive Technologien zur Unterstützung der Funktion und Teilhabe gebrechlicher älterer Menschen
- S50 S204-2
Vergleich zwischen Hospital Frailty Risk Score (HFRS) und ISAR-Score als Screeningtools der Stufe 1
- S50 S204-3
Auch funktionale Heterogenität älterer Menschen erfordert differenziertes Vorgehen bei Interventionsstudien – Erfahrungen mit gesetzlich krankenversicherten, 70-jährigen und älteren Personen in einem innovativen Hilfs- und Betreuungsnetzwerk
- S51 S204-4
Begleitung bei Entlassung/Verlegung älterer Menschen und ihre Assoziation mit dem nachfolgenden Auftreten von Delir – Ergebnisse aus der TRADE Beobachtungsstudie
- S51 S204-5
Anforderungsanalyse für ein humanoides Pflege-Telerobotiksystem zur Unterstützung in der häuslichen und ambulanten Pflege
- S52 S204-6
Covid-19 in Alten- und Pflegeheimen einer deutschen Metropole: Sterbefälle im Kontext der Heim-Charakteristika, der Impfkampagne und der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung Nürnbergs im Zeitraum von März 2020 bis April 2021

S205 Freie Beiträge – Gesundheitsversorgung I

- S52 S205-1
Der Einfluss von Kontextfaktoren auf den Umgang mit Notfallsituationen in der stationären Langzeitpflege
- S52 S205-2
Notfallzuweisungen aus Pflegeeinrichtungen – Aus der Perspektive von Ärzt*innen und Pflegepersonal in Notfallaufnahmen
- S53 S205-3
Herausforderungen an das Krankenhaus im 21. Jahrhundert – Demenzsensible Krankenhausgestaltung
- S53 S205-4
Hologramm-basierte Telerehabilitation zur Sturzprophylaxe – Auszug aus dem EU-Projekt „HOLOBALANCE“
- S53 S205-5
Frailty und G8-Score im zeitlichen Verlauf unter palliativer Systemtherapie bei Tumorpatienten

S206 RTG 2155 ProMoAge: The Impact of Posttranslational Protein Modification on Aging and Disease

- S54 S206-1
Protein Modification in Aging and Disease
- S54 S206-3
SELENBP1/SEMO-1: a link between hydrogen sulfide and aging

- S55 S206-5
Glycation induced posttranslational modifications (PTMs) of histones and their possible impact on cell function

S210 Prävention interdisziplinär

- S55 S210-1
Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Ansätze zur Prävention im Alter am Beispiel von Mobilität und Kognition
- S55 S210-2
Biomedizinische Ansätze zur Prävention: Alternsprozesse aufhalten, stoppen, zurückdrehen gar?
- S56 S210-3
Die alternde Lunge. Ist Lungengesundheit gut für gesundes Altern?
- S56 S210-4
Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung aus der Perspektive sozialer Gerontologie: zur Bedeutung ungleichheitssensibler Ansätze zu Partizipation

S211 „Es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden“ – DGGG & DGG nehmen Abschied von Ursula Lehr

- S56 S211-1
Die BOLSA und Ursula Lehr – Biographische Alter(n)sforschung als Bezugsrahmen der eigenen wissenschaftlichen Identität
- S57 S211-2
Ursula Lehrs Beitrag zur sozialpolitischen Alter(n)sforschung
- S57 S211-3
Altersbilder im Werk von Ursula Lehr – Innovationen und Perspektiven
- S57 S211-4
Altern ist (k)ein ‚ökologisches Schicksal‘ – Umwelt und Altern bei Ursula Lehr
- S57 S211-5
Quantitative Methoden in der Gerontologie und Ursula Lehr – Ein flexibles Kraftfeld

S213 Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisempfehlungen aus dem Bereich Geriatric Emergency Medicine (GEM)

S214 Wie steht die Geriatrie zum assistierten Suizid? Ihre Meinung ist gefragt!

S215 Häusliche Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz tragfähig gestalten: Theoretische Grundlagen und Evidenz zu fördernden Ressourcen, Strukturen und Interventionen

- S59 S215-1
Was trägt dazu bei, häusliche Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz langfristig zu stabilisieren? Ergebnisse und Desiderate aus der Projektlinie ‚Stability of Care Arrangements‘ (SoCA)
- S59 S215-2
Pflege bei Demenz, meine Familie und ich: Typologien von versorgenden Angehörigen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

- S59 S215-3
Live-In-Care – ein erfolgreiches Modell für tragfähige häusliche Versorgungsarrangements bei Demenz? Verschränkte Vulnerabilitäten, moralische Konflikte und Vorstellungen guter Versorgung
- S60 S215-4
Akteure vernetzen, individuell unterstützen, Ressourcen stärken und sensibilisieren: Ein Gesundheitsnetzwerk gestaltet die Demenzversorgung im ländlichen Raum: Das Projekt UplandCare
- S60 S215-5
Dementia Care Netzwerk Partizipative Versorgungsforschung
- S61 S215-6
Wie können gebaute Nachbarschaftsumwelten zur Tragfähigkeit häuslicher Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz beitragen?

S216 Digitale Technologien und alltagstaugliche Assistenzsysteme in gerontologischen Handlungsfeldern – Symposium für Nachwuchswissenschaftler*innen des FA Alter und Technik der DGGG

- S61 S216-1
Schwerpunkt 1: Digitale Kompetenzen und soziale Teilhabe
- S61 S216-2
Digitale Ungleichheit
- S62 S216-3
Schwerpunkt 3: Participatory Design
- S62 S216-4
Exzellenz und wissenschaftliche Zielstrebigkeit im sperrigen Feld der gerontologischen Technikforschung

S220 KO ist nicht K. O.: KManagement, KOrbidität, PharmaKologie und palliativmedizinische KO-Betreuung in der geriatrischen Hämato-Onkologie

- S63 S220-1
Kardiale KOrbiditäten und KOrplikationen beim geriatrisch-hämatologischen Patienten: ein K. O.-Kriterium?
- S63 S220-2
Evidenz-basierte Modelle der integrierten geriatrisch-onkologischen Versorgung vom KManagement zum KOnsil: die TOP 5
- S63 S220-3
Palliativmedizinische KObetreuung beim älteren geriatrisch-onkologischen und hämatologischen Patienten
- S64 S220-4
Spezifische PharmaKOkinetik und PharmaKOdynamik klassischer Chemotherapeutika sowie molekular-gezielter Substanzen beim älteren onkologischen Patienten

S221 Interaktives Fallseminar: „Der spannende Fall – was hätten Sie gemacht?“ mit aktuellen klinischen Fragen der Ernährungsmedizin in der Geriatrie

S222 Palliativmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen

- S64 S222-1
Palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit Demenz – das Weißbuch

- S65 S222-2
Advance Care Planning – auch bei demenziell Erkrankten?
- S65 S222-3
Praktischer Umgang mit sterbenden Demenzpatienten in der Klinik
- S65 S222-4
Umgang mit sterbenden Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung

S223 Nierenkrankheiten und Blutdruck im Alter

S224 Intersektorale Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen – neue Ansätze, neue Herausforderungen

- S66 S224-1
Versorgung älterer Patienten durch Gemeindenotfallsanitäter – Vergleich der Einsätze im Pflegeheim und in der Häuslichkeit
- S66 S224-2
Optimal@NRW: Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr. Ein Projektüberblick
- S67 S224-3
Patient*innensicherheit in der transsektoralen Versorgung – Aspekte des klinischen Risikomanagements und der Versicherungswirtschaft
- S67 S224-4
Evaluation der Notwendigkeit von pharmazeutischen Interventionen und interdisziplinärer Zusammenarbeit in Pflegeeinrichtungen – Ein Blick aus der Perspektive von Optimal@NRW

S225 Mobile geriatrische Rehabilitation – Eine sinnvolle und notwendige Option

- S68 S225-1
Einführung und aktueller Stand
- S68 S225-2
Die Chancen der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Bayern
- S68 S225-3
Mobile Rehabilitation in der Pandemie-Hindernisse und Optionen
- S69 S225-4
Rehabilitation von dementiell-erkrankten Menschen – Aufgaben und Möglichkeiten der Mobilen geriatrischen Rehabilitation

S226 Freie Vorträge – Verschiedenes

- S69 S226-1
Evaluation der Assoziation zwischen Hämoglobin und Handkraft im Alter.
- S69 S226-2
Punktprävalenz der orthostatischen Hypotonie zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme bei Patienten in der Akutgeriatrie
- S70 S226-3
Geschlechterspezifische Assoziationen zwischen Muskelparametern und Inflammation sowie antiinflammatorischen Nährstoffen
- S70 S226-4
Die Lues-Serologie zur differentialdiagnostischen Abklärung von kognitiven Beeinträchtigungen und Polyneuropathien in der Geriatrie
- S71 S226-5
Risikofaktoren für eine asymptomatische Besiedlung mit Toxin-bildenden Clostridoides difficile in einem geriatrischen Patientenkollektiv

S300 Intersektionale Perspektiven auf Vulnerabilitäten im Alter am Beispiel der offenen Altenarbeit und der Eingliederungshilfe

- S71 S300-1
„Weil im Senioren- und Pflegeheim, da gehen die unter“ – Bedarf und Konzepte spezieller Wohnhilfen für älter werdende Menschen mit einer lebensbegleitenden chronischen psychischen Erkrankung
- S72 S300-2
Die biographische Konstruktion der Intersektion von Alter(n) und Geschlecht – Relevant für die offene Altenarbeit?
- S72 S300-3
Teilhabechancen erhalten bis zum Lebensende – Herausforderungen für eine gute Begleitung an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und palliativ-hospizlicher Versorgung
- S72 S300-4
„Dass man an den Regelungen selbst mitbestimmen kann“ – Teilhabewünsche von Menschen mit Beeinträchtigungen unter Bedingungen der Pandemie

S301 Freie Vorträge – Gesundheitsversorgung II

- S73 S301-1
Erfahrungen und Vorstellungen von guter ambulanter Gesundheitsversorgung: Die Perspektiven über 80-Jähriger
- S73 S301-2
Interprofessionelle Lehre in der Geriatrie – eine Übersicht der internationalen Entwicklung im Vergleich zum aktuellen Stand in Deutschland
- S73 S301-3
Wahrnehmung von Qualitätsindikatoren aus der Perspektive verschiedener Berufsgruppen
- S74 S301-4
Ärztliche Begutachtungsunsicherheiten beim Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie
- S74 S301-5
Entwicklung einer Handreichung zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der Pflege-, Palliativ- und Hospizversorgung

S302 Subjektives Alternserleben und gesundheitliches Risiko: Eine Bestandsaufnahme rezenter Studien

- S75 S302-1
Spiegelt sich das subjektive Alternserleben im Gangbild? – Differenzielle Zusammenhänge von Altersbildern mit objektiv erfassten Gangmustern bei älteren Erwachsenen ab 70 Jahren
- S75 S302-2
Subjektive Altersbilder und Gesundheit in Burkina Faso
- S75 S302-3
Gewinnorientierte, nicht jedoch verlustorientierte, Altersbilder sagen Sterblichkeit über einen Zeitraum von 23 Jahren vorher
- S76 S302-4
Subjektives Alternserleben und COVID-19: Ergebnisse einer Längsschnittstudie
- S76 S302-5
Effekte von subjektivem Alternserleben auf Gesundheit und Langlebigkeit: Update einer Meta-Analyse mit Längsschnittdaten

S304 Digitalisierung in etablierten Praktiken des Alterns, Pflegens und der Gesundheit: Von Vulnerabilität zu Resilienz

- S77 S304-1
Alte und neue Spannungsverhältnisse durch die Digitalisierung der Häuslichkeit älterer Menschen: Plädoyer für eine grundlagentheoretische und ethisch-gerontologisch reflektierte Auseinandersetzung
- S77 S304-2
Sorgenetzwerke als Governance-Arrangements: Vorschlag eines governance-orientierten Konzepts zur Analyse digital unterstützter lokaler Sorgenetzwerke
- S77 S304-3
Digital gestützte Prävention im Alter – Erste Ergebnisse der ActiVAte_Prevention-Studie
- S78 S304-4
Sozial-ethische Spannungsfelder in der Unterstützung der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz durch eine personalisierte Mensch-Roboter-Interaktion
- S78 S304-5
Virtuell betreutes Wohnen (VBW) – ein Modellprojekt zur Notfallprävention für ältere Menschen im eigenen Zuhause

S305 Assessment (Symposium der AG Assessment der DGG)

- S79 S305-1
Das umfassende Geriatrische Assessment im Krankenhaus – ein S3-Leitlinien-Projekt der DGG
- S79 S305-2
Untersuchung zur Eignung von Item 4 der WHO-5-Skala als Screening-Test für gestörten Schlaf in der Geriatrie
- S79 S305-3
Geriatrisches Assessment in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – erste Evaluation eines Screening-Bogens
- S80 S305-4
Beurteilung des Appetits älterer Personen mittels telefonischer Erhebung des „Simplified Nutritional Appetite Questionnaire“ (T-SNAQ)
- S80 S305-5
Von der Funktion zur Aktivität und zurück – partizipative Zielsetzung und Monitoring mittels der Geriatrischen Goal Attaining Scale (Geri-GAS)

S306 Und täglich grüßt das Murmeltier – zur Bedeutung von Alltagsroutinen im höheren Lebensalter

- S81 S306-1
Keine Zeit zu verschwenden – Kontinuitäten und Brüche von Alltagsroutinen und Zeitgestaltung am Übergang in die Nacherwerbsphase
- S81 S306-2
Jeden Tag eine andere App? – Vielfalt und Intensität der Smartphonennutzung im Alltag älterer Menschen
- S81 S306-3
„Wege, die ich schon immer so gegangen bin, behalte ich bei“ – die Präferenz für Alltagsroutinen im Spannungsfeld außerhäuslicher Mobilität älterer Menschen
- S82 S306-4
Aktivitäten und soziale Kontakte über 80-Jähriger in der stationären Langzeitpflege – Organisationale Determinanten der Alltagsgestaltung

S311 Freie Vorträge – Biologie Interdisziplinär

- S82 S311-1
The Aryl Hydrocarbon Receptor: A new Receptor for Advanced Glycation Endproducts?
- S82 S311-2
Potential of AGE-modified peptides as diagnostic markers for Alzheimer's disease—a pilot study
- S83 S311-3
Positive Assoziation zwischen GDF15 Konzentrationen und Depression in MARK-AGE
- S83 S311-4
Assoziation zwischen GDF15 Konzentrationen und kognitivem Frailty Syndrom in MARK-AGE
- S83 S311-5
Kurzeitige vegane Intervention senkt Inflammationsmarker

S312 Delir nach elektiven Operationen beim alten Menschen: Prävention, Diagnostik und Management

- S84 S312-1
Der Geriatrie-Check und die Frage nach einem früheren Delir als Screening-instrumente für die präoperative Identifizierung von Patienten mit erhöhtem postoperativem Delirrisiko
- S84 S312-2
Ein kurzer Risiko-Score für ein perioperatives Delir bei älteren Patienten: Ergebnisse der PAWEL-Studie
- S85 S312-3
Anticholinerge Medikation als unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung eines postoperativen Delirs
- S85 S312-4
AKTIVER – multimodales Interventionsprogramm zum Delirmanagement
- S86 S312-5
Effekte der PAWEL Interventionsstudie
- S86 S312-6
Das Postoperative kognitive Defizite (POCD) im 1-Jahres-Langzeit-Follow-up nach verschiedenen elektiven Operationen bei älteren Menschen

S313 Digitale Bildungsprozesse – Erkenntnisse zum digitalen Medienalltag, Bildungsbiographien und Sozialraumanalyse im Projekt DiBiWohn

- S87 S313-1
Sozialraumanalyse und Digitalisierung – „Räume“ vor dem Hintergrund subjektiver und objektiver Deutungen
- S87 S313-2
Befunde zum digitalen Medienalltag und zu Einflussfaktoren der Internet-Selbstwirksamkeit bei älteren Technikbegleiter*innen im Vergleich zu älteren bildungsaffinen Personen
- S87 S313-3
Umgang mit digitalen Medien älterer Bewohner*innen in Betreuten Wohnanlagen
- S88 S313-4
Bildungsbiographie und Digitalisierung – Zum Verhältnis von Bildungsidentität und Technikverhalten

S314 „Kunst im Alter – Alter in der Kunst“ – Wissenschaft durch Kunst

S315 Risikodinge – Materialisierungen des Alter(n)s in einer Risikogesellschaft

- S89 S315-1
Materialisierungen von Gewalt im Alter
- S89 S315-2
Risiko vermessen – Zur sozio-technischen Materialisierung von Risiko am Beispiel des Sturzsensors
- S89 S315-3
„Bitte halten Sie Mund und Nase bedeckt“: Masken als Materialisierung von Risiko während der Corona-Pandemie
- S90 S315-4
Masken der COVID-19-Pandemie als materielle Metaphern

S316 Partizipation und partizipative Forschung: kritische Analyse und Reflektion; Symposium Fachausschuss Kritische Gerontologie

- S90 S316-1
Die Politik der Bedürfnisinterpretation als Betrachtungsfolie
- S91 S316-2
Partizipation
- S91 S316-3
Partizipative Forschung: Ausgleich und/oder Reproduktion ungleicher Partizipationschancen?
- S91 S316-4
Anwendbarkeit des CBPR-Modells in der Gerontologie

S320 Interdisziplinäres Symposium: Alter und Krieg

- S91 S320-1
„Nie wieder Krieg“ – Befunde zu biopsychosozialen Folgen des Krieges
- S92 S320-2
Die Wirkungen des Krieges auf die Psyche alter, älterer und junger Deutscher
- S92 S320-3
Zweiter Weltkrieg, Vergewaltigungen, Angst vor Schwangerschaft – späte Berichte im klinischen Alltag

S321 Demenz – Ein kritischer Blick auf Deutungen, Pflegekonzepte und Settings

- S92 S321-1
Settings für die Pflege von Menschen mit Demenz
- S93 S321-2
Demenz: Deutungsangebote und Deutungstransfers
- S93 S321-3
Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz: Theorie – Methode – Kritik

S322 Gerontologie und Weltbeziehung – Das Resonanzkonzept nach Hartmut Rosa und seine Anknüpfungspunkte für die Altersforschung

- S93 S322-1
Resonanz – eine Thema für die Altersforschung?
- S94 S322-2
Resonanz und Arbeit – Transformationen der Selbst-Welt-Beziehung am Übergang in die Nacherwerbsphase
- S94 S322-3
Die Transformation von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen an nicht-institutionalisierten Paarbeziehungsübergängen im höheren Lebensalter
- S94 S322-4
Sustainable communities—a time for resonance in older age

S323 Kleidung im Alter als Praxis der Sichtbar- und Unsichtbarmachung

- S95 S323-1
„Wir haben wie die Puppen ausgesehen“ Kleidung als biographische Verhandlung von Attraktivität und Verlust
- S95 S323-2
Nähen als materielle Praxis: Zur Bekleidung und Verhandlung des alternden, vergeschlechtlichten Körpers
- S95 S323-3
Vernetzt – Der Blick auf Alters- und Körperbilder von älteren Frauen
- S96 S323-4
Kleidung als Erinnerungsobjekt und Selbsta Ausdruck. Konstruktionen von Identität und Autonomie(verlust) bei Menschen mit Demenz

S324 Entwicklung der Lebenssituation sehr alter Menschen – Längsschnittbefunde aus dem NRW80+ Hochaltrigenpanel

- S96 S324-1
Sozioökonomische Ungleichheiten in der funktionalen Gesundheit bei hochaltrigen Menschen in Deutschland
- S97 S324-2
Kontinuität, Kumulation oder Destrukturierung? Ergebnisse der NRW80+-Studie zu gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter
- S97 S324-3
Veränderungen des subjektiven Alternserlebens im hohen Alter – Prädiktoren wahrgenommener Gewinne und Verluste über einen 2-Jahres-Zeitraum
- S98 S324-4
Entwicklung von Autonomie und aktiver Verbundenheit mit dem Leben in der Hochaltrigkeit

S325 Risiken und Resilienz – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zur Lebenssituation älterer Menschen in der Corona-Pandemie

- S98 S325-1
Wie wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden pflegender Angehörigen aus? Eine Längsschnittstudie für ältere Erwachsene in Deutschland
- S99 S325-2
Enkelbetreuung in der Corona Pandemie

S99 S325-3
Ehrenamtliches Engagement von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie

S99 S325-4
Körperliche Inaktivität von über 60-Jährigen vor und während der COVID-19-Pandemie

S326 Resilienzentwicklung von Pflege-/Gesundheitsfachpersonen mittels wissenschaftlicher Weiterbildung

S100 S326-1
Resilienzentwicklung von Pflegefachpersonen in Notfallsituationen stationärer Pflegeeinrichtungen

S100 S326-2
Resilienzsteigerung von Gesundheitsfachpersonen im Rahmen einer interprofessionellen Weiterbildung

S101 S326-3
Erprobung eines digitalen wissenschaftlichen Weiterbildungsangebots für Pflegefachpersonen aus dem Bereich der Heilerziehungspflege

S101 S326-4
Entwicklung digitaler Kompetenzen für Pflegefachpersonen

S401 Selbstbestimmt teilhaben in der stationären Altenpflege: Wie kann das, was theoretisch bekannt ist, in der Praxis gelingen?

S102 S401-1
Selbstbestimmte Teilhabe – Was ist damit gemeint und welche Chancen und Zumutungen sind damit verbunden?

S102 S401-2
Wertschätzung, Austausch und Teilhabe. Umsetzung im Feld

S102 S401-3
Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen (STAP): Fördernde und hemmende Faktoren auf Ebene der Organisation

S102 S401-4
Teilhabe, damit Individualität und Selbstverantwortung auch im Heim möglich bleiben

S402 Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung

S103 S402-1
Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Selbstwahrnehmung des Alterns

S103 S402-2
Das gesichtslose und vulnerable Andere: die visuelle Darstellung von älteren Menschen in Online-Nachrichtenportalen während der Corona-Pandemie

S103 S402-3
Fourty and Over The Academic Hill – Altersdiskriminierung in wissenschaftlichen Karrierewegen?

S104 S402-4
Die Erfassung erlebter Altersdiskriminierung – eine systematische Übersicht

S403 Choosing Wisely Revisited

- S104 S403-1
Geriatrisches Assessment im Spannungsfeld von Unter- und Überversorgung
– Klug entscheiden in der Zusammenstellung des personalisierten Mittels zum Zweck

S404 Ein kritischer Blick auf verschiedene Pflegerealtäten

- S105 S404-1
Kritische Gerontologie (KG) und deutschsprachige Pflege(-wissenschaft)
- S105 S404-2
Wie denken und handeln Pflegenden in der Praxis? Resultate rekonstruktiver Sozial- und Pflegeforschung zum Habitus von Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit Demenz
- S106 S404-3
Übergänge und Leben im Heim. Sozio-biographische, soziale und strukturelle Dimensionen ‚gelingenden‘ Lebens im Heim
- S106 S404-4
Repräsentationen zu Diversität in der pflegerischen Versorgung am Lebensende – eine kritische Betrachtung
- S106 S405-1
Geschlechtereffekte auf psychosoziale Interventionen bei Alzheimer und verwandten Erkrankungen
- S107 S405-2
Lebensmittelverfügbarkeit als Risikofaktor für die Prävalenz von Sarkopenie in der Akutgeriatrie – Sarcopenia EAMA 9+ Project
- S107 S405-3
Untersuchungen zur adulten Neuroplastizität als Auswirkung langfristiger körperlicher Aktivität im Alter
- S107 S405-4
Die Perspektive potenzieller Nutzer*innen auf assistive Roboterarme in ambulanten Settings
- S108 S405-5
Wie verändern sich individuelle Altersbilder im Laufe von Paarbeziehungsübergängen im Alter? Ergebnisse aus dem Deutschen Alterssurvey und der NRW80+-Studie
- S108 S405-6
„Plastizität“: Gilt das Ziel der medizinischen Reha, die „selbstbestimmte Teilhabe“ gemäß 1 SGB IX, nur für kognitiv Leistungsstarke?

S406 Wie kann (digitale) Technik dazu beitragen, im Alter mobil zu bleiben?

- S109 S406-1
„Da lass ich Kegeln alles für stehen, wenn ich hier fahren kann.“ – Scooter fahren als Betreuungs-, Teilhabe- und Mobilitätsangebot in stationären Pflegeeinrichtungen
- S109 S406-2
„REMOBIAS“ Reiseplanung mit interaktivem, digitalem Mobilitätsassistenten und Schnittstellen zu einer Smart-Living-Plattform
- S110 S406-3
Individuelle technikgestützte Mobilitätsförderung im Alter ab 75 Jahren im ländlichen Raum
- S110 S406-4
„MobilSorglos B“ – das mobile online Beratungszentrum im Märkischen Kreis

S411 Chancen und Herausforderungen für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheits- und Pflegeinnovationen

- S111 S411-1
Ein Framework für die gesundheitsökonomische Evaluation von AAL-Technologien
- S111 S411-2
Entscheidungsunterstützungssystem zur fairen Verteilung von Effizienzgewinnen in Innovationsnetzwerken im AAL-Bereich
- S111 S411-3
Gesundheitsförderung älterer Menschen in Städten mithilfe von AAL-Innovationen
- S112 S411-4
Urbane Resilienz – Potenziale im Quartier. Zur Übertragbarkeit des Modells „De Hogeweyk“ auf ein Bestandsquartier. Eine qualitative Vergleichsanalyse

S412 „Die alte Klappe“ – invasive Therapie von Klappenvitien beim geriatrischen Patienten – im Spannungsfeld zwischen Kardiologie, Herzchirurgie und Geriatrie

Gemeinsame Sitzung der AG „Gerontokardiologie“ der DGK und der AG „Der alte Patient in der Herzchirurgie“ der DGTHG

S413 Digital inkludiert und trotzdem abgehängt: zum Entfremdungserleben in einer digitalisierten Gesellschaft

- S113 S413-1
Zum Verlust der sozialen und gesellschaftlichen Integration in einer digitalisierten Gesellschaft: Einordnung des Obsoleszenzerlebens
- S113 S413-2
Orientierungs- und Entfremdungsängste: wie hängen Obsoleszenzerleben und Technikumgang im höheren Alter zusammen?
- S113 S413-3
Subjektiv erlebte digitale Ausgrenzung bei jungen und älteren Erwachsenen
- S114 S413-4
Unterstützte Lernprozesse von älteren Menschen im Umgang mit einem digitalen Sprachassistenten – Ergebnisse aus dem Projekt KI-Alter

S414 Palliativversorgung in ländlichen Räumen

- S114 S414-1
Palliativversorgung im ländlichen Raum – eine ethische Diskussion
- S115 S414-2
Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 1) Motivation, Vorgehensweise und relevante Themenfelder
- S115 S414-3
Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 2) Erfordernisse auf dem Land
- S115 S414-4
Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 3) Handlungsempfehlungen und Umsetzung

S415 Aktuelles aus der Interventionsforschung zur Stärkung der häuslichen Pflege

- S116 S415-1
Pflegeberatung im häuslichen Umfeld bei Angehörigen von Hüftfrakturpatient:innen mit kognitiven Einschränkungen
- S116 S415-2
Potenziale des Einbezugs von Freiwilligen für die Betreuung und Teilhabeförderung älterer Menschen am Beispiel von Hüftfrakturpatient:innen mit kognitiven Einschränkungen
- S117 S415-3
Beratung und telefonische Therapie für pflegende Angehörige (BerTA Studie)
- S117 S415-4
Pflegende Söhne: Ein Vergleich mit pflegenden Töchtern

S416 Freie Vorträge – Training und Mobilität

- S118 S416-1
Auswirkungen eines heimbasierten körperlichen Trainings- und Aktivitätsprogramms bei älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nach Entlassung aus Rehabilitation: Eine randomisierte kontrollierte Studie
- S118 S416-2
Erfassung der reaktiven dynamischen Balance – Welche Rolle spielt die Perturbationsrichtung bei älteren Menschen?
- S118 S416-3
TIGER -Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg – Untersuchung der physischen Funktionalität
- S119 S416-4
Vergleich objektiver Trainingsdaten älterer Menschen vor und nach der pandemiebedingten Schließung von Sportangeboten – wieviel geht verloren und wie kann das ursprüngliche Niveau wieder erreicht werden?
- S119 S416-5
Einfluss der Rollatornutzung auf Gehgeschwindigkeit, Balance und Armpendel

S422 Pneumologische Probleme ältere Menschen

- S119 Gemeinsames Symposium der AG Gerontopneumologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
- S120 S422-1
Covid und der ältere Patient
- S120 S422-2
Schluckstörungen bei alten Menschen. Die Sicht des Pneumologen
- S120 S422-3
Lungenfunktion und ihre Messung bei Älteren und Hochbetagten
- S120 S422-4
Wechselwirkungen von Medikamenten auf die Atmung in Hypoxie bei älteren Menschen

S423 Symposium der AG Sarkopenie und Osteoporose

- S121 S423-1
Definitionen der Sarkopenie nach EWGSOP 1 und 2 bei noch selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren – Daten aus dem Projekt „Netzwerk Gesund Aktiv“ (NWGA)
- S121 S423-2
Prognostische Bedeutung der EWGSOP 1 definierten Sarkopenie für noch selbständig lebende Seniorinnen und Senioren mit Risiko für funktionellen Abbau – Daten aus dem Projekt „Netzwerk Gesund Aktiv“ (NWGA)
- S122 S423-3
Behandlung geriatrischer Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz der Stadien KDIGO CKD 4–5(D) und Fragilitätsfrakturen
- S122 S423-4
Einfluss des Hypogonadismus auf Sarkopenie und Osteoporose bei geriatrischen Patienten

S424 Gerontologie und Geriatrie in Technikentwicklungsprozessen: Erfahrungen und Ideen für die Zukunft

- S123 S425-1
Pflegerische Angehörige 60+
- S123 S425-2
How did I do? – Wie Personen ihre Berufskarrieren zwischen Arbeit und Care bewerten
- S123 S425-3
You will take care of me when I am old – Pflegerische Angehörige, zwischen wollen und müssen
- S124 S425-4
Einstellung zu und Nutzung von digitalen Assistenzsystemen in der Pflege
- S124 S425-5
Gesundheitsförderung und Prävention vor statt (nur) in der Pflege – Eine Initiative zur Verringerung des Pflegerisikos stellt sich vor

S426 Freie Beiträge – Arbeit, Engagement, Wohlbefinden

- S124 S426-1
Wie entscheiden Menschen, ob sie im Rentenalter weiterarbeiten?
- S125 S426-2
Fördert ehrenamtliches Engagement das subjektive Wohlbefinden? Unterschiede zwischen Engagement in der Vor- und Nachruhestandsphase
- S125 S426-3
Mentales Wohlbefinden älterer Menschen bei materieller und sozialer Vulnerabilität in europäischen Wohlfahrtsstaaten – der differentielle Einfluss sozialer Unterstützung
- S125 S426-4
Ländliches Engagement als Faktor räumlicher Resilienz
- S126 S426-5
Ungleichheiten im Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte: Der Beitrag von sozialer Teilhabe, materiellen Bedingungen und regionalen Charakteristika

Poster

- S127 P01
Einfluss von sozialer Teilhabe auf Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität in einer neurogeriatrischen Kohorte

- S126 P02
Zwei Jahre Universitäre Altersmedizin – eine Analyse der Effizienz der geriatrischen Komplexbehandlung
- S127 P03
Prevalence of nutritional risk and its impact on functional outcome in geriatric rehabilitation inpatients: a retrospective study
- S127 P04
Tablet-basiertes Kraft- und Gleichgewichtstraining für ältere Erwachsene: Übersetzung der „Keep On Keep Up“-App
- S128 P05
Kasuistik: Hypokalzämie bei Fasten, Exsikkose und Hypomagnesiämie
- S128 P06
Adaption eines aktiven Mensch-Maschine-Pflege-Exoskeletts
- S128 P07
Dysphagie und Malnutrition: sektorenübergreifende Diagnostik in der geriatrischen Institutsambulanz (GIA)
- S129 P08
Die Wirksamkeit der Ganzkörper-Elektromyostimulation auf Funktionalitätsmaße gebrechlicher Senioren
- S129 P09
Inappetenz während Phase von Krankheit im Alter
- S129 P10
Seltene Ursache einer häufigen Störung (Fallbericht e. profunden Hyponatriämie mit hypoaktivem Delir bei postoperativer NNR-Insuffizienz)
- S130 P11
Fitness for use von geriatrischer Routinedokumentation für die Entwicklung prädiktiver Modelle im Kontext der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung
- S130 P12
Die Wirksamkeit der Ganzkörper-Elektromyostimulation auf Gebrechlichkeit im Alter
- S130 P13
Genderaspekte bezüglich der gesundheitlichen Konstitution hospitalisierter geriatrischer Patienten
- S131 P14
Erkennen von kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus
- S131 P15
Logopädische Frühstücksgruppe für gerontopsychiatrische Patient*innen
- S131 P16
Prävention im Alter: Lohnt sich das noch? Langzeiteffekte des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zu Tod und behinderungsfreiem Überleben über 20 Jahre in der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS)
- S132 P17
Neue Behandlungsformen in der hausärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit: interprofessionelle, strukturierte Handlungsempfehlungen in Pflegeheimen
- S132 P18
Optimierung der geriatrischen Versorgung im ländlichen Raum am Beispiel des östlichen Hochsauerlandes
- S133 P19
Telemedizin für ältere Menschen mit chronischer Erkrankung – Langzeiteffekte einer telemedizinisch unterstützten Lebensstilintervention für Menschen mit Diabetes Typ 2
- S133 P20
Initiative patientenorientierte Altersmedizin (IPA®). „Klug-Behandeln“ – Expertenkonsens zum Umgang mit Polypharmazie

- S133 P21
Effekte auf Selbständigkeit und Mobilität in der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation – eine Beobachtungsstudie über 10 Jahre
- S134 P22
LiA – Lebenspraktische Fähigkeiten im Alter – curriculare und didaktische Standards
- S134 P23
Lebenslanges Lernen und ältere Beschäftigte
- S134 P24
Gut geschlafen – nicht gestresst? Bidirektionale Zusammenhänge zwischen Schlafqualität, negativem Affekt und Stressreaktivität im Alltag
- S135 P25
SmartVERNETZT: Entwicklung einer Aktivitäts-App (angelehnt an PRISM) zur Förderung sozialer Partizipation und Reduktion von Einsamkeit
- S135 P26
Internetnutzung in der zweiten Lebenshälfte: Wie haben sich Geschlechterungleichheiten zwischen 2014 und 2021 verändert?
- S135 P27
Zusammenhänge zwischen Altersbildern und Eigenschaften sozialer Netzwerke bei älteren Erwachsenen
- S136 P28
Anforderungen in der Pflege auf Distanz. Eine qualitative Analyse der distance-caregiving-Triade
- S136 P29
Empirische Evidenz von Bildungsungleichheiten für die erfolgreiche Lebensführung Hochaltriger anhand von Strukturgleichungsmodellen auf der Basis der Hochaltrigenstudie NRW80+
- S136 P30
Das Wertschätzungsempfinden pflegender Angehöriger innerhalb unserer Gesellschaft – eine qualitative Inhaltsanalyse
- S137 P31
Erfahrungen älterer Menschen mit dem Wegfall von Gottesdiensten während der ersten Welle der Coronapandemie
- S137 P32
Partizipation und Integration der älteren Generation an Bildung durch digitale Lösungen
- S137 P33
Digitale Kluft im Alter nimmt deutlich ab – Entwicklung und Determinanten der Internetdiffusion im Alter zwischen 2002–2021
- S138 P34
Dabei sein ist alles?! Digitale und soziale Teilhabe älterer Menschen in Magdeburg Nord
- S138 P35
Altersdiskriminierung und die Theorie der trilemmatischen Inklusion – Anregungen aus den Disability Studies für die Gerontologie
- S138 P36
Zu alt für die digitale Teilhabe? Charakteristika von hochaltrigen Internet-Einsteiger:innen
- S139 P37
Delirmanagement im Krankenhaus – Empfehlungen pflegerischer Maßnahmen zur Prävention und Behandlung eines Delirs
- S139 P38
Sicheres Fahrradfahren im Alter (SiFAr) – eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie

- S139 P39
Die Bedeutung eines Sorgenetzwerkes zur Verbesserung der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase – Caring Community Köln unter Pandemiebedingungen
- S140 P41
Assoziation zwischen postprandialen GDF15 Konzentrationen und Appetit bei älteren Frauen
- S140 P42
Entwicklung eines methodologischen Frameworks zur Erfassung von Nichtstun und mentalen Reflexionsprozessen bei älteren Erwachsenen im Kontext des Verbundprojektes SMART-AGE
- S140 P43
Medikamentenadhärenz neurogeriatrischer Patient*innen: Erkenntnisse aus der NeuroGerAd Studie
- S141 P44
e20-ball-test: a new electronic device to explore fine motor skills
- S141 P45
e20-Ball-Test: Electronic assessment of fine motor skills–Evaluation
- S141 P46
Erfassung von Life-Space-Mobilität: Eine systematische Übersicht über Fragebögen und ihre psychometrischen Eigenschaften
- S142 P47
Gebrechlichkeit bei Pflegeheimbewohnern – Ein Vergleich von FRAIL-NH und Clinical Frailty Scale
- S142 P48
The impact of optimization of drug therapy on cognitive capacity in older patients: A systematic review
- S142 P49
Initiative patientengerechte Altersmedizin (IPA): „Sturzgefahr im Alter – Sturzrisikofaktoren und Prävention“ – Expertenkonsens zum Umgang mit Sturzgefahr
- S143 P50
Risikostratifizierung geriatrischer Patienten in der Chest Pain Unit anhand von kardiovaskulären Biomarkern aus der Routinediagnostik
- S143 P51
Entwicklung und Durchführung eines standardisierten digitalen Assessments von Alltagsmobilität und motorischer Kapazität bei Hüftfrakturpatienten
- S143 P52
The relationship between self-reported physical frailty and sensor-based physical activity measures in older adults
- S144 P53
Digitales Lebens-integriertes Self-Assessment (LISA): Konzeptentwicklung und Co-Design Workshops
- S144 P54
Strategy to develop electronic devices for geriatric assessment–from idea to realisation
- S145 P55
Übersetzung und Validierung des „Simplified Nutritional Appetite Questionnaire“ (SNAQ)
- S145 P56
The Gender-Specific Impact of the FORTA (Fit-fOR-The-Aged) List on Medication Quality and Clinical Outcomes in Older Hospitalized Patients
- S145 P57
Einfluss des präoperativen Frailty-Status auf postoperative Komplikationen älterer Patientinnen mit Eierstockkrebs unabhängig vom chirurgischen Risiko – Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie

- S146 P58
Entwicklung eines Assessmentinstrumentes zur Beurteilung der korrekten Handhabung verschiedener Arzneimitteldarreichungsformen bei nicht dementen, stationären Patienten: ASSMED-Studienprotokoll
- S146 P59
Is an extensive geriatric assessment with wearables feasible in cardiac surgery?
- S146 P60
Frailty-Screeningtools sagen postoperative Komplikationen bei älteren Patientinnen mit Endometriumkarzinomen besser voraus als Alter oder BMI allein – eine retrospektive beobachtende Kohortenstudie
- S147 P61
Überprüfung der Validität und Reliabilität der Apple iPhone Health App zur Messung der Gangqualität von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren
- S147 P62
Smart Brain Care – Entwicklung einer komplexen Intervention zur Früherkennung und Behandlung von Patienten mit leichten kognitiven Störungen (MCI) und leichtgradigen dementiellen Syndromen in Deutschland
- S147 P63
Erkennung Dekubiti 1. und 2. Grades am Steiß mittels kamerabasierter Technologie
- S148 P64
Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz – Entwicklung des Community Implementation Behaviour Questionnaire (CIBQ)
- S148 P65
smartIMPULS: Weiterentwicklung und integrierter Einsatz eines IT-gestützten Bedarfsermittlungsverfahrens zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Teilhabe älterer Menschen im Quartier im Rahmen des Projekts SMART-AGE
- S149 P66
Forschung für Ältere mit Älteren – Partizipative Technikentwicklung unter Verwendung von Onlinemedien in Zeiten von Covid-19. Forderungen, Herausforderungen, Erfolge
- S149 P67
Sturzprävention im häuslichen Otago-Trainings-Programm-Peers (HOP-P) – eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie
- S149 P68
Mobilität, soziale Teilhabe und Nutzung intelligenter Assistenzsysteme im Alter: Protokoll einer Ecological Momentary Assessment Studie
- S150 P69
Sturzhäufigkeit bei Personen ab 65 Jahren während der Covid-19-Pandemie – Vorläufige Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+)
- S150 P70
Selbstständigkeit und Beeinträchtigungen Pflegebedürftiger in der häuslichen Versorgung: Quantitative Befunde aus Daten der Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes
- S150 P71
Overcoming barriers to the adoption of locating technologies in dementia care: A multi-stakeholder focus group study
- S151 P72
Angehörige als Resilienzfaktor bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus
- S151 P73
Nichtpharmakologische MAKS®-s Intervention bei Menschen mit schwerer Demenz: Prädiktoren für deren psychosozialen Benefit

- S151 P74
Überprüfung der Durchführbarkeit, Validität und Reliabilität einer telefonischen Version des Life-Space Assessment (TE-LSA) bei älteren Personen
- S152 P75
Belastungen von pflegenden Angehörigen während der COVID-19-Pandemie. Eine qualitative Analyse von sozialen Medien
- S152 P76
NRW Forschungskolleg Wohlbefinden bis ins hohe Alter/Gerontological Research On Well-Being (GROW): Zukunftsmodell für die Ausbildung wissenschaftlichen Nachwuchses?
- S152 P77
Finanzierung digitaler Angebote zu Alter und Pflege
- S153 P78
Pflegenahes Engagement als Beitrag zur Versorgung älterer Menschen: Potenzial und Einflussgrößen
- S153 P79
Psychosoziale Mehrkomponentenintervention für Menschen mit Demenz: Vergleich mit und ohne Roboterassistenz
- S153 P80
GerNe digital! – Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen bei geriatrischen Patient:innen
- S154 P81
Einfluss eines Alterssimulationsanzuges auf die motorische Leistungsfähigkeit im Vergleich mit Normwerten
- S154 P82
DiVerPH: Diversitätssensibilität in der Palliativ- und Hospizversorgung – Aktueller Stand und Herausforderungen der Umsetzung
- S155 P83
Entwicklung und Testung eines Online-Instruments zur Selbsteinschätzung der Delir-Handlungskompetenz für Pflegekräfte

Autorenverzeichnis

Keynotes

KN3 Keynote 3

KN3-1

Perioperative care for older people

J. Dhesei

London/UK

Increasing numbers of older people are undergoing emergency and/or elective surgery as a consequence of changing demographics, advances in surgical and anaesthetic technique and evolving patient expectations. Older people presenting to perioperative care often have coexisting physiological decline, multimorbidity and geriatric syndromes such as frailty and cognitive impairment. The resulting complexity can make assessment of risk-benefit of surgery difficult, as it requires an understanding of not only the surgical and anaesthetic issues, but also of life expectancy with and without surgery, alternative treatment options and of modifiable risk factors. Postoperatively, older patients experience high rates of complications in all surgical settings with impact on short and long term mortality. In particular, older people are more likely to experience poor functional recovery with consequent need for rehabilitation, complicated hospital discharge and increased home care or new institutionalisation, with resultant high healthcare cost.

The complex pathophysiological profile of older surgical patients presents challenges throughout the surgical pathway from preoperative decision making through to anaesthetic/medical management in the peri- and postoperative period. For all these reasons, geriatricians are increasingly asked to provide opinion or hands on care for older surgical patients beyond orthogeriatrics. In this session, the innovative approaches used by the Perioperative medicine for Older People undergoing Surgery (POPS) team to implement age attuned perioperative services will be discussed.

S100 Gemeinsam statt einsam – Strategien zur Bekämpfung von Einsamkeit im Alter

Moderation: S. Leicht¹, P. Gellert²

¹BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V., Bonn; ²Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Einsamkeit im Alter hat negative Folgen für das Wohlbefinden, die körperliche und geistige Gesundheit und ist assoziiert mit erhöhter Sterblichkeit. Obwohl das Thema Einsamkeit im Alter in den letzten Jahren – und noch einmal verstärkt durch die Covid-19-Pandemie – mehr Aufmerksamkeit erhalten hat, sind dringend mehr effektive Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von Einsamkeit nötig.

Nach einer kurzen Einführung und der Präsentation aktueller Daten zum Einsamkeitserleben im Alter in Deutschland werden beispielhafte Maßnahmen und Initiativen aus der offenen Altenarbeit und der sektorenübergreifenden Versorgung vorgestellt und diskutiert. Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis und der Wissenschaft beleuchten den Handlungs- und Forschungsbedarf.

S101 Aktuelles zum Schlaganfall

Moderatoren: C. von Arnim¹, C. J. Werner²,

Diskutant: T. Steiner³

¹Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²Sektion Interdisziplinäre Geriatrie, Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ³Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Der Schlaganfall ist die häufigste neurologische Erkrankung mit steigender Prävalenz im Alter bei zunehmend älteren Patienten. Mit der Lyse-Therapie steht seit Jahren eine effektive Akut-Therapie zur Verfügung. In den letzten Jahren haben sich durch interventionelle Therapien zusätzliche Optionen beim ischämischen akuten Schlaganfall ergeben. Ebenso haben sich die akute Therapie und Diagnostik bei cerebralen Blutungen weiterentwickelt. Frailty ist ein Prädiktor eines negativen Outcomes bei geriatrischen Patienten. Neue Daten zeigen auch Zusammenhänge von Frailty mit dem funktionellen Outcome von Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall. Neben funktionellem Outcome ist in der weiteren Therapie die Optimierung der Sekundärprophylaxe zur Risikoreduktion weiterer Schlaganfälle vor dem Hintergrund der Multimorbidität und Polypharmazie geriatrischer Patienten ein relevantes Thema. In dem Symposium sollen wichtige Aspekte zur Akuttherapie sowohl von cerebralen Ischämien als auch cerebralen Blutungen im Alter vor dem Hintergrund geriatrischer Patienten mit Frailty, Multimorbidität, funktionellen Defiziten und Polypharmazie diskutiert werden. Dazu werden geriatrische, neurologische und funktionelle Aspekte gleichermaßen im Sinne einer neurogeriatrischen Arbeitsweise in den Blick genommen.

S101-1

Schlaganfall-Sekundärprophylaxe beim alten Menschen

M. Djukic

Geriatrie & Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Unter dem Oberbegriff „Schlaganfall“ werden verschiedene „schlagartig“ auftretende neurologische Erkrankungen subsumiert. Dieser Vortrag fokussiert auf die beiden häufigsten Erkrankungen, den Hirninfarkt (einschließlich der transitorischen ischämischen Attacke) sowie die spontane intrazerebrale Blutung. Kennzeichnend für ältere Menschen ist, dass die Häufigkeit von kardialen Embolien und von zerebralen Ischämien mit mehreren möglichen Ätiologien sowohl absolut als auch relativ stark zunehmen, während die Bedeutung der A. carotis interna-Stenose als Ursache einer zerebralen Ischämie relativ abnimmt. Insbesondere beim Vorhofflimmern und -flattern (VHF) als der wichtigsten Schlaganfall-Ursache im Alter steigt die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung mit zunehmendem Lebensalter stark an. Der wichtigste Risikofaktor einer ICB ist weltweit die unzureichend behandelte Hypertonie aber auch die Antikoagulations-induzierten Blutungskomplikationen nehmen mit dem Alter zu. Die wichtigsten primär- und sekundärprophylaktischen Maßnahmen zur Verringerung der Häufigkeit und Schwere von Schlaganfällen sind (Hirninfarkt sowie intrazerebrale Blutung) die adäquate Behandlung der Hypertonie sowie (nur Hirninfarkt, bei absoluter Arrhythmie oder mechanischer Herzklappe) eine effektive Antikoagulation bzw. (nur Hirninfarkt, alle Konditionen ohne Indikation für eine Antikoagulation) die Thrombozytenaggregationshemmung. Beim VHF sind NOAKs den Vitamin K-Antagonisten überlegen aufgrund der um ca. 50 % geringeren Häufigkeit von intrakraniellen Blutungen. Bei Patienten mit mechanischen Herzklappen sind NOAKs kontraindiziert. Als Thrombozytenaggregationshemmer ist Clopidogrel gegenüber ASS mindestens gleichwertig bei einem ähnlichen Sicherheitsprofil. Herausforderungen und Optionen der optimalen Schlaganfall-Sekundärprophylaxe werden erläutert. Es werden die neuesten Entwicklungen in diesem Bereich diskutiert. Dazu werden geriatrische

und neurologische Aspekte gleichermaßen im Sinne einer neurogeriatrischen Perspektive beleuchtet.

S101-2

Frailty als Prädiktor für das 3-Monats-Outcome nach mechanischer Thrombektomie

J. O. Pinho¹, C. Küppers², O. Nikoubashman², M. Wiesmann², J. B. Schulz¹, A. Reich¹, C. J. Werner³

¹Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ³Sektion Interdisziplinäre Geriatrie, Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen

Einleitung: Gebrechlichkeit oder Frailty ist eine Störung mehrerer physiologischer Systeme, die die Fähigkeit des Organismus beeinträchtigt, mit Verletzungen, Krankheit oder Stress umzugehen. Sie ist mit ungünstigen Langzeitergebnissen nach einer akuten Erkrankung assoziiert. Dies gilt für eine Vielzahl akuter chirurgischer als auch internistischer Erkrankungen, die eine Hospitalisation bedingen. Ob dies auch vor dem Hintergrund neuer Therapiemethoden in der Schlaganfallbehandlung gilt, ist wenig erforscht. Wir analysierten die Auswirkungen von Frailty auf das funktionelle Ergebnis von Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall (AIS), die einer endovaskulären Schlaganfallbehandlung (EST) unterzogen wurden. **Methode:** Wir führten eine retrospektive Studie über Patienten mit AIS des vorderen Kreislaufs durch, die zwischen 2012 und 2017 einer EST unterzogen wurden, basierend auf einem prospektiv erhobenen lokalen Register konsekutiver Patienten einer Universitätsklinik. Der Hospital Frailty Risk Score (HFRS) bei Entlassung wurde für jeden Patienten berechnet. Wir verglichen Patientengruppen mit und ohne günstiges 3-Monats-Ergebnis nach Index-AIS (modifizierte Rankin-Skala 0–2 bzw. 3–6). Ein multivariablen logistisches Regressionsmodell identifizierte Variablen, die unabhängig voneinander mit einem günstigen 3-Monats-Ergebnis assoziiert waren. Zudem wurden Statistiken berechnet, um den HFRS mit anderen prognostischen Scores zu vergleichen.

Ergebnisse: Wir schlossen 489 Patienten mit einem mittleren Alter von 75,6 Jahren (Interquartilbereich [IQR]=65,3–82,3) und einem mittleren NIHSS-Wert von 15 (IQR=11–19) ein. 29,7 % wiesen ein hohes Gebrechlichkeitsrisiko auf (HFRS >15 Punkte). Patienten mit einem günstigen Outcome nach drei Monaten wiesen einen niedrigeren HFRS-Wert auf. Ein hohes Frailty-Risiko war unabhängig mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines günstigen 3-Monats-Ergebnisses verbunden (adjustierte Odds Ratio = 0,48; 95 % Konfidenzintervall = 0,26–0,89). Die diagnostische Leistung des HFRS und anderer prognostischer Scores (THRIVE- und PRE-Score, SPAN-100-Index) für das Ergebnis nach 3 Monaten war ähnlich.

Diskussion: Gebrechlichkeit ist ein unabhängiger Prädiktor für das funktionelle Outcome bei AIS-Patienten, die sich einer EST unterziehen. Vergleichbare rezente Studien kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen. In diesem Vortrag werden wir die verschiedenen Implikationen aus diesen Daten diskutieren.

S101-3

Akuttherapie des Schlaganfalls im Alter

U. Meyding-Lamadé

Neurologische Abteilung, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a. M.

Der akute Schlaganfall ist eine der führenden Ursachen für Invalidität und Mortalität von Erwachsenen in Deutschland und anderen Industrienationen. Fast 80 % aller Schlaganfälle betreffen die Altersgruppe ab dem 60. Lebensjahr. Etwa 80 % aller Schlaganfälle sind durch eine zerebrale Ischämie, ca. 20 % durch eine intrazerebrale oder subarachnoidale Blutung bedingt. Das Alter selbst ist der unbeeinflussbare Hauptrisikofaktor für Schlaganfälle. Eine Reihe von potenziell beeinflussbaren Risikofaktoren erhöht das individuelle Schlaganfallrisiko teilweise enorm. So ist bei

Vorhofflimmern ohne Antikoagulation von einem 5-fachen Risiko auszugehen. Ebenfalls besonders häufig findet sich der Schlaganfall bei älteren Patienten mit metabolischem Syndrom. Die Symptomatik des Schlaganfalls ist mannigfaltig. Bspw. sollte differentialdiagnostisch bei Patienten im mittleren bis hohen Alter ohne Vorliegen der „klassischen“ zerebrovaskulären Risikofaktoren immer auch an eine Vaskulitis gedacht werden. Im Alter von >60 Jahren ist der Schlaganfall häufigste Ursache neu diagnostizierter Epilepsien. Oft unterschätzt wird die Bedeutung der häufig auftretenden Schluckstörung, die in der Akut- und Reha-Phase zur Aspirationspneumonie führen kann. Zur Überbrückung eines Gefährdungszeitraums kann hier die Anlage einer PEG-Sonde frühzeitig sinnvoll sein. Grundsätzlich gilt, dass ältere Menschen aktiver behandelt werden als früher üblich, bspw. ist hohes Alter allein kein Grund bspw. auf eine mechanische Thrombektomie zu verzichten. Schon 2016 wurde veröffentlicht, dass auch Patienten im Alter von >90 Jahren von einer Lysetherapie profitieren. Die Akutbehandlung des älteren Menschen mit Schlaganfall unterscheidet sich nicht wesentlich von der des Jüngeren, jedoch müssen Komorbidität, Patientenwille und Ziele sehr individuell berücksichtigt werden. In diesem Vortrag werden die Besonderheiten des Schlaganfalls bei älteren Menschen klinisch relevant und praxisnah präsentiert. Auf die Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls bei älteren Menschen eingegangen.

S101-4

Kardiale Diagnostik beim Schlaganfall – Was, wie viel und bei welchen Patienten?

M. Schnieder

Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Mindestens 20 % der zerebralen Ischämien haben eine kardiale Emboliequelle, sodass die kardiale Diagnostik beim Schlaganfall einen hohen Stellenwert hat. Die Häufigkeit einer kardialen Genese der cerebralen Ischämie steigt mit dem Alter an. Eine der häufigsten Ursachen hierfür ist das Vorhofflimmern, denn auch hier steigt die Inzidenz mit zunehmendem Alter. Allerdings gibt es auch ältere Patienten, bei denen die Ätiologie des Schlaganfalls nicht eindeutig ist. Hier stellt sich die Frage, ob eine intensiviertere kardiale Diagnostik, wie zum Beispiel transösophageale Echokardiographie oder auch intensiviertes Rhythmusmonitoring notwendig ist oder gar eine weiterführende Diagnostik wie Kardio-MRT weiterhilft. Ein anderes, bislang nicht häufig beachtetes Thema ist, dass viele Patienten mit einer akuten zerebralen Ischämie Troponinerhöhungen aufweisen, ohne dass eine offensichtliche kardiale Ischämie bei den Patienten besteht. Hier stellt sich die Frage, warum es zu diesen Troponinerhöhungen kommt und ob eine weitere Diagnostik mittels Herzkatheter etc. notwendig ist und auch wie die Veränderungen des Troponins zu werten sind. Diese Fragestellungen sollen in diesem Vortrag, insbesondere im Hinblick auf geriatrische Patienten behandelt werden.

S102 Freie Vorträge – Ältere als Zielgruppe digitaler Angebote

S102-1

Nutzer*innenorientierte Gestaltung und Bewertung von Virtual Reality Anwendungen für Senior*innen unter der Berücksichtigung von Akzeptanzkriterien und Nutzungsbarrieren

A. Napetschnig

Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum

Virtual Reality (VR) ist nicht nur in der Spieleindustrie vertreten – zunehmend etabliert sich diese innovative Technologie im Gesundheitssektor. Bei Älteren lassen sich durch die Nutzung gezielter (Trainings-)Anwendungen in der virtuellen Welt positive Effekte verzeichnen. VR kann zu einer aktiveren Gesundheitsförderung und somit zum Erhalt bzw. zur Steigerung der Funktionsfähigkeit beitragen.

Ein Leitfaden, der essentielle Gütekriterien für die Entwicklung von VR-Anwendungen enthält, existiert bisher nicht. Lediglich bestehen allgemeingültige Kriterien für digitale Gesundheitsanwendungen, die weder zielgruppenspezifisch sind, noch eine Eingrenzung der Technologien beinhalten. Das Forschungsvorhaben zielt auf die Erstellung eines evaluierten Leitfadens mit gültigen Gütekriterien für senior*innengerechte VR-Anwendungen ab.

In einem multimethodischen mehrschrittigen Studiendesign werden die VR-Kriterien partizipativ erarbeitet. Ein iteratives Vorgehen umfasst qualitative Forschungsmethoden, in denen gemeinsam mit Anwendungsexpert*innen sowie Senior*innen gültige und zielgruppenspezifische VR-Kriterien erarbeitet werden. Der Einbezug der Senior*innen erfolgt im Rahmen einer VR-Anwendung, die das sichere Überqueren einer Straße trainieren soll.

In einer Interventionsstudie wird die VR-Trainingsanwendung mit Senior*innen durchgeführt, die eine nutzer*innenzentrierte Reflexion der VR-Gütekriterien beinhaltet, sowie die Alltagsaktivität, das Überqueren einer Straße, abbildet und die Senior*innen empoweren soll. Die Entwicklung verschiedener Straßenszenarien in der VR-Trainingsanwendung soll auf die altersbezogenen Veränderungen exekutiver und motorischer Funktionen sowie auf die Selbstwirksamkeit der Senior*innen positiv einwirken und das Unfallrisiko beim Überqueren einer Straße in einer realen Situation verringern.

Die Resultate bieten Raum für Diskussionen zu den Themen VR-Gestaltungsanforderungen und die Nutzung der Technologie zur Schaffung einer sichereren Umwelt in unserer Gesellschaft, insbesondere für die Zielgruppe Senior*innen.

Keywords: Virtual Reality – Gütekriterien – Senior*innen – Straßenüberquerung – Verkehrssicherheit

S102-2

Digitales Gesundheitstraining für Senior:innen – memore spielen gegen das Vergessen

A.-K. Hoffmann¹, S. Arndt¹, J. M. Kleschnitzki²

¹Retrobrain R&D, Hamburg; ²Psychologie, Humboldt Universität Berlin, Berlin

Hintergrund: Senior:innen in Pflegeeinrichtungen müssen aktiv gefördert werden, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern und Ressourcen zu aktivieren. Dies kann z. B. durch Bewegungsprogramme erzielt werden (GKV-Spitzenverband, 2021). Exergames, bewegungsgesteuerte Spiele, bieten eine Kombination aus körperlicher Aktivität und kognitiven Aufgaben und bieten damit ein geeignetes Präventionsangebot für Senior:innen (Lau et al., 2017). Aktuell gibt es nur wenige Studien über den Effekt von Exergames auf den körperlichen und geistigen Zustand von Senior:innen. Eine Metaanalyse von Chao et al. zeigt vielversprechen-

de positive Ergebnisse beim Spielen von Exergames auf die Kognition und Motorik von Senior:innen.

Fragestellung und Ziele: Ziel der vorliegenden Studie war es, den Effekt durch regelmäßiges Spielen mit der memoreBox auf das geistige Befinden zu untersuchen (Kleschnitzki et al., 2022).

Methode: Insgesamt wurden 906 Pflegeheimbewohner:innen rekrutiert und mit Mini-Mental-Status-Test (MMST) an vier Zeitpunkten über ein Jahr untersucht. Die Interventionsgruppe (IG) spielte regelmäßig mit der memoreBox, die Kontrollgruppe (KG) nutzte das Standardangebot.

Ergebnisse: In die Evaluation wurden insgesamt 111 Teilnehmer:innen eingeschlossen (IG = 56; KG = 55).

Die hohe drop-out Rate ist auf die Coronapandemie zurückzuführen.

Die IG wurde in zwei Subgruppen unterteilt. Die Daten der memoreBox der ersten Gruppen ($n = 38$; high-level) zeigten ein sehr regelmäßiges Training während der Pandemie. Die andere Gruppe ($n = 18$; low-level) nahm unregelmäßig an dem Programm teil.

Insgesamt zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse zwischen der IG und der KG ($p = 0,13$). Für die Subgruppen wurden schwach signifikante Ergebnisse festgestellt ($p = 0,054$). Bei dem Vergleich zwischen der high-level Gruppe ($n = 38$) und der KG ($n = 55$) konnten positive Tendenzen mit einem signifikanten Unterschied nach neun Monaten hinsichtlich ihres MMST Scores festgestellt werden ($p = 0,02$).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen positive Effekte von Exergames auf die Kognition von Senioren:innen bei einer regelmäßigen Nutzung der memoreBox. Aufgrund der geringen Stichprobe sind weitere Untersuchungen notwendig, um den Effekt stützen zu können. Exergames können als Präventionsangebot in Pflegeeinrichtungen die körperliche Aktivität fördern und gleichzeitig die kognitiven Ressourcen von Senioren:innen stärken, um einen positiven Beitrag im überlasteten Gesundheitssystem in Deutschland zu leisten.

S102-3

Ein Lernmodell für Profis zur Vermittlung von Technikkompetenz an MmD und pflegende Angehörige: RUBYDemenz

R. Schramek, C. Lichteiker

Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum

In dem BMBF geförderten Forschungsprojekt „RUBYDemenz“ (03.2020–02.2023) werden Einsatz u. Wirksamkeit einer personalisierten Mensch-Roboter-Interaktion in der häuslichen Umgebung der vulnerablen Gruppe Menschen mit Demenz (MmD) über längere Zeit untersucht. Zentral sind Nutzung, Umgang, Handlungen mit einem robotischen System u. die psychosoziale Begleitung durch speziell geschulte RobotBegleiter*innen zur Stärkung der Resilienz. Erhoben wird wie die Aneignung robotischer Technik in häuslichen Pflegesituationen bei MmD sicher gelingt. So liegt der Fokus dieses Teilprojektes auf der Entwicklung eines Lernmodells, damit die Nutzung interaktiver Technik und die Bewältigung von Unsicherheit im Kontext der Techniknutzung gelingen. Angesetzt wird an den Erfahrungen zum Technikkernen bei Pflege- u. Unterstützungsbedarf im häuslichen Umfeld, mittels begleiteter Lernprozesse (Bubolz-Lutz/Stiel 2018; Schramek et al. 2018).

Der Beitrag fokussiert das Lernmodell, welches im Rahmen des Projektes iterativ entwickelt und evaluiert wird. Dies erfolgt ausgehend von einer Evaluation der Technikkompetenz Begleitender und auf der Basis von Kompetenzbeschreibungen für die Begleitung mittels partizipativer Methoden. Ziel ist es, den Lernprozess in Bezug auf robotische, interaktive Technik im häuslichen Umfeld zu unterstützen. Ausgehend von empirischen Daten aus Befragungen wird die Bedeutung individueller Kompetenz im Lernprozess dargelegt und der Blick richtet sich auf Ressourcen, die durch dieses Lernmodell gestärkt werden können (Doh et al. 2016; Schramek/Lichteiker 2022). Unter den Distanzgebieten der Pandemie wurde auch die digitale Kompetenzvermittlung beforcht. Diese Erkenntnisse zu Chancen wie Grenzen eines ausschließlichen E-Learnings und die Kon-

sequenzen daraus werden dargelegt. Der Beitrag schließt mit einem Fazit zum Stellenwert sozialer Aspekte.

Literatur

1. Bubolz-Lutz E, Stiel J (2018) Technikbegleitung Dortmund
2. Doh M et al (2016) Neue Technologien im Alter. Ergebnisbericht zum Forschungsprojekt „FUTA“ Heidelberg
3. Schramek, R. et al (2018). „OurPuppet“ – Nutzerakzeptanz und ethisch-soziale Aspekte einer M-T-I Entwicklung. In: Boll, S. et al. (Hg.): Zukunft der Pflege. 1. Clusterkonferenz. Oldenburg, 34–39
4. Schramek R, Lichteiker C (2022) Durch Begleitungskompetenz Engagement und Digitalisierung gestalten und Technikbildung stärken. In: Schramek R, Steinfurt-Diedenhofen J, Kricheldorf C (Hrsg) Diversität der Altersbildung Stuttgart, S 213–230

S102-4 Passwortgenerierung für sicherheitssensible Internetdienste

A. S. Oliva y Hausmann

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Fragestellung: Personenbezogene Daten werden von Internetdiensten häufig durch einen Passwortschutz abgesichert. Effektiver Passwortschutz beruht allerdings auf der kognitiven Fähigkeit von Nutzer*innen: Zunächst muss ein Passwort generiert werden, das sicher ist und trotzdem gut gemerkt werden kann. Das neue Passwort muss dann im Gedächtnis konsolidiert und bei Bedarf abgerufen werden. Trotz dieser Beanspruchung von kognitiven Fähigkeiten hat sich die Erforschung der Passwortnutzung bislang auf junge, hochperformante Nutzer*innen konzentriert. Studien mit älteren Menschen haben bislang nicht berücksichtigt, dass der Einsatz eines Passwortes in einem sicherheitssensiblen Dienst höheren Anforderungen genügen muss als in anderen Einsatzformen.

Methode: In einer Pilotstudie wurde verglichen, welche Merkmale Passwörter aufweisen, die für sicherheitssensible bzw. -insensible Dienste generiert werden. Dazu wurden in einer Fußgängerzone $N=94$ Passanten (3.–8. Lebensdekade) gebeten, zwei neue Passwörter zu generieren. Ein „alltägliches“ Passwort sollte für einen Internetdienst generiert werden, der nur Nutzernamen und E-Mail speichert (Referenzbeispiel Rezeptdatenbank). Ein „sensible“ Passwort war für einen Dienst bestimmt, der den Zugriff auf sensible Daten ermöglicht (Referenzbeispiel Online-Banking).

Ergebnisse: Unabhängig von Internet-Expertise und Lebensalter der Teilnehmer*innen zeigte sich, dass die generierten sensiblen Passwörter seltener Eigen- oder Ortsnamen, aber häufiger Zahlen und alleinstehende Buchstaben aufwiesen als die alltäglichen Passwörter. Während Teilnehmer*innen mit hoher Internet-Expertise längere sensible Passwörter generierten, waren die Passwörter von Teilnehmer*innen mit weniger ausgeprägter Internet-Expertise für beide Dienstarten ähnlich lang.

Schlussfolgerung: Menschen mit geringer Internet-Expertise scheinen bei der Generierung sensibler Passwörter nicht zu berücksichtigen, dass die Sicherheit eines Passwortes auch von seiner Länge abhängt.

S102-5 Technikberatung – Aktuelle Forschungsergebnisse und Entwicklungsperspektiven – Dargestellt aus Sicht der Projekte TiWo und VTTNet

M. Weidekamp-Maicher¹, B. Apfelbaum²

¹Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Hochschule Düsseldorf, Düsseldorf; ²Professur für Kommunikations- und Sozialwissenschaften, FB Verwaltungswissenschaften, Hochschule Harz, Halberstadt

Technikberatung stellt in Deutschland ein wenig einheitliches Beratungsfeld dar. Die hohe Heterogenität der Beratungslandschaft ist das Ergebnis vergangener Förderprogramme, spezifischer regionaler Entwicklungen sowie ausgewählter Projekte, die in einigen Bundesländern zu bestimmten Formen der Institutionalisierung geführt haben. Differenzen zwischen verschiedenen Beratungsangeboten bestehen u. a. im Hinblick auf den Gegenstand der Beratung, deren institutionelle Verortung und Finanzierung sowie das Professionsverständnis. In Abhängigkeit von den inhaltlichen Schwerpunkten der Arbeit variieren auch die Zielgruppen der Beratung. Während sich einige Angebote ausschließlich an ältere Menschen richten, liegt der Fokus anderer auf den Bedarfen von Menschen mit Pflegebedarf, mit Behinderung oder aller Bürger*innen, die eine Anpassung ihres Wohnraums – auch präventiv – wünschen.

Seit der modellhaften Förderung des Aufbaus kommunaler Beratungsstellen im Rahmen des BMBF-Förderprogramms „Besser leben im Alter durch Technik“ entwickelte sich angesichts zunehmender Diskurse zur Digitalisierung im Alter eine breite Debatte über Technikberatung, die zwar auf die Notwendigkeit differenzierter Beratungs- und Bildungsstrukturen hinweist, jedoch wenig umsetzungsorientierte Forschung und Entwicklung generierte. Während das Angebot an Bildungsangeboten zur Vermittlung von Digitalkompetenz stieg, was u. a. den Folgen der Corona-Pandemie geschuldet war, blieben Bemühungen um weitere Institutionalisierung professioneller Technikberatung hinter ihrer sowohl wissenschaftlich als auch politisch herausgestellten Bedeutung.

Im Rahmen des Vortrags werden zwei Projekte vorgestellt, die sich in den vergangenen Jahren der konzeptionellen Weiterentwicklung von Technikberatung gewidmet haben. Das Projekt „Technikberatung als integrierter Baustein der Wohnberatung“ (TiWo) befasst sich mit der Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines neuen Konzeptes der Technikberatung als Baustein der Wohnberatung in Nordrhein-Westfalen. Das in Sachsen-Anhalt angesiedelte Projekt „Innovationsnetzwerk Vernetzte Technikberatung und Techniknutzung“ (VTTNet) geht der Frage nach, wie im Handlungsfeld Technikberatung auf individueller, institutioneller und politisch-strategischer Ebene der Kompetenzaufbau befördert und dadurch Zugangswege zu (digitaler) Techniknutzung geebnet werden können. Im Vortrag werden ausgewählte Forschungsergebnisse und konzeptionelle Entwicklungen der beiden Projekte vorgestellt.

S103 Die ActiFE Studie – Ein Überblick der aktuellen Beiträge zum Thema Altersmedizin

Moderation: D. Dallmeier¹, K. Rapp²

¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm;

²Klinik für geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Eine der größten Herausforderung in der Geriatrie ist die Heterogenität im Alter. Populationsbasierte Studien können dabei helfen, ein besseres Verständnis darüber zu bekommen sowie diagnose- und therapie-relevante Signale zu identifizieren. ActiFE, eine bevölkerungsbasierte Kohorte aus Ulm und Umgebung, liefert Daten von 1506 älteren Teilnehmern, die zwischen 2009 und 2010 untersucht wurden. Bei der Basisuntersuchung lag der Schwerpunkt auf körperlicher Aktivität, Sturzerfassung und Lungenfunktion, beinhaltete gleichzeitig eine geriatrische Evaluation und die Asservierung von Blut- und Urinproben. Folgeuntersuchungen erfolgten nach 3 und 7 Jahren mit jeweils 835 und 526 Teilnehmern. Diese wurden

mit weiteren Schwerpunkten wie Ganganalyse, Echokardiographie und Fragestellungen zum Alterserleben ergänzt. Über die Jahre sind klinisch relevante und teilweise komplexe Fragestellungen in interdisziplinären Teams bearbeitet worden. Nationale und internationale Kooperationen sind dabei entstanden. Im Rahmen dieses Symposiums sollen aktuelle Ergebnisse zu folgenden Themen vorgestellt werden: Sturzassoziierte Medikamente, Gesundheit und die subjektive Wahrnehmung von Alter, das Wetter und der Einfluss auf die verbrachte Zeit im Freien. Aus den Kooperationen wird man über die Herausforderungen bei der Definition von Referenzwerten am Beispiel NT-proBNP mit Daten aus ActiFE und SHIP und basierend aus den Ergebnissen einer Meta-Analyse mit Daten aus 15 Kohorten zur Frage, welches Gehtempo und wie viele Schritte mit einer Verminderung des Mortalitätsrisiko assoziiert sind, berichten. Mit einem Blick in die Zukunft zur Rolle von ActiFE innerhalb des von der DFG geförderten Sonderforschungsbereichs *Aging at Interfaces* werden wir das Symposium abschließen.

S103-1

Sturz-assoziierte Arzneimittel älterer Menschen im häuslichen Umfeld – eine explorative Analyse

K. Just¹, D. Dallmeier², M. Böhme³, M. Steffens³, U. Braisch², M. Denkinger², D. Rothenbacher⁴, J. Stingl⁵

¹Institut für klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen; ²Geriatric/Geriatisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Abteilung Forschung, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn; ⁴Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁵Institut für klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen

Zielsetzung: Die meisten Studien, die einen Zusammenhang zwischen Arzneimitteln und Stürzen beschreiben, konzentrieren sich auf Arzneimittel, die auf das zentrale Nervensystem wirken. Ziel dieser Arbeit ist, die Assoziation aller häufig eingenommenen Arzneimittel mit darauffolgenden Stürzen bei älteren Erwachsenen zu untersuchen.

Methoden: Daten von 1377 älteren im häuslichen Umfeld lebenden Erwachsenen mit prospektivem Sturz Follow-up über ein Jahr aus der Populations-basierten Studie ActiFE Ulm wurden analysiert. Mittels negativer binomialer Regression wurde die Assoziation von 34 Arzneimittelklassen mit der 12-Monats-Inzidenzrate (IRR) von Stürzen analysiert, wobei Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Ganggeschwindigkeit, Gleichgewicht, Aufstehtest, Nierenfunktion, Lebererkrankung und Rauchen berücksichtigt wurden.

Ergebnisse: Die Teilnehmer nahmen im Median 3 Arzneimittel ein (Interquartilsbereich 1, 5), wobei 34,5 % ($n=469$) mindestens 5 Medikamente einnahmen. Die mediane IRR für einen Sturz pro Personenjahr betrug insgesamt 0,72 (95 % Konfidenzintervall (KI) 0,60–0,83) und 2,22 (95 % KI 1,90–2,53) bei denjenigen, die mindestens einen Sturz berichteten. Die folgenden Arzneimittelklassen wiesen signifikante Assoziationen auf: Antiparkinsonmittel (IRR 2,68 (95 % KI 1,59–4,51)), Schilddrüsentherapie (IRR 1,40 (95 % KI 1,08–1,81)) und systemische Kortikosteroide (IRR 0,33 (95 % KI 0,13–0,81)). Von den Arzneimitteln, die das Sturzrisiko erhöhen, waren Antiepileptika (IRR 2,16 (95 % KI 1,10–4,24)) und Urologika (IRR 2,47 (95 % KI 1,33–4,59)) mit Stürzen nur bei den Teilnehmern assoziiert, die bei Studienbeginn keine Sturzanamnese hatten.

Schlussfolgerung: Weitere Arzneimittelklassen, wie z. B. Antiparkinsonmittel, Schilddrüsentherapie und systemische Kortikosteroide, könnten mit Stürzen bei älteren Erwachsenen assoziiert sein, was möglicherweise auf pharmakologische Wirkungen auf den Bewegungsapparat und das zentrale Nervensystem hindeuten könnte. Weitere Untersuchungen in größeren Studienpopulationen werden empfohlen.

S103-2

Gesundheit und Subjektive Altersbilder: Längsschnittliche Erkenntnisse aus der ActiFE Ulm Studie

A. Schönstein¹, D. Dallmeier², M. Denkinger², D. Rothenbacher³, J. Klenk³, A. Bahrmann⁴, H.-W. Wahl¹

¹Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Geriatric/Geriatisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinik Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Altersbilder (engl. views on aging; VoA) wie beispielsweise ein älteres subjektives Alter (engl. subjective age; SA) oder eine negative Einstellung gegenüber dem eigenen Älterwerden (engl. attitudes toward own aging; ATOA) haben in bisherigen Studien deutliche Zusammenhänge zu negativen Outcomes (u. a. psychische und physische Krankheit, Mortalität) gezeigt. Bisher wenig differenziert untersucht wurde jedoch inwiefern physische, affektive, und kognitive Gesundheit auch als Prädiktoren solcher Altersbilder fungieren können. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher die längsschnittlichen Zusammenhänge zwischen einerseits solchen generellen Gesundheitsparametern, andererseits aber auch spezifischen Erkrankungen, und VoA zu untersuchen.

Methodik: Verwendete Daten stammen aus der ActiFE Ulm Studie. Für diese wurde bei Baseline eine repräsentative Stichprobe selbstständig lebender älterer Personen (Alter: 65–90 Jahre) rekrutiert. Follow-up Untersuchungen wurden nach 7,7 Jahren (Median) durchgeführt ($N=526$). Die bei Baseline nach epidemiologischen Standards gesammelten Gesundheitsdaten wurden als Prädiktoren für zwei Maße von Altersbildern (1-Item SA Indikator, 5-Item ATOA Skala) bei Follow-up untersucht.

Ergebnisse: Der stärkste Risikofaktor für älteres SA sowie negative ATOA war unter den generellen Gesundheitsparametern die berichtete Intensität affektiver Probleme (z. B. depressive Symptomatik). Zusammenhänge zwischen spezifischen Erkrankungen und VoA konnten ebenfalls gezeigt werden: Rückenschmerzen waren assoziiert mit negativer ATOA und Krebserkrankungen hingen zusammen mit einem älteren SA. Rheumatische Erkrankungen waren assoziiert sowohl mit negativem ATOA als auch älterem SA. Der Anteil der durch die statistischen Modelle erklärten Varianz war in der Modellierung von ATOA im Vergleich zu SA deutlich höher. **Zusammenfassung:** Affektive Probleme wie z. B. Depressivität stellen ein bedeutendes Korrelat von Altersbildern dar. Interessanterweise müssen Erkrankungen nicht zwingenderweise lebensbedrohlich sein, um mit älterem SA oder negativer ATOA zusammenzuhängen.

S103-3

The relationship of weather with daily physical activity and the time spent out of home in older adults from Germany—the ActiFE study

M. Klimek¹, R. Peter¹, M. Denkinger², D. Dallmeier², K. Rapp³, D. Rothenbacher¹, J. Klenk¹

¹Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ²Geriatric/Geriatisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Klinik für geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Fragestellung: Altersbilder (engl. views on aging; VoA) wie beispielsweise ein älteres subjektives Alter (engl. subjective age; SA) oder eine negative Einstellung gegenüber dem eigenen Älterwerden (engl. attitudes toward own aging; ATOA) haben in bisherigen Studien deutliche Zusammenhänge zu negativen Outcomes (u. a. psychische und physische Krankheit, Mortalität) gezeigt. Bisher wenig differenziert untersucht wurde jedoch inwiefern physische, affektive, und kognitive Gesundheit auch als Prädiktoren solcher Altersbilder fungieren können. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher die längsschnittlichen Zusammenhänge zwi-

schen einerseits solchen generellen Gesundheitsparametern, andererseits aber auch spezifischen Erkrankungen, und VoA zu untersuchen.

Methodik: Verwendete Daten stammen aus der ActiFE Ulm Studie. Für diese wurde bei Baseline eine repräsentative Stichprobe selbstständig lebender älterer Personen (Alter: 65–90 Jahre) rekrutiert. Follow-up Untersuchungen wurden nach 7,7 Jahren (Median) durchgeführt ($N=526$). Die bei Baseline nach epidemiologischen Standards gesammelten Gesundheitsdaten wurden als Prädiktoren für zwei Maße von Altersbildern (1-Item SA Indikator, 5-Item ATOA Skala) bei Follow-up untersucht.

Ergebnisse: Der stärkste Risikofaktor für älteres SA sowie negative ATOA war unter den generellen Gesundheitsparametern die berichtete Intensität affektiver Probleme (z. B. depressive Symptomatik). Zusammenhänge zwischen spezifischen Erkrankungen und VoA konnten ebenfalls gezeigt werden: Rückenschmerzen waren assoziiert mit negativer ATOA und Krebserkrankungen hingen zusammen mit einem älteren SA. Rheumatische Erkrankungen waren assoziiert sowohl mit negativem ATOA als auch älterem SA. Der Anteil der durch die statistischen Modelle erklärten Varianz war in der Modellierung von ATOA im Vergleich zu SA deutlich höher.

Zusammenfassung: Affektive Probleme wie z. B. Depressivität stellen ein bedeutendes Korrelat von Altersbildern dar. Interessanterweise müssen Erkrankungen nicht zwingenderweise lebensbedrohlich sein, um mit älterem SA oder negativer ATOA zusammenzuhängen.

S103-4

N-terminal pro brain natriuretic peptide (NT-proBNP) reference values in community dwelling older adults

U. Braisch¹, W. Koenig², D. Rothenbacher³, M. Denkinger¹, N. Friedrich⁴, S. B. Felix⁵, T. Ittermann⁶, M. Dörr⁷, D. Dallmeier¹

¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Deutsches Herzzentrum München, München; ³Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁴Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Greifswald; ⁵Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B, Universitätsklinikum, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald; ⁶Study of Health in Pomerania–Klinisch-epidemiologische Forschung (SHIP-KEF), Institut für Community Medicine, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald; ⁷Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Aims: Available upper reference levels (URL) in older adults for N-terminal pro brain natriuretic peptide (NT-proBNP), an established biomarker for heart failure (HF), are mainly based on small samples. We aimed to identify NT-proBNP URL in a population-based reference sample of individuals aged ≥ 65 years.

Methods: We analyzed established NT-proBNP predictors using quantile regression among 2459 participants of two German population-based cohorts, the Activity and Function in the Elderly Study (ActiFE, $n=1450$) and the Study of Health in Pomerania (SHIP-TREND-0, $n=1009$). Based on predictors a reference population of 441 subjects (ActiFE, $n=227$; SHIP-TREND-0, $n=214$) without history of diabetes, cardiovascular or pulmonary diseases, and with systolic blood pressure (BP) <140 mmHg, diastolic BP ≥ 60 and ≤ 90 mmHg, hemoglobin in men ≥ 14 and ≤ 18 g/dl and in women 12 and ≤ 16 g/dl, GFR 60 mL/min/1.73 m², CRP <5 mg/L, BMI 18 and ≤ 33 kg/m², and hs-cTnI <40 ng/L was built with NT-proBNP median levels and 97.5% quantiles reported stratified by sex and age. A secondary analysis analyzed the URL among 97 SHIP-TREND-0 participants with a left ventricular ejection fraction ≥ 50 and no diastolic dysfunction.

Results: The median age in the reference sample was 70 years, with 41.9% and 40.2% male participants in ActiFE and SHIP-TREND-0, respectively. We observed an age-dependent increment of NT-proBNP levels with higher values in women compared to men. Notably, NT-proBNP levels were >125 ng/L in 165 participants (37.4%), with URL (97.5% quantiles) equal to 663, 824, 592, 697 ng/L in men, and 343, 463, 2641, 1276 ng/L in women for ages 65–69, 70–74, 75–79, and 80+, respectively. In the secondary analysis ($n=97$) NT-proBNP levels >125 ng/L were still observed in 38 (39.2%) participants.

Conclusions: This reference sample of apparently healthy asymptomatic older adults showed an age-related increment of NT-proBNP levels with URL markedly higher than the European Society of Cardiology recommended cut-off of 125 ng/L for the diagnosis of HF in ambulatory settings. Identifying URL in those ≥ 80 years remains complex. Our results attempt to provide a frame for the further investigation of age-specific NT-proBNP cut-offs in older adults. Considering the demographic changes further evaluation of NT-proBNP URL in larger samples of older adults followed by the validation of age-specific cut-off values for the identification of heart failure in those ≥ 65 years are urgently needed.

S103-5

Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts

J. Klenk¹, D. Dallmeier², A. E. Paluch³,
on behalf of The Steps for Health Collaborative

¹Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ²Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Department of Kinesiology and Institute for Applied Life Sciences, University of Massachusetts Amherst, Amherst/USA

Background: Although 10,000 steps per day is widely promoted to have health benefits, there is little evidence to support this recommendation. We aimed to determine the association between number of steps per day and stepping rate with all-cause mortality.

Methods: In this meta-analysis, we identified studies investigating the effect of daily step count on all-cause mortality in adults, via a previously published systematic review and expert knowledge of the field. We asked participating study investigators to process their participant-level data following a standardised protocol. Primary outcome was all-cause mortality collected from death certificates and country registries. The dose-response association of steps per day and stepping rate with mortality was analysed. We did Cox proportional hazards regression analyses using study-specific quartiles of steps per day and calculated hazard ratios (HRs) with inverse-variance weighted random effects models.

Results: We identified 15 studies with study start between 1999 and 2018. The total sample included 47,471 adults, among whom there were 3013 deaths (10.1 per 1000 participant-years (PY)) over a median follow-up of 7.1 years (IQR 4.3–9.9); total sum of follow-up across studies was 297,837 PY. Quartile median steps per day were 3553 for quartile 1, 5801 for quartile 2, 7842 for quartile 3, and 10,901 for quartile 4. Compared with the lowest quartile, the adjusted HR for mortality was 0.60 (95% CI 0.51–0.71) for quartile 2, 0.55 (0.49–0.62) for quartile 3, and 0.47 (0.39–0.57) for quartile 4. Restricted cubic splines showed progressively decreasing risk of mortality among adults aged 60 years and older with increasing number of steps per day until 6000–8000 steps per day and among adults <60 years until 8000–10,000 steps per day. Adjusting for number of steps per day, comparing quartile 1 with quartile 4, the association between higher stepping rates and mortality was attenuated but remained significant for a peak of 30 min (HR 0.67 [95% CI 0.56–0.83]) and a peak of 60 min (0.67 [0.50–0.90]), but not significant for time (min per day) spent walking at 40 steps per min or faster (1.12 [0.96–1.32]) and 100 steps per min or faster (0.86 [0.58–1.28]).

Interpretation: Taking more steps per day was associated with a progressively lower risk of all-cause mortality, up to a level that varied by age. These findings can be used to inform step guidelines for public health promotion of physical activity.

S104 Projekt AIDA – Akteurszentrierte Integration Digitaler Assistenzsysteme

Moderation: S. Kühnert¹

Diskutant:in: M. Henne²

¹Fachbereich II: Heilpädagogik und Pflege, Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum; ²Pflegemanagement, IU – Internationale Hochschule, Duisburg

Das Projekt „AIDA“ untersucht mit einem Praxispartner der ambulanten Pflege und einem Technikpartner, unter welchen Bedingungen digitale Assistenztechnologien eingesetzt werden können. Ausgehend von der grundsätzlichen Verfügbarkeit dieser Technologien, die ein selbständiges Wohnen und Leben im Alter bzw. bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ermöglicht, sollen bisherige Anwendungsbarrieren erfasst werden. Gemeinsam mit Pflegekräften, Leitungsmitarbeitenden sowie Menschen mit Pflegebedarf und Angehörigen sollen die Nutzungserfahrungen in der Häuslichkeit der Probanden reflektiert und Hinweise zur Entwicklung eines Rahmenmodells erarbeitet werden.

Es findet zunächst eine **Einleitung** statt, welche einen kurzen Überblick über das Projekt skizziert.

Beitrag A: M. Schlifski: **Pflegekräfte (und Pflegeorganisation)** im Spannungsfeld von Ökonomisierung, Fürsorge und Pflegenotstand

- Dieser Beitrag dient dazu die Fehlentwicklungen der Pflege im Zuge des sogenannten Pflegenotstandes zu beschreiben. Auf dieser Basis kann ein Blick auf Lösungsansätze gerichtet werden.

Beitrag B: J. Köpke: Verbleib von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf im eigenen Zuhause – Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten

- Jene Lösungsansätze können die Nutzung digitaler Assistenzsysteme umfassen. Dazu wird in diesem Beitrag beschrieben, wie in Haushalten von Pflegebedürftigen digitale Assistenzsysteme installiert werden und welche Herausforderungen damit einhergehen.

Beitrag C: R. Schöttler: **Diffusionsbarrieren** für die Nutzung von digitaler Technik in der Pflegepraxis

- Dieser Beitrag soll einen Überblick über das Projekt geben. Dazu zählt die Identifikation einer Forschungslücke und die Herleitung einer Forschungsfrage. Erste Forschungsergebnisse werden präsentiert.

Beitrag D: A. Kuhlmann: **Möglichkeiten und Ansatzpunkte partizipativer Forschung im Projekt AIDA – Erste Erfahrungen**

- Das Projekt zeichnet sich dadurch aus, dass es kooperativ angelegt ist und dadurch Partner*innen aus Wissenschaft, Praxis und Wirtschaft zusammenbringt. Erste Erfahrungen zur Umsetzung eines partizipativ angelegten Forschungskonzeptes werden vorgestellt und die Sichtweisen der verschiedenen Akteur*innen der ambulanten Pflege werden reflektiert.

Podiumsdiskussion: Die anschließende Diskussion erfolgt unter Bezugnahme auf sozial-ethische sowie organisationale und managementbezogene Anforderungen aus Perspektive der Pflegewissenschaft und der Sozialökonomie.

S104-1

Pflegekräfte und ihre Arbeitgeber im Spannungsfeld von Ökonomisierung, Fürsorge und Pflegenotstand

M. Schlifski

Projekt AIDA, Evangelische Hochschule Rheinland Westfalen Lippe, Bochum

Dieser Beitrag stellt dar, welche Bedarfe Pflegekräfte in Bezug auf ihren Arbeitsalltag äußern. Entsprechende Fragestellungen lauten: Welche Probleme und Missstände bemängeln Pflegekräfte in Bezug auf die Arbeitszeit, den Arbeitsstress und die Qualität der Arbeit? Welche Bedarfe benennen Pflegekräfte und wie werden entsprechende Bedarfe ermittelt? Pflegekräfte bieten eine Dienstleistung an, welche von Pflegeorganisationen strukturell und finanziell organisiert wird. Jene Pflegeorganisationen stehen großen Herausforderungen gegenüber, indem sie auf der einen

Seite einen erhöhten Bedarf bedienen müssen (demografischer Wandel) und auf der anderen Seite mit immer weniger Personal auskommen müssen (Fachkräftemangel). Darüber hinaus sehen sich viele Pflegeorganisationen einem Ökonomisierungsdruck ausgesetzt, insbesondere wenn sie in privater Trägerschaft sind. Dadurch verschärft sich für viele jenes Spannungsfeld zwischen Bedarfen und Leistungsfähigkeit noch weiter. An dieser Stelle könnten digitale Assistenzsysteme eine personelle und wirtschaftliche Entlastung schaffen.

Es stellt sich die Frage: Welche organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Herausforderungen gehen mit etwaigen Interventionsmaßnahmen innerhalb einer Pflegeorganisation einher? Und wie können diese Herausforderungen bewältigt werden?

Im Gesamtkontext des Symposiums soll anhand der Pflegeorganisation darauf eingegangen werden, wie sich die wissenschaftliche Herangehensweise bei AIDA darstellt. So soll auf die Partizipation aller Akteure, den iterativen Prozess und die qualitativen Forschungsmethoden eingegangen werden. Essenziell dafür ist das pflegeorganisatorische Gatekeeping.

Außerdem kann ein Ausblick auf Hypothesen gegeben werden. So wird erwartet, dass es sich bei den Diffusionsbarrieren von Assistenzsystemen in die Pflegepraxis um ein sogenanntes komplexes Problem innerhalb der Pflegeorganisation handelt.

Der Beitrag dient im Gesamtkontext des Symposiums somit dazu den sogenannten Pflegenotstand zu thematisieren, welcher maßgeblich anhand der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege nachgezeichnet werden kann. Auf dieser Grundlage bietet es sich an nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, welche sich möglicherweise in der Nutzung digitaler Assistenzsysteme finden lassen.

S104-2

Verbleib von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf im eigenen Zuhause – Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten

J. Köpke

Projekt AIDA, Ev. Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Pflegebedürftige Menschen haben einen Bedarf nach adäquater pflegerischer Versorgung. Im Zuge des Pflegenotstandes stellen sich allerdings die Fragen: Welche sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen hat ein Versorgungsmangel? Und welche Lösungsmöglichkeiten gibt es, um die Versorgung zu verbessern?

Dieser Beitrag beschäftigt sich entsprechend mit der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen, die im Projekt AIDA involviert sind. Sowohl ihre Bedarfe innerhalb der Pflege als auch ihre Einstellungen und Kompetenzen hinsichtlich unterstützender Maßnahmen sollen kritisch reflektiert werden.

Angesichts des in Beitrag A beschriebenen Pflegenotstandes bietet es sich an, nach entsprechend innovativen Lösungsmöglichkeiten zu suchen, die überdies den sozioökonomischen Wandel der Digitalisierung angemessen berücksichtigen. Im Gesamtkontext des Symposiums sollen anhand der Pflegebedürftigen bzw. der in der ambulanten Pflege betreuten Haushalte jene Interventionsmöglichkeiten durch digitale Assistenzsysteme skizziert werden.

Im Projekt AIDA wurde dazu eine Modellwohnung konzipiert, welche insbesondere zu Präsentationszwecken eingesetzt werden kann und so potenziellen Nutzer:innen (Pflegebedürftigen) die Einsatzmöglichkeiten und Funktionsweisen digitaler Assistenzsysteme demonstriert. Bei dieser Modellwohnung handelt es sich um eine Schlüsselkomponente im Implementierungskonzept des Projektes. Diese soll daher mit Verweis auf die sozialen und gesundheitlichen Bedingungen der Lebenswelten von Pflegebedürftigen detailliert vorgestellt werden.

S104-3 Diffusionsbarrieren für die Nutzung von digitaler Technik in der Pflegepraxis

R. Schöttler

Ev. Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Das Projekt AIDA dient nicht allein der Identifikation des Pflegenotstandes und der Benennung von Lösungsmöglichkeiten, sondern thematisiert eine Diskrepanz zwischen einerseits Bedarfen und entsprechenden Angeboten und andererseits einer bisweilen mangelnden Diffusion jener Technologien in der Pflegepraxis.

Die leitende Forschungsfrage ist, wie die Integration digitaler Assistenzsysteme in Arbeitsprozesse der ambulanten Pflege, und damit in die Lebenswelt älterer Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen, sowie auf der Ebene der Prozesse und Organisationen zu gestalten ist, um die Bedarfe aller beteiligten Akteurs- und Nutzergruppen angemessen zu berücksichtigen. Zentral für die Motivation des Vorhabens ist die Beobachtung, dass obwohl ...

- seit einigen Jahren intensiv an der Entwicklung digitaler Assistenzsysteme für die ambulante Pflege geforscht wird,
- mittlerweile eine Reihe geeigneter Technologien zur Verfügung stehen (vgl. casenio u. a.),
- die Kosten für den Einsatz solcher Systeme in die Reichweite einer realistischen Refinanzierung gesunken sind (vgl. z. B. casenio),
- technischen Assistenzsystemen das Potenzial zugeschrieben wird, den Verbleib älterer Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf in der Häuslichkeit zu fördern,
- die Akzeptanz einer sensorischen Raumüberwachung von potenziellen älteren Nutzenden selbst sowie von Experten (unter Bedingungen ausreichender Information, Datenschutzregeln und technischer Unterstützung) positiv bewertet wird und
- eine Aufgeschlossenheit von (zukünftigen) Pflegefachkräften gegenüber technischen Assistenzsystemen gegeben ist und technische Lösungen von diesen fachlich positiv bewertet werden (u. a. Aufwertung des Pflegeberufs, Einklang mit persönlichem Pflegeverständnis),
- trotz dieser positiven Einschätzungen und Trends eine nennenswerte Diffusion der Praxis der ambulanten Pflege mit diesen Systemen bis heute jedoch nicht stattgefunden hat.

Dieser Beitrag präsentiert, wie die Forschungsfrage hergeleitet wurde, welche Herausforderungen damit für den Forschungsprozess einhergehen und welche ersten Ergebnisse vorliegen. Außerdem wird dargestellt, welche Hypothesen den Forschungsprozess prägen. So könnte es sein, dass es sich bei den Anwendungsbarrieren digitaler Assistenzsysteme um ein sogenanntes komplexes Problem handelt. Somit wäre von wechselwirkenden Bedingungen für die Hemmnisse eines digitalen Wandels in der ambulanten Pflege auszugehen.

S104-4 Möglichkeiten und Ansatzpunkte partizipativer Forschung im Projekt AIDA – erste Erfahrungen

A. Kuhlmann

Fachbereich II: Heilpädagogik und Pflege, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Das Projekt AIDA zeichnet sich durch einen kooperativ angelegten Forschungsprozess aus, der Sichtweisen der Mitwirkenden aus Wissenschaft, der pflegerischen Praxis (Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen gGmbH), der Pflegehaushalte als auch aus der Wirtschaft bzw. Vermarktung digitaler Assistenzsysteme (casenio AG) zusammenführt. Mittels akteursübergreifender systematischer Reflexion der Erfahrungen aus der Implementierung und Anwendung des technischen Assistenzsystems zielt AIDA darauf ab, ein Rahmenmodell zu entwickeln.

In diesem Beitrag werden Ansatzpunkte des partizipativ angelegten Forschungskonzeptes für verschiedene Akteursgruppen aufgezeigt. Vor dem

Hintergrund erster Erfahrungen und Ergebnisse der (Pre-)Implementierung werden insbesondere folgende forschungspraktische und -ethische Aspekte reflektiert:

Wie gelingt die Einbindung der Akteursgruppen vor dem Hintergrund pandemiebedingter Einschränkungen?

Wie können Pflegemitarbeitende als pandemiebedingt hoch belastete Akteursgruppe adressiert und für das Projekt gewonnen werden?

Wie können Menschen mit Hilfs-/Pflegebedarf erreicht und für eine Erprobung des Assistenzsystems in der Häuslichkeit interessiert werden?

Wie können eine mehrmonatige Nutzung und die Bereitschaft zum Teilen der Nutzungserfahrungen bei Ihnen angeregt und aufrechterhalten werden?

Wie kann es gelingen, Austausch, Reflexion und Entwicklung innerhalb der einzelnen Akteursgruppen sowie gruppenübergreifend zu gestalten?

S105 Freie Vorträge – Arzneimitteltherapie

S105-1

Antipsychotika gegen Agitiertheit und psychotische Symptome bei Menschen mit Demenz – ein Cochrane Review

V. Mühlbauer¹, R. Möhler², M. N. Dichter³, S. U. Zuidema⁴, S. Köpke³, H. J. Luijendijk⁴

¹Institut DigiHealth, Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm; ²Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät und Universitätsklinik Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ³Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät & Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln; ⁴Department of General Practice and Elderly Care Medicine, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen/NL

Fragestellung: Dieses systematische Review untersucht Wirksamkeit und Sicherheit von typischen und atypischen Antipsychotika bei Menschen mit Alzheimer oder vaskulärer Demenz.

Methodik: Das Review wurde nach den Cochrane Methoden erstellt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte in Datenbanken (MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo und ALOIS) und Studienregistern, ergänzt durch eine Handsuche. Es wurden randomisierte, Plazebo-kontrollierte Studien mit oraler Antipsychotikagabe bei Menschen mit Alzheimer oder vaskulärer Demenz eingeschlossen, bei denen die Mehrheit der Teilnehmenden agitiert oder psychotisch war. Endpunkte waren Agitiertheit oder psychotische Symptome, (schwerwiegende) Nebenwirkungen, Somnolenz, extrapyramidale Symptome (EPS) und Tod.

Ergebnisse: Von 8233 Zitationen der Literaturrecherche wurden 35 Volltexte gelesen und 24 Studien eingeschlossen. Vier Studien untersuchten typische Antipsychotika (3 Agitiertheit, 1 Psychose), 18 Studien atypische Antipsychotika (7 Agitiertheit, 11 Psychose), 2 Studien beide Antipsychotikaklassen (1 Agitiertheit, 1 Psychose).

Die Ergebnisse aus Studien zu Typika (hauptsächlich Haloperidol) sind mit großer Unsicherheit verbunden. Möglicherweise führt die Behandlung zu einer leichten Verringerung von Agitiertheit (SMD $-0,36$; 95 % CI $-0,57$ bis $-0,15$; $n=361$) und psychotischen Symptomen (SMD $-0,29$; 95 % CI $-0,55$ bis $-0,03$; $n=240$).

Die Ergebnisse aus Studien zu Atypika sind belastbarer. Atypische Antipsychotika reduzieren wahrscheinlich Agitiertheit leicht (SMD $-0,21$; 95 % CI $-0,30$ bis $-0,12$; $n=1971$), haben aber wahrscheinlich einen vernachlässigbaren Effekt auf psychotische Symptome (SMD $-0,11$; 95 % CI $-0,18$ bis $-0,03$; $n=3364$).

Beide Substanzklassen erhöhen das Risiko für Somnolenz (Typika RR 2,62; 95 % CI 1,51–4,56; $n=466$; Atypika RR 1,93; 95 % CI 1,57–2,39; $n=3878$) und EPS (Typika 2,26; 95 % CI 1,58–3,23; $n=467$; Atypika RR 1,39; 95 % CI 1,14–1,68; $n=4180$). Vor allem Atypika erhöhen das Risiko für schwerwiegende Nebenwirkungen (RR 1,32; 95 % CI 1,09–1,61; $n=4316$) und Tod (RR 1,36; 95 % CI 0,90–2,05; $n=5032$).

Zusammenfassung: Während eine leichte Reduktion der Agitiertheit durch Antipsychotika möglich scheint, ist der Effekt der atypischen Antipsychotika bei psychotischen Symptomen vernachlässigbar. Aufgrund des erhöhten Risikos für Somnolenz und EPS ist vor dem Einsatz von Antipsychotika eine offene Diskussion mit Menschen mit Demenz bzw. deren Betreuer:innen unerlässlich.

S105-2 Consensus Validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List in Several European Countries/Regions: Version 2

F. Pazan, M. Wehling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim

Numerous studies have shown that the use of medications in older people is often inappropriate. Sadly, for most of the medications there is no evidence for efficacy and safety in older people. This problem is intensified by the presence of multimorbidity and therefore polypharmacy in this vulnerable group. To increase the appropriateness of drug treatment in geriatric patients the FORTA list was developed. Moreover, FORTA's utility was assessed in a pilot clinical trial as well as in a controlled prospective study. Both studies showed that FORTA significantly improves the quality of drug treatment as well as relevant clinical outcomes. Encouraged by these results, the FORTA list was validated in several European countries. Based on the new evidence in the field of geriatric drug therapy and experiences with the previous versions, we aimed to update the existing country-specific FORTA lists as well as the EURO-FORTA list. All former participants were invited to participate in this study. If required, additional experts were chosen using our previously developed algorithm. Over 50 experts have agreed to take part in this project. Besides, in all countries/regions a high degree of agreement with the proposed FORTA classifications (>90%) has been observed. The results of the first Delphi round are going to be evaluated. In the next round, the newly proposed substances and medications for which there was a low consensus among participants are going to be re-assessed. Based on the country/region specific FORTA lists, a new EURO-FORTA list will be created.

S105-3 Arzneimitteltherapiesicherheit für PflegeheimbewohnerInnen: Ergebnisse der cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie HIOPP-3-iTBX in 44 Pflegeheimen

O. Krause¹, U. Junius-Walker¹, P.A. Thürmann², A. Fuchs³, A. Wollny⁴, R. Stolz⁵, H. Haumann⁵, A. Freytag⁶, S. Wilm³, B. Wiese¹

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ²Philipp Klee Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal; ³Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ⁴Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock; ⁵Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; ⁶Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Jena, Jena

Hintergrund: Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) von Heimbewohnern (HBW) wird durch Polypharmazie, potenziell inadäquate Medikamente (PIM) und Neuroleptika sowie wenig verzahnte interprofessionelle Abläufe im Heim beeinträchtigt. Die HIOPP-3-iTBX-Studie (HIOPP: Hausärztliche Initiative zur Optimierung der PolyPharmazie) hatte die Verbesserung der AMTS bei HBW, incl. Reduktion von PIM und/oder Neuroleptika, durch eine interprofessionelle, komplexe Intervention zum Ziel. **Methodik:** Erste pragmatische, cluster-randomisierte, kontrollierte Studie in Pflegeheimen in Deutschland. Eingeschlossen wurden HBW über 65 Jahre mit schriftlicher Einwilligung (ggf. durch gesetzliche Betreuer). Intervention über 6 Monate aus 4 Elementen:

1. Medikationsreview durch speziell geschulte Apotheker,
2. Schulung von Hausärzten und Pflegekräften,

3. Toolbox zur AMTS (Ampelkarte, PRISCUS-Liste),
 4. Changemanagement Seminare für alle 3 beteiligten Professionen.
- Die Kontroll-Heime erhielten die bisherige Versorgung. Primärer Endpunkt: Anzahl von PIM und/oder mindestens zwei Neuroleptika. Sekundäre Endpunkte: Sturzinzidenz, Hospitalisierungen, Lebensqualität und Gesundheitskosten. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinische Studien registriert (DRKS00013588).

Ergebnis: Es konnten 44 Heime mit 862 HBW randomisiert werden: 23 Heime mit 452 HBW Interventionsgruppe, 21 Heime mit 410 HBW Kontrollgruppe. 41 % der HBW nahmen mindestens ein PIM und/oder zwei Neuroleptika gleichzeitig ein. Die Follow-up Untersuchung (u. a. Medikationsplan) erfolgte bei 773 HBW. Die Intention-to-treat Analyse zeigte keinen Unterschied im primären Endpunkt zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. **Schlussfolgerung:** Die HIOPP-3-iTBX-Studie zur Steigerung der AMTS für HBW führte weder zu einer Reduktion von PIM und/oder Neuroleptika noch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der HBW.

S105-4 Einfluss der Optimierung der Pharmakotherapie nach FORTA auf die Aktivitäten des täglichen Lebens. Eine retrospektive Analyse von 246 geriatrischen Klinikpatienten

H. Frohnhofen¹, F. Pazan², J. Schlitzer³, M. Wehling²

¹Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachabteilung für Altersmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Alfried-Krupp-Krankenhaus, Essen; ³Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim

Hintergrund: Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, dass Polypharmazie bei älteren Menschen sehr häufig ist. Polypharmazie ist ein Marker für Multimorbidität und unter anderem mit funktionellen und kognitiven Einschränkungen, Krankenhausaufnahmen sowie einer schlechteren Prognose assoziiert. Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Polypharmazie, Verordnungsqualität und Funktionalität ist weniger gut belegt.

Methodik: Wir analysierten 246 Patienten, die in Essen in die VALFORTA-Studie eingeschlossen wurden. In dieser prospektiv randomisierten Studie wurde der Einfluss einer Modifikation der Pharmakotherapie nach dem FORTA-Prinzip auf die Verordnungsqualität untersucht. In dieser post-hoc Analyse untersuchten wir für die Interventions- und die Kontrollgruppe die durchschnittliche tägliche Veränderung des Barthel-Index als Maß für die Aktivitäten des täglichen Lebens. In die Analyse wurden das Patientenalter, der Barthel-Index bei Klinikaufnahme, die Komorbiditätslast (Charlson-Index) und die Therapiedichte berücksichtigt.

Ergebnisse: Die Tabelle zeigt die Basisdaten der Patienten.

Parameter	Kontrolle N = 128 N/IQR	Intervention N = 118 N/IQR	p-Wert
Geschlecht: N: m/w	41/87	35/83	n. s.
Alter [J]	82 (78–85)	86 (81–89)	0.001
Anzahl der Erkrankungen [N]	8 (6–10)	9 (7–11)	0.03
Charlson-Index	2 (1–4)	2 (1–3)	0.03
Liegedauer [Tage]	18 (13–23)	21 (15–30)	0.01
Medikamente bei Aufnahme [N]	8 (6–10)	7 (5–9)	n. s.
Medikamente bei Entlassung [N]	8 (7–11)	8 (6–10)	n. s.
FORTA-Score Aufnahme	2 (2–4)	2 (1–4)	n. s.
FORTA-Score Aufnahme	1 (1–2)	0 (0–0)	0.001

In der logistischen Regressionsanalyse beeinflussen Lebensalter, Barthel-Index bei Klinikaufnahme, Liegedauer, Charlson-Index, VALFORTA-Gruppe und die Anzahl der Therapieeinheiten die Zunahme des BI um wenigstens 0.5 Punkte pro Tag.

Logistischen Regressionsanalyse:

Variable	OR	CI	p
Barthel-Index bei Aufnahme:	0.969	(95 % CI: 0.954–0.983)	0.001
Charlson-Index:	0.813	(95 % CI: 0.677–0.975)	0.03
VALFORTA-Gruppe:	1.964	(95 % CI: 1.076–3.585)	0.03
Alter:	1.015	(95 % CI: 0.964–1.069)	n. s.
Therapieeinheiten:	0.989	(95 % CI: 0.972–1.007)	n. s.

Schlussfolgerung: Lebensalter und Barthel-Index bei Klinikaufnahme beeinflussen den funktionellen Die Qualität der Pharmakotherapie nach dem FORTA-Prinzip hat einen zusätzlichen, unabhängigen und signifikanten Einfluß.

S105-5

AMTS im Alter: Klinische Fallbeispiele mit Look-alike/Sound-alike (LASA) Fehlern

O. Krause¹, L. Müller², J. Heck³

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover;

²Zentralapotheke, Klinikum Chemnitz, Chemnitz; ³Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Einleitung: Die Arzneimitteltherapiesicherheit alter Menschen kann durch viele Faktoren wie z. B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikamente beeinträchtigt sein. Dabei spielen auch Medikationsverwechslungen eine Rolle. Das Phänomen der Look-alike/Sound-alike (LASA) Verwechslungen hat jeder im klinischen Alltag bereits erlebt, trotzdem ist es insgesamt wenig bekannt.

Fragestellung: Wie sehen Look-alike/Sound-alike (LASA) Verwechslungen im klinischen Alltag aus?

Methode: Präsentation von LASA-Fallbeispielen aus 3 Kliniken (Medizinische Hochschule Hannover; Klinikum Chemnitz; DIAKOVERE Henriettenstift Hannover).

Ergebnisse: In dem sehr klinisch orientierten Vortrag werden LASA und die klinischen Konsequenzen dargestellt, z. B. die Verwechslung von Clopidogrel mit Clozapin etc [1]. Eine Möglichkeit zur Prävention von LASA-Fehlern ist das Tall Man Lettering, d. h. die partielle Großschreibung der Medikamentennamen (CloPIDOgreL versus CloZAPin).

Diskussion: LASA-Phänomene und daraus resultierende Medikationsfehler sind im geriatrischen Klinikalltag unbedingt zu beachten. Tall Man Lettering ist ein wichtiges Instrument zur Vermeidung, in Deutschland bisher jedoch kaum bekannt.

Literatur

1. Heck J, Groh A, Stichtenoth DO, Bleich S, Krause O (2020) Look-alikes, sound-alikes: Three cases of insidious medication errors. Clin Case Rep 8(12):3284–3287. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3409>

S106 Molecular Aging Research

Moderation: G. Fuellen

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock

Over the last years, the in-vivo induction of partial cellular reprogramming gained popularity as an approach towards rejuvenating cells, tissues and potentially entire organisms, as measured by epigenetic, gene expression, metabolomic and functional markers. Defining the “therapeutic window” of the right kind, dose and duration of such “reprogramming to health”, eliminating the risk of serious adverse events while still maximizing the rejuvenation effect, is an open question. In this symposium, we will feature the new developments in this exciting area of research, and will try to evaluate translatability to human.

S106-1

Mechanosensing and ligand-induced metabolic activity prevent senescence of muscle stem cells

T. Braun

Max Planck Institute for Heart and Lung Research, Bad Nauheim

Skeletal muscle renewal and regeneration is accomplished by resident muscle stem cells (MuSCs), which decline during ageing due to various processes, including acquisition of senescence [1, 2]. Moreover, aging is associated by a reduction in skeletal muscle mass and sarcopenia, involving reduced innervation, an imbalance of protein synthesis and degradation, as well as attenuated fusion of MuSCs to myofibers. To identify transcriptional changes and differences in the heterogeneity of MuSCs, we performed comparative single cell RNA-sequencing using 2-months and 12-months old MuSCs. We identified a distinct juvenile subpopulation, characterized by expression of secreted signaling molecules and high metabolic activity, which declined during aging. Conditional inactivation of the signaling molecule in young mice recapitulated several aspects of aging, while overexpression prevented regenerative decline and increased muscle strength in aged mice. Furthermore, we found that *Piezo1*, a mechanosensitive ion channel, keeps MuSCs in a quiescent state and prevents senescence. Inactivation of *Piezo1* results in compensatory up-regulation of T-type voltage-gated Ca^{2+} channels, leading to increased Ca^{2+} influx, which strongly induces NOX4 expression via cPKC. Elevated NOX4 expression increases ROS levels and DNA damage, causing P53-dependent cellular senescence and cell death of MuSCs. Pharmacological inhibition of P53 in *Piezo1*-deficient mice abrogates increased senescence of MuSC and normalizes muscle regeneration. Reduced mechano-signaling due to decreased physical activity during aging may contribute to the increase of senescent cells and the decline of MuSC numbers in geriatric mice and humans.

References

1. Relaix F et al (2021) Perspectives on skeletal muscle stem cells. Nat Commun 12(1):692
2. Sousa-Victor P et al (2014) Geriatric muscle stem cells switch reversible quiescence into senescence. Nature 506(7488):316–321

S106-2 Non-coding RNA RNA-based mechanism in cardiovascular ageing

R. Boon

Institute for Cardiovascular Regeneration, Goethe University Hospital, Frankfurt am Main

Background: Aging is the main risk factor for cardiovascular disease. The predominant cardiovascular disease in the elderly population is heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF). Besides cardiomyocyte-intrinsic impairment, endothelial dysfunction, promoted by co-morbidities related low-grade pro-inflammatory state, induces impairment of cardiomyocyte relaxation. Using a co-culture setup combined with a high-throughput analysis system, we have previously demonstrated a proof-of-concept of endothelial enhancement of cardiomyocyte function. Long non-coding RNAs (lncRNAs) regulate numerous processes in cardiovascular disease. However, their role in HFpEF is unknown. We have previously shown that the highly conserved lncRNA H19 is important in regulating endothelial ageing. It has also been shown that H19 expression is enriched in cardiac endothelial cells. We hypothesized that lncRNA H19 governs cardiac endothelial cell biology and its dysregulation impairs endothelial enhancement of cardiomyocyte relaxation.

Methods and results: We demonstrated that H19 is highly expressed in cardiac microvascular endothelial cells (CMECs). Silencing of H19 promoted CMEC morphological disarray and increased IL6 production. H19 silencing induced STAT3 activation and was accompanied by increased mitochondrial reactive oxygen species level and reduced mitochondrial function measured by Seahorse assay. Interestingly, using the co-culture system we have developed, we demonstrated that H19 silencing in CMECs induced impairment of cardiomyocyte relaxation, which was rescued by treatment with IL6 receptor blocker tocilizumab.

Conclusion: Cardiac endothelial-enriched lncRNA H19 is essential in regulating cardiac endothelial cell function. Silencing of H19 in CMECs impairs endothelial biology via activation of STAT3 pathway, which promotes impairment of endothelial enhancement of cardiomyocyte function, an effect that can be rescued by IL6 blockade.

S106-3 Contribution of cysteines to the activity of FOXO transcription factors

N. Krafczyk, H. Steinbrenner, L.-O. Klotz

Lehrstuhl für Nutrigenomik, Institut für Ernährungswissenschaften, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Forkhead box O (FOXO) transcription factors regulate the expression of antioxidant proteins, which contributes to their role in upholding cellular stress resistance. FOXO activity, in turn, is modulated by stressful stimuli, including oxidative stress. This occurs predominantly through posttranslational modifications, such as the oxidation of cysteine residues, which was identified as a regulator of FOXO3 and FOXO4 activity under conditions of oxidative stress [1]. Here, we analyzed the role of cysteine residues under basal conditions, focusing on two human FOXO isoforms: FOXO1, the isoform with the highest number of Cys residues, and FOXO6, which is different from all other FOXOs in that it is a constitutively nuclear protein. As FOXO transcription factors mediate effects of insulin on the expression of target genes, we here chose to test for FOXO-dependent modulation of the expression of the gene encoding glucose-6-phosphatase (*G6PC*) in cultured human hepatoma cells. Having generated cysteine-deficient mutants of FOXO1 [FOXO1(C1-7S)] [2] and FOXO6 [FOXO6(C1-5S)], we demonstrated that stimulation of *G6PC* promoter activity and expression was enhanced upon overexpression of both wild type (WT) and Cys-deficient FOXO isoforms. However, transactivation activity of cysteine-deficient FOXO1 and FOXO6 mutants was only about half of that of their respective WT forms. Interestingly, this decreased activity was not due to alterations

in subcellular localization of FOXO proteins. Rather, coexpression of either isoform with coactivators [CREB-binding protein (CBP), peroxisome proliferator-activated receptor gamma coactivator 1-alpha (PGC-1a)] or other transcription factors [hepatocyte nuclear factor 4 alpha (HNF4a)] elicited a synergistic effect on *G6PC* promoter activation as well as expression. This synergistic effect was diminished if FOXO1(C1-7S) or FOXO6(C1-5S) were expressed instead of WT-FOXOs.

The exact mode of interaction between FOXO1 and FOXO6 and the aforementioned coactivators or transcription factors, as well as the contribution of FOXO cysteine residues, are currently being analyzed.

References

1. Krafczyk N, Klotz LO (2022) FOXO transcription factors in antioxidant defense. *iubmb Life* 74:53–61
2. Tsitsipatis D, Gopal K, Steinbrenner H, Klotz LO (2018) FOXO1 cysteine-612 mediates stimulatory effects of the coregulators CBP and PGC1a on FOXO1 basal transcriptional activity. *Free Radic Biol Med* 118:98–107

S106-4 Induced pluripotent stem cell–derived brain cell models as tools to study late-onset Alzheimer’s disease

C.L. Abid, E. Tan, J. Feldhaus, T. Hollemann, M. Jung

Institut für Physiologische Chemie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

With an aging population, the world is facing an Alzheimer’s disease (AD) crisis. A progressive neurodegenerative disease that primarily affects the elderly. The accumulation of amyloid beta peptides (A β), their aggregation and deposition in amyloid plaques is considered one of the main pathogenic mechanisms in AD. However, these pathologies often go unnoticed for decades before the onset of dementia symptoms. Certain genes identified in genome-wide association studies may increase the risk of developing Alzheimer’s disease. One of the strongest genetic risk factors is a form of the apolipoprotein E gene called APOE4. ApoE isoforms differentially regulate A β aggregation and clearance in the brain and have distinct functions in regulating lipid transport in the brain, glucose metabolism, neuronal signalling, neuroinflammation, and mitochondrial function. All of these functions point primarily to the role of the blood-brain barrier (BBB) and microglia. The blood vessels that vascularize the central nervous system (CNS), referred to as the BBB, strictly regulate the movement of ions, molecules, and cells between the blood and the brain. Microglia, on the other hand, are a specialized population of macrophage-like cells in the CNS that are considered sentinels of the immune system, capable of orchestrating a strong inflammatory response, and are broadly involved in brain protection and repair. To investigate the pathogenesis of APOE4, we generated induced pluripotent stem cells (iPSCs) from somatic cells of AD patients and healthy donors. These iPSCs were then differentiated to form a BBB- and microglia-like cell model. The models were characterized by PCR and immunofluorescence of cell-specific markers and assessed by functional assays. AD iPSC-derived BBB showed lower transendothelial electrical resistance (TEER) and high permeability, indicating impaired cell-cell connections and less selective transport. Microglia-like cells derived from AD-iPSCs showed impaired A β phagocytosis and an inflamed state. In addition, the models were combined into a co-culture, and cell-cell communication-based transcriptomic changes were observed. These observations call for a more detailed investigation of different signalling pathways to better understand how APOE4 drives pathogenesis at the BBB.

S107 Depression im Altenpflegeheim aus interdisziplinärer Sicht: Befunde aus dem Frankfurter Projekt DAVOS

Moderation: F. Oswald¹, J. Pantel²

¹Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.; ²Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitäts Klinikum Frankfurt, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Depressionen sind im hohen Alter grundsätzlich häufig, sie treten aber bei älteren Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, doppelt so häufig auf wie bei zu Hause lebenden Personen. Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, werden diese bei Pflegeheimbewohnern häufig nicht bemerkt und dementsprechend nicht behandelt. So erhalten in Deutschland lediglich 42,9% der an einer Depression erkrankten Pflegeheimbewohner tatsächlich eine entsprechende ärztliche Diagnose und nur die Hälfte davon eine adäquate Therapie in Form von Psychopharmaka. Diese Tatsache stellt aus therapeutischer und pflegewissenschaftlicher Sicht ein eklatantes Versorgungsdefizit dar und führt insgesamt bei den Betroffenen u. a. zu einer reduzierten Lebensqualität, einem schlechteren körperlichen Funktionsniveau, früherer Sterblichkeit und einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten. Darüber hinaus stellt sich aber aus sozialgerontologischer Perspektive auch die Frage des Erlebens des Heimaltags sowie der Gestaltung desselben jenseits der Depression, wie dies insbesondere unter erschwerten Bedingungen im ersten Jahr der Corona-Pandemie der Fall war. Das Forschungsprojekt DAVOS sollte der Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen mit Depression in Pflegeeinrichtungen dienen. Des Weiteren wurden positive Effekte auf Funktionsniveau, Lebensqualität sowie soziale Teilhabe erwartet. Insgesamt nahmen zehn Pflegeeinrichtungen (Frankfurter Verband und Agaplesion Markus Diakonie GmbH) in Frankfurt am Main an der Studie teil. Im Rahmen des Symposiums werden anhand von vier Beiträgen aktuelle Befunde aus Sicht der Psychologie, der Psychotherapie, der Versorgungsforschung, der Pflegewissenschaft und der sozialen Gerontologie präsentiert und in der Folge interdisziplinär diskutiert.

S110 Die interessantesten Paper des letzten Jahres. Symposium des Wissenschaftsforums Geriatrie

Moderation: A. Rösler¹, A. Lukas²,

Diskutanten/Referenten: U. Müller-Werdan³, J. Pantel⁴, V. Goede⁵, D. Dallmeier⁶, O. Krause⁷, W. Maetzler⁸

¹Geriatrische Klinik, Bethesda Krankenhaus Hamburg Bergedorf, Hamburg; ²Klinik für Geriatrie, Zentrum für Altersmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn; ³Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ⁴Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitäts Klinikum Frankfurt, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.; ⁵Sektion für Onkologische Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln; ⁶Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁷Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ⁸Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Sechs bis acht wissenschaftlich aktive Geriater:innen präsentieren die ihrer Ansicht nach interessantesten Forschungsarbeiten des letzten Jahres pointiert über jeweils 10 min. Die Zuhörer:innen erhalten so ein kurzweiliges wissenschaftliches Update im Bereich der Geriatrie.

S111 Freie Vorträge – Pflege, Selbstbestimmung und Teilhabe

S111-1

Geschlechtssensible Aktivierung von dementiellen Menschen in Pflegeeinrichtungen

U. Morgenstern

Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften, Potsdam

Hintergrund: Das Syndrom Demenz ist gekennzeichnet durch viele Störungen der kortikalen Funktionen des Gehirns. Die Verminderung der Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit führt zu einer Beeinträchtigung der Alltagskompetenz. Studien zum körperlichen Training zeigen positive antidemenzielle Effekte, insbesondere im Frühstadium der Erkrankung. Regelmäßige aktivierende Pflege könnte die Kooperationsbereitschaft dementer Menschen durch Steigerung der Vigilanz verbessern und einer Verschlechterung der Alltagskompetenz zeitweise entgegenwirken.

Fragestellung: Kann durch eine tägliche aktivierende Pflege die Konzentrationsfähigkeit und Vigilanz verbessert und damit die Alltagskompetenz bei Demenz zeitweise erhalten werden? Inwiefern unterscheiden sich Männer und Frauen in ihren Aktivierungsbedürfnissen?

Methodik: Studierende der Medizinpädagogik und vorab geschultes Pflegepersonal führten täglich mit ambulant und stationär betreuten dementen Menschen aktivierende Übungen durch. In einem Interventionsgruppen-Kontrollgruppen-Design wurde mit Hilfe des Alterskonzentrationstests nach Gatterer die Konzentration getestet und die Alltagskompetenz nach der Intervention durch das Pflegepersonal beurteilt.

Ergebnisse: Es zeigten sich ein deutlich besseres Abschneiden der Interventionsgruppe beim Konzentrationstest gegenüber der Kontrollgruppe sowie eine Verbesserung der Alltagskompetenz in der Beurteilung durch das Pflegepersonal. Männer und Frauen profitieren unterschiedlich von den Aktivierungsangeboten.

Diskussion und Fazit: Aktivierende Pflege in Form von regelmäßigen niedrigschwelligen Übungen kann bei Demenz zu einer Verbesserung der Konzentration, der Vigilanz und der Alltagskompetenz führen, wenn sie wegen der adaptierten koordinativen und konditionellen Anforderungen passgenau für die Zielgruppe und unkompliziert nutzbar für alle Betreuungspersonen ist. Eine bislang noch wenig umgesetzte geschlechtssensible aktivierende Pflege wird diskutiert.

Schlüsselwörter: Demenz – Aktivierung – Geschlechtssensibilität – Alltagskompetenz

S111-2

Wie gelingt das Leben mit Demenz? Ergebnisse aus dem Porticus-Programm

S. Kirchen-Peters, F. Lucas

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken

Wenn Menschen die Diagnose Demenz erhalten, werden sie von ihrem Umfeld häufig nicht mehr ernst genommen, abgewertet und in vielen Bereichen vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Um dies zu verhindern, verschweigen die Menschen und deren Angehörige häufig erste Symptome und nehmen keine Hilfen in Anspruch. Das gesellschaftliche Ziel muss aber sein, Menschen mit der Diagnose Demenz ein würdevolles Leben zu ermöglichen.

Das Demenzprogramm von Porticus umfasste verschiedene Projekte in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit dem Ziel, die Haltung gegenüber Menschen mit Demenz positiv zu beeinflussen. Sieben der insgesamt neun Projekte wurden im Zuge einer Projektevaluation untersucht. Der übergeordnete Plan der Evaluation bestand darin, zielgenaue Strategien für eine Steigerung von Demenzsensibilität herauszuarbeiten. Für

die Analyse war dabei die entscheidende Frage, wie genau die subjektiven Haltungen von Menschen zu der Erkrankung beeinflusst werden können. Methodisch wurde die Evaluation mit einer Dokumentenanalyse, Experteninterviews und Fokusgruppen umgesetzt. Die Ergebnisse sprechen für unausgeschöpfte Potenziale im gesellschaftlichen Umgang mit Demenz. Damit ein erfolgreiches Altern mit Demenz möglich wird, ist die gesamte Gesellschaft gefordert. Alle Menschen können sich einbringen, um die physische und soziale Umwelt demenzsensibel zu gestalten. Für dieses Ziel muss eine breite Sensibilisierung erfolgen. Kompetenzerhöhung ist aber nicht nur bei „Laien“ nötig, sondern auch kontinuierlich im professionellen Kontext durch z. B. Schulungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Bedeutsam ist eine fachliche Wissensbasis, die beispielsweise Erklärungen für herausfordernde Verhaltensweisen bietet. Dieses Wissen führt zu einem Wechsel der Perspektive und damit zu einem erhöhten Verständnis für Menschen mit Demenz. An diesem Perspektivwechsel und einer höheren Demenzsensibilität zu arbeiten, kann als kontinuierliche Führungsaufgabe identifiziert werden. Um Ängste vor Demenz abzubauen, sind offenbar insbesondere positiv besetzte Begegnungen mit Betroffenen geeignet. Durch die Schilderungen von Erkrankten wird transportiert, dass die Demenz viele Gesichter hat und dass sich das Leben nach einer Diagnosestellung nicht in kürzester Zeit auf leidvolle Erfahrungen beschränkt. Deshalb sind alle Ansätze von Vorteil, bei denen Menschen mit Demenz selbst zu Wort kommen.

S111-3 Die Bedeutung des verbalen Feedbacks zur Förderung der Autonomie bei Menschen mit Demenz im Rahmen der person-zentrierten Pflege

S. S. Wiloth

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Person-zentrierte Pflege bei Menschen mit Demenz (MmD) ist darauf ausgerichtet, es ihnen zu ermöglichen, ihr Bedürfnis nach Autonomie zu realisieren. Hierfür ist eine ausreichende Sensibilität der Pflegenden, eine empathische Interaktion und der Aufbau einer positiven Beziehung trotz schwieriger Rahmenbedingungen unerlässlich. Dies erfordert ein hohes Level an Pflegekompetenz, das durch kontinuierliche Kompetenzerfassung und konstruktives Feedback erworben werden kann. Die Wirksamkeit leicht umsetzbarer peer-review Methoden wurde bislang nur unzureichend in den Blick genommen. Ziel ist daher die Untersuchung der Effektivität eines neuen peer-review Verfahrens in der stationären Langzeitpflege.

Methode: Bei $n = 79$ Bewohnern (\emptyset Pflegegrad 3,9) wurde mittels passiv teilnehmender Beobachtung durch geschulte Pflegekräfte die Morgenpflege im Längsschnitt (T1 und T2) evaluiert. Nach T1 führten diese mit den beobachteten Kollegen ein ausführliches Feedbackgespräch. Für die Wirksamkeitsanalyse wurden (1) Feedback-Protokolle sowie Fokusgruppen inhaltsanalytisch ausgewertet und (2) Mittelwertvergleiche anhand von T-Test für gepaarte Stichproben mit Effektgrößenberechnung durchgeführt.

Ergebnisse: Es konnte eine signifikante Verbesserung der Interaktionsqualität gemessen an einer Zunahme der Anzahl positiver ($P < 0,001$) und einer Abnahme negativer Verhaltensweisen der Pflegeperson ($P \leq 0,002$) identifiziert werden. Die Bewohner wiesen eine signifikant geringere Anzahl negativer ($P < 0,001$) und eine höhere Anzahl positiver Emotionen ($P \leq 0,009$) sowie eine signifikant geringere emotionale Variabilität ($P = 0,023$) auf. Es lagen mehrheitlich starke Effekte vor. Die Analyseergebnisse der Protokolle und der Fokusgruppen lassen vermuten, dass insbesondere das sehr konkrete und ausführliche Feedback der Beobachter eine Kontemplation der Pflegenden hervorrief und zur Verhaltensänderung motivierte.

Schlussfolgerung: Es ist gelungen, die positive Wirksamkeit eines leicht umsetzbaren peer-review Verfahrens auf die Sensibilität der Pflegekräfte

und die Interaktionsqualität als zentrales Kriterium für eine Autonomie-fördernde Pflege bei MmD nachzuweisen.

S111-4 Engagement und Habitus im Alter. Ergebnisse einer qualitativen Studie zu milieuspezifischem Engagement älterer Menschen im städtischen Raum

V. Miesen

Caritasverband für die Stadt Köln, Köln

Der Engagementdiskurs weist aufgrund der Unterscheidung von formellem Engagement (verstanden als anerkanntes, legitimes Engagement) sowie informellem Engagement (Hilfe- und Unterstützungsleistungen in der Familie, dem Freundeskreis und der Nachbarschaft) eine deutliche Grenz-ziehung auf, welche mit Rückgriff auf die Kriterien der Freiwilligkeit und der Öffentlichkeit begründet wird: es wird davon ausgegangen, dass im informellen Engagement aufgrund bestehender Rollenverpflichtungen nicht von einer Freiwilligkeit gesprochen werden könne und zudem die geleistete Hilfe nicht der Öffentlichkeit zur Verfügung stehe. Dies hat zur Folge, dass das informelle Engagement sowie die dort zu findenden Milieus einer fehlenden öffentlichen Wahrnehmung unterliegen.

Vor diesem Hintergrund gibt der Vortrag einen Einblick in Ergebnisse eines Dissertationsvorhabens, welches die Vielfalt des Engagements mit dem theoretischen Zugang über die Habitus- und Klassentheorie Bourdieus (1982) sowie die Milieutheorie Vesters (Vester et al. 2001) beleuchtet hat. Durch diesen theoretischen Zugang lag der Fokus auf der Vergemeinschaftung von Milieus, so dass der Zusammenhalt eines Milieus als Ausgangspunkt für Engagement verstanden wurde. Über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren wurden in einem ausgewählten Stadtteil einer Großstadt Nordrhein-Westfalens mit Hilfe strukturierter Sozialraumbücher (Bleck et al. 2013) Gesellungsorte erfasst sowie daran anschließend zehn leitfadengestützte themenzentrierte Interviews geführt. Auf Grundlage einer habitushermeneutischen Auswertung konnten vier Engagementmuster identifiziert werden, welche durch habitusspezifische handlungsleitende Prinzipien im Engagement geeint werden: das präntios-statorientierte Engagement, das anpackend-spontane Engagement, das gemeinschaftlich-solidarische Engagement sowie das karitativ-leistungsorientierte Engagement.

Die Ergebnisse zeigen eine Verbindung zwischen der Engagementtätigkeit älterer Menschen sowie den habitusspezifischen Dispositionen auf. Unter anderem wird deutlich, dass sich in den oben und unten im sozialen Raum verorteten Milieus eine Distanz zum formellen Engagement findet, sodass das anerkannte Engagement insbesondere durch die Milieus der bürgerlichen Mitte getragen wird. Die Engagementmuster sind ferner als eine Reaktion auf den sozialen Wandel im Stadtteil zu deuten, gestalten sich jedoch vor dem Hintergrund der Position im sozialen Raum unterschiedlich aus.

S111-5 Zweiwöchige Nutzung des emotionalen Dinosaurierroboters Pleo durch ältere Menschen – Zusammenhänge mit Einsamkeit?

S. Baisch

Psychologische Altersforschung, Universität Siegen, Siegen

Hintergrund: Viele Menschen leiden im Alter unter Einsamkeit, sowohl in Pflegeeinrichtungen wie auch im häuslichen Umfeld, wobei zwischen emotionaler, sozialer und praktischer Einsamkeit unterschieden wird. Emotionale Roboter, die häufig echte Tiere imitieren, sollen Gefühlen von Einsamkeit entgegenwirken. Qualitativ hochwertige Studien zur Effizienz der Roboter bei der Nutzung über einen längeren Zeitraum haben in den letzten Jahren zugenommen, sind aber insgesamt noch rar. Sie weisen da-

rauf hin, dass emotionale Roboter das Einsamkeitserleben mindern können. Allerdings ist dabei noch unklar, welche Aspekte von Einsamkeit dies betrifft, was einen gezielten therapeutischen Einsatz erschwert. Außerdem ist wenig über die Wirkmechanismen bekannt. Man könnte annehmen, dass ältere Menschen mit stärkeren Einsamkeitsgefühlen auch eine höhere Akzeptanz für den ER zeigen, was sich positiv auf dessen Effektivität auswirken könnte.

Methode: An der Studie nahmen $N=29$ ältere Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf teil, die den emotionalen Roboterdinosaurier Pleo (InnvoLabs) in ihrem Wohnumfeld (eigenes Zuhause/Pflegeeinrichtung) zwei Wochen nach Belieben nutzten. Zu Beginn und am Ende dieses Interaktionszeitraums wurden, neben anderen Daten, soziale, emotionale und praktische Einsamkeit u. a. mittels FSozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung) sowie die behaviorale und verschiedene Facetten der sozialen Akzeptanz erhoben.

Ergebnisse: Die bisher ausgewerteten Ergebnisse zeigen, dass zu Beginn des Interaktionszeitraums eine höhere soziale, nicht aber eine höhere emotionale Einsamkeit mit einer höheren sozialen Akzeptanz für den emotionalen Roboter in Zusammenhang steht. Ergebnisse zur Veränderung des Einsamkeitserlebens im Interaktionszeitraum sowie zur Rolle (sozialer) Akzeptanz für die Effizienz des Roboters werden z. Zt. noch analysiert.

Diskussion: Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Motivation älterer Menschen, einen emotionalen Roboter zu nutzen, sowie darüber, bei welchen Problemlagen er eine Unterstützung bieten kann, aber auch bei welchen dies nicht der Fall ist. Sie zeigen die Notwendigkeit einer systematischen und differenzierten Erfassung psychosozialer Aspekte im Kontext von Roboterakzeptanz- und Wirksamkeitsstudien. Auf praktischer Ebene können sie helfen, emotionale Roboter in der Nutzergruppe gezielter einzusetzen.

S112 Interdisziplinäres Praxis-Symposium zu pflegerischen, geriatrischen und zahnmedizinischen Aspekten der Mund- und Allgemeingesundheit bei Menschen mit Pflegebedarf

Moderation: G. Röhrig-Herzog

FB Angewandte Gesundheitswissenschaften, Campus Köln, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft GmbH, Köln

Tägliche Mundhygiene wird im höheren Alter häufig vernachlässigt. Solange unsere Patienten gesund und fit genug sind und eigenständig den Zahnarzt aufsuchen, greifen die zahnmedizinischen Betreuungs- und Therapiekonzepte. Mit zunehmenden funktionellen Einschränkungen und Unterstützungsbedarf, ändert sich die Lage jedoch und es zeigt sich eine Morbiditätsverschiebung zahnmedizinischer Krankheitslast ins spätere Lebensalter. Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre zeigen eindrücklich, dass bestimmte Munderkrankungen in engem Zusammenhang mit der Entwicklung geriatrischer Syndrome stehen und sich negativ auf die allgemeine Gesundheit älterer Menschen auswirken. Dennoch ist die Erfassung des Mundgesundheitsstatus bisher kein festes Element innerhalb des geriatrischen Assessments (CGA), weder im stationären noch im ambulanten Setting. Ebenso wenig gibt es einen strukturierten Austausch zwischen den relevanten Disziplinen Zahnmedizin, Geriatrie und Pflege. Dies ist besonders für pflegeabhängige Personen von Nachteil, da Personalnotstand und Pflegefachkraftmangel sowie fehlendes Fachwissen oft dazu führen, dass Mundpflege und Zahngesundheit bei zu Pflegenden stark vernachlässigt werden. Die drei Autorinnen stellen ihr interdisziplinäres Buch zum Thema „Mundgesundheit im Alter erhalten“ vor, welches sich dieser fächerübergreifenden Problematik widmet und das Thema aus den drei Blickwinkeln Zahnmedizin, Geriatrie und Pflege beleuchtet. In konkreten, praxisnahen Handlungsanweisungen wird erläutert wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe effektiv umgesetzt werden kann.

Im Rahmen des geplanten interaktiven Symposiums soll an Fallbeispielen aus Praxis und Klinik der IST-Zustand der täglichen Mundpflegesituation mit dem IDEAL-Zustand der interdisziplinären Zusammenarbeit verglichen werden. Die Teilnehmer sind dazu eingeladen, eigene Fallbeispiele aus ihrem Alltag zur Diskussion einzubringen, um gemeinsam praktische Lösungsmöglichkeiten erarbeiten und für die Praxis mitnehmen zu können.

S112-1 Sicht der Geriatrie

G. Röhrig-Herzog

FB Angewandte Gesundheitswissenschaften, Campus Köln, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft GmbH, Köln

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Medizin ist in mehrfacher Hinsicht vorteilhaft, doch in kaum einem Fachgebiet so essentiell notwendig wie in der Geriatrie: Als Einzelkämpfer stünde man der Heterogenität der geriatrischen Patienten ziemlich hilflos gegenüber und wäre mit den diagnostischen und therapeutischen Aspekten der eng miteinander verknüpften Komorbiditäten, die nicht selten im Mund beginnen, schnell überfordert. Der klinische Alltag und eine zunehmende Evidenzlage zeigen die enge Verknüpfung zwischen Mund- und allgemeiner Gesundheit und unterstreichen die wichtige Rolle der Mundhöhle als Teil des Gesamtorganismus. Dennoch hat die Erfassung von Mundgesundheitsproblemen bis heute keinen vergleichbar festen Stellenwert innerhalb des multidimensionalen geriatrischen Assessments, wie zum Beispiel die Erfassung von funktionellen und kognitiven Einschränkungen. Dadurch besteht das Risiko, dass wesentliche, mundgesundheitsbezogene Auslöser für die Entwicklung systemischer Erkrankungen aber auch bestimmter geriatrischer Syndrome unberücksichtigt bleiben. In diesem Beitrag soll aus Sicht der Geriatrie praxisnah geschildert werden, welche Folgen sowohl funktionelle Veränderungen im Alter auf die Mundgesundheit haben können und – in Gegenrichtung – wie auch Einschränkungen der Mundgesundheit sich auf den älteren Organismus systemisch auswirken.

S112-2 Sicht der Zahnmedizin

A. G. Barbe

Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie, Uniklinik Köln, Köln

Die Zahnmedizin des Alterns ist insbesondere für Menschen in späten Lebensphasen ein höchst spannendes und zukunftssträchtiges Fachgebiet. Aufgrund der erfolgreichen präventiv-orientierten Mundgesundheitskonzepte der vergangenen Jahrzehnte für jüngere Erwachsene und dem hierdurch erreichten Zahnerhalt mit häufig komplexer prothetischer Versorgung, stehen Zahnärzte und alle behandelnden Professionen nun vor der Aufgabe, diese Mundgesundheitsituation auch bei eintretender chronischer Erkrankung, Multimorbidität, Polypharmazie und der Notwendigkeit der zahnmedizinischen Versorgung zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen lebenslang stabil zu erhalten. Neben heterogenen Mundgesundheitsbefunden gilt es diese im Gesamtkontext geriatrischer Gesund- und Krankheit zu bewerten und entsprechende Therapiekonzepte zu implementieren, da sich die Evidenz mehr, dass die Mundgesundheit einen Stabilitätsfaktor für einen gesunden Gesamtorganismus darstellt. Um sowohl Mund- und allgemeine Gesundheit und damit die Lebensqualität und das Wohlbefinden sinnvoll, an die Bedarfe angepasst und langfristig gesund halten zu können, sind aufgrund der multiplen Zusammenhänge zwischen Mundhöhle und Gesamtorganismus interdisziplinäre Konzepte essenziell, die im klinischen Alltag alle an der Mundgesundheit Beteiligten auf Augenhöhe miteinbeziehen.

S112-3 Sicht der Pflege

R. Waterkotte

Fort- und Weiterbildung, Universitätsmedizin Mainz, Köln

Es ist kein Geheimnis mehr, dass es generell zu wenig Personal in der Pflege gibt. Prognostisch wird Deutschland bis ins Jahr 2060 steigende Zahlen Pflegebedürftiger haben. Schon jetzt ist es nicht mehr die Norm, dass die Pflegefachkraft grundpflegerische Versorgungen am zu Pflegenden durchführt. Diese wird entweder von einjährig qualifizierten oder von ungelerten Hilfskräfte ambulant wie stationär übernommen. Aufgrund fehlenden Wissens gehen (latente) Mund- und Zahnbeschwerden im pflegerischen Alltag wiederholt so lange unter, bis sie sich in akuter (schmerzhafter) Form wieder darstellen. Selbstverständlich haben sich die bestehenden Pflegestandards in der Pflege etabliert, wovon gerade auch die Gruppe der Hilfskräfte profitiert, da sie vom Pflegefachpersonal implizit mitlernt und gleichsam nebenbei richtige pflegerische Handlungen übernimmt. Standards wirken also erkennbar über die Gruppe des Fachpersonals auf andere Berufsgruppen hinaus. Unbedingt zu begrüßen ist daher der neue Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“, der genau dies adressiert. Die Pflege ist in vielen medizinischen Bereichen mittlerweile sehr gut aufgestellt, geschult und sensibilisiert. Es ist an der Zeit, dass die Mundgesundheit sich in diese positive Entwicklung einreicht. Dazu bedarf es mehr als der pflegerischen Perspektive. Es erfordert unbedingte Interdisziplinarität. Die besondere Rolle der Pflege in diesem interdisziplinären Gesamtkontext wird in diesem Beitrag dargestellt.

S113 Freie Vorträge – Geriatrisches Co-Management

S113-1 Klinische Profile älterer Patienten in der Unfallchirurgie

H. Frohnhofen, J. Grassmann, M. Prost, D. Latz, K. Schultz, J. Windolf

Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Einleitung: Mit dem Alter steigt die Heterogenität. Senioren zeigen ein Spektrum, welches vom biologisch deutlich Jüngeren und vollkommen Selbstständigen bis hin zu ausgeprägter Gebrechlichkeit reicht. Der Umfang der erforderlichen medizinischen Versorgung nach einem erlittenen Trauma ist bei der Gruppe älterer Patienten daher sehr unterschiedlich. Bisher fehlen einfache Instrumente, um frühzeitig den jeweils notwendigen Versorgungsaufwand zu erkennen.

Ziel dieser Untersuchung ist die Identifikation von Profilen älterer Klinikpatienten zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs.

Ergebnisse: Die Daten von 595 Patienten (192; 32 % Männer, 403; 68 % Frauen) mit einem medianen Alter von 82 (IQR 78–86) bzw. 83 (IQR 79–88) Jahren konnten analysiert werden. Die zur Aufnahme führenden Verletzungen waren nicht knöcherne Verletzungen (179/30 %), hüftnahe Frakturen (167/28 %), Wirbelkörperfrakturen (57/10 %), Beckenfrakturen (27/5 %) und sonstige Frakturen (165/27 %).

Die Interpretation der Ergebnisse der Faktorenanalyse ergab die folgenden drei Hauptprofile:

1. Geriatrischer Patient (hohes Alter, Gebrechlichkeit und Hilfebedarf im Alltag, $N=245$; 41 %)
2. Selbstständige Patientin mit Sarkopenie (weibliches Geschlecht und Sarkopenie, $N=171/29$ %)
3. Selbstständiger multimorbider Patient mit Polypharmazie ($N=98$; 16 %)

Keine relevante funktionelle Einschränkung oder Gebrechlichkeit zeigten $N=164$ (28 %) der Patienten. Mit Hilfe der einfach anwendbaren Clinical Frailty-Scale (CFS) konnten 245 von 314 (78 %) der Patienten mit re-

levante Alltagseinschränkungen und damit erhöhtem Versorgungsbedarf identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Anhand einfacher klinischer Parameter lassen sich Profile erstellen, die helfen können, Patienten für ein geriatrisch-unfallchirurgisches Co-Management zu detektieren.

S113-2 Supporting SURgery with GEriatric Co-Management and Artificial Intelligence – SURGE-Ahead entwickelt die digitale Geriatrie

M. Fotteler¹, C. Leinert², T. Kocar³, D. Dallmeier², H. Kestler⁴, D. Wolf⁵, F. Gebhard⁶, A. Uihlein⁶, F. Steger⁷, M. Orzechowski⁷, R. Kilian⁸, A. S. Mueller-Stierlin⁹, M. Denkinger²

¹Institut DigiHealth, Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm;

²Geriatrie/Geriatisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm;

³Institut für Geriatriische Forschung, Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, Ulm; ⁴Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm; ⁵Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm;

⁶Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁷Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm, Ulm; ⁸Sektion: Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Günzburg; ⁹Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universitätsklinikum Ulm, Günzburg

Einleitung: Geriatrisches Co-Management verbessert die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten. Angesichts eines Mangels an weitergebildeten Geriaterinnen und Geriatern und fehlender Strukturen lässt sich das Konzept jedoch trotz der Vorteile bisher nicht flächendeckend etablieren. In SURGE-Ahead soll ein digitales Dashboard für die Verbesserung des geriatrischen Co-Managements in chirurgischen Kliniken entwickelt werden. Hierzu soll das System (1) evidenzbasierte Handlungsempfehlungen auf Basis einfacher Algorithmen und (2) Empfehlungen für eine optimale Nachsorgeoption unterstützt durch Prinzipien künstlicher Intelligenz (KI) anzeigen.

Methodik: SURGE-Ahead ist im Juli 2021 gestartet. Die ersten drei Projektjahre sind der Entwicklung des Dashboards gewidmet. Mittels systematischer Literaturarbeiten und Expertenworkshops wird eine Evidenzbasis für die unterschiedlichen Handlungsempfehlungen geschaffen. Darauf aufbauend und mit Unterstützung eines internationalen Expertenboards wird der Input-Datensatz für das Dashboard definiert, das Minimum Geriatric Dataset (MGDS). Wo möglich werden Schnittstellen zu bestehenden IT-Systemen etabliert. Einfache, validierte Assessments liefern weitere Daten für das MGDS. Leitlinienbasierte Empfehlungen stellen die Grundlage für die Handlungsempfehlungen des Dashboards dar. Bei der Entwicklung des Dashboards wird auf eine übersichtliche Darstellung, einfache Bedienung und flexiblen Zugriff (mobil, stationär) geachtet. In einer abschließenden einjährigen Observations- und KI-Entwicklungsstudie mit 200 Patientinnen und Patienten aus drei Kliniken des Universitätsklinikums Ulm (Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Urologie), werden die Assessments erprobt und die Datenbasis für das Training und die Entwicklung der KI gesammelt. Bedienung und Nutzerfreundlichkeit werden anschließend im Rahmen von Fokusgruppen geprüft, um im letzten Schritt das Dashboard zu finalisieren und in einer zweiten Förderphase das Produkt abschließend zu evaluieren.

Zusammenfassung: Mit SURGE-Ahead soll geriatrische Expertise durch ein Dashboard in chirurgischen Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Das Dashboard soll im Betrieb das gesamte, multidisziplinäre Team durch eine erste Einschätzung und Behandlungsempfehlungen unterstützen. Das Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung von Behandlung und Weiterversorgung älterer PatientInnen. Beim Kongress werden das Projekt selbst und erste Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

S113-3

Praktische Umsetzung und Herausforderungen der Delirprävention und Delirbehandlung im Krankenhaus – Erfahrungsbericht eines „Kognitionsteams“

S. Herler-Kettrukat, S. Riedelsheimer, J. Trabert, R. Püllen, S. Schütze, Projektgruppe „Demenzsensibles Krankenhaus“

Medizinisch-Geriatrie Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.

In unseren Kliniken an 2 Standorten werden jährlich etwa 18.000 Patientinnen und Patienten mit einem Alter >70 Jahre akutstationär behandelt. Diese Patienten stehen im Fokus der Delirprävention und -behandlung im Rahmen des Projekts „Demenzsensibles Krankenhaus“, bei dem unser Team aus speziell geschulten Pflegekräften („Kognitionsteam“), Neurologen, Gerontopsychiatern, Geriatern und Apothekern eng zusammenarbeitet.

Das Kognitionsteam ist der zentrale Baustein unseres „Demenzsensiblen Krankenhauses“. Vier Mitarbeiterinnen mit pflegerischer Ausbildung und langjähriger Erfahrung im Umgang mit älteren und kognitiv eingeschränkten Menschen betreuen gezielt Delir-gefährdete Patienten während ihres stationären Aufenthaltes.

Das Kognitionsteam arbeitet dabei in engem Kontakt zu Patienten, Angehörigen/Bezugspersonen und Mitarbeitern. Wesentliche Aspekte dieser Arbeit sind:

- Screening hinsichtlich kognitiver Defizite, Delir-Screening
- Identifikation der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen von Delir-gefährdeten Patienten sowie der Delir-begünstigenden Faktoren
- direkte Mitbetreuung betroffener Patienten (z. B. Begleitung zu Untersuchungen, kognitive Aktivierung, Beschäftigung)
- Beratung von pflegenden und ärztlichen Mitarbeitern zu Maßnahmen der Delirprävention
- Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen in die Behandlung
- Beratung und Schulung von Angehörigen und Mitarbeitern zu den Themen Demenz und Delir
- bei Bedarf Kontaktaufnahme zu Neurologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie.

Zwei Mitarbeiterinnen des Kognitionsteams werden in diesem Vortrag praxisrelevante Aspekte und Herausforderungen bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Delirprävention und Delirbehandlung im stationären Alltag eines großen Akutkrankenhauses vorstellen und diskutieren.

S113-4

Reduktion von pflegerelevanter Risiken älterer Patient*innen während und nach dem Krankenhausaufenthalt – Studienprotokoll einer clusterrandomisierten Studie

A. Ritzl¹, F. Kentischer¹, A. Göhner¹, G. Engelhardt¹, S. Voigt-Radloff², B. A. Brühmann³, E. Farin-Glattacker², A. Maun³, V. Minin⁴, C. Salm³, R. von der Warth², C. Maurer¹

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ²Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ³Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ⁴Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg im Breisgau

Hintergrund/Fragestellung: Für geriatrische Patient*innen besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Krankenhausaufenthalt sich negativ auf ihre Gesundheit und Lebensqualität auswirkt. Im Akutkrankenhaus ist die Alltagsmobilität reduziert und das Risiko für Delir, kognitive Einschränkungen und unangemessene pharmakologische Verordnungen erhöht. Die ReduRisk-Studie untersucht, ob das pflegegeleitete ReduRisk-Programm die Alltagsfunktionalität geriatrischer Patient*innen im Akutkrankenhaus besser stabilisiert als die bisherige Routineversorgung.

Methodik: Ältere Patient*innen mit erhöhtem Risiko für funktionelle Beeinträchtigungen, eingeschränkte Mobilität, Sturz, Delir oder Kranken-

haus-Wiedereinweisung erhalten im Rahmen des ReduRisk-Programms ein frühzeitiges Risiko-Screening und ein risikoadjustiertes, individuell zugeschnittenes Programm, das die teils digital unterstützten Module Delir-Management, Mobilitätstraining, Planung der poststationären Versorgung und Polypharmazie-Management umfasst. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Innovationsfonds Versorgungsforschung (01VSF19007) finanzierte, clusterrandomisierte Studie im Stepped-Wedge-Design vergleicht die Wirksamkeit des ReduRisk-Programms mit der Routineversorgung. Hierzu werden auf sechs Abteilungen des Universitätsklinikums Freiburg 612 Patient*innen im Alter von ≥ 70 Jahren rekrutiert. Die Studie untersucht die Auswirkungen des ReduRisk-Programms auf die primären Endpunkte Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität sowie auf die sekundären Endpunkte Delirien, Kognition, Stürze, Griffkraft, gesundheitsbezogene Lebensqualität, potenziell inadäquate Verordnungen, Gesundheitskosten und Rehospitalisierung. Assessments werden bei der stationären Aufnahme (t0), der Entlassung (t1) und sechs Monate nach der Entlassung (t2) durchgeführt. Eine gesundheitsökonomische Bewertung erfolgt für den poststationären Zeitraum von sechs Monaten auf Grundlage von Routedaten der AOK Baden-Württemberg (t3).

Diskussion: Trotz der Bedeutung von multimodalen, risikospezifischen Interventionen während eines stationären Aufenthaltes für den anschließenden gesundheitlichen Zustand und die Lebensqualität älterer Patient*innen sind diese bisher zu wenig untersucht. Mit dieser Studie soll die Wirksamkeit eines risikoadjustierten multimodalen Präventionsprogramms für geriatrische Patient*innen mit erhöhten altersbedingten Risiken untersucht werden.

S113-5

Outcome und Charakteristika geriatrischer Patienten der geriatrischen Frühkomplexrehabilitation nach abdominellen Eingriffen

S. Wießner, M. Gosch

Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Hintergrund: Das orthogeriatrische Kommanagement konnte in der unfallchirurgischen Versorgung älterer, multimorbider Patienten bereits erfolgreich umgesetzt werden. Für andere Bereiche, wie die Abdominalchirurgie, fehlen entsprechende Konzepte und Daten. Am Klinikum Nürnberg wurde 2018 ein Projekt zur engen Zusammenarbeit zwischen Abdominalchirurgie und Geriatrie gestartet.

Fragestellung: Die Studie untersuchte Outcome-relevante Prädiktoren bei geriatrischen Patienten, welche nach abdominellen Eingriffen in die geriatrische Frühkomplexbehandlung übernommen wurden.

Methodik: Für die retrospektive Studie konnten die Daten von 131 Patienten ausgewertet werden. Für die Patientenanalyse wurde die binär logistische Regression herangezogen. Dadurch ergaben sich 6 Prädiktoren: Barthel-Index (BI), Timed Up and Go (TUG), Mini Mental Status Test (MMST), Geschlecht, Alter > 90 und Geriatrische Depressionsskala. Der Outcome wurde zum einen als gut definiert, wenn der Patient während der GFK mindestens 10 Punkte im Barthel-Index hinzugewann. Zum anderen galt als guter Outcome die direkte Rückkehr des Patienten nach Hause im Anschluss der Behandlung.

Ergebnisse: Analysiert wurden 87 weibliche und 44 männliche Patienten. 4 Patienten (3,01 %) verstarben während des Aufenthaltes. Die Patienten steigerten sich im Durchschnitt von 52,25 Punkten beim Barthel-Index bei Aufnahme auf 65,16 Punkte bei Entlassung signifikant ($p < 0,001$). Im TUG verbesserten sich die Patienten während der GFK durchschnittlich von 29,36 auf 18,03 s ebenfalls signifikant.

Ein TUG unter 30 s konnte sowohl als signifikanter Prädiktor für eine Verbesserung um 10 Punkte im Barthel-Index ($p < 0,001$), als auch für die unmittelbare Rückkehr nach Hause ($p = 0,009$) identifiziert werden. Bei der alleinigen Betrachtung der Karzinompatienten stellte der TUG ebenfalls

einen Prädiktor für einen guten Outcome, gemessen am Barthel-Index ($p = 0,015$), dar.

Zusammenfassung: Ein TUG unter 30 s erweist sich als der wichtigste Prädiktor für einen guten Outcome. Diese Patienten profitieren somit besonders durch die GFK und benötigen in der Regel keine zusätzliche rehabilitative Versorgung.

S114 Freie Vorträge – Resilienz und Vulnerabilität

S114-1

Zwischen Paar- und Pflegebeziehung: Wie bewältigen ältere Paare in der häuslichen Pflege ihre partnerschaftlichen Konflikte?

K. Niedling, K. Hämel

Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld

Hintergrund: Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in der Partnerschaft ist eine Herausforderung. Eingespielte Rollen und Normen des Zusammenlebens geraten ins Wanken und können zu Konflikten in der Partnerschaft führen. Für viele ältere Paare wirkt die Situation zugleich sozial isolierend. Sie beziehen selten andere Angehörige in die Pflege ein und stehen der Einbindung von häuslichen Pflegediensten skeptisch gegenüber. Um so bedeutsamer ist die Zufriedenheit mit der Partnerschaft, welche wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit beider Partner:innen hat. Wie sich Paarkonflikte im Zuge der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bei alten Paaren zeigen und inwiefern sie künftig stärker zum Thema professioneller Begleitung gemacht werden sollten, ist Thema des Beitrags.

Methode: Es wurden zehn problemzentrierte Interviews mit biografisch orientierten Erzählstimuli mit 17 Personen (7 mit Paaren, 3 mit pflegenden Partner:innen) geführt. Sie wurden mittels der Dokumentarischen Methode ausgewertet.

Ergebnisse: Konflikte zwischen den Partner:innen entstehen aufgrund der Anpassung der Beziehungsgestaltung an chronische Erkrankungen und Pflegebedarf und infolge der Veränderung von Aufgaben und Rollen der Partner:innen im Alltag. Sie zeigen sich hierbei vor allem im Zuge eines veränderten Dominanzverhältnisses zwischen den Partner:innen sowie eines Verlusts von Intimität. Die Paare stehen vor der Herausforderung, eine neue Balance in ihrer Partnerschaft zu finden und partnerschaftliche Konflikte trotz gesundheitlicher Einschränkungen auszutragen. Oft ist es ihnen nicht mehr möglich, Konflikte so zu bewältigen, wie sie es in der Vergangenheit getan haben. So werden Konflikte vermieden, verdeckt ausgetragen oder schnell wieder abgebrochen.

Diskussion: In der Gesundheitsarbeit mit alten Menschen sollte verstärkt die Bedeutung der Partnerschaft für Gesundheit und Wohlbefinden Beachtung finden. Eine Sensibilisierung für Konflikte zwischen den Partner:innen kann helfen, Paarkonflikte wahrzunehmen und als beziehungskonstitutive Praktiken zu erkennen. Paare können dann bei der Bewältigung von Konflikten unterstützt und so die Partnerschaft stabilisiert werden.

S114-2

Der Einfluss von Depression, Resilienz und Kontrollüberzeugung auf die Erwartungsanpassungen beim Altern mit chronischen Erkrankungen

A. Schönenberg¹, H. Mühlhammer², U. Teschner², T. Prell¹

¹Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); ²Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Jena; ³Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Jena

Die individuell wahrgenommene Lebensqualität ist maßgeblich durch die Diskrepanz zwischen Ist- und Wunschzustand beeinflusst (hier: Calman-Gap). Insbesondere im höheren Lebensalter und bei chronischen Erkrankungen ist eine entsprechende Anpassung des Wunschzustandes essentiell. Basierend auf einer vorherigen Studie, in der bereits der Einfluss von Depression auf die Interpretation dieses Gaps erkannt wurde, wurde in der aktuellen Studie zusätzlich die Rolle von Resilienz und krankheitsbezogener Kontrollüberzeugung auf den Calman-Gap untersucht. Bei 94 älteren Patient*innen (Alter $71,8 \pm 7,7$ Jahre) mit neurologischen Erkrankungen wurde mittels visuellen Analogskalen der Ist- und Wunschzustand verschiedener Lebensbereiche (Fitness, allgemeine Gesundheit, Schmerz, Alltagsaktivitäten, Finanzen, Freizeit, Familie) erfasst und der Gap zwischen beiden errechnet. Soziodemografische Angaben sowie Depression (PHQ9), Resilienz (RS11) und Kontrollüberzeugung (FEGK) wurden via Fragebogen erfasst. Mittels Elastic Net Regularization und Varianzanalysen wurden Prädiktoren für den Ist- und Wunschzustand sowie für den Calman Gap errechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Gap in allen Lebensbereichen präsent war, obwohl Patient*innen im Mittel nicht den höchstmöglichen Wunschzustand angeben. Am größten ist der Gap bei Schmerz. Die Interpretation des Ist-Zustands ist maßgeblich durch den Wunschzustand beeinflusst sowie in unterschiedlichem Maße durch Depression, Kontrollüberzeugung und Resilienz. Ebenso ist der Wunschzustand maßgeblich vom aktuellen Zustand abhängig. Der Gap ist in allen Bereichen durch Depression beeinflusst. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Patient*innen eine Diskrepanz in vielen Lebensbereichen angeben, aber dennoch bereits eine Anpassung der Erwartungen stattgefunden hat. Diese ist wichtig für die Zufriedenheit mit dem Ist-Zustand, allerdings kann ein angemessen angehobener Wunschzustand als möglicher Motivator dienen. Insbesondere Depression beeinflusst maßgeblich die Interpretation des Gaps.

S114-3

Faktoren differenzieller Vulnerabilität im Alter in interkulturellem Vergleich

V. Cihlar¹, M. L. Levasseur², A. Mergenthaler¹, F. Micheel¹

¹Demografischer Wandel und Alterung, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden; ²Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Sherbrooke/CDN

Fragestellung: Der Altersprozess ist mit Veränderungen auf verschiedenen Dimensionen verbunden, betrifft diese jedoch in unterschiedlicher Ausprägung und nicht notwendigerweise gleichzeitig. Daraus ergibt sich, dass ältere Menschen simultan sowohl verletzlich als auch widerstandsfähige Dimensionen und somit u. U. große intraindividuelle Unterschiedlichkeit in körperlichen, geistigen und sozialen Bereichen aufweisen. Diese Studie analysiert die Risiko- und Schutzfaktoren von Vulnerabilität in unterschiedlichen Dimensionen. In einem Kooperationsprojekt mit der Universität Sherbrooke, Kanada, entsteht darüber hinaus ein interkultureller Vergleich zwischen Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren von älteren Menschen in Deutschland und Kanada.

Methodik: Für den kanadischen Teil der Studie wird die Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) verwendet, eine landesweite Langzeitstudie, in der etwa 50.000 Personen, die bei der Rekrutierung zwischen 45 und 85 Jahre alt waren, über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren beob-

achtet werden. Für den deutschen Teil wird die European Quality of Life Study (EQOLS), eine repräsentative, fragebogengestützte Befragung der erwachsenen Bevölkerung in 33 europäischen Staaten ($N=36.908$) verwendet. Der Fokus liegt bei der Auswertung auf dem Zusammenspiel von Vulnerabilität, Lebenszufriedenheit und sozialer Teilhabe bei Menschen über 65 Jahre und dem Vergleich der Prädiktoren für Lebenszufriedenheit trotz Verletzlichkeit in Deutschland und Kanada.

Ergebnisse: Der deutsche Teil der Studie kann bereits zeigen, dass soziale Unterstützung positiv mit Lebenszufriedenheit zusammenhängt und dies insbesondere bei kumulativ vulnerablen Älteren, d. h. Personen über 65 Jahre mit gleichzeitig gesundheitlichen und finanziellen Einschränkungen, ausgeprägt ist. Ob sich dies im kanadischen Teil der Studie auch zeigen kann und welche Unterschiede bestehen, wird im Rahmen einer Forschungskoooperation an der Universität Sherbrooke im Mai 2022 analysiert werden.

Zusammenfassung: Lebenszufriedenheit trotz eingetretener Vulnerabilität zu erhalten hängt von einem Zusammenspiel an Risiko- und Schutzfaktoren auf verschiedenen Dimensionen ab. Eine international vergleichende Studie ist dazu in der Lage, dieses Zusammenspiel vor dem Hintergrund verschiedener Kulturen (insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche Wohlfahrtsstaatstypen) zu beleuchten. Diese Studie kann bis zur Jahrestagung der DGGG im September 2022 dazu aktuelle Forschungsergebnisse liefern.

S114-4

Vulnerabilität, soziale Unterstützung und die Gesundheit älterer Menschen: Ergebnisse multipler Mediationsanalysen anhand der GEDA-Studie

A. Mergenthaler

Demografischer Wandel und Alterung, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden

Fragestellung: Soziale und materielle Vulnerabilität stellen ein Risiko für die Gesundheit und die selbstständige Lebensführung älterer Menschen dar. Diese Studie geht der Frage nach, wie diese Vulnerabilitäten mit der mentalen und physischen Gesundheit verknüpft sind und ob soziale Unterstützung diese Zusammenhänge mediiert.

Methodik: Es wurden die Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) genutzt. Die Stichprobe umfasst Personen ≥ 65 Jahre ($N=5090$). Materielle Vulnerabilität wurde als Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle definiert, alleinlebende Personen ohne Partner als sozial vulnerabel. Zur Messung depressiver Symptomatik wurden Items des Patient Health Questionnaire verwendet. Die Oslo-3-Item-Social-Support-Scale wurde als Indikator der sozialen Unterstützung herangezogen. Für die Mediationsanalyse wurden Strukturgleichungsmodelle für Männer und Frauen getrennt berechnet.

Ergebnisse: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und depressiver Symptomatik bzw. physischen Einschränkungen. Die Modelle zeigen bei beiden Geschlechtern eine partielle Mediation des Zusammenhangs zwischen materieller Vulnerabilität und depressiver Symptomatik durch soziale Unterstützung. Das gleiche lässt sich hinsichtlich der Mediation zwischen materieller Vulnerabilität und physischen Einschränkungen sagen. Die Modelle zeigen jedoch, dass die Beziehung zwischen sozialer Vulnerabilität und depressiver Symptomatik vor allem bei den Männern vollständig durch soziale Unterstützung mediiert wird (direkter Effekt: $\beta = 0,016$, $p = 0,459$; indirekter Effekt: $\beta = 0,051$, $p = 0,000$; Gesamteffekt: $\beta = 0,067$, $p = 0,001$).

Zusammenfassung: Vor allem alleinlebende ältere Männer ohne Partner/in profitieren hinsichtlich des mentalen Wohlbefindens von externer sozialer Unterstützung. Für diese Gruppe könnte die Stärkung informeller sozialer Unterstützung durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts einen Ansatzpunkt für Interventionen zur Förderung der mentalen Gesundheit bieten.

S114-5

Die persönliche Krisenbiografie und ihr Einfluss auf den Umgang mit körperlichen Traumata im Alter

F. Köhn¹, H. Geschwindner¹, M. Schubert²

¹Pflegeforschung, Gesundheitszentren für das Alter, Pflegezentren der Stadt Zürich, Zürich/CH; ²Institut Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur/CH

Besonders bei Belastungs- und Krisensituationen nach einem akuten, körperlichen Trauma wird das Spannungsfeld von Resilienz und Vulnerabilität im Alter sichtbar. Eine Masterarbeit untersucht die Forschungsfrage: Welche Erkenntnisse können über das Krisenerleben älterer Menschen nach einem ungeplanten Spitalaufenthalt gewonnen werden? Diese Arbeit steht im Bezug zur PAN Studie (Prevention Admission into Nursing Homes), die in Kooperation der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut Pflege, durchgeführt wird.

Als Methode wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Elf leitfadengestützte Interviews wurden mit einem deduktiv-induktiven Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Fünf Oberkategorien wurden ermittelt: (1) Kurzfristige Reaktionen auf das traumatische Ereignis; (2) der Behandlungsverlauf; (3) die Bewältigung der Veränderungskrise; (4) Auswirkungen der Krise und (5) psychosoziale Einflussfaktoren.

Die Einflüsse von Vulnerabilität und Resilienz der Betroffenen sind der Oberkategorie „psychosoziale Einflussfaktoren“ zugeordnet. Trotz ähnlicher Rahmenbedingungen wurden die Belastungssituationen von jeder/-m Teilnehmenden unterschiedlich erlebt und verarbeitet. Die ungewohnte Umgebung, der Mangel an Kontakten zum sozialen Umfeld sowie die anhaltenden, gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöhten die Vulnerabilität. Abhängig von der persönlichen Belastungsgrenze oder Resilienz beschrieben die Teilnehmenden auch Anzeichen einer depressiven Verstimmung und Angstsymptome. Dem wirkten zum einen frühere Erfahrungen, zum anderen aber auch positive Zukunftserwartungen und eine hohe Anpassungsbereitschaft an veränderte Lebensumstände entgegen, trotz fehlender Aussicht auf vollständige Wiederherstellung körperlicher Funktionsfähigkeit.

Die Folgen der Unfallereignisse der Befragten führten zu Veränderungskrisen. Krisen stellen grundsätzlich vulnerable Lebensphasen dar, in denen es abhängig von der Resilienz der betroffenen Person ist, inwieweit sich im Verlauf des Genesungsprozesses die potenzielle Krise zuspitzt oder die Vulnerabilität wieder abnimmt. In dieser Forschungsarbeit konnten Faktoren identifiziert werden, die die Vulnerabilität der Betroffenen beeinflussen. Die Studienergebnisse sind hilfreich für die Pflege und Behandlung zukünftiger Patientinnen und Patienten auf Post-Acute-Care Abteilungen und in der ambulanten häuslichen Versorgung.

S115 Freie Vorträge – von local zu global

S115-1

Planetary Health: Verständnis und Bedeutung für eine alternde Gesellschaft

A. S. Esslinger

Fakultät Ganzheitliche Gesundheitswissenschaften, Hochschule Coburg, Coburg

Dieser Beitrag ist konzeptioneller Art und führt ein in das Verständnis „Planetary Health“ und ihre Bedeutung für eine alternde Gesellschaft. Planetary Health ist eine neue Disziplin die auf den Überlegungen des seit 2012 inVIVO Planetary Health Networks (Prescott et al. 2018) basiert. Hintergrund ist die Canmore Declaration: Planetary Health „[...] expands upon the 1986 Ottawa Charter for Health Promotion, and aligns with all aspects of the United Nations (UN) 2030 Agenda for Sustainable Development. It underscores the interconnectivity of all 17 UN Sustainable Deve-

lopment Goals (SDGs) and affirms the urgent need to consider the health of person, place and planet as indistinguishable.“ (Prescott et al. 2018, S. 2). Planetary Health umfasst sieben Bereiche: Das Verständnis, dass (1) alle Individuen direkt mit der Erde in verbunden sind (Redvers et al. 2020), (2) wir im Anthropozän leben, (3) Lösungen unter Beachtung von Ursache-Wirkungsbeziehungen in einem systematischen Zusammenhang gefunden werden müssen (Meadows 2008), (4) Nachhaltigkeit auch Gerechtigkeit bedeutet (UN 2030: SDGs), (5) eine Transformation stattfinden muss, (6) unser Handeln lokal beginnen muss und (7) globales Handeln auch zu lokalen Auswirkungen führt, die messbar sind. Insofern bedeutet Planetary Health einen Paradigmenwechsel zuzulassen, wenn wir über Erfolg und Zukunft sprechen.

Aus einer geriatrischen und gerontologischen Perspektive heraus bedeutet der Disziplin zu folgen, Älteren den Zugang zu Orten des Wohlbefindens in der Natur (Kuo 2015) zu ermöglichen. Es bedeutet, zu realisieren, dass unsere Eingriffe in die Natur gerade für vulnerable Patient:innengruppen bedrohlich sind (z. B. Pandemien, Hitzetod, Stress/Herz-Kreislaufkrankungen; Fehlernährung). Es bedeutet zu verstehen, dass nur gemeinsame Versorgungslösungen zielführend sind und ein würdevolles Altern als Prämisse für alle Menschen gelten muss. Es bedeutet, dass eine andere Art der Zusammenarbeit alle Generationen von Nöten ist, um eine gesellschaftliche Transformation hin zu einer planetaren Gesundheit zu schaffen. Es bedeutet, im eigenen Einflussbereich für die Versorgung Älterer Verantwortung zu übernehmen und nicht vorschnell auf Rahmenbedingungen zu verweisen. Es bedeutet schließlich zu verstehen, dass jede/r Einzelne von uns in der Verantwortung in der jeweiligen Profession steht und einen individuellen Teilbeitrag für eine bessere Gesundheit Älterer und schließlich von uns allen und dem Planeten leisten kann.

S115-2

Hemmende und fördernde Faktoren für altersgerechten Wohnraum im ländlichen Raum Sachsen-Anhalts

S. Poppe

FB Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Bedarf und Nachfrage nach altersgerechten Wohnungen, besonders im ländlichen Raum, sind groß, da viele Ältere in nicht altersgerechtem Wohnraum leben. Laut statistischem Bundesamt (2019) hatten 85 % der über 65-Jährigen im Jahr 2018 keinen stufenlosen Zugang zu ihren Wohnungen. Nur 2 % aller Wohnungen in Deutschland erfüllen alle Kriterien für barrierearmes Wohnen (keine Schwellen oder Stufen in der Wohnung, ausreichend breite Türen und Flure, genügend Raum in Küche und Bad, einen ebenerdigen Einstieg zur Dusche). Gründe dafür werden in zu teuren Wohnraumanpassungen oder fehlendem Wissen darüber gesehen. Im Fall von zunehmenden funktionalen Einschränkungen erschweren besonders im ländlichen Raum weitere Aspekte wie der Wegzug von Familienmitgliedern oder fehlende Infrastruktur sowie mangelnde Wohnalternativen die Alltagsbewältigung. Trotz des Bedarfs fehlt es an Wissen über hemmende und fördernde Faktoren sowie Instrumente für die Förderung altersgerechter Wohnangebote. Hier setzt das Projekt AWISA an, das darauf zielt, die Voraussetzungen für die Entwicklung und Umsetzung von altersgerechtem und bezahlbarem Wohnraum im ländlichen Raum Sachsen-Anhalts zu verbessern.

Nach einer Bestandsanalyse wurden zunächst mögliche Barrieren und Ressourcen für die Umsetzung altersgerechter Wohnprojekte mittels einer Online-Befragung bestehender Wohnangebote untersucht und durch Interviews mit acht Expert*innen aus den Bereichen Trägerschaft, Kommune, Seniorenvertretung und Beratung trianguliert. Dabei wurden Informationen zum Aufbau altersgerechter Wohnangebote, zur Bewohner*innen-Struktur sowie zur Entstehung der Wohnangebote erhoben. Insgesamt nahmen 47 Anbieter von altersgerechten Wohnangeboten in Sachsen-Anhalt an der Umfrage teil. Die Ergebnisse der Befragung zeigen insbesondere einen Bedarf an Beratungsangeboten und Finanzierungsmöglichkeiten. Diese werden, wenn sie fehlen, als Herausforderung, aber bei Vorhandensein als wichtige Hilfestellung wahrgenommen. Trä-

ger und Anbieter wünschten sich insbesondere Beratungsangebote zur Einschätzung der regionalen Nachfrage, aber auch zu baulichen Aspekten sowie zu Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten. Private Initiativen für Wohnangebote benötigen darüber hinaus Unterstützung bei Prozessoptimierung und Projektmanagement. Auch in den Expert*innen-Interviews wurde der Bedarf nach professioneller Begleitung bei der Planung und Finanzierung hervorgehoben.

S115-3

Altern in der Landwirtschaft

K. M. Kusserow

FB Soziale Gerontologie, Institut für Soziologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Hintergrund: Seit Jahrzehnten beeinflussen strukturelle Wandlungsprozesse, z. B. technische und digitale Entwicklungen und damit einhergehende Produktivitätssteigerungen, die Landwirtschaft in Deutschland und damit auch den Arbeitsalltag und die (Erwerbs-)Biographien von Landwirt*innen. Aus sozialgerontologischer Perspektive wird in der hier vorgestellten Dissertation das Thema „Altern in der Landwirtschaft“ vor dem Hintergrund des Strukturwandels in der Landwirtschaft behandelt. Die Entwicklung der (Erwerbs-)Biographien sowie die Lebensgestaltung im höheren Alter stehen dabei im Fokus. Auf Grundlage der forschungsleitenden Fragestellungen: „Welche Auswirkungen hat der Strukturwandel in der Landwirtschaft auf die Erwerbsbiographien von selbstständigen Landwirt*innen?“ und „Welche Faktoren beeinflussen die Entscheidung über den Eintritt und die hiermit verbundene Gestaltung des Ruhestandes von selbstständigen Landwirt*innen?“ wird diese Thematik vor dem Hintergrund biographietheoretischer Konzepte analysiert und diskutiert.

Methodik: Die methodische Umsetzung erfolgt in fünf Schritten:

1. systematische Recherche der nationalen und internationalen themenspezifischen Literatur,
2. Sekundäranalyse statistischer Daten (z. B. zur Hofnachfolge, zur Alterssicherung),
3. sieben Interviews mit Expert*innen landwirtschaftlicher Institutionen,
4. elf qualitative Interviews mit älteren Landwirt*innen aus Niedersachsen und
5. eine Fokusgruppe mit LandFrauen aus Niedersachsen.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche zeigt eine große Forschungslücke hinsichtlich Erwerbsbiographien, Wünschen, Bedarfen und Lebensgestaltung älterer Landwirt*innen. Die Analysen der Interviews mit den Expert*innen und Landwirt*innen machen deutlich, dass ein Großteil der Landwirt*innen auch im höheren Alter weiter auf dem Hof arbeiten möchte. Insbesondere die Hofnachfolgesituation, der Gesundheitszustand sowie sozioökonomische und familiäre Aspekte sind wichtige Einflussfaktoren für die tatsächliche Lebensgestaltung im Alter. Auch die LandFrauen bestätigen diese Ergebnisse.

Zusammenfassung: Die Phase des Ruhestandes, wie sie in Martin Kohlis (1985) Modell des Normallebenslaufs definiert wird, ist somit bisher bei Landwirt*innen oftmals nicht zu beobachten. Die Auswirkungen des Strukturwandels sind jedoch auch in den Erwerbsbiographien der Landwirt*innen erkennbar, was gleichzeitig sowohl mit neuen Chancen als auch Herausforderungen einhergeht.

S115-4 Zur Heterogenität von Quartiersstrategien stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen – Das Projekt AQUILA

J. Kiekert, I. Theda, B. Krötz, I. Himmelsbach, N. Konopik

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Hintergrund: Das Projekt „Aufbau von Quartiersansätzen für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege“ (AQuiLa) beschäftigt sich mit Quartiersstrategien stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen im Hinblick auf ihre Anbindung an das Quartier (u. a. Eifler 2020, Hämel 2019) als Sozialraum für die Bewohner*innen der Einrichtung und des Quartiers. Im ersten Teilprojekt der Studie sollten insbesondere förderliche und hinderliche Faktoren identifiziert werden, die maßgeblich für die Orientierung der Einrichtungen sind.

Methodik: Mithilfe eines integrativen Literaturreviews (Toracco, 2016) wurden Strategien der stationären Langzeitpflege im Hinblick auf ihre Quartiersanbindung identifiziert und das jeweilige Verständnis der Anbindung an das Quartier ermittelt. Neben dem Review wurde in problemzentrierten Interviews ($n = 8$, Witzel, 2007) die Perspektive der Einrichtungsleitungen der stationären Langzeitpflege sowie des Sozialdienstes der Einrichtungen und die kommunale Perspektive erhoben und mittels Qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Review und empirische Untersuchung zeigen die Anbindung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen an das Quartier an vier Kategorien auf: Quartiersorientierung und Quartiersverständnis, Konzepte zur Quartiersorientierung, hinderliche und begünstigende Einflussfaktoren und der Stand der Quartiersorientierung in den Einrichtungen. Das Portfolio des Leistungsangebotes steht in engem Zusammenhang mit den Perspektiven der Leitungsebene, der Trägerinstitution und der Kommune.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse des Literaturreviews und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen, dass stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen durch ihre Anbindung an den Sozialraum für bestimmte vulnerablen Bewohner*innen, beispielsweise mit psychischen Erkrankungen, ein Schutzraum sind. Gleichzeitig können die Einrichtungen ein Ort der Resilienz für Bewohner*innen des Sozialraumes sein, in dem die Einrichtungen gelegen sind, der Teilhabeoptionen eröffnet.

S115-5 Verwirkte Zukunft? – Perspektiven älterer Inhaftierter auf Altern in Haft

A. Kenkmann¹, C. Ghanem²

¹Campus Benediktbeuern, Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern;

²Fakultät Sozialwissenschaften, Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohn, Nürnberg

Ältere Inhaftierte müssen neben den Veränderungen und Herausforderungen des Alterns auch mit dem Freiheitsentzug und den damit verbundenen vielschichtigen Auswirkungen (z. B. psychische Belastung, mangelnde Bewegung, Verlust von Sozialkontakten) zurecht kommen. Diese Intersektion von Beeinträchtigungen macht ältere Gefangene zu einer vulnerablen Gruppe, deren Gesundheitszustand deutlich schlechter ist, als der der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Auch wenn der Anteil älterer Gefangener stetig ansteigt, ist bisher wenig über das Hafterleben und die Bedürfnisse dieser Zielgruppe bekannt. Um die Perspektive älterer Gefangener auf Altern in Haft zu untersuchen, wurden in diesem Projekt mittels einer qualitativen schriftlichen Befragung in zehn bayerischen Justizvollzugsanstalten 64 ältere Inhaftierte (61 m, 3 w) erreicht, die teilweise sehr ausführlich über die eigene Situation berichteten.

Während es einzelnen Gefangenen gelingt, positiv mit der Situation umzugehen, sorgt sich ein Großteil der Studienteilnehmenden um ihre Zukunft, wobei neben gesundheitlichen Herausforderungen die materielle Versorgung, die Wohnsituation und die sozialen Beziehungen im Vorder-

grund stehen. Gefangene erkennen, dass die Ernährung, mangelnde Bewegungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten sowie fehlende digitale Kompetenzen das eigene Altern in Haft und die gesellschaftliche Reintegration negativ beeinflussen. In vielen Aussagen werden Ängste deutlich, die sich nicht nur auf einen Sterbeprozess in Haft, sondern auch auf eine unsichere Entlassperspektive beziehen. Die erlebten Strukturen werden überwiegend als behindernd erlebt. Auch formell bestehenden intramuralen Hilfsangeboten, wie der sozialpädagogische und psychologische Fachdienst, wird häufig der unterstützende Charakter abgesprochen. Immer wieder wird jedoch die Seelsorge betont, die dabei hilft, die individuellen Ängste und Probleme zu bewältigen. Die Erkenntnisse der Studie machen deutlich, dass ältere Inhaftierte weitreichender Unterstützung bedürfen, um auch dieser Gruppe ein gelingendes Altern zu ermöglichen.

S200 (Sub-)akute Bewusstseinsstörungen – von Epilepsie bis Encephalopathie – und Schwindel beim geriatrischen Patienten

Moderation: S. Schütze¹, A. H. Jacobs²

¹Medizinisch-Geriatrie Klinik, AGAPLESION Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.;

²Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanner-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn

Unterschiedliche neurogeriatrisch bedingte Funktionsstörungen spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der „Geriatrischen Is“, allen voran die Störung von Motorik (Immobilität) und Kognition (intellektuelle Einbußen). Pathogenetisch spielen ursächlich Schlaganfall, subkortikale arteriosklerotische Encephalopathie (SAE) und neurodegenerative Erkrankungen wie M. Alzheimer und M. Parkinson eine führende Rolle. Wichtige klinische Leitphänomene können dabei „Störungen des Bewusstseins“ und das subjektive Gefühl des „Schwindels“ sein. Häufig werden die Beschwerden durch einen allgemeinen Infekt (HWI, Pneumonie) verschlechtert. Dadurch werden maßgeblich die Parameter der Alltagsfunktionen (ADL) gestört, sodass die Funktionalität und Selbstständigkeit älterer Menschen gefährdet sind. Wichtig ist, frühzeitig Störungen des Bewusstseins und Schwindelsyndrome zu erkennen, um geeignete therapeutische Maßnahmen einzuleiten, damit Komplikationen wie Stürze, Frakturen, Aspiration u. a. vermieden werden.

In dem Symposium sollen die neuesten Entwicklungen zur Diagnose und Behandlung von Störungen des Bewusstseins und von Schwindelsyndromen im neurogeriatrischen Kontext erörtert werden. Dazu werden geriatrische und neurologische Aspekte gleichermaßen im Sinne einer neurogeriatrischen Arbeitsweise in den Blick genommen.

S200-2 Diagnose und Differentialdiagnose von Epilepsien im Alter

Y. Weber

Sektion Epileptologie, Neurologie, Aachen, Aachen

Die Diagnose Epilepsie kann dann gestellt werden, wenn es zu einem unprovokierten epileptischen Anfall gekommen ist plus einem erhöhten Rückfallrisiko definiert über den elektroenzephalographischen (EEG) oder MRT Befund. Alternativ wird eine gesicherte Diagnose gestellt, wenn mindestens zwei unprovokierte, epileptische Ereignisse beobachtet wurden. Dabei spielen EEG oder MRT Zusatzbefunde oder der zeitliche Abstand der Ereignisse keine Rolle. Das Problem beim älteren Patienten liegt darin, dass differentialdiagnostisch viele, weitere Ursachen für Episoden bestehen, bei denen es zu Phasen von Verwirrtheit, Gedächtnisverlust, Bewusstseinsstörung oder motorischen Entäusserungen gekommen ist. Der Vortrag möchte die differentialdiagnostischen Überlegungen darstellen und Differenzierungsmöglichkeiten erörtern.

S200-3 Septische Enzephalopathie und septische Enzephalitis – vom Delir bis zum Koma

R. Nau¹, S. Tauber², S. Schütze³, J. Gossner⁴, H. Eiffert⁵, M. Djukic¹

¹Geriatric & Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ³Medizinisch-Geriatrie-Klinik, AGAPLISION Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.; ⁴Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Göttingen; ⁵amedes-Gruppe, MVZ Wagnerstippe für Medizinische Mikrobiologie, Göttingen

Hintergrund: Aufgrund der eingeschränkten Funktionsreserve des Gehirns und der Immunseneszenz steigt die Inzidenz der septischen Enzephalopathie und der septischen Enzephalitis mit zunehmendem Alter an. Die septische Enzephalopathie ist die häufigste ZNS-Beteiligung einer systemischen Infektion. Bei der septischen Enzephalitis stehen entweder embolisch-ischämische Ereignisse (septisch-embolische Enzephalitis) oder Mikroabszesse (septisch-metastatische Enzephalitis) im Vordergrund.

Klinik: In der Akutphase ist die septische Enzephalopathie mit einem Delir oder einer Bewusstseinsstrübung bis hin zum Koma und einer erhöhten Letalität assoziiert. Mittel- und langfristig leiden Genesene häufig an neuen oder einer Verschlimmerung vorbestehender kognitiver Störungen. Bei der septischen Enzephalitis stehen bei der ischämischen und der entzündlichen Variante fokale neurologische Defizite im Vordergrund. Patienten mit septischer Enzephalitis haben insbesondere bei Antikoagulation oder Fibrinolyse ein hohes intrakranielles Blutungsrisiko.

Pathophysiologie: Die septische Enzephalopathie wird durch eine systemische Entzündungsreaktion mit Stimulation der Endothelien und der Mikroglia, eine Steigerung der Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke, eine Hypoxie, eine Imbalance verschiedener Neurotransmitter, axonale Schäden und Nervenzelluntergänge verursacht. Bei der septisch-embolischen Enzephalitis stehen Gefäßverschlüsse durch mit Bakterien oder Pilze besiedelte Emboli im Vordergrund. Bei der septisch-metastatischen Enzephalitis verursachen die mit Erregern beladenen Emboli kleine Abszesse.

Diagnostik: Entzündliche und ischämische Läsionen sowie axonale Schäden lassen sich sensitiv mit der zerebralen Kernspintomographie darstellen. Das EEG reagiert sehr empfindlich auf zerebrale Funktionsstörungen, liefert aber unspezifische Befunde. Die Liquorleukozytenzahl ist bei der septischen Enzephalopathie in der Regel normal, bei der septisch-metastatischen Enzephalitis ist die Leukozytenzahl im Liquor häufig erhöht.

Therapie: Entscheidend ist der rasche Beginn der optimalen antibiotischen Therapie. Experimentelle Ansätze sind auf die Reduktion proinflammatorischer Erregerbestandteile, die Modulation der Entzündung, die Stabilisierung der Blut-Hirn-Schranke oder der Zellmembran bzw. die Verbesserung der mitochondrialen Funktion gerichtet. Bei der Delirbehandlung spielt die Tagesstrukturierung die entscheidende Rolle, der Schlaf kann durch Melatonin unterstützt werden.

S200-4 Schwindel beim geriatrischen Patienten

J. Trabert

Medizinisch-Geriatrie-Klinik, AGAPLISION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.

Schwindel ist ein subjektives Gefühl, welches qualitativ und quantitativ ein sehr breites Spektrum aufweist. Schwindel nimmt im Alter zu, beeinträchtigt Lebensqualität und Selbstständigkeit und ist assoziiert mit Stürzen, Sturzangst sowie depressiver Symptomatik (Kammerlind, Müller). Aufgrund der alltagsrelevanten Auswirkungen von Schwindel ist eine sorgfältige Abklärung und ätiologische Einordnung der Ursache geboten (Strupp). Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sind die Ursachen häufig multifaktoriell (Kammerlind). Entsprechend sollten nach der ätiologischen Einordnung sowohl multifaktorielle und gezielte Interventionen erfolgen.

Das Ausbleiben von o.g. Maßnahmen kann eine Chronifizierung von Schwindel mit einer Verschlechterung des subjektiven Gesundheitsgefühls und somit der Lebensqualität zur Folge haben (Tinetti). Aufgrund der Häufung im Alter, der alltagsrelevanten Auswirkungen und der multifaktoriellen Einflüsse auf das Symptom Schwindel ist es gerade für Geriaterinnen und Geriater wichtig mit dem Thema vertraut zu sein.

Literatur

1. Kammerlind AS, Ernsth Bravell M, Fransson EI (2016) Prevalence of and factors related to mild and substantial dizziness in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 16(1):159. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0335-x>
2. Mueller M, Strobl R, Jahn K, Linkohr B, Peters A, Grill E (2014) Burden of disability attributable to vertigo and dizziness in the aged: results from the KORA-Age study. *Eur J Public Health* 24(5):802–807. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt171>
3. Strupp M, Dlugaiczek J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M (2020) Vestibular Disorders. *Dtsch Arztebl Int* 117(17):300–310. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0300>
4. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM (2000) Health, functional, and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc* 48(4):417–421. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb04700.x>

S202 Erfahrungs- und Handlungsräume selbstwirksamer Teilhabe – Möglichkeiten für pflegende Angehörige aus interdisziplinärer Perspektive

Moderation: S. S. Wiloth

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Mit der Pflege und Begleitung eines Familienmitglieds einhergehende Herausforderungen und Belastungen müssen nicht per se negative Konsequenzen haben. Deren erfolgreicher Umgang kann Resilienzprozesse anstoßen und das persönliche Wachstum von pflegenden Angehörigen (pA) sogar fördern. Zentral dabei sind persönliche Erfahrungen, in denen pA spüren, wie sie trotz Vulnerabilität durch eigene Kraft schwierige Situationen meistern können. Damit dies gelingt, müssen „Räume“ geschaffen werden, in denen pA Selbstwirksamkeit erfahren und die somit eine wesentliche Ressource für eine erfolgreiche Realisierung ihres Selbstregulationspotenzials bereitstellen.

Das Symposium betrachtet Möglichkeiten von Erfahrungsräumen selbstwirksamer Teilhabe pA aus unterschiedlichen Perspektiven, die anhand von sechs Beiträgen dargestellt werden: Beitrag 1 nimmt eine ethische Perspektive ein und stellt Tagebücher als Erfahrungsraum vor, wobei pA von Menschen mit Demenz die Wahrnehmung schöner Momente innerhalb einer Sorgebeziehung dokumentieren. Im 2. Beitrag wird das Konzept der sorgenden Gemeinschaft als Erfahrungsraum aus theologischer Perspektive fokussiert. Es wird ein Projekt vorgestellt, das untersucht, inwiefern pA die Wirksamkeit bestimmter Formen der Solidarität auf das Selbstregulationspotenzial wahrnehmen. Im 3. Beitrag wird eine philosophisch-sprachwissenschaftliche Perspektive auf die Methode der Ratgespräche (RG) eingenommen. Es wird eine videobasierte Prozessanalyse vorgestellt, die zeigt, dass RG durch selbstwirksame Teilhabe pA einen öffentlichen Raum konstituieren können, der soziale Daseinsvorsorge fördern kann. Aus Perspektive der Implementierungswissenschaft wird im 4. Beitrag auch auf das RG als Erfahrungsraum Bezug genommen und vorgestellt, wie stark die im Theoretical Domains Framework beschriebenen Bereiche von Akteur*innen aus Kommunen im RG thematisiert werden und welche Veränderungen dies im Hinblick auf die Unterstützung für pA hervorbringt. Beitrag 5 betrachtet die RG als Erfahrungsraum aus bildungs- und politikwissenschaftlicher Perspektive und diskutiert, inwiefern eine Perspektiventransformation der Politik hervorgerufen wird und folglich Einfluss auf deren Lern- und Handlungskompetenz nimmt. Beitrag 6 nimmt eine versorgungswissenschaftliche Perspektive ein und diskutiert den Einfluss der Wissensvermittlung bezüglich Pflegeversiche-

rungsleistungen auf die Inanspruchnahme spezifischer Unterstützungsangebote zur Förderung der Ressourcen von pA.:

S202-1

Schöne Momente pflegender Angehöriger in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz – Erste Ergebnisse einer Tagebuchstudie

A. Kiefer

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die Begleitung von Menschen mit Demenz wird von pflegenden Angehörigen oftmals aus der Belastungsperspektive wahrgenommen; *schöne Momente* hingegen, die in einer solchen Sorgebeziehung erlebt werden können, bleiben häufig unerwähnt. *Schöne Momente* lassen sich als Situationen im Alltag beschreiben, in denen pflegende Angehörige Freude empfinden. Zumeist finden jene Momente ihren Ursprung in der zwischenmenschlichen Begegnung, unter anderem gemeinsam mit dem an Demenz erkrankten Familienmitglied. Sie werden individuell erlebt und geben Kraft für die Bewältigung der Pflegesituation.

Es kann angenommen werden, dass die Wahrnehmung *schöner Momente* das Wohlbefinden und die Lebensqualität pflegender Angehöriger stärkt. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit eine Sensibilisierung pflegender Angehöriger für die Wahrnehmung *schöner Momente* in der Begleitung eines Menschen mit Demenz durch die Anwendung einer Tagebuchvorlage gelingen kann.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine qualitative Tagebuchstudie durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte über vier Wochen, in denen zehn pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz täglich kriteriengeleitete Tagebucheinträge schrieben. Im Prä-Post-Design werden zum aktuellen Zeitpunkt Tiefeninterviews zur Wahrnehmung *schöner Momente* sowie zur Bewertung der Methode geführt. Die Ergebnisse werden im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA organisiert und analysiert.

Ergebnisse: Die Annahme, dass durch regelmäßiges Tagebuchschreiben eine Sensibilisierung pflegender Angehöriger zur Wahrnehmung *schöner Momente* gelingen kann, wird durch die bisherig analysierten Daten gestützt. *Schöne Momente* werden dabei individuell in der Begegnung mit den an Demenz erkrankten Familienmitgliedern, als auch in Momenten der Selbstpflege erlebt. Die Teilnehmenden geben an, dass die Wahrnehmung *schöner Momente* dabei positive Auswirkungen auf die Bewertung der Pflegesituation hat.

Zusammenfassung: Mit Hilfe einer Tagebuchvorlage können pflegende Angehörige auf die Wahrnehmung *schöner Momente* in der Begleitung ihrer an Demenz erkrankten Familienmitglieder sensibilisiert werden. Erste Ergebnisse zeigen individuelle Auswirkungen der Wahrnehmung und Sensibilisierung *schöner Momente* durch die vorgestellte Methode. Das Tagebuch wird dabei als ein mögliches Manual in der Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen diskutiert.

S202-2

Versorgung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz in der Kommune: Qualitative Analyse unter Verwendung des Theoretical Domains Frameworks

M. Wittek¹, H. Voß², A. Kiefer¹, S. S. Wiloth¹, E. Schmitt¹

¹Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt nicht nur die Gesellschaft aufgrund des demografischen Wandels vor große Herausforderungen, sondern kann besonders für pflegende Angehörige physisch und psychisch belastend sein. Obwohl pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz eine tragende Säule im deutschen Pflegesystem sind, weist ihre Unterstützung in der Kommune Defizite auf. Für die Gestaltung und Steuerung von Implementierungsprozessen im Gesundheitswesen existiert u. a. das *Theoretical Domains Framework* (TDF). In dieser Studie wird untersucht, welche der an die Gerontologie angepassten TDF-Domänen in einem öffentlichen Dialog auftauchen und welche Veränderungen dies im Hinblick auf die Unterstützung für pflegende Angehörige hervorbringt.

Methodik: Die Datenbasis bilden Rathausgespräche und Fokusgruppen aus 14 Kommunen in Deutschland. Teilnehmende der Rathausgespräche waren pflegenden Angehörige von Menschen mit Demenz und AkteurInnen aus den Kommunen. An den Fokusgruppen haben ausschließlich die jeweiligen AkteurInnen partizipiert. Zur Datenanalyse wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, die sich in den Rathausgesprächen auf die Begutachtung von drei Domänen des TDF *Wissen, Ziele und sozio-politischer Kontext* und in den Fokusgruppen auf Ergebnisse der Versorgungsoptimierung der Zielgruppe konzentrierte.

Ergebnisse: Bezüglich der Domäne *Wissen* wird deutlich, dass es in jeder Kommune zumindest einige AkteurInnen gibt, die sich der Situation und Relevanz von Pflegenden und ihren Angehörigen mit Demenz bewusst sind. Nicht in jeder Kommune werden *Ziele* für die Optimierung der Versorgung der Zielgruppe genannt. Der *sozio-politische Kontext* wird häufig durch Aussagen über lückenhafte Grundvoraussetzungen thematisiert. Insgesamt ist ein Zusammenhang zwischen Umfang und Ausmaß des Aufkommens genannter Domänen in einem Erfahrungsraum wie dem des öffentlichen Dialogs und den berichteten Ergebnissen in den Fokusgruppen zu vermuten.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intensität der im Rathausgespräch thematisierten Domänen die AkteurInnen in den Kommunen und ihre Aussagen zur Verbesserung der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz positiv beeinflussen. Da die Domänen vielfältig anwendbar sind, lässt sich dieser Ansatz auch auf andere Pflege Themen übertragen.

S202-3

Die Herstellung von Öffentlichkeit durch Rathausgespräche: Eine videobasierte Analyse des Dialogs zwischen pflegenden Angehörigen und Kommunen

M. Obermeier, S. S. Wiloth

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Eine auf Open Government basierende Daseinsvorsorge kann durch die Herstellung „öffentlicher Räume“, der durch eine Verbindung zwischen der Lebenswelt der Bürgerschaft und den Institutionen charakterisiert ist, verwirklicht oder angestoßen werden. Es braucht Methoden, die nicht nur einen rationalen Diskurs über ein Problem ermöglichen, sondern dieses durch empathischen und wertschätzenden Dialog in die Öffentlichkeit tragen und so die Sphäre des Politischen erweitern können. Angesichts einer steigenden Pflegequote bei gleichzeitig abneh-

menden Pflegeressourcen rückt dementsprechend die Stärkung des Mitspracherechts pflegender Angehöriger (pA) in den Fokus. Es stellt sich die Frage, inwieweit sich durch Rathausgespräche (RG), an dem pA und Akteure aus Kommunen (AK) teilnehmen, öffentlicher Raum konstituiert und welche Merkmale dieser konkret aufweist.

Methode: Mittels deduktiv-induktiver Videoanalyse werden $N=2$ analoge und $N=2$ digitale RG in Hinblick auf sich im Prozess verändernde Interaktionsformen analysiert. Dabei werden Gesprächsanteile, Machtsymmetrien, gesprächsförderliche und -hemmende Faktoren, empathisches und wertschätzendes Handeln und die Atmosphäre in den Blick genommen. Die Analyse erfolgt durch zwei Beobachter, die zunächst unabhängig voneinander jeweils eine schriftliche Dokumentation einzelner Videosequenzen anfertigen, diese nach jeder Sequenz aber gemeinsam abstimmen. Das daraus entstandene Material wird abschließend in MaxQDA mittels vergleichender Inhaltsanalyse aufbereitet.

Ergebnisse: Die Interaktionsformen der pA unterscheiden sich zunächst von jenen der AK: so spiegeln etwa inhaltlich und formal ähnliche, aber voneinander völlig losgelöste Äußerungen der pA ihre Zurückgezogenheit bzw. eine fehlende oder sehr zerbrechliche Einheit untereinander wider. Im Gegensatz dazu entsteht bei AK in Teilen sehr schnell ein „Bündnis“ z. B. zur Aufklärung, Rechtfertigung oder Machtdemonstration. Diese Interaktionsformen verändern sich über die Zeit und lassen eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens und Sorgens entstehen.

Schlussfolgerung: RG stellen Räume dar, in denen durch selbstwirksame Teilhabe der pA Öffentlichkeit gestaltet werden kann. Wenn es gelingt, diese zu stabilisieren, dann kann sie zu einer politischen Kraft werden, die sich nicht mehr ignorieren lässt und damit als ein Katalysator der Entwicklung innovativer Unterstützungsformen im Sinne eines vertieften Verständnisses von Daseinsvorsorge fungiert.

S202-4

Rathausgespräche als Raum transformativer Lernprozesse: Eine qualitative Analyse des Lernerfolgs bei politischen Entscheidungsträgern

S. S. Wiloth, M. Obermeier

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die Nachfrage nach innovativen Lösungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger (pA) von Menschen mit Demenz erfordert einen tieferen Einblick in deren Lebenssituation und eine gezielte Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse. Hierfür sind spezifische Formen der sozialen Integration und Partizipation erforderlich. Dadurch lernen die Öffentlichkeit und die Politik, wie pA im Prozess der Resilienz und des psychologischen Wachstums bedarfsgerecht unterstützt werden können. Es stellt sich die Frage, inwiefern transformatives Lernen bei politischen Entscheidungsträger*innen und Vertreter*innen der kommunalen Seniorenarbeit durch den Dialog mit pA gelingt und inwieweit dies deren Handlungsbereitschaft sowie Planungs- und Umsetzungsprozesse beeinflusst.

Methode: Es wurde jeweils ein öffentliches Rathausgespräch (RG) in insgesamt $N=16$ Kommunen durchgeführt, auf dem pA und Akteure der Kommune in den Dialog traten. Bei $N=7$ Bürgermeister*innen (B) und $N=10$ Akteuren*innen der Seniorenarbeit (AS) wurde ca. 1 Woche nach RG ein leitfadengestütztes Interview zur Erfassung von Lernprozessen und deren Motivation sowie bei $N=9$ B und $N=11$ AS nach ca. 6 Monaten eines zur Erhebung potenzieller Planungs- und Umsetzungsschritte durchgeführt. Es folgte eine qualitative, vergleichende Inhaltsanalyse mittels MaxQDA.

Ergebnisse: Sowohl B, als auch AS wurden durch das RG, insbesondere durch die emotionalen Schilderungen, aber auch durch ein konkretes Feedback der pA, mit der Realität konfrontiert, was zu für einen transformativen Lernprozess notwendigen Irritationen führt. Durch die Gespräche mit den pA wird eine Perspektiventransformation ermöglicht, der den B und AS einerseits die Perspektive der pA näherbringt und ihnen andererseits die eigene Perspektive im Sinne der Selbstreflexion vor Augen führt. Dies motiviert sie und unterstützt sie dabei, sich neue Ziele hinsichtlich

einer bedarfsgerechten Unterstützung von pA zu setzen, diese durchzudenken und so nachhaltigkeitsrelevante Kompetenzen bzw. Ressourcen auszubauen, um die Ziele zu erreichen.

Schlussfolgerung: Die RG machen bewusst, dass sich Probleme, die in der Theorie einfach und klar lösbar erscheinen, in der Praxis aufgrund der Perspektivenvielfalt als vielschichtig und komplex erweisen und soziale Daseinsvorsorge somit nur durch selbstwirksame Teilhabe der pA realisiert werden kann. Die Ergebnisse greifen damit direkt wesentliche Handlungsempfehlungen aus dem 7. Altersbericht der Bundesregierung auf.

S202-5

Experienced Solidarity: values, motives and practices in caring communities and social volunteering

O. Odrasil¹, S. S. Wiloth²

¹Theologisches Seminar, Heidelberg; ²Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Pflege und Begleitung sind immer noch weitgehend private Angelegenheiten, wobei die Familien häufig eine hohe Vulnerabilität hinsichtlich sozialer Desintegration und subjektiv erlebter Einsamkeit aufweisen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und ihre Resilienz zu stärken, müssen soziale Integration und solidarische Praktiken stärker im Zentrum des Interesses stehen. Hierbei kann das Konzept der Sorgenenden Gemeinschaften [SG] genutzt werden. Bislang ist unklar, wie genau SG mit dem zentralen Element des Ehrenamts schon heute funktionieren und welche Bedingungen notwendig ist. Weiter ist wenig darüber bekannt, inwieweit v. a. pflegende Angehörige (pA) einen positiven Einfluss bestimmter Formen der Solidarität auf ihre Selbstregulation wahrnehmen und erleben.

Methode: „Experienced Solidarity“ untersucht im mixed-methods Design gelebte Solidarität mit einem zentralen Fokus auf dem Konzept der SG. Dafür werden in $N=4$ kirchlichen Gemeinden Fokusgruppen mit Haupt- und Ehrenamtlichen zur Erfassung von Prozessen und Motiven durchgeführt. Anhand von passiv-teilnehmenden Beobachtungen und weiteren Interviews mit pA wird deren eigene Einschätzung der Resilienz und des Rollenverständnisses in der Gemeinschaft erfasst. Die Auswertung geschieht durch qualitative Inhaltsanalysen.

Zu erwartende Ergebnisse: Wesentliche Selbst- und Gruppenregulationsprozesse auf drei Ebenen können identifiziert werden: (1) auf der Ebene der institutionellen Akteure, des Ehrenamts und der pA. Im Rahmen der Analyse der Gruppenregulationsprozesse institutioneller Akteure wird die Bedeutung spezifischer Kommunikationsstrukturen, Netzwerke und Unterstützungsangebote sowie deren Erfolgsfaktoren ersichtlich. Zudem werden Selbstregulationsprozesse des Ehrenamts und pA identifiziert. Zentral ist hierbei ihre motivationale Lage und die durch ihre Sorearbeit gelingende Bedürfniserfüllung und Aufrechterhaltung persönlicher Lebensqualität. Auch wird erwartet, dass spezifische Formen sozialen Engagements eine subjektiv wahrgenommene Auswirkung auf die Selbstwirksamkeit der pA als Resilienzfaktor haben.

Schlussfolgerung: Es kann ein vertieftes Verständnis hinsichtlich SG als Erfahrungsraum selbstwirksamer Teilhabe sowie der Motive des individuellen sozialen Engagements innerhalb der Gemeinschaften entwickelt werden. Damit leisten die Ergebnisse des Projekts einen wesentlichen Beitrag zur Förderung eines notwendigen solidarischen, Miteinanders in einer Gesellschaft des langen Lebens.

S202-6

Auswirkungen von Schulungen zu Pflegeversicherungsleistungen sowie Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für pflegende Angehörige auf deren Inanspruchnahme

J. Starman

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Um Belastungen vorzubeugen sowie die physische und psychische Gesundheit pflegender Angehöriger (pA) zu erhalten, ist deren adäquate Förderung und Unterstützung notwendig. Die Wissensvermittlung zu Pflegeversicherungsleistungen sowie Unterstützungs- und Entlastungsleistungen dient dabei als tragende Säule. Sie ermöglicht es pA selbstwirksam zu agieren und bei Bedarf rechtzeitig Hilfe einzufordern. Ein bedarfsorientiertes Schulungskonzept soll das Wissen der pA in Bezug auf die genannten Leistungen und Maßnahmen steigern und so zu einer vermehrten Inanspruchnahme ebendieser führen.

Methode: Im ersten Projektteil erfolgte eine Bedarfserhebung durch leitfadengestützte Interviews mit $n=93$ pA. Zudem wurden quantitative Daten zum physischen und psychischen Wohlbefinden der pA erhoben. Anhand der Ergebnisse wurden Schulungsinhalte und Informationsmaterialien konzipiert, welche zeitnah in Angehörigenschulungen vermittelt werden. An drei Messzeitpunkten wird anschließend anhand quantitativer und qualitativer Daten das Inanspruchnahmeverhalten sowie die psychische und physische Verfassung der teilnehmenden pA im Vergleich zu einer Kontrollgruppe erfasst.

Ergebnisse: Die Bedarfserhebung lässt auf einen hohen Beratungs- und Informationsbedarf pA schließen. PA gaben einen zum Zeitpunkt der Interviews vorhandenen Beratungsbedarf zu Unterstützungs- und Entlastungsleistungen an. Zudem wurde retrospektiv ein Bedarf an Wissensvermittlung zu Beginn der Pflege genannt. Über die zu Beginn der Pflegesituation erhaltenen Informationen äußerte sich die überwiegende Mehrheit negativ. Diese Personen wiesen zum Zeitpunkt der Studie signifikant höhere Scores der Allgemeinen Depressionsskala (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, Keller 2012) und der Beschwerdenliste (Von Zerssen, Petermann 2011) auf. Eine Nichtinanspruchnahme von Leistungen wurde von den pA außerdem häufig mit einem Informationsdefizit begründet.

Schlussfolgerung: Die bisherigen Ergebnisse stützen die Hypothese, dass pA eine ausführliche, bedarfsorientierte Beratung benötigen. Diese werden pA im weiteren Verlauf des Projekts in Form einer Angehörigenschulung erhalten. In Anbetracht der Ergebnisse der Bedarfserhebung ist zu erwarten, dass pA die an dieser Schulung teilnehmen, im Vergleich zur Kontrollgruppe, häufiger Unterstützungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Einen weiteren positiven Effekt der Schulungen könnte die Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens darstellen.

S203 Partizipative Forschung und Digitalisierung: Erkenntnisinteresse und Methode

Moderation: M. Leontowitsch¹, R. Werny², F. Oswald¹

¹Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.; ²Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M.

Digitalisierung und partizipative Forschung sind zwei noch recht junge Themen innerhalb der Gerontologie, die aber auf Grund ihrer gesellschaftlichen Bedeutung nicht mehr aus der Altersforschung wegzudenken sind. Partizipative Forschung ist ein Sammelbegriff für Forschungsansätze, die soziale Wirklichkeit von Menschen partnerschaftlich verstehen und beeinflussen wollen. Für diese Art der Forschung ist die Beteiligung von Menschen am Forschungsprozess zentral, nicht nur als Teilnehmer*innen

und Datengebende, sondern als Mitforschende, die Wissen generieren und mit den Ergebnissen gesellschaftliche Veränderungsprozesse in Gang bringen. Partizipative Forschung in der Gerontologie beinhaltet ein emanzipatorisches Potenzial, wenn älteren Menschen die Möglichkeit gegeben wird in einem Kollektiv gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu verändern bzw. mitzugestalten. Neben dem Klimawandel ist die Digitalisierung das größte Thema der heutigen Zeit. Um in einer digitalisierten Welt weiterhin gesellschaftliche und soziale Prozesse mitgestalten zu können, haben Sozialpolitik und Altenarbeit erkannt, dass es wichtig ist soziale Akteure zu kompetenten Nutzer*innen zu machen. Soziale Strukturmerkmale wie Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen spielen bei der Benutzung bzw. Nichtnutzung digitaler Geräte weiterhin eine zentrale Rolle und deuten auf bestehende soziale Ungleichheiten sowie Ausgrenzungsmechanismen hin. Der gemeinschaftliche Prozess der Mitbestimmung, Erkenntnisgewinnung und Veränderung über Digitalisierung und mit digitalen Mitteln hat das Potenzial sich positiv auf individuelle Handlungsmächtigkeit auszuwirken und die Sichtbarkeit von Altersfragen auf der gesellschaftlichen Ebene zu erhöhen. Das Symposium leuchtet die Schnittstelle von Digitalisierung und partizipativer Forschung aus, mit Beiträgen, die sich kritisch mit dem Einsatz digitaler Medien in partizipativen Forschungsprojekten auseinandersetzen; die Bedeutung von Digitalisierung im Alter partizipativ erforschen; sowie Digitalisierung als Ergebnis partizipativer Forschung vorstellen.

S203-1

(K)eine soziale Teilhabe ohne digitale Teilhabe?! Erfahrungen aus dem partizipativen Forschungsprojekt STARK

H. von Stülpnagel¹, M.-C. Schoeffel², A. Eich-Krohm¹

¹Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg; ²Magdeburg

Theoretischer Hintergrund: Der enge Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status, Gesundheitszustand und Zugang zu gesundheitlicher, medizinischer und pflegerischer Versorgung bestimmt mit zunehmendem Alter die Verwirklichungs- und Teilhabechancen. Die Covid-19-Pandemie legte in eindrucksvoller Weise offen, mit welchen Exklusionsdynamiken sich ältere Menschen konfrontiert sehen, die keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu Digitalisierung haben.

Am Beispiel des Forschungsprojekts STARK (Soziale Teilhabe im Alter im Stadtteil Kannenstieg fördern) soll unter Betrachtung des partizipativen Forschungsverlaufes die Bedeutsamkeit digitaler Teilhabemöglichkeiten im Alter herausgestellt werden.

Methode: Das Forschungsprojekt STARK nutzt den communitybasierten partizipativen Forschungsansatz, um soziale Teilhabe mit neun Co-Forschenden und Praxispartnerinnen einer Einrichtung der offenen Altenhilfe kollaborativ zu untersuchen. Es werden die im Forschungsverlauf eruierten Ergebnisse der acht Projekttreffen sowie der begleitenden Methoden und Dokumente zugänglich gemacht, um sich der Forschungsfrage zu nähern.

Ergebnisse: Im ursprünglich in Präsenz geplanten Projekt STARK musste aufgrund der Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie der Projektverlauf neu gedacht werden. Dabei zeigte sich, dass eingeschränkte Möglichkeiten der Digitalisierung auch die Teilhabepotenziale der Co-Forschenden begrenzen. Nicht nur die weitere Projekteinahme, sondern auch die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen sowie die Wahrnehmung digitaler Freizeitangebote blieb einem Teil der Co-Forschenden aufgrund fehlender technischer Infrastruktur verwehrt.

Ein zentrales Ergebnis des Forschungsprojekts weist den Bedarf an niedrigschwelliger und kostengünstiger Unterstützung beim Zugang zu und der Nutzung von digitalen Endgeräten aus.

Diskussion: Es gilt zu diskutieren, wie Teilhabe in einer zunehmend digitalen Welt mitgedacht werden muss und welche Bedeutung dies für partizipative Forschungsprojekte mit älteren Menschen haben kann.

S203-2

Digitalisierung partizipativer Altersforschung mit sozial benachteiligten älteren Menschen: Erfahrungen aus der Corona-Pandemie

A. Wanka

DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.

Nicht zuletzt seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie haben sich ehemals nicht-digitale partizipative Ansätze zunehmend dem Digitalen zugewandt. Auch die partizipative Altersforschung wird zunehmend digitalisiert. Viele ältere Menschen weisen dabei bereits hohe technologische Kompetenzen auf, doch bei manchen Gruppen – insbesondere sozial und bildungsbenachteiligte ältere Menschen, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Hochaltrige – bleibt die digitale Spaltung als Herausforderung bestehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Digitalisierung partizipativer Altersforschung möglichst inklusiv gestaltet werden kann und welche Herausforderungen akademische und Bürger:innen-Forschende dabei zu bewältigen haben.

Datengrundlage bildet das Citizen-Science-Projekt „Socially Excluded Older Adults: Voices and Experiences“ (2021–23), in dem sozial benachteiligte ältere Menschen zu Ko-Forschenden ausgebildet werden, die eigene Forschungsprojekte zu sozialer Exklusion im Alter konzipieren und durchführen. Teilnehmende umfassen Menschen über 65 Jahren, die alleine zuhause leben; Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben, so wie wohnungslose ältere Menschen. Das Projekt wurde vor Beginn der Corona-Pandemie konzipiert. Analog geplante partizipative Methoden wurden im Projektverlauf digitalisiert bzw. hybridisiert. Im Beitrag werden drei Workshopsettings vorgestellt und diskutiert: ein rein digitaler Einführungsworkshop, ein hybrides und ein analoges Methodentraining. Anhand von Beobachtungsprotokollen und Videoaufnahmen wird analysiert, wie welche Herausforderungen und Potenziale in den unterschiedlichen Settings in Bezug auf die Grundprämissen partizipativer Forschung (z. B. Hierarchie, Kommunikation, Mitbestimmung) entstehen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass rein digitale Ansätze Machtstrukturen zwischen akademischen und Bürger:innen-Forschenden verstärken und Partizipation erschweren können. Gerade im hybriden Workshopformat fanden sich im Projekt aber auch stark gegenläufige Tendenzen. Zu reflektieren sind dabei immer auch unsere eigenen Vorstellungen „gelungener“ partizipativer Forschung.

S203-3

Digitalisierung, Fürsorge und Alleinleben partizipativ erforscht

R. Werny, M. Reich, M. Leontowitsch, F. Oswald

Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Die Digitalisierung des sozialen Lebens transformiert das gesellschaftliche Miteinander auf vielfältige Weise. Es entstehen, geprägt durch die digitalen Technologien, neue kulturelle Vorstellungen von Fürsorge, Kooperation und Gegenseitigkeit. Im Hinblick auf das Alter werden die Chancen und Risiken der Digitalisierung kontrovers diskutiert. Die Corona-Pandemie hat dazu beigetragen, dass ältere Menschen vermehrt digitale Technologien und Endgeräte nutzen. Neben dem Zugang zu Informationen steht der Kontakt zu Familienmitgliedern und Freund*innen für viele alte Menschen im Fokus. Zugleich ist die zunehmende Digitalisierung für ältere Menschen mit Herausforderungen jenseits der Nutzung von Endge-

räten verknüpft und Ungleichheiten zwischen Generationen, Geschlechtern, Einkommensgruppen und Wohnformen können sich verstärken.

Immer mehr Menschen im Alter leben alleine. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von einem starken Bedürfnis nach Autonomie bis zu Scheidung und Verwitwung. Allein zu leben geht mit zahlreichen Herausforderungen einher. Diese betreffen auch digitale oder nicht-digitale Fürsorgebeziehungen. Im Hinblick auf die Internetnutzung zeigt sich, dass alleinlebende alte Menschen seltener Zugang zum Internet haben. Die Aneignung von digitalen Kompetenzen und die Nutzung von digitalen Geräten wird in dieser Gruppe einerseits angeregt und ist andererseits durch zusätzliche Herausforderungen entlang von sozialen Ungleichheiten geprägt.

Angesiedelt an der Schnittstelle beider Problembereiche untersucht das EU-Projekt „EQualCare – Allein aber vernetzt?“ das Verhältnis von Digitalisierung und intergenerationaler Fürsorgearbeit von alleinlebenden alten Menschen in Lettland, Finnland, Schweden und Deutschland mit einem partizipativen Forschungsansatz. Der Beitrag gibt erste empirische Einblicke in den partizipativen Forschungsprozess der beiden (urbanen und ländlichen) Forschungsgruppen des deutschen Teilprojekts. Chancen und Herausforderungen im Erarbeiten von Methode, Interviewleitfaden und Forschungsthemen mit den Ko-Forscher*innen werden beleuchtet. Die unterschiedlichen Bedeutungen von digitalen Endgeräten für die Ko-Forscher*innen, und wie diese sich auf die Interaktion in der Datenerhebung auswirken, wird kritisch reflektiert.

S203-4

Gerontologische Grundlagen der Beteiligung älterer Menschen in gesundheitliche und pflegerische Technikentwicklungskontexte

C. Endter

Institut für Gesundheit, Altern, Arbeit und Technik, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz

Digitalisierung kann nicht allein als eine technische Entwicklung verstanden werden, sondern muss vielmehr auch als ein gesellschaftlicher Wandel betrachtet werden. Aus gerontologischer Perspektive liegt dabei vor allem der Fokus auf der Veränderung der Lebenswelt älterer Menschen. Gerontologische Forschung adressiert dabei unterschiedliche Aspekte, wie zum Beispiel Akzeptanz und Nutzung digitaler Technologien, aber auch den Einfluss digitaler Technologien auf Lebensqualität und soziale Teilhabe. Welchen Einfluss dabei die Entwicklung dieser Technologien auf ihre spätere Nutzung hat, ist dabei noch viel zu selten Gegenstand gerontologischer Forschung. Dabei spielt es eine entscheidende Rolle, welche Altersbilder Technikentwicklung bestimmen und wie ältere Menschen an der für sie gedachten Technik beteiligt werden. Hier setzt der Vortrag an und stellt anhand unterschiedlicher empirischer Beispiele aus meiner eigenen Forschung zur partizipativen Entwicklung von Gesundheits- und Pflorgetechnologien vor, wie ältere Menschen in Technikentwicklungsprozesse beteiligt werden, welche Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssen und welche Herausforderungen aus gerontologischer Perspektive bestehen.

Der Fokus liegt dabei u. a. auf den Vorstellungen und Repräsentationen älterer Nutzer*innen in partizipativen Technikentwicklungsprojekten, Fragen der altersgerechten Gestaltung und der Machtdimension von Partizipation. Damit angesprochen sind auch ethische Überlegungen zu Voraussetzungen *guter* Partizipation älterer Menschen im Kontext von Digitalisierung und Technikentwicklung.

Ziel meines Vortrages ist es dabei auch aufzuzeigen, welche Rolle gerontologische Expertise im Rahmen von Technikentwicklung spielen kann und wie gerontologische Theorie hier Grundlagen bildend wirken kann.

S204 Freie Vorträge – Patientenwege

S204-1

Daheim Dank Digital – ein Reallabor für assistive Technologien zur Unterstützung der Funktion und Teilhabe gebrechlicher älterer Menschen

S. Mayer¹, B. Kohn¹, M. Fotteler², W. Swoboda², J. Hillmann¹, S. Özkan¹, S. Richter³, D. Dallmeier¹, M. Denkinger¹

¹Geriatric/ Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut DigiHealth, Gesundheitsmanagement, Hochschule Neu-Ulm, Neu-Ulm; ³Digitale Agenda der Stadt Ulm, Ulm

Fragestellung: So sinnvoll assistive Technologien (AT) für ältere Menschen auf den ersten Blick erscheinen, umso schwieriger ist oft deren konkreter Einsatz im Alltag. Während die Pandemie der Digitalisierung einen enormen Aufschwung bescherte, wurde gleichzeitig der Abstand zu denen vergrößert, die ohnehin erschwerten Zugang zu AT hatten. In den vergangenen drei Jahren hat sich das Team von Daheim Dank Digital, einem Teilprojekt der Zukunftsstadt Ulm 2030, zum Ziel gesetzt, AT für die Bereiche Kommunikation, Sicherheit und Selbsthilfefähigkeit kritisch zu prüfen und der älteren Bevölkerung neutral und kompetent zu präsentieren.

Methodik und Ergebnisse: Konkret konnte ein Demonstrationsraum etabliert werden, der (a) als öffentliche Musterwohnung eingerichtet wurde in der beratend verschiedene AT präsentiert werden und der (b) als Reallabor für systematische Tests verschiedener Produkte und als Schulungsraum für Studierende unterschiedlicher Professionen dient. Weiterhin wurde ein Wettbewerb ausgerichtet und die dort positiv bewerteten Produkte (z. B. ein seniorengerechtes Tablet) in einer prospektiven Vorher-Nachher-Beobachtungsstudie auf Ihren realen Nutzen hin im häuslichen Umfeld untersucht. Die Anwenderstudie schließt pro Produkt einen Nutzer/eine Nutzerin und eine nahestehende Person ein. Des Weiteren wurden systematische Produkttests auf Basis einer neu entwickelten Bewertungsmatrix mit dem Fokus auf gebrechliche ältere Menschen begonnen und ein Beratungskonzept im peer-to-peer Ansatz ausgearbeitet, um mit einer technischen Beratung von SeniorInnen für SeniorInnen dabei zu helfen, Barrieren und Vorbehalte gegenüber neuen Technologien abzubauen.

Zusammenfassung: Der Demonstrationsraum von Daheim Dank Digital wurde bereits von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Akteuren (u. a. Pflegedienste, Nachbarschaftshilfen, Start-Up Firmen) besucht. Das Angebot unterscheidet sich von vergleichbaren Initiativen durch den Fokus auf (a) gebrechliche ältere Menschen, (b) bezahlbare oder von Kostenträgern finanzierte Produkte, (c) Präsentation und Testung von AT, die ohne hohen Installationsaufwand genutzt werden können und (d) eine von SeniorInnen für SeniorInnen informelle und kostenlose Beratung über die Produkte. Eine Verstärkung ist nach Laufzeitende geplant. Auf dem Kongress werden die Ergebnisse der Beobachtungsstudie und erster Produkttests vorgestellt.

S204-2

Vergleich zwischen Hospital Frailty Risk Score (HFERS) und ISAR-Score als Screeningtools der Stufe 1

C. J. Werner¹, F. Ahsfaq¹, G. S. Braun²

¹Sektion Interdisziplinäre Geriatrie, Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Abteilung für Nephrologie, Medizinische Klinik 3, Regiomed Klinikum Coburg, Coburg

Fragestellung: Eine stetig wachsende Patientenzahl benötigt bei der stationären Krankenhausaufnahme ein Screening auf geriatrischen Behandlungsbedarf mittels entsprechender Tests der Stufe 1. Der ISAR-Score weist eine akzeptable Testgüte auf, konsumiert jedoch personelle Ressourcen. Der HFERS ist automatisiert erhebbar und gut validiert. Bislang

fehlen aber vergleichende Untersuchungen. Ziel dieser Studie war es, erstmals die Wertigkeit des ISAR-Scores und des HFERS zur Prädiktion klinisch relevanter Outcomes patientenbezogen gegenüberzustellen.

Methodik: In einem Kollektiv stationärer Patienten im Alter ≥ 70 Jahren mit vorliegendem ISAR-Score bei Aufnahme erhoben wir ergänzend den HFERS bei Aufnahme anhand der Vor- bzw. Aufnahmediagnosen (Patienten der Unfallchirurgie und Inneren Medizin einer Universitätsklinik, Entlassjahre 2016–2020). In uni- und multivariaten Analysen berechneten und verglichen wir die prädiktive Wertigkeit des ISAR und des HFERS für die Endpunkte „Sturz“ und „Tod“ im aktuellen Aufenthalt.

Ergebnisse: Es wurden 2690 Patienten ($w = 56,6\%$, Alter = $80,7 \pm 6,4$ Jahre) eingeschlossen. Der mediane ISAR-Score lag bei 3; der mittlere HFERS bei 7,37 ($\pm 6,61$) Punkten. Im Gesamtkollektiv betrug die Mortalitäts- und Sturzrate 3,9 % bzw. 3,8 %. Der HFERS erwies sich in multivariaten Modellen mit dem Endpunkt „Tod“ dem ISAR gegenüber als Prädiktor überlegen (AUC 0,800 vs. 0,741; $p < 0,001$). Ähnliches fand sich für den Endpunkt „Sturz“, wobei hier die generelle Aussagekraft der Modelle limitiert war (McFadden's R2 zwischen 0,028 und 0,046). Für den Endpunkt „Tod“ zeigte der HFERS in der ROC-Analyse folgende Charakteristika: 91,6 % Sensitivität und 47,4 % Spezifität bei Wahl eines HFERS-Cutoffs von ≥ 5 Punkten, bzw. 45,8 % Sensitivität und 87,5 % Spezifität bei Wahl eines HFERS-Cutoffs von ≥ 15 Punkten. Für den Endpunkt „Sturz“ betrug Sensitivität und Spezifität jeweils 78,8 % und 46,8 % (bei HFERS-Cutoff von ≥ 5 Punkten), bzw. 24 % und 86,5 % (bei HFERS-Cutoff von ≥ 15 Punkten).

Zusammenfassung: Der HFERS ist dem ISAR-Score für die Endpunkte Tod und Sturz im Krankenhaus prädiktiv nicht unterlegen und kann einfach in bestehende Krankenhausinformationssysteme integriert werden. Die feinere Granulierung erlaubt eine Anpassung der Cutoff-Werte an vorhandene Gegebenheiten. Das retrospektive Design ist eine Limitation der Studie. Dennoch sollte eine breitere Verwendung des HFERS als Screeningtest der Stufe 1 evaluiert werden.

S204-3

Auch funktionale Heterogenität älterer Menschen erfordert differenziertes Vorgehen bei Interventionsstudien – Erfahrungen mit gesetzlich krankenversicherten, 70-jährigen und älteren Personen in einem innovativen Hilfs- und Betreuungsnetzwerk

W. von Renteln-Kruse, L. Neumann, D. Vinyard, S. Goltger, U. Thiem, U. Dapp
Medizinisch-Geriatriische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg

Hintergrund und Fragestellung: Eine zentrale Frage ist, ob sich entwickelnde Hilfs- und Pflegebedürftigkeit positiv beeinflussbar ist. Im Netzwerk GesundAktiv (NWGA; Innovationsfond) wurden gesundheitsbezogene Maßnahmen nach interdisziplinärem Assessment am koordinierenden gerontologisch-geriatriischen Zentrum empfohlen. Teilnehmen konnten zuhause lebende Versicherte (70 J. +) mit Funktionseinschränkung: postROBUST, preFRAIL, FRAIL gem. LUCAS Funktions-Index¹ oder Pflegegrad 1–3. Ausgeschlossen waren Personen mit Status ROBUST, Pflegegrad 4–5 sowie in stationärer Altenhilfe lebend.

Gefragt war, wie sich **Teilnehmende (a)**, **Ablehnende (b)**, **Interessierte (c)** und **Non-Responder (d)** bezüglich soziodemografischer und gesundheitlicher Merkmale (12 Monate vor Studienbeginn) unterschieden: Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus, Staatsangehörigkeit, Wohnort, stat. Krankenhausaufenthalt inkl. ICD-Diagnosen, Arztkontakte und Pflegegrad.

Methodik: Das Zentrum klassierte die Rückläufe aller pseudonymisiert angeschriebenen Versicherten (a–c). Die übrigen Angeschriebenen identifizierten die Krankenkassen als Non-Responder (d). Verfügbare Routinedaten der vier Gruppen (a–d) wurden anonymisiert übermittelt, ICD-Diagnosen klassiert nach „im Alter prävalent“, „Geriatrie-typisch“ und „Funktionsbezug“ und deskriptiv sowie mit geeigneten statistischen Verfahren auf Unterschiede untersucht.

Ergebnisse: Die 13.100 Angeschriebenen verteilten sich auf 7,4 % Teilnehmende, 7,2 % Ablehnende, 18,6 % Interessierte 66,8 % Non-Responder. Die Gruppen unterschieden sich deutlich bezüglich der untersuchten Merkmale. Die ICDs (5422 Krankenhausaufenthalte) zeigten unterschiedlich häufige motorische und kognitive Beeinträchtigungen. Das Interesse für präventive Maßnahmen war hoch und verknüpft mit fehlender Pflegebedürftigkeit und geringer Morbidität.

Schlussfolgerungen: Die Motivierung über 70-jähriger Personen für Maßnahmen zur günstigen Beeinflussung der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit sollte differenziert erfolgen und auch funktionale Beeinträchtigungen berücksichtigen. In Klinik und Praxis sollte die professionelle Berücksichtigung erkennbarer funktionaler Störungen als Krankheitsfolgen und wichtigem Schrittmacher für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit steigen. Geeignete interventionelle Ansätze sollten bereits vor der achten Lebensdekade beginnen².

Literatur

1. Dapp U et al (2014) BMC Geriatr 14:141
2. Renteln-Kruse von W, Minder CE (2016) J Am Geriatr Soc 64:2166–167

S204-4

Begleitung bei Entlassung/Verlegung älterer Menschen und ihre Assoziation mit dem nachfolgenden Auftreten von Delir – Ergebnisse aus der TRADE Beobachtungsstudie

S. Brefka¹, J. Brenneisen², C. Leinert¹, U. Braisch¹, G. Decker¹, R. Muche³, T. Seufferlein⁴, J. Klaus⁴, G. Eschweiler⁵, F. Gebhard⁶, K. Schütze⁶, T. Geisler⁷, A. Bahrman⁸, H. A. Katus⁹, N. Frey⁸, N.-E. Denninger⁹, M. Müller¹⁰, K. Pahmeier¹¹, J. Wasem¹¹, A. L. Flagmeier¹², P. Benzinger¹³, J. M. Bauer¹³, M. Denkinge¹, D. Dallmeier¹

¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ³Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Geriatricisches Zentrum, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; ⁶Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁷Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen; ⁸Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinik Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁹Zentrum für Forschung, Entwicklung und Transfer, Technische Hochschule Rosenheim, Rosenheim; ¹⁰Fakultät für Angewandte Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Technische Hochschule Rosenheim, Rosenheim; ¹¹Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Essen; ¹²Rehabilitations- und Pflegeforschung, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart; ¹³Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Insbesondere bei älteren Menschen tritt im Rahmen eines akutstationären Aufenthaltes häufig ein Delir auf, was mit vermehrten Komplikationen assoziiert ist. Die aktuelle Datenlage zur Delirinzidenz nach Entlassung/Verlegung ist unzureichend. In der TRADE Studie (G-BA Innovationsfonds-Projekt) werden (i) die Delirinzidenz nach Entlassung/Verlegung, (ii) die unterschiedlichen Formen der Begleitung bei Entlassung/Verlegung sowie damit assoziierte Faktoren und (iii) die Assoziation zwischen jeglicher Begleitung und dem nachfolgenden Auftreten eines Delirs evaluiert.

Methodik: Es wurden Teilnehmer:innen im Alter von ≥ 70 Jahren und ihre Bezugspersonen von August 2019 bis Februar 2020 in 4 Akutkliniken in Baden-Württemberg rekrutiert und am Tag vor der Entlassung/Verlegung sowie nach 3, 7 und 90 Tagen befragt. Die Art der Begleitung beim Ortswechsel wurde zeitlich in *vor*, *während* und *nach* der Entlassung/Verlegung unterteilt. Die Delirinzidenz wurde als kombinierter Endpunkt anhand CAM, FAM-CAM und Nu-DESC ermittelt. Mittels logistischer Regression werden mit der Begleitung assoziierte Faktoren und die Assoziation zwischen Art der Begleitung und Delirinzidenz untersucht.

Ergebnisse: Von insgesamt 212 rekrutierten Teilnehmer:innen wurden 158 (74,5 %) mit Angaben zu Begleitung und Delir für die Analyse berücksichtigt. Diese waren im Median 80,7 (IQR 76,8–84,2) Jahre alt, 55,7 % Frau-

en. In Ehe oder Partnerschaft lebten 55,1 %, im eigenen Haushalt 93,7 %. Der Barthel Index lag im Median bei 85 (IQR 60–100), der Lawton IADL Index bei 6 (IQR 4–8), der Frailty-Schweregrad (CFS) bei 4 (IQR 3–5). In der Vorgeschichte hatten 22 (13,9 %) ein Delir. Die Aufenthaltsdauer betrug im Median 8 Tage (IQR 4–17). Es wurden 32,9 % in eine unbekannte und 67,1 % in eine bekannte Umgebung entlassen/verlegt. Bei Ortswechsel in eine unbekannte Umgebung wurden die Teilnehmer:innen überwiegend (67,3 %) nur *danach* begleitet, in eine bekannte Umgebung meist (41,5 %) zu allen drei Zeitpunkten. Die Delirinzidenz betrug 3, 7 und 90 Tage nach Entlassung 7,0 %, 11,4 % und 17,1 %.

Zusammenfassung: TRADE untersucht multizentrisch die Rolle der Begleitung von älteren Menschen im Rahmen der Entlassung/Verlegung aus der stationären Versorgung. Wir beobachteten eine bisher nicht beschriebene hohe 90-Tage-Delirinzidenzrate von 17,1 %. Inwieweit eine Begleitung die Delirinzidenz nach Entlassung/Verlegung beeinflusst, wird im Rahmen des Kongresses präsentiert.

S204-5

Anforderungsanalyse für ein humanoides Pflege-Telerobotiksystem zur Unterstützung in der häuslichen und ambulanten Pflege

S. Vorwerg, C. Friese, C. Eicher

Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Fragestellung: Im Rahmen des Forschungsprojektes „Teleskoop“ wurde eine Anforderungsanalyse für das humanoide Pflege-Telerobotiksystem „Robody“ durchgeführt. Das System basiert auf „Shared Control“-Methoden, sodass Pflegekräfte die Möglichkeit haben, mittels eines intuitiven, auf Augmented Reality Technologien aufbauenden Interfaces die Fernkontrolle eines Robodys zu übernehmen, der bei pflegebedürftigen Personen vor Ort ist. Ziel der Anforderungsanalyse war, geeignete Handlungsszenarien für Robodies zu identifizieren, um physisch und psychisch in der häuslichen und ambulanten Pflege zu unterstützen.

Methodik: Die Studie folgte einem qualitativen Ansatz in dessen Rahmen leitfadengestützte Interviews mit fünf pflegebedürftigen Personen, drei Pflegekräften und zwei pflegenden Angehörigen durchgeführt wurden. Die Datenauswertung erfolgte anhand von Protokollen im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse (induktives Vorgehen). Dazu wurden die Aussagen der Teilnehmer:innen zunächst reduziert und anschließend den aus dem Datenmaterial entstandenen Kategorien zugeordnet.

Ergebnisse: In die Ergebnisdarstellung wurden sechs Kategorien eingeschlossen. In der Kategorie „assistive Tätigkeiten – körperfern“ wurde das Handlungsszenario „Gegenstände vom Boden aufheben“ als sehr relevant eingestuft. Eine weitere wichtige Kategorie stellten assistive Tätigkeiten dar, die körpernah ausgeführt werden. Hier sollten durch den Robody Tätigkeiten wie z. B. „Getränke oder Gegenstände anreichen“ übernommen werden können. In der Kategorie „Pflege und Hygiene“ konnte unter anderem ein erhöhter Bedarf an Unterstützung beim Anziehen von Kleidung identifiziert werden. Darüber hinaus nannten die interviewten Personen in der Kategorie „Tätigkeiten im Haushalt“ regelmäßig den Wunsch, beim Putzen entlastet zu werden. Zwei besonders relevante Anforderungen wurden in der Kategorie „Abrufbereitschaft“ formuliert – das Reagieren in Notfallsituationen und rund um die Uhr verfügbar sein. Weiterhin sollte der Robody bspw. durch Gesprächsführung bzw. Animation einen sozialen Kontakt zwischen Pflegekraft und Klienten herstellen und dadurch Einsamkeit entgegenwirken (Kategorie „Beziehungsverhältnis“).

Zusammenfassung: Innerhalb der Anforderungsanalyse konnten relevante Handlungsszenarien für ein humanoides Pflege-Telerobotiksystem zur Unterstützung in der häuslichen und ambulanten Pflege identifiziert werden. Folglich gilt es die technische Realisierbarkeit der Handlungsszenarien zu prüfen.

S204-6

Covid-19 in Alten- und Pflegeheimen einer deutschen Metropole: Sterbefälle im Kontext der Heim-Charakteristika, der Impfkampagne und der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung Nürnbergs im Zeitraum von März 2020 bis April 2021

M. Gosch, P.M. Borzyk

Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Hintergrund: Mitmenschen in Alten- und Pflegeheimen zählen zu den durch eine SARS-CoV-2-Infektion am meisten Gefährdetsten. Über die Verteilung ihrer Sterbefälle und jener der nicht in Pflege befindlichen Bevölkerung sowie ursächlicher Faktoren gibt es wenig Evidenz.

Ziel der Studie: Zusammenhangüberprüfung zwischen Pflegeheim-Charakteristika und Mortalitäts-/Fallsterblichkeitsraten der Heimbewohner. Impfkampagneneinflusserhebung in Heimen. Eruiert nach SARS-CoV-2-Infektion Verstorbener innerhalb Population einer deutschen Großstadt und deren geschlechts-, alters-, komorbiditätenspezifischer Verteilung.

Methoden: Retrospektiv analysiert wurden Daten der Covid-Datenbank des Gesundheitsamts Nürnbergs zu 56 Pflegeheimen von 25.03.2020–12.04.2021. Per Definition und Vergleich prä- und postvazinaler Epoche wurde auf einen Impfeinfluss hinsichtlich Covid-19-Sterblichkeit der Alten- und Pflegeheimbewohner geprüft. Die Datensammlung aller 1365 Verstorbener erfolgte mittels Totenschein-Auswertung per AccessDatenbank, die statistische Auswertung mittels SPSS 24.0.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter aller Sterbefälle betrug 81,7 Jahre (53,5 % w: 84,3 a; vs. m: 78,9 a), das der Pflegeheim-Bewohner 85,6 Jahre (62,9 % w: 87,1 a vs. m: 83,1 a), jenes der restlichen Bevölkerung 77 Jahre (41,8 % w: 79 a; vs. m: 75,5 a). 55,3 % der Verstorbenen waren Heimbewohner. Sie wiesen eine Mortalitäts- (MR) und Fallsterblichkeitsrate (CFR) von 12,5 und 31,2 % auf. In Heimen mit durchschnittlich 108 Plätzen und 2,5 zu Pflegenden je Mitarbeiter (0 Todesfälle) zeigten sich starke Korrelationen zwischen der Anzahl infizierter Mitarbeiter und infizierter als auch verstorbener Heimbewohner (r -Wert: 0,918 und 0,913; p : 0,000). Selbiges gilt für die Heimplatzanzahl (r : 0,754 und 0,699; p : 0,000). Der Anteil genesener Pfleger korrelierte mit MR und CFR (r : 0,714 und 0,473; p : 0,000 und 0,002), ebenso jener geimpfter Pfleger (r : -0,594 und -0,52; p : 0,000). Heime in prä- und postvazinaler Epoche wiesen keine signifikanten MR- und CFR-Unterschiede auf (prä: 6,3 % und 26,6 % vs. post: 5,4 % und 27,6 %). Krankheits- und Hospitalisierungsdauer der Allgemeinbevölkerung überstiegen jene der Heimbewohner (15,8 vs. 8,5 und 12,4 vs. 7,2 d).

Conclusio: Heimcharakteristika haben großen Einfluss auf deren Covid-19-Situation. Der erhoffte Impfkampagneneinfluss auf diese zweifelhaft. Verstärktes Infektionsgeschehen senkt Hospitalisierungsrate. Totenschein-Auswertung eignet sich begrenzt zur Komorbiditätenerfassung.

S205 Freie Beiträge – Gesundheitsversorgung I

S205-1

Der Einfluss von Kontextfaktoren auf den Umgang mit Notfallsituationen in der stationären Langzeitpflege

A. Finger¹, N. Primc¹, M. Hasseler²

¹Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Fragestellung: Notfallsituationen stellen eine besondere Herausforderung für Pflegefachpersonen in Altenpflegeeinrichtungen dar. Auf der Grundlage einer qualitativen Interviewstudie wurden Kontextfaktoren analysiert, die einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit Notfallsituationen haben und zur Reduzierung von vermeidbaren Krankenhauszuweisungen beitragen können.

Methodik: Im Rahmen eines interdisziplinären Konsortialprojektes wurden 39 qualitative Interviews mit Pflegefachpersonen aus 14 Altenpflegeeinrichtungen geführt. Diese wurden transkribiert, anonymisiert und mithilfe von MAXQDA© 2020 qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Neben intrinsischen Merkmalen (z.B. beobachtbare Veränderungen an Bewohner:innen) ist der Umgang der Pflegefachpersonen mit Notfallsituationen im Wesentlichen von (1) den verfügbaren Handlungsoptionen, (2) den Erfahrungen und der Persönlichkeit der verantwortlichen Pflegefachpersonen, (3) den bekannten Vor- und Grunderkrankungen der Bewohner:innen, (4) der persönlichen Beziehung der verantwortlichen Pflegefachpersonen zu den Bewohner:innen (und Angehörigen) abhängig. Die qualitative Analyse hat zudem gezeigt, dass alle vier Aspekte wiederum stark von übergreifenden Kontextfaktoren beeinflusst werden, insbesondere dem Personalschlüssel, dem Personalmangel und der Personalfuktuation, rechtlichen Unsicherheiten der Pflegefachpersonen, den einrichtungsinternen Vorgaben und Konflikten mit Angehörigen, der schlechten Erreichbarkeit von Hausärzt:innen, sowie dem Fehlen fester Strukturen (z.B. regelmäßige Visiten von Hausärzt:innen). Die genannten Faktoren führen zu vermeidbaren Krankenhauszuweisungen und einer Missachtung des Willens der Bewohner:innen in Notfallsituationen.

Zusammenfassung: Die Verhinderung von unnötigen Krankenhauszuweisungen und Stärkung des Willens der Bewohner:innen muss an den genannten Kontextfaktoren ansetzen. Übergreifend ist für beide Ziele eine Stärkung der Pflegefachberufe und ihrer Handlungskompetenz im Umgang mit Notfallsituationen erforderlich.

S205-2

Notfallzuweisungen aus Pflegeeinrichtungen – Aus der Perspektive von Ärzt*innen und Pflegepersonal in Notfallaufnahmen

S. Riecker, T. Hantel, M. Guth, M. K. Camlidere, M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Fragestellung: Das Forschungsprojekt beschäftigt sich mit Notfallzuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen aus der Perspektive von Mitarbeitenden in Notfallaufnahmen. Ziel ist es, den aktuellen Forschungsstand abzubilden und eigene empirische Daten zu erheben. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage „Wie nehmen Ärzte und Pflegefachpersonen in Notaufnahmen Notfallzuweisungen von Bewohnern aus stationären Pflegeeinrichtungen wahr?“

Methodik: Als Grundlage zur Beantwortung der Fragestellung wird zunächst ein Scoping Review auf Basis der aktuellen Literatur erstellt. Aufbauend darauf werden sieben leitfadengestützte Interviews in vier Notfallaufnahmen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgt

durch die strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring mit Hilfe des Programms MAXQDA.

Ergebnisse: Anhand der ausgewerteten Interviews wird deutlich, dass ein erheblicher Handlungsbedarf hinsichtlich des Themas „Notfallzuweisungen von Bewohnenden aus stationären Pflegeeinrichtungen“ besteht. Im Wesentlichen können drei Handlungsfelder identifiziert werden: zum einen eine unzureichende strukturelle haus- und fachärztliche Versorgung, die primär auf den zunehmenden Mangel an Ärzt*innen zurückzuführen ist. Zum anderen wird eine unzureichende sektorenübergreifende Informationsweitergabe beschrieben, die sich aufgrund von fehlenden behandlungsrelevanten Angaben negativ auf die Arbeitsbelastung in den Notfallaufnahmen auswirkt. Als weiterer wesentlicher Faktor, der maßgeblichen Einfluss auf Notfallzuweisungen hat, werden unzureichende Kompetenzen und Befugnisse in der Pflegeeinrichtung beschrieben.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse untermauern die Notwendigkeit, die Anzahl der Notfallzuweisungen aus Pflegeheimen auf ein notwendiges Maß zu reduzieren. Eine Ausweitung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, eine gut funktionierende sektorenübergreifende Kommunikation und eine verbesserte Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen ist notwendig, um Notfallzuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen zu reduzieren und die Notfallaufnahmen zu entlasten.

S205-3

Herausforderungen an das Krankenhaus im 21. Jahrhundert – Demenzsensible Krankenhausgestaltung

M. Holfeld

Gesundheitsbauten, Architektur und Farbgestaltung, Berlin

Aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft wird der Anteil älterer und damit auch demenzkranker Menschen im Krankenhaus weiter zunehmen. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine sensible architektonische Gestaltung, die Sicherheit und Orientierung vermittelt, immer mehr an Bedeutung. Um ein Verständnis für die Anforderungen älterer und kognitiv eingeschränkter Menschen zu wecken, werden zunächst die altersbedingten körperlichen Veränderungen und Sinneseinschränkungen sowie Symptomatik von Demenzerkrankungen eingegangen.

Ein besonderer Fokus ist neben der psychologischen Wirkung von Licht und Farbe die milieutherapeutische Gestaltung von Geriatriestationen bis hin zur Notaufnahme und Umfeld. Wobei die Akustik und Signalik (leichte Sprache) auch mit Beachtung findet.

Zu allen Bereichen einer Station werden konkrete Planungshinweise gegeben und demenzsensible Farb- und Lichtkonzepte vorgestellt, sowie Empfehlungen zu Organisationsstrukturen und Abläufe im Krankenhaus, die dabei helfen, die speziellen Bedürfnisse von Patienten mit Demenz zu berücksichtigen.

Dabei wird auch auf Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen, da es generell zu einer Verbesserung der Krankenhausqualität hinsichtlich der Patientenorientierung für alle Patienten führt.

Forschungsergebnisse belegen, dass sich bei einer harmonischen und gut gestalteten Einrichtung nicht nur Patienten geborgener fühlen, sondern auch der Krankenstand des Personals geringer ausfällt.

S205-4

Hologramm-basierte Telerehabilitation zur Sturzprophylaxe – Auszug aus dem EU-Projekt „HOLOBALANCE“

I. Walz¹, S. Waibel¹, C. Maurer²

¹Neurologie und Neurophysiologie, Neurozentrum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ²Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg

Hintergrund: Körperliche Aktivitäten wie Kraft- und Gleichgewichtstraining können nachweislich das Sturzrisiko senken. Nach Sturzereignissen werden Patienten dazu angehalten mit Hilfe von Broschüren spezifische Übungen zur Sturzprophylaxe durchzuführen – jedoch i. d. R. ohne kontinuierliche fachliche Anleitung oder Kontrolle.

Im Rahmen des EU-Projektes „HOLOBALANCE“ (grant agreement 769574) soll die Machbarkeit einer Gleichgewichtstherapie unter erweiterter Realität mit virtuellem Trainer untersucht werden. Dabei leitet ein holographischer Trainer, welcher über Sensoren und Lautsprecher Übungen anweisen und korrigieren kann, das Heimtraining an. Die direkte Interaktion soll die Trainingshäufigkeit und -adhärenz erhöhen und eine angemessene Progression gewährleisten.

Methoden: Am Projektstandort Freiburg wurden 30 Senioren (<65 Jahre mit Sturzhistorie) randomisiert dem HoloBalance-Programm (IG $n=15$) oder dem etablierten OTAGO-Heimtraining (KG $n=15$) zugeteilt. Vor- und nach der Intervention wurden funktionelle Mobilitätstests durchgeführt: instrumentierter Timed Up and Go-Test (iTUG) unter den Bedingungen normales Gehen (NG), Dual-Task (DT) und schnelles Gehen (SG), Functional Gait Assessment (FGA), Mini-BESTest. Die Sturzangst wurde anhand der Falls Efficacy Scale-International (FES-I), die sturzassoziierte Selbstwirksamkeit über die Activities-specific Balance Confidence Skala (ABC) quantifiziert. Die Daten wurden mittels ANOVA und post-hoc T-Test analysiert.

Ergebnisse: Es zeigten sich weder vor noch nach der Intervention signifikante Gruppenunterschiede (IG $n=10$, KG $n=15$ analysiert), jedoch Interventionseffekte: Beide Gruppen verbesserten signifikant ihre iTUG-Leistung im NG und DT hinsichtlich kürzerer Gesamtzeit, schnellerer Gehgeschwindigkeit und größerer Schrittlänge – mit Überlegenheit der IG durch eine stärkere Erhöhung der Gehgeschwindigkeit im DT. Die Bedingung SG führte zu keinem Zeiteffekt. Die IG konnte sich im Mini-BESTest gegenüber der KG signifikant verbessern. Die Intervention hatte weder Einfluss auf FGA- noch FES-I- oder ABC-Skala.

Diskussion: Eine effektive sporttherapeutische Betreuung sturzgefährdeter oder bereits gestürzter Senioren stellt eine immense personelle Herausforderung an das Gesundheitswesen dar. Die vorgestellte Teilanalyse deutet darauf hin, dass ein Hologramm-basiertes Training ähnliche Effekte wie ein bereits etabliertes Heimtrainingsprogramm erzielen könnte, wodurch sich in Zukunft Versorgungslücken schließen ließen.

S205-5

Frailty und G8-Score im zeitlichen Verlauf unter palliativer Systemtherapie bei Tumorpatienten

K. Schabet¹, K. Laryionava¹, C. Gebel², H.-W. Wahl³, U. Wedding⁴, E. Winkler¹, S. Zschäbitz⁵

¹Sektion Translationale Medizinethik, Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg; ²Abteilung Palliativmedizin, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Jena, Jena; ³Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁴Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Geriatrie Onkologie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena; ⁵Sektion Translationale Uroonkologie, Medizinische Onkologie, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

Hintergrund: *Frailty* wird als ein Syndrom bei Patienten im höheren Lebensalter mit verminderten physiologischen Reserven, mit einer begrenzten Anpassungsfähigkeit und mit einer erhöhten Anfälligkeit gegen-

über Stressfaktoren definiert. Auch in der Onkologie kann *Frailty* zu einer schlechteren Prognose sowie einem verminderten Therapieansprechen führen.

Ziel dieser Untersuchung im Rahmen der PAC-E (Präferenzen und Aktivität von Krebspatienten in höherem Lebensalter im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Krebserkrankung) Studie ist, Zusammenhänge zwischen *Frailty*, psychosozialen Faktoren, Kognition, körperlicher Leistungsfähigkeit und weiteren Ergebnissen geriatrischer Assessments zu untersuchen.

Methoden: Am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg wurden Patienten ab 70 Jahren mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung in die PAC-E Studie rekrutiert. Ein initiales Assessment umfasste Fragebogensets zu folgenden Domänen: *Frailty*, Psychosoziales, Kognition und körperliche Leistungsfähigkeit. Eine Wiederholung der Befragung 2–23 Monate nach Einleitung einer krebspezifischen Therapie erfolgte mit einem reduzierten Fragenset. Die Erfassung von *Frailty* erfolgte durch den G8-Fragebogen (G8).

Ergebnisse: Von den 106 in die statistische Auswertung eingeschlossenen Patienten waren 63,2 % Frauen und 36,8 % Männer. Häufigste Tumorerkrankung war bei den Frauen mit 71,6 % das Mamma-, bei den Männern mit 48,7 % das Prostatakarzinom.

Verlaufsbeobachtungen konnten bei 80 Patienten durchgeführt werden. Das initiale G8-Screening klassifizierte 28 dieser Patienten als fit ($G8 > 14$) und 52 als frail ($G8 \leq 14$). Im Verlauf zeigten Patienten, die bei der ersten Erhebung als fit eingeschätzt worden waren, einen medianen Abfall um 1 Punkt, von im Mittel 15,4 auf 13,8 Punkte, und Patienten, die bei der ersten Erhebung als frail eingeschätzt worden waren, eine Verbesserung im Median um 1 Punkt.

Zusammenfassung: Bei geriatrischen Krebspatienten ist eine Re-Evaluation des *Frailty*-Status im Verlauf sinnvoll. Die Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass *Frailty* bei geriatrischen Krebspatienten durch Einleiten einer tumorspezifischen und supportiven Therapie positiv beeinflusst werden kann. Um allerdings Behandlungsempfehlungen aussprechen zu können, müsste die Studie in einem bezüglich Tumorentität und Therapie homogeneren Setting und mit größerer Fallzahl wiederholt werden.

S206 RTG 2155 ProMoAge: The Impact of Posttranslational Protein Modification on Aging and Disease

Moderation: A. Simm¹, L.-O. Klotz²

¹Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Lehrstuhl für Nutrigenomik, Institut für Ernährungswissenschaften, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Ageing leads to an impairment of tissue homeostasis and functional decline of organs and represents a main risk factor for prevalent diseases such as cardiovascular disease and neurodegeneration in developed countries. To devise therapies aimed at improving the health state of the elderly, a detailed knowledge of molecular mechanisms leading to the impairment of organ function with increasing age is essential. There is accumulating evidence that posttranslational modifications (PTMs) of proteins contribute to functional decline. PTMs occur due to either enzymatically catalyzed or non-enzymatic reactions, with both types often targeting the same amino acids. Under physiological conditions, enzymatic PTMs regulate protein activities, thereby controlling structure and function of cells. However, due to alterations of modifying enzymes or because of an altered cellular environment in aged organisms, PTM patterns may change. Moreover, non-enzymatic modifications, such as glycation or oxidation, may compete with enzymatically regulated catalyzed processes, such as acetylation and glycosylation. Therefore, dysregulation of cellular processes occurs. Within this session, data either on aging, epigenetic regulation, or on cell signaling pathways will be provided.

S206-1

Protein modification in aging and disease

R. Horstkorte

Institut für Physiologische Chemie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther Universität, Halle (Saale)

This presentation will focus on sugar (= glycan) structures attached to proteins. Such glycan structures consist of several sugars (monosaccharides) as building blocks. This so-called glycosylation of proteins is very complex and modulates folding, localization or half-life of the respective proteins and thereby influences their function in general. Nearly 50% of all proteins are glycoproteins. Although glycosylation of proteins occurs at specific sequences, glycosylation is not encoded in the gene of the respective protein but is regulated by the presence of specific enzymes or substrates. Therefore, a given protein can exist in hundreds of glycoforms and glycosylation thereby increases the diversity of proteins by several orders of magnitude. Defects in the glycosylation of proteins result in various defects and the affected patients suffer on serious, sometimes fatal, dysfunction of several different organ systems.

Furthermore, proteins can react with carbonyl groups (for example of sugars) in a chemical reaction called glycation. This reaction is not catalyzed by enzymes and results in the formation of advanced glycation end products (AGEs). Glycation of proteins increases with age and often leads to malfunction of the glycated proteins. It is generally accepted that glycation is implicated in many age-related chronic diseases.

S206-3

SELENBP1/SEMO-1: a link between hydrogen sulfide and aging

T. M. Philipp, K. Köhnlein, V. A. Ohse, W. Gong, A. J. Will, H. Steinbrenner, L.-O. Klotz

Lehrstuhl für Nutrigenomik, Institut für Ernährungswissenschaften, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Selenium-binding protein 1 (SELENBP1) was recently identified as a methanethiol oxidase (MTO), catalyzing the conversion of methanethiol to hydrogen sulfide (H_2S), hydrogen peroxide (H_2O_2) and formaldehyde. *Caenorhabditis elegans* is frequently used as a model organism to study the impact of metabolism on aging processes. We previously demonstrated that the proposed *C. elegans* protein and SELENBP1 ortholog Y37A1B.5 is a pro-aging factor that confers selenite resistance [1]. Here, we tested whether this protein also has MTO activity and therefore constitutes a novel potential source of hydrogen sulfide in *C. elegans*.

Utilizing a novel MTO assay we confirmed MTO activity of heterologously expressed recombinant proteins [2]. We next sought to test for MTO activity of the protein in its natural environment and tested *C. elegans* lysates for MTO activity. To assess the overall contribution of Y37A1B.5 to any *C. elegans* MTO activity, we also used a newly generated Y37A1B.5-deficient *C. elegans* mutant strain. Whereas MTO activity was easily detected in wildtype *C. elegans* lysates, no MTO activity was detected in the mutant strain, suggesting that the Y37A1B.5 protein is the major *C. elegans* MTO. Moreover, life span analysis revealed that the mutant strain had an extended lifespan, similar to the previously reported wildtype worms exposed to Y37A1B.5-specific RNAi [1]. Two of the three MTO reaction products, hydrogen sulfide and hydrogen peroxide, have been reported to modulate lifespan, through interaction with signal pathways and cell respiration in *C. elegans*. To which extend MTO-activity or its reaction products contribute to the observed pro-aging effects or the modulation to oxidative stress remains elusive and requires further research.

In summary, the Y37A1B.5 protein is a novel methanethiol oxidase and therefore a novel potential source of hydrogen sulfide in *C. elegans*. It is also a factor apparently shortening lifespan. Based on its homology to hu-

man selenium-binding protein 1, we renamed it SEMO-1 (SELENBP1 ortholog with MTO activity).

This study was supported by the German Research Foundation (DFG, Bonn, Germany), through research training grant #RTG 2155/2 "ProMo-Age".

References

1. Köhnlein K, Urban N, Guerrero-Gómez D, Steinbrenner H, Urbánek P, Priebs J, Koch P, Kaether C, Miranda-Vizuete A, Klotz LO (2020) Redox Biol 28:101323
2. Philipp TM, Will A, Richter H, Winterhalter PR, Pohnert G, Steinbrenner H, Klotz LO (2021) Redox Biol 43:101972

S206-5

Glycation induced posttranslational modifications (PTMs) of histones and their possible impact on cell function

S. Karande¹, A. Urazova¹, K. Wächter¹, T. Gruber², J. Balbach², G. Szabo¹, A. Simm¹

¹Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Institut für Physik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Aims: Posttranslational modifications (PTMs) of proteins play an important role in the ageing process. PTMs include enzymatically controlled modifications as well as reversible and irreversible non-enzymatic reactions. Glycation is a non-enzymatic reaction between reducing sugars or a-dicarbonyl compounds and amino groups of proteins, especially lysine and arginine residues, resulting in Advanced Glycated End Products (AGEs). Histones are rich in lysine and arginine, therefore we aim to investigate PTM of histones and their possible impact on histone interaction and cellular function.

Methods: Mass spectrometry analysis of nuclear extracts identified hotspots of glycation in histones including H2AK95CML, H2BK43CML, H3R43CEA and H4K31CML. Site-directed mutagenesis was applied to create wild type (wt) and mutant type (mt) histones by exchanging lysine/arginine with glutamine/tyrosine, thereby mimicking AGE modifications. After overexpression and purification, salt dialysis technique and SDS gel separation were applied to study nucleosome assembly and histone-histone interaction. Thermal stability of octamers and nucleosomes was studied using thermal shift assays.

Results: We could show that senescent cells tend towards a lower level of AGE-modifications on histones and less abundance of the H2BK43CML and H3K79CEL modifications. Furthermore, H2AK95Q, H2BK43Q and H3R43Y do not affect histone octamer formation, whereas H4K31Q tends to produce more tetramer than octamer during the reaction. The usage of H4K31Q leads to reduced thermal stability of the octamers. In contrast, H2BK43Q as well as H3R43Y decrease nucleosome stability. After overexpression of mutated H2BK43Q, H3R43Y, or H4K31Q in HEK293 cells, preliminary results show effects on cell shape and gene expression.

Conclusion: Compared to wt and modified H2A, modified H2B/H3 or H4 tends to affect octamer e.g. nucleosome stability. Based on these results, we investigate H2B/H3/H4 histone glycation on cell function to understand a possible impact on epigenetic regulation by diabetes associated protein modifications.

S210 Prävention interdisziplinär

P. Gellert¹, G. Fuellen²

¹Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock

Das Thema Prävention ist aktueller denn je, auch um künftige Krisen besser bewältigen zu können.

Prävention ist synergistisch möglich bei praktisch allen Aspekten der Gesundheit, und Präventionsforschung ist notwendig zur Entwicklung, Evaluation und Verbesserung von Präventionsmassnahmen. Damit kommen biomedizinische, geriatrische, psychologische, sozialwissenschaftliche und (lebens-)praktische Aspekte zusammen. Das Symposium „Prävention interdisziplinär“ soll auch die Arbeit an einem Papier zum Thema befördern, an dem zur Zeit gearbeitet wird.

S210-1

Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Ansätze zur Prävention im Alter am Beispiel von Mobilität und Kognition

P. Gellert

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Zielstellung: Der demografische Wandel und eine veränderte Lebensgestaltung führen in modernen Gesellschaften zu einer deutlichen Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen. Viele Erkrankungen gehen zurück auf die gleichen Risikofaktoren. Unsere Gesellschaft wandelt sich fortlaufend: Mobilität, Migration und Umweltverschmutzung, sowie Klimawandel verändern das Leben grundlegend. Zudem spielt sich der Alltag der Menschen immer mehr in Städten und im Digitalen ab. Diese Veränderungen hinterlassen im gesamten Lebensverlauf Spuren und beeinflussen Krankheits- und Gesundheitsprozesse, zum Teil Jahre später. Für die Prävention bedeutet das sowohl personalisierte und diversitätssensible Angebote als auch gesundheitsförderliche Umwelten zu schaffen. Ziel ist es den Stand und Richtungen der Präventionsforschung aus einer sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Perspektive zu beleuchten.

Methode: Anhand einer laufenden Studie (Mobility in Old age By Integrating health care and personal network resources in older adults Living in rural arEas, MOBILE; Verringerung von kognitivem Abbau durch Großelternschaft nach sozialer Lage, ECPD-Projekt) werden Ansätze sozial- und verhaltenswissenschaftlich-gerontologischer Präventionsforschung exemplarisch verdeutlicht. Diese umfassen eine partizipative Entwicklung, Lebensspannenperspektive, Person-Umwelt-Interaktionen, Mehrebenenansätze, theoriebasierte Techniken der Verhaltensänderung, soziale Austauschprozesse, sowie Einsatz von Technik.

Diskussion: Um Krankheiten wirkungsvoll zu verhindern, müssen Präventionsansätze gleichermaßen auf (biologische), psychologische, soziale und Umweltaspekte abzielen und in einem integrativen Ansatz gemeinsam gedacht werden.

S210-2

Biomedizinische Ansätze zur Prävention: Alternsprozesse aufhalten, stoppen, zurückdrehen gar?

G. Fuellen

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock

Klassische Maßnahmen zur Prävention schöpfen das Potenzial an Vermeidbarkeit von Erkrankungen nicht aus. Jedoch weist die moderne biopsychosoziale Altersforschung mit dem Ziel der Prävention und Gesund-

heitsförderung uns seit einigen Jahren neue Wege. Auf der biologischen Ebene trägt etwa die Elimination entzündlicher Zellen zur Vermeidung und sogar zur Rückbildung degenerativer Erkrankungen bei, mit Funktionsverbesserungen im Tiermodell wie auch, in Pilotstudien, beim Menschen. Dazu synergistisch ist dann die gezielte Verbesserung allgemein gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und ausreichend Schlaf. Aber erst mit der Verbesserung psychosozialer Faktoren, durch Stärkung des sozialen Zusammenhalts, Abbau negativer Altersstereotype, Vermeidung und Bekämpfung von Armut und Ungleichheit, und mit adäquatem Zugang zu digitalen Technologien und Versorgungsangeboten, wird das präventive Potenzial voll ausgeschöpft. Solche Interventionen und ihre Synergieeffekte sollten dabei im Alltag der Betroffenen untersucht werden, um valide Aussagen zu Wirkeffekten und deren Relevanz zu ermöglichen.

S210-3

Die alternde Lunge. Ist Lungengesundheit gut für gesundes Altern?

S. Stieglitz

Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Intensivmedizin, Klinik für Innere Medizin I, Petrus-Krankenhaus Wuppertal, Wuppertal

Die Prävalenz von COPD und Lungenfibrose sowie Lungenentzündung nimmt im Alter stark zu. Maßnahmen für die Lungengesundheit sind vorhanden. So verringern präventive Maßnahmen wie Rauchstopp, der angemessene Einsatz von Inhalatoren sowie die Aufklärung der Patienten über energiesparende verhaltenstherapeutische Techniken (z. B. Lippenbremse-unterstützter Treppengang) die Anzahl und Schwere von Exazerbationen der COPD und damit auch Hospitalisationen. Bei Patienten mit Lungenfibrose besticht die Luftnot durch Hypoxämie, was die Mobilität reduziert und in einen ungünstigen Kreislauf aus Sarkopenie und pulmonal-bedingter Frailty führt.

Verordnung von Sauerstoff mit Augenmaß stellt hier eine sinnvolle Prävention dar.

S210-4

Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung aus der Perspektive sozialer Gerontologie: zur Bedeutung ungleichheitssensibler Ansätze zu Partizipation

S. Kämpers

Fachbereich Pflege und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Fulda, Fulda

Zielstellung: Die demografische Entwicklung in Deutschland bringt eine Zunahme von Altersarmut mit sich; bestimmte gesellschaftliche Gruppen – z. B. Alleinstehende, Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund – sind jetzt und zukünftig stärker von Armut und damit gleichermaßen von gesundheitlichen Nachteilen bedroht. Benachteiligte Gruppen werden von traditionellen Gesundheitsförderungsangeboten weniger gut erreicht, deshalb sind partizipative Ansätze im Setting Wohnquartier relevant. Dabei werden gesundheitsförderliche Wirkungen vor allem mittelbar durch eine Stärkung sozialer Netzwerke, die Prävention von Einsamkeit und erhöhte Selbstbestimmung über eigene Lebensbereiche erwartet. Der Beitrag zeigt Schwierigkeiten, Lernschritte und Erfolge eines partizipativen Forschungsprojekts in einem Kasseler Stadtteil.

Methode: Im Projekt Age4Health (Forschungsverbund PartKommPlus, 2015–2021) wurden partizipative Entwicklungen mit älteren Bürger*innen erprobt. Insbesondere sollte auch benachteiligten Älteren Beteiligung ermöglicht werden. In einem Stadtteilzentrum für Senioren wurden u. a. mit Runden Tischen, Peer Research, Stadtteilspaziergängen und der Entwicklung eines weitgehend selbstorganisierten Cafétreffs unterschiedliche Möglichkeiten der Beteiligung partizipativ entwickelt.

Diskussion: Ungleiche Partizipationschancen und -erfahrungen entwickeln sich über die ganze Lebensspanne und lassen sich nicht durch kurzfristige Angebote aufheben. Personelle und praktische Kontinuitäten sowie unterschiedliche den lokalen Situationen jeweils angepasste Formate möglicher Beteiligungen sind erforderlich um Partizipation unterschiedlicher Gruppen älterer Bürger*innen in Wohnquartieren zu ermöglichen und damit die Ungleichheit von Partizipations- und Gesundheitschancen im Alter zu verringern.

S211 „Es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden“ – DGGG & DGG nehmen Abschied von Ursula Lehr

Moderation: A. Simm¹, H.-W. Wahl²

¹Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Netzwerk Alternsfoorschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Ursula Lehr ist am 25.04.2022 im Alter von 91 Jahren gestorben. Wir alle werden sie sehr vermissen, die DGGG und die DGG werden sie sehr vermissen. In diesem Symposium sollen Weggefährterinnen und Weggefährten von Ursula Lehr zu Wort kommen; es sollen zudem Kolleginnen und Kollegen sprechen, deren wissenschaftliches Wirken eng mit Ursula Lehr und Hans Thomae verbunden ist. Leider: Nicht alle können zu Wort kommen. Es wird eine Auswahl sein. Es geht uns darum, Bezug zu nehmen auf die reich- und nachhaltigen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Impulse, die Ursula Lehr vielfach gegeben – und uns nun hinterlassen hat. Nehmen wir diese großartige Generativität auf, erwecken wir sie auf diesem Symposium exemplarisch zu neuem Leben. Nehmen wir sie mit in die Zukunft der Gerontologie.

S211-1

Die BOLSA und Ursula Lehr – Biographische Alter(n)sforschung als Bezugsrahmen der eigenen wissenschaftlichen Identität

I. Fookien

Fachbereich 2 – Psychologie, Universität Siegen, Siegen

Als die BOLSA, dieses einzigartige Projekt einer 20-jährigen Längsschnittstudie des Alterns, im Jahr 1965 begann, hatte die damals 35-jährige Ursula Lehr das Themenspektrum einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne bereits gut beforscht: Periodik kindlichen Verhaltens, Lebenssituationen von Angestellten und Frauen im Beruf, subjektive Alterssymptome, Rolle von Mutter und Vater in der Sozialisation des Kindes. Unabhängig von der jeweils untersuchten Lebens- und Entwicklungsphase, ging es bei ihr nie um den Nachweis vorgeblich typischer Phasenabläufe, sondern immer um differentielle Zugänge zu menschlichem Erleben und Verhalten. Das forschungsleitende Commitment akzentuiert die Potenziale, Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten angesichts von Belastungen und Entwicklungsherausforderungen. Ursula Lehrs Forschungsansätze sind Ausdruck eines dezidiert psychologischen wissenschaftlichen Selbstverständnisses. Eine so verstandene Altersforschung ist biographisch und erfasst die subjektive kognitive Repräsentanz des Einzelnen, die bestimmt wird durch den Dreiklang: erlebte vergangene Erfahrungen, aktuell wahrgenommene Anforderungen an die eigene Lebensgestaltung und – nicht zuletzt – Art der eigenen Zukunftsantizipation. Der Lebensraum wird aus einer lebensbejahenden Haltung heraus als offen und gestaltbar konzipiert.

S211-2 Ursula Lehrs Beitrag zur sozialpolitischen Alter(n)s- forschung

G. Naegele

Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Psychogerontologie, vor allem vertreten von der Bonner Schule um Ursula Lehr und Hans Thomae, und sozialpolitikwissenschaftliche Altersforschung, vor allem vertreten von der Kölner Schule um Otto Blume und Margret Dieck, hatten es lange Zeit schwer miteinander. Ging es der Bonner Schule in der Vergangenheit häufig um die Bekämpfung negativer Altersstereotypen (Defizitmodell vom Alter), dann zielte auf der anderen Seite die Kölner Schule zumeist auf die konkrete Verbesserung der Lebenslagen sozial schwacher und gefährdeter (älterer) Menschen. Der jeweilige Wissenschaftszugang der beiden so vermeintlich konträren Mutterdisziplinen musste dabei die Offenheit füreinander zwangsläufig versperren, im Gegenteil, führte sogar zu Verhärtungen auf vielen Ebenen. Für sozialpolitikwissenschaftlich ausgerichtete Gerontolog:innen waren die wichtigsten Bezugspunkte ihrer Arbeit der sozial gefährdete ältere Mensch, z. B. im Kontext von Benachteiligungen in der Arbeitswelt, Einkommensarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, und die diesbezüglichen Lücken in den sozialen Sicherungssystemen. In den Augen vieler Psychogerontolog:innen bedeutete aber genau dieser Zugang eine Verstärkung bestehender defizitärer Altersbilder, die es zu überwinden galt. Der Beitrag greift diese Auseinandersetzung auf und versucht einen nachträglichen Beitrag zur Auflösung des dahinterstehenden Wissenschaftskonfliktes. Mit ihrem Fokus auf die Interventionsgerontologie und deren interdisziplinäre Ausrichtung war Ursula Lehr selbst maßgeblich daran beteiligt. Ihre offensichtliche Nähe zur Alterssozialpolitik und wie Letztere daraus profitieren konnte steht im zweiten Teil meines Beitrags. Er endet mit einigen persönlichen Erinnerungen an vor allem in den letzten Jahren gemeinsame Bemühungen, die Gerontologie in Deutschland im wissenschaftlichen wie im politischen Raum durch gerontologische Politikberatung stärker zu verankern. Nur am Rande sei erwähnt: Schon sehr früh war Ursula mit ihren frauenpolitischen Forderungen so manchem Sozialpolitiker weit voraus.

S211-3 Altersbilder im Werk von Ursula Lehr – Innovationen und Perspektiven

E. Schmitt

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Ursula Lehr hat sich in ihren theoretisch konzeptionellen und empirischen Beiträgen zur Gerontologie wie in ihrem nachberuflichen Engagement kontinuierlich mit der Bedeutung von gesellschaftlichen Altersbildern als sozialen Einflussfaktoren für das Selbstverständnis und die Lebenssituation älterer Menschen, den Verlauf von Alternsprozessen und nicht zuletzt Möglichkeiten älterer Menschen, Potenziale zu verwirklichen, Kompetenzen zu erwerben und für sich selbst und andere zu nutzen, beschäftigt. Dabei war es ihr bis zuletzt ein wesentliches Anliegen, teils historisch bedingten, teils Kohortenunterschieden, unzureichender Rezeption von Befunden, unangemessenen Methoden oder unzutreffendem Vorverständnis geschuldeten Fehldeutungen entgegenzutreten und die Etablierung positiver Altersbilder in Wissenschaft, Gesellschaft und Politik zu fördern. Insbesondere auf der Grundlage der verschiedenen Auflagen der Psychologie des Alterns und vorliegender Publikationen zu Ergebnissen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie lassen sich Altersbilder als auf Alter, Altern und ältere Menschen bezogene Meinungen und Überzeugungen, die kontextspezifisch aktualisiert werden und spezifische Deutungen, Wertungen, Emotionen und Verhaltenstendenzen von und gegenüber Älteren nahelegen können, charakterisieren. Innovative Beiträge der Bonner Schule um Hans Thomae und Ursula Lehr stehen zunächst im

Zusammenhang mit auch längsschnittlichen und interdisziplinären empirischen Untersuchungen normalen Alterns, die Entstehung und Wirkungsweise etablierter wie stärker idiosynkratischer personalisierter und generalisierter Altersbilder zu rekonstruieren, biografisch zu kontextualisieren und Diskrepanzen, Barrieren und Chancen aufzuzeigen in der Lage sind. In theoretisch-konzeptioneller Hinsicht ergeben sich Perspektiven im Sinne der Verbindung von Altersbildforschung mit einer differenziellen Gerontologie, die sich stärker an Altersformen, Altersstilen und zugehörigen daseinsthematischen Strukturen orientiert als an Altersnormen, und so die Heterogenität von Entwicklungen, Gestaltbarkeit und (vermeintliche) Unabänderlichkeit besser abzubilden und zu reflektieren in der Lage ist. Letzteres soll exemplarisch an Untersuchungen zur Verarbeitung psychischer Traumata verdeutlicht werden.

S211-4 Altern ist (k)ein ‚ökologisches Schicksal‘ – Umwelt und Altern bei Ursula Lehr

F. Oswald

Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Prozesse des Älterwerdens werden bereits in der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie im Hinblick auf Fragen des Wohnens und der Eingebundenheit der Teilnehmenden in bürgerschaftliches Engagement erfasst und interpretiert. Empirisch stehen dabei vor allem Reaktionsformen auf erlebte Belastung durch die Wohnsituation – auch im Vergleich zu anderen Lebensbereichen – im Vordergrund. Konzeptuell basiert der Blick auf die Umwelt auf der Annahme, dass Altern nicht als ökologisches „Schicksal“ (z. B. 1976) begriffen werden kann, sondern dass der „Subjektive Lebensraum“ (Thomae) einer Person als kognitive Repräsentation der eigenen Lebenssituation sich eben auch quantitativ auf die zeitliche, soziale und räumliche Dimension erstreckt (1988) und damit gestaltbar wird. In einem der zentralen Hauptwerke von Ursula Lehr, der „Psychologie des Alterns“ ist der Blick auf den Austausch von Person und Umwelt im Sinne der Auseinandersetzung mit der Wohnumwelt und der Übersiedlung in ein Heim zunächst eher knapp abgehandelt. Von Auflage zu Auflage nehmen aber Umfang und damit auch Stellenwert des Austausches der Person mit ihrer Umwelt, später auch über Prozesse der Auseinandersetzung hinaus hin zu Prozessen der Anregung und Gestaltung immer mehr zu. Dies mag zum einen die grundsätzlich belastbarere (nicht nur interventionsgerontologische) empirische Evidenz, zum anderen die Repräsentation dieser Themen in den eigenen institutionellen Reihen widerspiegeln (siehe z. B. die Publikationen der sogenannten Heidelberger Gerontologischen Wochen). Was es aber auch zeigt ist eine Offenheit in Werk und Wirken von Ursula Lehr für sich wandelnde Themen, die eine zukunftsorientierte, anwendungsorientierte Alternsforschung mitbestimmen.

S211-5 Quantitative Methoden in der Gerontologie und Ursula Lehr – Ein flexibles Kraftfeld

G. Rudinger

Zentrum für Alternskulturen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn

Im Beitrag von Ursula Lehr zur „Psychologie in Selbstdarstellungen“ (2004) finden sich einige Passagen, welche darauf verweisen, dass sie den Stellenwert quantitativer Methoden für eine auf den gesamten Lebenslauf orientierte Entwicklungspsychologie als sehr relevant einschätzte. Dies wird schon im Kontext ihrer Habilitationsschrift „Die Frau im Beruf“ (1968) deutlich, wo explizit Quantifizierung qualitativen Materials als großer Fortschritt angesehen wird, ein Fortschritt, der – nach ihren eigenen Worten – sowohl der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA) und später der Heidelberg-Leipziger Interdisziplinären Studie des Erwach-

senenalters (ILSE) als auch der Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD 100) v. a. bei der Thematik „Korrelate der Langlebigkeit“ zugute kam. Natürlich konnten/können auch die von Ursula Lehr initiierten Altenberichte/Altersberichte der Bundesregierung ohne Quantifizierungen ihre Wirkung nicht entfalten. Der (kurze) Vortrag soll dies veranschaulichen, u. zw. unter Rekurs auf ca. ein Dutzend z. T. gemeinsame Publikationen – vor allem aus den Studien BOLSA und ILSE – von den späten 1960er-Jahren bis zu solchen, die in von Ursula Lehr bis zur Jahrtausendwende (mit)herausgegebene Schriften aufgenommen wurden.

S213 Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisempfehlungen aus dem Bereich Geriatric Emergency Medicine (GEM)

Moderation: K. Singler¹, H. J. Heppner²,

Diskutanten: A. M. Meyer³, S. Hahn⁴, L. Kronberger⁵

¹Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg; ²Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, Schwelm; ³Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; ⁴Geriatrie, Klinikum Passau, Passau; ⁵Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie, Schulthess Spital Zürich, Zürich/CH

Bereits jetzt werden in Notaufnahmen, gemessen an dem jeweiligen Bevölkerungsanteil, ältere Menschen gegenüber jüngeren Personen überproportional häufig behandelt. Der demographische Wandel wird auch in Zukunft die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und den individuellen Bedürfnissen angepasste notfallmedizinische Versorgung geriatrischer Patienten verändern. Aufgrund dieser Entwicklungen hat sich in den letzten Jahren auf nationaler und internationaler Ebene sowohl von notfallmedizinischen, wie auch geriatrischen Fachgesellschaften ein Fokus auf den Bereich der Geriatric Emergency Medicine (GEM) gerichtet. Das Symposium gibt ein Update über neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie international erarbeitete Praxisempfehlungen aus dem Bereich GEM.

Ein essentieller Diskussionspunkt bleibt hierbei die Identifizierung geriatrischer Hochrisikopatienten und dadurch initiierte weiterführende Behandlungsschritte. Ein Vortrag befasst sich mit der Anwendung des Multidimensionalen Prognostischen Index (MPI) bei geriatrischen Patienten in der Notaufnahme. Der MPI ist ein Prognosewerkzeug zur Bestimmung des kurzfristigen und langfristigen Mortalitätsrisikos und kann so auch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung in der GEM beitragen. Doch ist der MPI in der täglichen Praxis überfüllter Notaufnahmen anwendbar? Was verbirgt sich hinter dem nun auch in deutscher Sprache erhältlichen APOP-Programm (Acutely Presenting Older Patient)? Erste Anwendungsergebnisse sollen einen Einblick über die Anwendbarkeit und Aussagefähigkeit dieses Programmes, das neben einem Screening-Instrument auch Behandlungsempfehlungen für die weiterführende stationäre und ambulante Versorgung beinhaltet, geben.

Praktische Empfehlungen für Notaufnahmen zu geben war auch das Ziel einer von der Europäischen Taskforce für GEM entwickelten Posterreihe. Diese greift verschiedene Themen, wie u. a. Polypharmazie in der Notaufnahme, CGA oder Delir auf und stellt die in der Notaufnahme wesentlichen Do's and Don'ts zusammen.

Ein besonderer Bereich nimmt die chirurgische Versorgung und das orthogeriatrische Co-Management sogenannter „Silver Trauma Patients“ ein. Was gilt es bei der notfallmedizinischen Versorgung besonders zu beachten, gibt es im Gegensatz zu jungen Patienten Unterschiede in den Behandlungsalgorithmen? Ein Vortrag aus geriatrisch unfallchirurgischer Perspektive soll Antworten auf diese Fragen geben.

S214 Wie steht die Geriatrie zum assistierten Suizid? Ihre Meinung ist gefragt!

Moderation: M. Pfisterer

Klinik für Geriatrie und Zentrum für Palliativmedizin, AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH, Darmstadt

Anhand zweier Fallbeispiele aus der Geriatrie soll die Problematik des assistierten Suizids mit dem Auditorium diskutiert werden. Ziel des Diskussionsforums ist es die Auseinandersetzung mit klinisch psychotherapeutischen Fragen, Grundprinzipien der Geriatrie, der Suizidprävention und aktuellen politischen Entwicklungen rund um das Thema assistierten Suizid in unsere Fachgesellschaft zu tragen.

S215 Häusliche Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz tragfähig gestalten: Theoretische Grundlagen und Evidenz zu fördernden Ressourcen, Strukturen und Interventionen

Moderation: K. Köhler,

Diskutant: B. Holle

AG Versorgungsstrukturen, Standort Witten, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Witten

Hintergrund: Die meisten Menschen mit Demenz leben zuhause und werden durch Familienangehörige begleitet. Meist äußern sie den Wunsch, so lange wie möglich zuhause leben bzw. versorgen zu wollen. Ebenso ist der Verbleib in der Häuslichkeit ein politisches Ziel. So ist es ein zentrales Credo der Nationalen Demenzstrategie, Betroffene darin zu unterstützen, tragfähige Versorgungsarrangements zu gestalten, damit Menschen mit Demenz möglichst lange gesellschaftliche Teilhabe leben können. Zahlreiche jüngere Forschungsprojekte sowie Praxis-Evaluationen richten ihren Fokus darauf, Wissen dazu zu generieren, welche Ressourcen, Strukturen und Interventionen das Entstehen tragfähiger häuslicher Versorgungsarrangements fördern.

Ziele: Zunächst werden theoretische Grundlagen sowie der aktuelle Wissensstand zur Gestaltung tragfähiger Versorgungsarrangements beleuchtet. Anschließend werden Ergebnisse empirischer Studien präsentiert, die Handlungsstrategien von Familien, sowie Chancen und Herausforderungen der Gestaltung tragfähiger Arrangements in Partnerschaft von Familien und professionellen Akteuren ausloten.

Vorträge:

1. Kerstin Köhler (DZNE Witten):
Was trägt dazu bei, häusliche Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz langfristig zu stabilisieren? Ergebnisse und Desiderate aus der Projektklinie „Stability of Care Arrangements“ (SoCA)
2. Lydia Neubert (UKE Hamburg):
Pflege bei Demenz, meine Familie und ich: Typologien von versorgenden Angehörigen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf:
3. Milena von Kutzleben (Universität Oldenburg):
Live-in Care – ein erfolgreiches Modell für tragfähige häusliche Versorgungsarrangements bei Demenz? Verschränkte Vulnerabilitäten, moralische Konflikte und Vorstellungen guter Versorgung in der Triade
4. Jan Dreyer (DZNE Witten):
Sensibilisieren, Ressourcen stärken, individuell unterstützen und Akteure vernetzen: Ein Gesundheitsnetzwerk gestaltet die Demenzversorgung im ländlichen Raum.:
5. Julia Haberstroh (Universität Siegen):
Dementia Care Netzwerk Partizipative Versorgungsforschung
6. Henrik Wiegelmann (Universität Bremen):
Wie können gebaute Nachbarschaftsumwelten zur Tragfähigkeit häuslicher Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz beitragen?

Diskussion: In der abschließenden Diskussion wird im Dialog mit Diskutant und Auditorium reflektiert, welche Implikationen die vorgestellten Ergebnisse für weitere Forschung sowie innovative Struktur- und Interventionsentwicklung haben können.

S215-1

Was trägt dazu bei, häusliche Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz langfristig zu stabilisieren? Ergebnisse und Desiderate aus der Projektklinie ‚Stability of Care Arrangements‘ (SoCA)

K. Köhler, J. Dreyer, I. Hochgraeber, C. Pinkert, B. Holle

AG Versorgungsstrukturen, Standort Witten, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Witten

Hintergrund: Die meisten Menschen mit Demenz möchten so lange wie möglich zuhause leben. Um diesem Wunsch zu entsprechen, ist die Herstellung stabiler häuslicher Versorgungsarrangements eine zentrale Handlungsmaxime versorgender Angehöriger und ebenso ein politisches Ziel, das beispielsweise in der nationalen Demenzstrategie prominent adressiert wird. Die Projektklinie ‚Stability of Care Arrangements‘ (SoCA) am DZNE Witten zielt darauf ab, das Phänomen der Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements zu konzeptualisieren, das Zusammenspiel der Stabilität konstituierenden Konzepte zu verstehen und Einflussfaktoren auf Stabilität zu identifizieren. Dieser Vortrag zieht mit der Präsentation ausgewählter Ergebnisse eine Zwischenbilanz und benennt Desiderate für zukünftige Forschung zu Stabilität und häuslicher Versorgung im Kontext Demenz.

Methodik: Die mit der Projektklinie SoCA assoziierten Studien beforschen mit einem breiten Methodenspektrum das Phänomen der Stabilität. Vorgestellt werden Ergebnisse einer theoriebildenden Meta-Study, sowie einer quantitativen und einer qualitativen Sekundärdatenanalyse.

Ergebnisse: Die in einer Meta-Study erarbeitete SoCA-Dem Theorie konzeptualisiert Stabilität als einen dynamischen Prozess von Veränderung und Ausbalancieren, der geprägt wird durch

1. die dyadische Beziehung der Person mit Demenz und des versorgenden Angehörigen,
2. das Rollenverständnis der Hauptversorgungsperson sowie
3. die Nutzung von Ressourcen.

Anschließende empirischen Studien ergaben, dass der Charakter der dyadischen Beziehung das Rollenverständnis der versorgenden Angehörigen prägt, was wiederum beeinflusst, ob und wie die Angehörigen ihr soziales Netzwerk sowie formelle Dienstleister in das Versorgungsarrangement einbinden. Augenfällig ist die Heterogenität von Versorgungsarrangements: beispielsweise existieren große Unterschiede zwischen Paaren und Eltern-Kind-Dyaden sowie zwischen Arrangements in frühen oder späten Phasen des Trajekts.

Diskussion: Die bisherigen Befunde der Projektklinie SoCA legen mit Blick auf weitere Studien sowie Struktur- und Interventionsentwicklung nahe, die verschiedenen Handlungsstrategien versorgender Partner und versorgender Kindern in den Blick zu nehmen, den Fokus von Dyaden zu weiten auf Dynamiken in komplexen Familiensystemen und in Arrangements mit informellen und formellen Unterstützern, sowie longitudinal zu forschen, um Veränderungen von Stabilität im Versorgungsverlauf besser zu verstehen.

S215-2

Pflege bei Demenz, meine Familie und ich: Typologien von versorgenden Angehörigen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

S. Gottschalk, H.-H. König, C. Brettschneider

Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Hintergrund: Versorgende Angehörige (vA) von Menschen mit Demenz (MmD) sind aufgrund der Pflege nicht nur physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, sondern die Pflege tangiert auch andere Lebensbereiche. Ziel einer mixed methods-Studie (simultaneous qualitatively driven mixed methods-design) war es, das Spannungsfeld aus Pflege, Familie und Beruf aus Sicht von familialen Haupt- und Nebenpflegepersonen genauer zu ergründen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit der verschiedenen Lebensbereiche abgeleitet werden.

Methode: Im qualitativen Forschungsstrang dieser Studie wurden narrative Interviews mit 14 vA geführt, in denen sie frei ihr Erleben dieses Spannungsfeldes berichteten. Die Interviews wurden transkribiert und mittels dokumentarischer Methode wurden ein- und mehrdimensionale Typologien rekonstruiert. Zur konsensuellen Validierung wurde das Textmaterial regelmäßig im Team und in Interpretationswerkstätten diskutiert.

Ergebnisse: Zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie, persönliches Leben und Beruf wurden verschiedene Typologien rekonstruiert. Eine Typologie beschreibt das breite Spektrum, in dem Haupt- und Nebenpflegende die familiäre Pflege erleben können (z. B. als *gemeinsames Projekt* bis hin zu *alternativlose Zwangslage*). Die Pflege mit den eigenen, persönlichen Bedürfnissen zu vereinbaren ist – entsprechend dem Verlauf der Pflege – ein fortwährender Prozess, in dem sich unterschiedliche Handlungsstrategien und Haltungen gegenseitig beeinflussen. Hierfür beispielhafte Verlaufstypen sind: *Die eigenen Grenzen respektieren, ruhig bleiben, aber vorausplanen* und *Die Situation reflektieren, mit ihr umgehen und bewältigen*. Auch die Vereinbarkeit zwischen Pflege und Beruf wird in verschiedenen Typen beschrieben, in denen die erwerbstätige vA sowohl Vereinbarkeitsprobleme als auch unterstützende Erfahrungen wahrnehmen.

Diskussion: VA von MmD und ihre Familien haben unterschiedliche Bedürfnisse, Ressourcen und Möglichkeiten, die Pflege zu bewerkstelligen und mit anderen Lebensbereichen zu vereinbaren. Ein erweitertes Verständnis von familialer Pflege ist nötig, um eine bessere Vereinbarkeit zu unterstützen und zu tragfähigen Versorgungsarrangements beizutragen. Ergänzend zu bestehenden Unterstützungsangeboten sind Angebote, die auf Selbstfürsorge abzielen, und familientherapeutische Hilfen für vA zu empfehlen, um positive und stabilisierende Pflegeerfahrungen innerhalb pflegender Familien zu fördern.

S215-3

Live-In-Care – ein erfolgreiches Modell für tragfähige häusliche Versorgungsarrangements bei Demenz? Verschränkte Vulnerabilitäten, moralische Konflikte und Vorstellungen guter Versorgung

M. von Kutzleben¹, M. Weßel², S. Gerhards², L. Ansmann¹, M. Schweda²

¹Organisationbezogene Versorgungsforschung, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ²Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Das Modell Live-in-Care, also die häusliche Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen durch zumeist osteuropäische Hilfen, ist in Deutschland längst Versorgungsrealität geworden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind allerdings unklar und es ergeben sich vielfältige Konfliktpotenziale. Häufig ist das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung der Grund dafür, dass sich Familien für ein solches Arrangement entscheiden. Während die Lebens- und Arbeitsbedin-

gungen der Live-In-Hilfen bereits vielfältig untersucht sind, liegen allerdings kaum empirische Erkenntnisse dazu vor, wie die Versorgung einer Person mit Demenz im Mikrosetting Häuslichkeit innerhalb der *Triade Person mit Demenz – Live-In-Hilfe – Angehörige* ausgehandelt und gestaltet wird. Der Projektkomplex TriaDe untersucht Live-In-Arrangements bei Demenz als triadische Konstellation unter sowohl versorgungswissenschaftlicher als auch ethischer Perspektive. Ziel des Beitrags ist die Zusammenschau der bisherigen Ergebnisse und deren Diskussion hinsichtlich der Frage, inwieweit das Modell Live-In-Care zu tragfähigen und personenzentrierten Versorgungsarrangements beitragen kann.

Methodik: In den einzelnen Teilprojekten werden verschiedene qualitativ-explorative Zugänge genutzt. Nach einer inhaltsanalytischen und ethischen Analyse von Beiträgen versorgender Angehöriger in Onlineforen und Online-Gruppendiskussionen, sind Feldstudien mit ethnographischen Interviews, Beobachtungen und Experteninterviews (auch im internationalen Vergleich) in Vorbereitung.

Ergebnisse: Die bisherigen Analysen machen deutlich, dass sich erstens Live-in Versorgungstriaden als Konstellationen *verschränkter Vulnerabilitäten* charakterisieren lassen, sich zweitens *moralische Konflikte* insbesondere in veränderten familialen Sorgoverantwortlichkeiten zeigen und drittens Vorstellungen *guter Versorgung* bei Demenz (z. B. die Erhaltung und Förderung von Autonomie) handlungsleitend sind, sich jedoch innerhalb der Triade unterscheiden und im Laufe der Live-in Versorgung verändern können.

Zusammenfassung: Live-In-Care erscheint den Betroffenen in vielen Arrangements alternativlos, allerdings ergeben sich zahlreiche moralische Problemlagen sowie die Frage danach, ob und unter welchen Umständen eine gute und tragfähige Versorgung von Menschen mit Demenz in diesen Arrangements gewährleistet werden kann.

S215-4

Akteure vernetzen, individuell unterstützen, Ressourcen stärken und sensibilisieren: Ein Gesundheitsnetzwerk gestaltet die Demenzversorgung im ländlichen Raum: Das Projekt UplandCare

J. Dreyer¹, V. Biedermann², K. Kappelhoff², B. Holle¹

¹AG Versorgungsstrukturen, Standort Witten, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Witten; ²Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e. V., Willingen

Hintergrund: Im ländlichen Raum bestehen häufig keine ausreichenden Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Im Rahmen des Projektes UplandCare zielt das Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e.V. deshalb darauf ab in vier Projektbausteinen die Versorgung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Im Baustein „Vernetzung“ arbeiten regionale Akteure der Gesundheitsversorgung auf eine patientenzentrierte Versorgung für Menschen mit Demenz hin. Im Baustein „Individuelle Beratung und Unterstützung“ werden Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch eine Case Managerin in ihrer Versorgungssituation begleitet und unterstützt. Im dritten Baustein „Ressourcenstärkung“ werden Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch Schulungsangebote darin unterstützt, ihr Leben mit der Erkrankung bestmöglich bewältigen zu können. Der Baustein „Demenzsensibles Quartier“ nimmt alle Bürger:innen in den Blick, um den Umgang mit Demenz im Alltag positiv zu verändern. Langfristig zielt dieses Modellprojekt darauf ab Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen so lange wie möglich ein gutes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Dabei stehen die Lebensqualität, soziale Inklusion und Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz sowie die Belastung der Angehörigen im besonderen Fokus.

Methode: Neben der Entwicklung der Intervention durch das Gesundheitsnetzwerk PORT fokussiert die wissenschaftliche Evaluation auf die Implementierung der einzelnen Projektbausteine (Prozessevaluation) und die Gesamtwirkung des Modellprojektes (Ergebnisevaluation). Ge-

plant sind qualitative und quantitative Methoden der Sozialforschung. Während in der Prozessevaluation u. a. danach gefragt wird, wie die einzelnen Bausteine umgesetzt wurden, welche hindernden und fördernden Faktoren dabei Einfluss nahmen und welche Personen erreicht wurden, zielt die Ergebnisevaluation darauf ab, erste Hinweise auf mögliche Wirkungen darzustellen.

Diskussion: Mit den vier Projektbausteinen „Vernetzung“, „Individuelle Beratung und Unterstützung“, „Ressourcenstärkung“ sowie „Demenzsensibles Quartier“ zielt dieses Modellprojekt auf vier unterschiedlichen Ebenen darauf ab, die Versorgungssituation für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im ländlichen Raum nachhaltig positiv zu verändern. Für die wissenschaftliche Evaluation ergeben sich auf Grund der Komplexität dieser populationsorientierten Intervention besondere methodische Herausforderungen.

S215-5

Dementia Care Netzwerk Partizipative Versorgungsforschung

J. Haberstroh¹, K. Seidel¹, J. R. Thyrian²

¹Institut für Psychologie, Psychologische Altersforschung, Fakultät II – Dep. Erziehungswissenschaft-Psychologie, Universität Siegen, Siegen; ²Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Greifswald

Fragestellung: Die Nationale Demenzstrategie hat als Handlungsfeld die Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität von Menschen mit Demenz (MmD) und ihren Angehörigen definiert. Ein Lösungsansatz wird im zugehörigen Maßnahmenkatalog konkret mit der Überführung von Dementia Care Management (DCM) in die Regelversorgung angegeben. DCM ist ein evidenzbasiertes Konzept zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von MmD und deren Betreuungspersonen. Das Dementia Care Netzwerk Partizipative Versorgungsforschung verfolgt u. a. die Fragestellung, wie DCM regional implementiert werden kann.

Methodik: Einer Strategie aus Partizipation, Vernetzung und Translation folgend wurde in den Projekten DelpHi-SW und RoutineDeCM ein Partizipatives Netzwerk Versorgungsforschung initiiert, das Versorgungsexpert:innen und Betroffene als Ko-Forschende einbindet. Der evidenz-basierte DCM-Standard wurde für die Region Siegen-Wittgenstein zusammen mit dem Netzwerk federführend von 5 lokalen Versorgungsexpert:innen (DCMs) angepasst. Die DCMs führten $N=13$ semi-strukturierte Interviews mit lokalen Versorgungspraktiker:innen durch, um für die Implementierung hemmende und fördernde Faktoren zu analysieren. Die Datenerhebung basierte auf dem Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Ergebnisse: Neben weiteren Einflussfaktoren wurden die unzureichende Beteiligung relevanter Stakeholder als wichtigster hemmender und die umfassende Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse mithilfe von DCM als wichtigster fördernder Faktor identifiziert. Die Ergebnisse sind handlungsleitend für die folgenden Implementierungsbemühungen.

Zusammenfassung: Der gewählte Ansatz ermöglicht die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle, indem er regionale Ressourcen ausschöpft, ohne jedoch neue Versorgungsstrukturen und Prozesse zu schaffen. Durch den sektorenübergreifenden Einbezug von regionalen Versorgungsexpert:innen ließen sich fördernde und hemmende Faktoren intra- und intersektoral systematisch identifizieren. Inwiefern dies die Machbarkeit und Akzeptanz der Implementierung in die bestehenden regionalen Versorgungsstrukturen erhöht und die Wirksamkeit des Konzepts beeinflusst, soll im Projekt *RoutineDeCM* untersucht werden. Zudem ermöglicht die Modellregion mit der initiierten Vernetzung und Partizipation nachhaltig die Erprobung weiterer innovativer Versorgungsmodelle.

S215-6

Wie können gebaute Nachbarschaftsumwelten zur Tragfähigkeit häuslicher Versorgungsarrangements von Menschen mit Demenz beitragen?

H. Wiegelmann, J. Altona, E. Mena, L. Jaeger, B. Schüz, K. Wolf-Ostermann

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Bremen

Fragestellung: Ziel dieses Beitrags ist es, eine Meta-Synthese der Ergebnisse von bereits veröffentlichten systematischen Reviews zu liefern, die sich mit dem Einfluss der gebauten Umwelt auf Menschen mit Demenz, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, befassen. Dazu wurden drei Fragen untersucht:

- Welche direkten und indirekten Einflüsse von Merkmalen der gebauten Umwelt auf die kognitive Gesundheit gibt es?
- Welche Einflüsse von baulichen Umweltmerkmalen auf wichtige psychosoziale Zielkriterien in der Demenzforschung wurden bislang nachgewiesen?
- Welche subjektiven Erfahrungen von Menschen mit Demenz und/oder ihren pflegenden Angehörigen hinsichtlich von Merkmalen der gebauten Umwelt, liegen vor?

Methodik: Es wurde ein Umbrella Review durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche umfasste die Datenbanken Scopus, Cochrane Library, Epistemikos und CINAHL. Eingeschlossen wurden systematische Reviews verschiedenen Typs mit narrativen Synthesen oder Meta-Analysen, welche in einer peer-review Fachzeitschrift in deutscher oder englischer Sprache vorliegen. Eine zeitliche Einschränkung der Publikationsjahre wurde nicht vorgenommen. Zusätzlich wurde Google Scholar durchsucht, um festzustellen, ob relevante Studien übersehen wurden.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 10 Reviews mit 383 Primärstudien identifiziert werden. Der überwiegende Teil beinhaltet quantitative Studien, jedoch sind qualitative Arbeiten auch Bestandteil einzelner Reviews. Die meisten Arbeiten fokussieren direkte und indirekte Einflüsse der baulichen Umwelt auf die kognitive Gesundheit. Psychosoziale Zielkriterien oder auch subjektive Erfahrungen werden durchaus adressiert, spielen jedoch eine eher untergeordnete Rolle.

Zusammenfassung: Die Relevanz der gebauten Umwelt für die Tragfähigkeit häuslicher Versorgungsarrangements bei Demenz, zeigt sich auf drei Ebenen: (a) Aspekte der gebauten Umwelt können die kognitive Gesundheit fördern, (b) es lassen sich positive wie negative psychosoziale Auswirkungen nachweisen und (c) Studien zu subjektiven Erfahrungen von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen heben die Bedeutung der gebauten Umwelt für die Demenzfreundlichkeit von Nachbarschaften hervor.

S216 Digitale Technologien und alltagstaugliche Assistenzsysteme in gerontologischen Handlungsfeldern – Symposium für Nachwuchswissenschaftler*innen des FA Alter und Technik der DGGG

Moderation: C. Kricheldorf¹, H. Pelizäus², C. Müller³, H.-W. Wahl⁴

¹IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg; ²Fakultät für Staats- und Sozialwissenschaften, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg; ³IT für die alternde Gesellschaft, Wirtschaftsinformatik und neue Medien, Universität Siegen, Siegen; ⁴Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Mit diesem Symposium, das sich mit seinem speziellen Format bewusst von der traditionellen Form der Symposien auf Kongressen und wissenschaftlichen Tagungen unterscheidet, will der FA Alter und Technik der DGGG die Sichtbarkeit von Nachwuchswissenschaftler*innen und der von ihnen bearbeiteten Themen erhöhen und damit ihre Position in der Fachgesellschaft stärken. Angeboten wird die Möglichkeit, in einer Kurz-

präsentation mit dem Umfang von 2–3 Folien, sich selbst und die eigene aktuelle Arbeit vorzustellen, verbunden mit der zentralen Fragestellung. Dafür stehen jeweils 5 min zur Verfügung.

Die Präsentationen können den folgenden thematischen Schwerpunkten zugeordnet werden, für die jeweils ein Mitglied des aktuellen Sprechergremiums des FA Alter und Technik zuständig ist und auch von diesem moderiert wird:

Schwerpunkt 1: Digitale Kompetenzen und soziale Teilhabe – Prof.in Dr. Cornelia Kricheldorf

Schwerpunkt 2: Digitale Ungleichheit – Prof.in Dr. Helga Pelizäus

Schwerpunkt 3: Participatory Design – Prof.in Dr. Claudia Müller

Schwerpunkt 4: Exzellenz in der gerontologischen Technikforschung? – Prof. Dr. Hans-Werner Wahl

Die Ausschreibung der Zeitslots für die vier Schwerpunkte erfolgt über den Verteiler und die Homepage des FA Alter und Technik. Das Sprechergremium entscheidet dann gemeinsam über die Annahme der Abstracts für die einzelnen Themenschwerpunkte und erstellt zeitnah den konkreten Ablaufplan für das Symposium.

S216-1

Schwerpunkt 1: Digitale Kompetenzen und soziale Teilhabe

C. Kricheldorf

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Tragfähige soziale Beziehungen und Netzwerke sind zentrale Faktoren für ein gelingendes Leben im Alter, die sich durch den gezielten Einsatz digitaler Medien, Technologien und Assistenzsysteme in ihrer Reichweite nochmals erheblich erweitern lassen und damit neue Optionen eröffnen. Durch den Einsatz digitaler Technik werden vorhandene Ressourcen im Alter besser nutzbar gemacht und erweitert, was das individuelle Erleben von Autonomie positiv beeinflusst. Vor diesem Hintergrund muss digitale Techniknutzung und deren Unterstützung grundsätzlich für alle älteren und alten Menschen zugänglich gemacht werden, um mögliche Risiken und Verluste im Prozess des Alterns zu verhindern, zu verzögern oder auszugleichen. Durch die technische Unterstützung von Alltagsfähigkeiten kann ein möglichst langes Leben in Selbständigkeit für viele Menschen Realität werden. Dazu braucht es aber ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Selbstorganisation und angemessener Unterstützung durch die soziale Umwelt als Befähigung und Ermöglichung. Das bedeutet, dass damit auch neue professionelle Aufgabenfelder und Beratungsangebote entstehen müssen – wir brauchen digitale Mittler*innen in der Funktion als Digital Coach oder Brückenbauer und es müssen verstärkt spezialisierte Angebote zur Technikberatung für ältere Menschen und ihre Angehörigen entwickelt werden. Die Vermittlung digitaler Kompetenzen gehört dazu, wie auch der Zugang zu technischen Assistenzsystemen, unabhängig von der ökonomischen Situation ihrer potenziellen Nutzergruppen – beides entscheidende Faktoren für die Vermeidung von Nutzerbarrieren und Problemen bei der Akzeptanz im Kontext des Einsatzes digitaler Technik. Nachwuchswissenschaftler*innen, die sich mit Forschungs- und Qualifizierungsarbeiten in diesem Themenspektrum beschäftigen, wird hier ein entsprechendes Forum geboten, ihre Arbeitsergebnisse in der „Scientific Community“ zu präsentieren.

S216-2

Digitale Ungleichheit

H. Pelizäus

Fakultät für Staats- und Sozialwissenschaften, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg

Der Zugang zu digitalen Technologien ist auch bei älteren Menschen ungleich verteilt. Das Risiko digitaler Exklusion betrifft insbesondere vulne-

able Gruppen, wie z. B. Ältere mit niedrigem sozioökonomischem Status, Ältere im ländlichen Raum, Ältere mit Migrationshintergrund, Ältere mit Behinderungen, etc. Diese Ungleichheitsfaktoren können sich zudem wechselseitig verstärken. Und je stärker die Digitalisierung das gesamte gesellschaftliche Leben bestimmt, desto einschneidender zeigt sich auch die mit der digitalen Exklusion einhergehende gesellschaftliche Exklusion dieser Menschen.

Der Themenschwerpunkt 2 soll ein Forum für Nachwuchswissenschaftler*innen sein, die sich mit Fragen des ungleichen Zugangs älterer Menschen zu digitalen Medien beschäftigen. Diese können sich auf den fehlenden Zugang zu digitalen Technologien beziehen (*first order divide*). Ebenso können differierende Nutzungsverhalten fokussiert werden wie unterschiedliche Souveränitäts-Level beim Nutzen digitaler Medien in Abhängigkeit von Bildungserfahrungen, wie und in welchem Umfang Funktionen in Anspruch genommen werden können, etc. (*second order divide*). Es können methodische Herausforderungen beim Forschungs- und Technikentwicklungsprozess adressiert werden, ebenso wie Barrieren, die den Zugang zu digitalen Technologien und zu digitaler Souveränität verhindern. Wir freuen uns z. B. auf Arbeiten, die sich mit den methodischen Herausforderungen der Motivation benachteiligter, eher technikferner älterer Menschen für und ihrer Integration in Forschungs- und Technikentwicklungsprozesse beschäftigen, wie auch auf Arbeiten mit Fokus auf Methoden beim Technikaneignungsprozess, um auch benachteiligte Gruppen zu digitaler Souveränität zu verhelfen. Es sind Arbeiten gefragt, die sich z. B. kritisch-reflektierend mit ungleichheitsrelevanten Problemen in der Projektarbeit beschäftigen. Ebenso freuen wir uns auf theoretisch-konzeptionelle und empirische Arbeiten, die sich mit Fragen von Exklusionsrisiken bzw. Ungleichheitsparametern befassen und ebenso, die sich mit Fragen hinsichtlich möglicher Interdependenzen beschäftigen (Intersektionalität).

S216-3

Schwerpunkt 3: Participatory Design

C. Müller

IT für die alternde Gesellschaft, Wirtschaftsinformatik und neue Medien, Universität Siegen, Siegen

Der Themenschwerpunkt „Participatory Design“ möchte Nachwuchsforscher*innen ein Forum bieten, die sich mit den Potenzialen und Herausforderungen der partizipativen Technikgestaltung mit älteren Menschen beschäftigen. Es können methodisch-methodologische Fragestellungen adressiert werden, beispielsweise zur Frage, wie es gelingt, technikferne Personengruppen zum Co-Design zu befähigen, etwa im Rahmen von Anforderungsanalysen, in konkreten Design-Workshops oder in Evaluations-/Aneignungsstudien. In welchen Projektabschnitten eignen sich welche Formen von Partizipation und wo auch eher nicht? Wo zeigen sich Limitationen? Inhaltliche Fokussierungen sind ebenso gewünscht in Bezug auf das Co-Design bestimmter Technologiearten, wie beispielsweise Informations- und Kommunikationssysteme, (gesundheitsbezogene) Sensorik, robotische Systeme oder Sprachassistenten. Welche Herausforderungen und Best Practices ergeben sich aus aktuellen Projekten, wie erfolgt Co-Design vor dem Hintergrund der großen Vielfalt und Heterogenität der Stakeholdergruppen „im Feld“? Was sind hilfreiche partizipative Methoden, um Wissens- und Praxistransfer in interdisziplinären Technikprojekten zu sichern, von der Empirie zur Gestaltung und zurück in die Erprobung? Wie können Prinzipien der partizipativen Forschung auf Technikentwicklungsprojekte übertragen werden, beispielsweise hinsichtlich der Aspekte Ownership, Positionalität oder kooperative Wissenserarbeitung? Welche ethischen Aspekte gilt es zu beachten und zu navigieren, welche guten Lösungen haben Sie erarbeitet und wo sind noch offene und tiefergehend zu reflektierende Fragestellungen? Wie zeigen sich besondere Herausforderungen für Nachwuchswissenschaftler*innen, auch hinsichtlich der wissenschaftlichen Verwertung der erarbeiteten Ergebnisse?

S216-4

Exzellenz und wissenschaftliche Zielstrebigkeit im sperrigen Feld der gerontologischen Technikforschung

H.-W. Wahl

Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

In diesem abschließenden Themenschwerpunkt des Nachwuchssymposiums des FA zu „Exzellenz und wissenschaftliche Zielstrebigkeit im sperrigen Feld der gerontologischen Technikforschung“ soll es um drei übergreifende Fragen gehen: (1) Methodische Exzellenz – Wie kann sie gelingen? (2) Überzeugende Interdisziplinarität – Wie kann sie gelingen? (3) Die eigene „Uniqueness“ in der wissenschaftlichen Gemeinde aufbauen und verankern – Wie kann dies gelingen? Unter dem ersten Punkt sollen Fragen dazu zusammengetragen und gemeinsam diskutiert werden, wie überzeugende methodische Qualität im Zusammenhang mit Forschungsarbeiten zur Techniknutzung im höheren Lebensalter gesichert werden kann. Hier einige beispielhafte Fragen: Wie gut kann ich die von mir gewählte Methode begründen? Bin ich in einem abgesicherten Feld eines etablierten Methodenkanons? Kann ich einfach so die methodischen Standards meiner Disziplin übernehmen? Darf ich methodische Neuerungen wagen? Mit diesen Fragen hängen Aspekte einer „modernen“ Interdisziplinarität, der zweite Punkt, eng zusammen: Wie kann ich entscheiden, welche anderen Disziplinen für meine Forschungsthematik am hilfreichsten sind? Wo lasse ich lieber die Finger weg? Was kann ich selbst anderen Disziplinen anbieten? Was erwarte ich von Jungwissenschaftler*innen aus anderen Disziplinen, mit denen ich zusammenarbeite? Mit den Punkten (1) und (2) sind vielfach (absolut verständliche) Unsicherheiten verbunden, die häufig die Suche nach einer eigenen Position im wissenschaftlichen Umfeld erschweren: Welche Themen aber auch Methoden können mich als „einstiegende/n“ Wissenschaftler*in von außen sichtbar machen? Wie kann ich eine eigene wissenschaftliche Identität finden? Was kann ich selbst tun? Was meine Betreuer*innen? Derartige Fragen sollen im Rahmen dieses Schwerpunkts des FA-Symposiums auf der Grundlage von Inputs von Jungwissenschaftler*innen erörtert werden.

S220 KO ist nicht K. O.: KOManagement, KOMorbidität, PharmaKologie und palliativmedizinische KO-Betreuung in der geriatrischen Hämato-Onkologie

Moderation: G. Kolb¹, U. Wedding²

¹Fachbereich Geriatrie, Medizinische Klinik, Bonifatius-Hospital, Lingen; ²Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Geriatrische Onkologie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Der überwiegende Anteil hämatologischer und onkologischer Patient:innen ist älter als 70 Jahre. Die Evidenzlage in dieser Altersgruppe und insbesondere bei hochbetagten Menschen ist sehr dürrtig, da nur ein geringer Anteil an Teilnehmer:innen hämatologisch-onkologischer Therapiestudien aus dieser Gruppe kommen. Über- und Untertherapien bei diagnostizierten Tumorerkrankungen sind daher häufig und führen zu vielfältigen Problemen. In Analogie zur Orthopädie sind in den vergangenen Jahren einige randomisierte Studien zur Evaluation verschiedener geriatrisch-onkologischer Versorgungsformen durchgeführt worden, welche solche Konzepte nun endlich auch Evidenz-basiert legitimieren.

Die Berücksichtigung von Komorbiditäten in Therapiekonzepten sowie das gezielte Management von Therapiefolgen ist essentiell für den Erhalt der Eigenständigkeit unter laufenden Therapien. Kardiale Komorbiditäten stellen aufgrund der Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung hierbei einen wichtigen Anteil. Die Integration dieser Komorbiditäten in Therapiekonzepte insbesondere auch kurativ zu behandelnder hämatologischer Erkrankungen ist eine Herausforderung und erfordert oft individuelle Konzepte. Häufige kardiale Nebenwirkungen hämatologischer Therapien

führen oft zu Vorstellungen in der geriatrischen Routineversorgung und benötigen gute interdisziplinäre Absprachen.

Wichtig ist insbesondere auch die Berücksichtigung der teilweise veränderten Pharmakokinetik im Alter. Hier gibt es noch große Lücken im Verständnis, was neben der Diversität in Bezug auf die verschiedenen Kompartimente (Sarkopenie, veränderter Metabolismus) auch durch die geringe Beteiligung älterer Menschen an Phase-1-Studien zu erklären ist. Trotz vielfacher Bemühungen bleibt die Prognose diverser Tumorerkrankungen im Alter schlechter als bei jüngeren Menschen, so dass der konsequente und frühzeitige Integration der Palliativmedizin eine wichtige Rolle zukommt. Dabei gibt es zwischen dem geriatrischen KManagement und der palliativmedizinischen KObetreuung viele Überschneidungen.

S220-1

Kardiale Komorbiditäten und Komplikationen beim geriatrisch-hämatologischen Patienten: ein K. O.-Kriterium?

N. R. Neuendorff

Hämatologie und Stammzelltransplantation, Universitätsklinik Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen

Kardiale Komorbiditäten sind bei älteren Patient:innen mit hämatologischen Neoplasien häufig. Besonders die intensiven, Anthrazyklin-haltigen Therapieschemata in den Protokollen akuter Leukämien und hochmaligner Lymphome sind damit oft problematisch. Diskutiert werden soll hier der Einsatz kardioprotektiver Substanzen, Anthrazyklin-freier Therapien bei bestehender Herzinsuffizienz für die akute myeloische Leukämie sowie das diffus-großzellige B-Zell Lymphom und der Einfluss von Sarkopenie.

Auch ausgeprägte Thrombozytopenien verhindern thrombembolische Ereignisse nicht. Aktuell gibt es keine Empfehlungen mit höhergradiger Evidenz, wie eine Plättchenaggregationshemmung bei dringender Indikation aufgrund einer koronaren Herzerkrankung oder eines kürzlich stattgehabten thrombembolischen Ereignisses unter Thrombozytopenie angepasst oder pausiert werden soll, so dass sich ein Vorgehen im Alltag lediglich auf pharmakologische Grundüberlegungen und eine Risiko-Nutzen-Abwägung stützen kann. Vorgestellt werden hier erste Daten zum Einsatz dieser Rationalen.

Diverse molekular-gezielte Substanzen haben klinisch-relevante kardiale Nebenwirkungen. Beispielsweise kann Ibrutinib, die aktuell am häufigsten in der chronischen lymphatischen Leukämie eingesetzte Medikation, ein Vorhofflimmern auslösen. Diese Nebenwirkung wird häufig in der Geriatrie behandelt. Die vielfachen Medikamenteninteraktionen zwischen Ibrutinib und diversen Antikoagulantien und das per se mit Ibrutinib verbundene erhöhte Blutungsrisiko erfordern eine sorgfältige Auswahl der Antikoagulationsstrategie. Aufgrund der Häufigkeit dieser Nebenwirkung und der Relevanz für die Akutgeriatrie werden diese Aspekte detaillierter behandelt.

Nicht zuletzt treten kardiale Nebenwirkungen gelegentlich als Langzeitfolge nach einer Chemo- oder Strahlentherapie auf und fallen dann in der geriatrischen Routineversorgung auf. Erörtert werden sollen generelle Überlegungen zur Nachsorge und Risiko-stratifizierten kardiovaskulären Prävention in dem vulnerablen geriatrisch-hämatologischen Patiententyp.

S220-2

Evidenz-basierte Modelle der integrierten geriatrisch-onkologischen Versorgung vom KManagement zum Konsil: die TOP 5

V. Goede

Sektion für Onkologische Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln

In Analogie zur Alterstraumatologie/Orthogeriatric sind in den letzten Jahren auch im onkologisch-geriatrischen Kontext diverse Versorgungskonzepte innerhalb randomisierter klinischer Studien evaluiert worden. In diesem Vortrag sollen fünf große Studien zu diesem Thema vorgestellt und diskutiert werden.

Die australische INTEGERATE-Studie (Soo et al.) untersuchte in einer 1:1-Randomisierung ein onko-geriatrisches KManagement in Vergleich zur Standardversorgung bei Patient:innen >70 Jahren und geplanter Chemo-, Immun- oder molekular-gezielten Therapie. Die Intervention führte zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität und weniger ungeplanten Krankenhausaufenthalten sowie Therapieabbrüchen.

Die GERICO-Studie (Lund et al.), eine dänische randomisierte Studie, evaluierte bei Patient:innen >70 Jahren mit kolorektalem Karzinom und einem G8-Score <15 den Effekt von CGA-geleiteten Interventionen im Vergleich zur Standardtherapie nach Tumorresektion. Beobachtet wurde eine höhere Rate an Therapiekompletterungen sowie bessere Mobilität nach 12 Wochen.

Die amerikanische GAP70+ Studie (Mohile et al.) untersuchte den Einfluss von GA-basierten Managementempfehlungen bei älteren Patient:innen mit palliativer Chemotherapie. Im Vergleich zu den KManagementstrategien der beiden ersten Studien wurde hier explizit der Einfluss von geriatrischen Konsilempfehlungen an Onkolog:innen außerhalb des akademischen Umfeldes getestet. Gezeigt werden konnte eine Reduktion an Grad 3–4 Toxizitäten.

Im Interventionsarm der amerikanischen GAIN-Studie (Li D et al.) erfolgte bei Patient:innen >64 Jahren mit soliden Tumoren ein Ko-Management durch ein interdisziplinäres Team aus Pflege, Sozialarbeit, Geriatrie, Physiotherapie, Ernährungsmedizin, Pharmazie und Onkologie. Im Interventionsarm konnte im Vergleich zur Standardversorgung ohne Ko-Management eine signifikante Reduktion höhergradiger Therapie-assoziiierter Toxizitäten beobachtet werden.

In einer randomisierten Studie von älteren Patient:innen mit hämatologischen Neoplasien wurden sekundäre Endpunkte erreicht. Neben der Vorstellung der untersuchten Modelle werden integrative Versorgungskonzepte unter Berücksichtigung der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems diskutiert.

S220-3

Palliativmedizinische KObetreuung beim älteren geriatrisch-onkologischen und hämatologischen Patienten

U. Wedding

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Geriatrische Onkologie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Es gibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede im geriatrischen KManagement oder in der palliativmedizinischen KObetreuung von alten Patienten mit onkologischen oder malignen hämatologischen Erkrankungen. Gemeinsam ist der Teamansatz, sowohl in der Identifikation realistischer Therapieziele als auch in der therapeutischen Umsetzung, diese zu erreichen. Gemeinsam ist die starke Orientierung an Patient-reported-outcomes/Lebensqualität als Therapieziel. Gemeinsam ist der wissenschaftliche Ansatz, Versorgungskonzepte zu evaluieren, „usual care“ vs. geriatrisch-onkologisches KManagement oder vs. frühe Integration palliativer Versorgung und nicht Medikament A vs. Medikament B oder Dosierung A vs. Dosierung B. Gemeinsam ist ihnen, dass in

beiden Ansätzen in den letzten Jahren gute wissenschaftliche Evidenz generiert wurde, die sehr viel schwieriger in praktische Versorgung umzusetzen ist, als wenn es um die Verordnung eines neuen Medikamentes geht. Stärker ausgeprägt ist in der palliativmedizinischen KObetreuung die Einbindung von Angehörigen, als sogenannten Patient:innen zweiter Ordnung und die Integration von Instrumenten zur vorausschauenden Versorgungsplanung in die Behandlungskonzepte.

S220-4 Spezifische Pharmakokinetik und Pharmakodynamik klassischer Chemotherapeutika sowie molekulargezielter Substanzen beim älteren onkologischen Patienten

P. A. Thürmann

Philipp Klee Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal

Die Pharmakokinetik vieler Arzneistoffe ist bei älteren, und v. a. betagten, Patienten deutlich verändert im Vergleich zu jüngeren Patienten. Eine besondere Rolle spielt hierbei die im Alter regelhaft herabgesetzte Nierenfunktion, aber auch die veränderte Körperzusammensetzung. Ein markantes Beispiel hierfür ist Methotrexat, wo nach Fachinformation des Herstellers „altersgerechte Dosierungen“ schon ab 55 Jahren beginnen. Platinverbindungen werden nach der Calvert-Formel berechnet, in welche die im Alter abnehmende GFR eingeht.

Während sich zahlreiche Beispiele für den Einfluss der Nierenfunktion auf die Pharmakokinetik klassischer Zytostatika zeigen lassen, spielt die renale Elimination weder für monoklonale Antikörper noch für die meisten oralen Tumormedikamente (z. B. Tyrosinkinase-Hemmer, BRAF-Inhibitoren) eine entscheidende Rolle. Hier sind es die hepatischen Stoffwechselwege (überwiegend Cytochrom P450 Enzyme und/oder *p*-Glykoprotein), die im Rahmen von Interaktionen Probleme bereiten. Patienten im Alter von über 65 Jahren nehmen im Durchschnitt 4–5 verschiedene verordnete Medikamente ein, so dass Wechselwirkungen quasi vorprogrammiert sind. Tyrosinkinasenhemmer aber auch BRAF-Inhibitoren werden über CYP3A4 verstoffwechselt, so dass v. a. mit Cholesterinsenkern (> Simvastatin), Verapamil, aber auch Clarithromycin und DOACs relevante Interaktionen auftreten. Andererseits muss darauf geachtet werden, dass eine begleitende Therapie mit Protonenpumpenhemmern (deren Indikation im Einzelfall oftmals nicht klar ist) den therapeutischen Effekt einer Therapie mit Palbociclib gefährdet.

Aufgrund der eingeschränkten Homöostase können prinzipiell alle Nebenwirkungen der Tumormedikamente bei älteren Menschen in einem stärkeren Ausmass auftreten. So sind ältere Patienten aufgrund ihrer Komorbiditäten (kardial) und Komedikation (z. B. Citalopram) stärker gefährdet, eine Medikamenten-induzierte QT-Verlängerung mit Torsade de pointes Arrhythmie zu erleiden (z. B. durch Midostaurin der Vemurafenib). Eine kognitive Beeinträchtigung nach Ifosfamid wird bei einem älteren Patienten eher manifest als bei einem jüngeren, wird aber leicht als ohnehin bestehende Verwirrtheit oder beginnende Demenz (fälschlicherweise) missinterpretiert.

S221 Interaktives Fallseminar: „Der spannende Fall – was hätten Sie gemacht?“ mit aktuellen klinischen Fragen der Ernährungsmedizin in der Geriatrie

Moderation: D. Volkert¹, R. Wirth²

¹Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ²Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Vorträge:

Fall 1: *Mirja Modreker, Hamburg*

Fall 2: *Rolf Schäfer, Bergisch Gladbach*

Fall 3: *Ilse Gehrke, Donaueschingen*

Fall 4: *Rainer Wirth, Bochum*

Im Symposium sollen vier Fallbeispiele geriatrischer Patient*innen vorgestellt und interaktiv diskutiert werden. Dabei werden aktuelle klinische Fragen der Ernährungsmedizin aufgegriffen und an einem konkreten Fall mit Diagnose- und Ursachenabklärung sowie therapeutischen Optionen und klinischem Verlauf dargestellt. Aktuelle Methoden und Studienkenntnisse werden bei der Präsentation eingeflochten. Das Publikum wird mit konkreten Fragen mit jeweils 4 Antwortoptionen und Abstimmung im Plenum eingezogen. Vorschläge und Fragen aus dem Publikum werden gemeinsam besprochen.

Um die Ergebnisse der interaktiven Falldiskussionen nicht vorwegzunehmen kann im Abstract leider nicht näher auf die Themen und Inhalte eingegangen werden.

S222 Palliativmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen

Moderation: G. Heusinger von Waldegg¹, M. Pfisterer²

¹Klinik für Geriatrie, Klinik für Palliativmedizin, Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen, Magdeburg; ²Klinik für Geriatrische Medizin und Zentrum für Palliativmedizin, AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH, Darmstadt

Symposium der Fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgruppe Geriatrie und Palliativmedizin von DGG und DGP

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung nimmt stetig zu. Demenzielle Erkrankungen sind lebenszeitlimitierende Erkrankungen und haben damit einen potenziell palliativmedizinisch relevanten Versorgungsbedarf. Die European Association for Palliative Care (EAPC) im Jahre 2014 ein Weißbuch zu diesem Thema veröffentlicht. Das Symposium beleuchtet die Situation 8 Jahre nach der Veröffentlichung.

S222-1 Palliativmedizinische Versorgung von Patienten mit Demenz – das Weißbuch

O. Hagen

Medizinische Geriatrie, Augusta-Krankenanstalten, Augusta-Stiftung, Bochum

Im Jahre 2014 veröffentlichte die European Association for Palliative Care (EAPC) ein Weißbuch zum Thema palliativmedizinische Versorgung demenziell Erkrankter. Dieses Weißbuch ist entstanden durch einen europäischen Delphi Prozess. Es wurden in dem mehrjährigen Prozess von 64 Experten aus 23 Ländern in 11 verschiedenen Domänen 57 Empfehlungen (Forderungen) für die optimale palliativmedizinische Versorgung demenziell Erkrankter formuliert. Damit wurden gleichzeitig Standards für die Versorgung definiert wie sie sich auch in der Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in Analogie wiederfinden.

Literatur

1. Van Der Sijt, Radbruch L, Hertogh CM, De Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Volicer L (2014) White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28(3):197–209

S222-2

Advance Care Planning – auch bei demenziell Erkrankten?

F. Ernst

Kompetenz-Centrum Geriatrie, MDK Nord, Hamburg

„Vorausschauende Versorgungsplanung“ ist nur eine von vielen Übersetzungen für Advance Care Planning (ACP). Ein Themenfeld, welches derzeit noch eher im Zusammenhang mit palliativer Versorgung genannt wird, in der geriatrischen Versorgung jedoch gleichermaßen Aufmerksamkeit verdient. Geht es im Kern um nicht weniger, als so behandelt und versorgt zu werden, wie man es sich persönlich wünscht. ACP geht als kontinuierlicher Gesprächsprozess dabei über eine Patientenverfügung weit hinaus. Der Beitrag stellt neben den Grundzügen der ACP die Bedeutung für geriatrische Patienten dar und geht hierbei auf die bereits in der Versorgungsrealität angekommene Umsetzung in Pflegeheimen gemäß § 132 g SGB V ein. Eine besondere Herausforderung stellt ACP im Kontext demenzieller Erkrankungen dar. Das White Paper der EAPC empfiehlt ACP als eine Domäne der Versorgung demenzieller Patienten. Wichtige Aspekte von ACP aus Sicht der Betroffenen sowie die Besonderheiten des Prozesses bei demenziell Erkrankten werden herausgestellt und auf Basis der aktuellen Studienlage reflektiert.

Literatur

1. Sellars M, Chung O, Nolte L, Tong A, Pond D, Fetherstonhaugh D, Detering KM (2019) Perspectives of people with dementia and carers on advance care planning and end-of-life care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Palliat Med* 33(3):274–290

S222-3

Praktischer Umgang mit sterbenden Demenzpatienten in der Klinik

J. Dowideit

Klinik für Geriatrie, Sana Klinik Middelburg, Middelburg

Die Versorgung von demenziell Erkrankten in terminalen Stadien stellt die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden in der Klinik alltäglich vor große Herausforderungen. Die Schwierigkeiten bestehen insbesondere darin die Demenz im Rahmen der chronischen und akuten Komorbidität neu zu bewerten, und zwar im Spannungsfeld zwischen Unter- und Überversorgung im Krankenhaus. Wie wirken sich weitere Komplikationen, z. B. eine CoViD Erkrankung auf das Vorgehen aus. Nicht jeder in der Klinik behandelte Patient mit einer Demenzerkrankung ist automatisch ein „palliativer“ Patient, aber viele Patienten mit einer Demenzerkrankung benötigen in geriatrischen Behandlungskonzepten die Integration eines palliativmedizinischen Ansatzes. Die spannende Frage ist, ob und wie palliativer Bedarf in der klinischen Praxis der Geriatrie zu erkennen und umzusetzen ist. Forderungen des Weißbuches wie advance care planning, partizipative Entscheidungsfindung, Prognosestellung, Vermeidung belastender oder aussichtsloser Behandlungen und optimaler Symptombehandlung sind hehre Formulierungen, die auf ihre Praxistauglichkeit in der stationären Geriatrie und Palliativmedizin zu überprüfen sind. Anhand einer Kasuistik werden die verschiedenen Dilemmata in der Klinik aufgezeigt.

Literatur

1. Hanson LC, Kistler CE, Lavin K, Gabriel SL, Ernecoff NC, Lin FC, Mitchell SL (2019) Triggered Palliative Care for Late-Stage Dementia: A Pilot Randomized Trial. *J Pain Symptom Manage* 57(1):10–19

2. Leniz J, Higginson IJ, Yi D, Ul-Haq Z, Lucas A, Sleeman KE (2021) Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data. *Palliat Med* 35(9):1691–1700

S222-4

Umgang mit sterbenden Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung

A. Rehlaender¹, G. Heusinger von Waldegg²

¹Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Standort Johannisstift, Evangelischen Klinikum Bethel, Bielefeld; ²Klinik für Geriatrie, Klinik für Palliativmedizin, Klinikum in den Pfeifferischen Stiftungen, Magdeburg

Unbestritten sind Demenzerkrankungen lebenszeitlimitierende Erkrankungen. Die Einordnung von Demenzerkrankungen als palliativmedizinisch relevant zu versorgende Erkrankung hinkt aber im Vergleich zu anderen Erkrankungen hinterher. Es ist der Wunsch der meisten Menschen in der Häuslichkeit oder zumindest im vertrauten Umfeld zu sterben und eben nicht im Krankenhaus. Wo stehen wir 8 Jahre nach der Veröffentlichung des Weißbuches zur optimalen palliativmedizinischen Versorgung von Demenzpatienten in der ambulanten Versorgung? Welche Möglichkeiten der unterstützenden Versorgung bestehen in der Langzeitpflegeeinrichtung und in der Häuslichkeit z. B. durch die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung (SAPV) oder andere Modelle. Was kann die stationäre Geriatrie tun, um eine frühzeitige palliativmedizinische Betreuung auf den Weg zu bringen? Wie können in der primärärztlichen Versorgung Symptome in der terminalen Phase gelindert werden? Wo liegt die Grenze zwischen allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung?

Literatur

1. Amador S, Sampson EL, Goodman C, Robinson L (2019) A systematic review and critical appraisal of quality indicators to assess optimal palliative care for older people with dementia. *Palliat Med* 33(4):415–429

S223 Nierenkrankheiten und Blutdruck im Alter

Moderation: C. Grupp¹, U. Hoffmann²

¹Nephrologie, Hypertensiologie, Rheumatologie, Osteologie, Geriatrie, Medizinische Klinik III mit Zentrum Geriatrie, Klinikum Bamberg, Bamberg; ²mit Nephrologie, Diabetologie, Endokrinologie, Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg

In diesem Symposium wird in zwei Beiträgen ein Update zu alltagsrelevanten Problemen bei der Versorgung älterer Patienten gegeben. Es wird die Bedeutung des Bluthochdrucks für die Entstehung und den Verlauf einer Demenz erörtert sowie dessen optimale Einstellung bei diesen Patienten und die dadurch zu erwartenden Effekte.

In einem weiteren Beitrag zur geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit fortgeschrittener beziehungsweise dialysepflichtiger Nierenkrankheit werden die verschiedenen Möglichkeiten mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen der Verfahren diskutiert sowie die Besonderheiten, auf die hier bei dieser Patientengruppe geachtet werden muss.

Des Weiteren werden zwei sehr aktuelle Studien vorgestellt, die beide durch den Innovationsfond des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gefördert werden und die die Verbesserung der Versorgungsstrukturen von älteren Patienten zum Ziel haben.

In der DiaTT-Studie wird randomisiert der Nutzen einer Kraft- und Ausdauer-Trainingstherapie bei Dialysepatienten, bei denen es sich weitgehend multimorbide (geriatrische) Patienten handelt, auf Morbidität und Lebensqualität untersucht. Die Studie befindet sich aktuell in der Auswertung, die Präsentation erster Ergebnisse ist zu erwarten.

Beim Projekt Elipfad (Personalisierter, interdisziplinärer Patientenpfad zur sektorübergreifenden Versorgung multimorbider Patienten mit telemedizinischem Monitoring) werden Strukturen unter Einbindung von Haus- und niedergelassenen Fachärzten sowie Krankenhausärzten, Fallmanagern und Therapeuten geschaffen, um Versorgungsbrüche bei Einweisung ins Krankenhaus und nach Entlassung zu verhindern und damit die Rehospitalisierung von älteren multimorbiden Patienten zu verringern.

Vorträge:

Prof. Dr. Ute Hoffmann, Regensburg: **Blutdruck und Demenz**

Prof. Dr. Paul Brinkkötter, Köln: **Projekt Elipfad (personalisierter Patientenpfad für multimorbide, ältere Menschen)**

Dr. Gero von Gersdorff, Köln: **Trainingstherapie im Versorgungsalltag von Dialysepatienten – die DiaTT-Studie**

Prof. Dr. Clemens Grupp, Bamberg: **Rehabilitation beim älteren Nierenkranken: worauf ist zu achten?**

S224 Intersektorale Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen – neue Ansätze, neue Herausforderungen

Moderation: C. Bollheimer¹, D. Brücken²

¹Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Zentrum für klinische Akut- und Notfallmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen

Fragestellung: Die veränderte Altersstruktur der deutschen Bevölkerung führt zu einer steigenden Anzahl geriatrischer Patienten. Bei einem akuten medizinischen Problem stellt die Wahl der adäquaten Versorgungsform für diese zumeist komplex vorerkrankte Patientengruppe häufig eine Herausforderung dar – insbesondere bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Das geriatrische Syndrom der Polypharmazie birgt zusätzliche Risiken für eine akute Zustandsverschlechterung.

Diesen Herausforderungen gegenüber steht der zunehmende Mangel an Ärzten im ambulanten Sektor, woraus eine größer werdende Versorgungslücke resultiert. Das Ergebnis sind steigende Zahlen von Rettungsdienst-einsätzen und Krankenhauseinweisungen. Die Identifizierung „ambulantsensitiver“ bzw. „Pflegeheim-sensitiver Krankenhaufälle“ ermöglicht eine Stratifizierung medizinischer Akutsituationen und bietet Ansatzpunkte für die Implementierung neuer Versorgungsformen.

Methodik: Zwei neue intersektorale Ansätze zielen auf die Optimierung der ambulanten Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Der Gemeindefallsanitäter (Modellprojekt Raum Oldenburg) und Optimal@NRW (Implementierung einer Telemedizinstruktur im Raum Aachen). Eine pharmazeutische Begleitung zur Risikoreduktion durch Polypharmazie sowie Aspekte zur Patientensicherheit und Wertigkeit von Frühwarnsystemen ergänzen die neuen Versorgungsformen.

Ergebnisse: Es werden Beobachtungen zur Nutzung und Akzeptanz einer telemedizinischen Infrastruktur über sechs Monate in zwölf Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Projekts Optimal@NRW berichtet. Außerdem wird die Utilisierung der neuen Ressource des Gemeindefallsanitäters für die Versorgung der Subgruppe geriatrischer Patienten über einen Zeitraum von 24 Monaten dargelegt.

Das Problem der Polypharmazie wird mittels einer retrospektiven Analyse arzneimittelbezogener Probleme in einer geriatrischen Kohorte adressiert und abschließend das umfassende Thema der Patientensicherheit im Kontext der neuen Versorgungsformen betrachtet.

Zusammenfassung: Eine Reduktion der Inanspruchnahme von Ressourcen des Rettungsdienstes und Krankenhausbehandlungen ist das übergeordnete Ziel der vorgestellten Projekte. Möglichkeiten und Grenzen dieser neuen intersektoralen Ansätze werden diskutiert und zusätzlich die Perspektive der Patientensicherheit analysiert, um eine optimierte ambulante Versorgung zu entwickeln, in deren Mittelpunkt die individuellen Bedürfnisse der geriatrischen Patienten stehen.

S224-1

Versorgung älterer Patienten durch Gemeindefallsanitäter – Vergleich der Einsätze im Pflegeheim und in der Häuslichkeit

I. Seeger¹, A. D. Klausen¹, U. Günther², G. Schmiemann³, F. Hoffmann¹

¹Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaft, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ²Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Oldenburg, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg; ³Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Bremen

Fragestellung: Notaufnahmen und Rettungsdienste werden zunehmend durch nicht vital bedrohlich erkrankte Patienten belastet. Ein großer Anteil der Rettungsdienst-Einsätze entfällt auf ältere Menschen. Um eine unnötige Disponierung höherwertiger Rettungsmittel zu reduzieren, wurde das Modellprojekt Gemeindefallsanitäter (G-NFS) entwickelt.

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob sich spezifische Einsatzschwerpunkte des G-NFS in der Versorgung älterer Menschen in häuslicher Umgebung und im Pflegeheim zeigen.

Methodik: Es handelt sich um eine retrospektive Beobachtungsstudie auf Basis der Einsatzdokumentation vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2020. Es wurden G-NFS Einsätze bei älteren Menschen (≥ 65 Jahre) analysiert. Die Auswertungen wurden unterteilt nach Einsatzort Pflegeheim und Häuslichkeit, wobei Unterschiede mittels χ^2 -Test analysiert wurden.

Ergebnisse: Es wurden 2358 Protokolle ausgewertet (Durchschnittsalter: 80,8 Jahre; 52,9 % weiblich). Von den G-NFS wurden 56 % der Patienten als nicht-dringlich zu versorgen (Patientenzuweisungscode 0) eingeschätzt. Vor Ort wurden 55 % der Patienten versorgt. Eine Vorstellung in der Notaufnahme bzw. beim Hausarzt wurden jeweils bei etwa einem Drittel der Einsätze empfohlen. Die durchgeführten Maßnahmen umfassten Beratungsgespräche (79,4 %), Hilfe bei Selbstmedikation (16,7 %) und Medikamentengabe (23,2 %). Telemedizin (1,2 %) wurde nur selten in Anspruch genommen. Auf Pflegeheimbewohner entfielen 329 (14,0 %) Einsätze. Maßnahmen in Bezug auf Urindauerkatheter wurden häufiger bei Pflegeheimbewohnern als in der Häuslichkeit durchgeführt (32,2 % bzw. 5,7 % aller Einsätze). Bei Patienten mit Katheterproblemen erfolgte im Vergleich zu anderen Einsätzen nahezu immer eine Versorgung vor Ort (84,3 % bzw. 52,2 %); eine Vorstellung in der Notaufnahme wurde 5,9 % der Patienten mit Katheterproblemen empfohlen.

Zusammenfassung: Die neu geschaffene Ressource G-NFS ist eine Option des Leitstellendisponenten zur Versorgung nicht-dringlicher Notfälle. Durch G-NFS konnte die Mehrzahl der älteren Patienten ambulant versorgt werden und in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben und führten zu einer Entlastung von Rettungsdiensten und Notaufnahmen. Allerdings führten G-NFS auch sektorenübergreifend Maßnahmen durch, die im Verantwortungsbereich der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung liegen, und gleichen somit strukturelle Defizite in der medizinisch-pflegerischen Versorgung aus.

S224-2

Optimal@NRW: Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr. Ein Projektüberblick

D. Brücken¹, C. Hübel², J. Unterkofler¹, J. C. Brokmann³

¹Zentrum für klinische Akut- und Notfallmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen;

²Medizinische Klinik I, Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ³Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen

Fragestellung: Die in Deutschland bestehenden Sektorengrenzen in der medizinischen Versorgungswelt erschweren oftmals eine fachlich gute

und zeitgerechte Versorgung von Bewohnern von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Vorschnelle, unnötige und für den geriatrischen Patienten sehr belastende Krankenhauseinweisungen sind die Folge – häufig dann, wenn der Hausarzt nicht verfügbar ist.

Das Innovationsfondsprojekt (GB-A) Optimal@NRW möchte die Akutversorgung geriatrischer Patienten in ihrem häuslichen Umfeld durch den Einsatz von Telemedizin verbessern. Erklärte Ziele sind die signifikante Reduktion von Krankenhauseinweisungen und -tagen, eine verbesserte intersektorale Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer (Arzt-rufzentrale (ARZ)/niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Rettungsdienste) und eine höhere Lebensqualität für die Bewohner. Der hierzu neu geschaffene „virtuelle digitale Tresen“ ermöglicht eine bessere Vernetzung untereinander in einer innovativen Versorgungsform unter Einbindung von Telemedizin.

Methodik: Gemeinsam mit seinen Konsortial- und Kooperationspartnern und den Technikanbietern entwickelte Optimal@NRW das Konzept einer neuen intersektoralen Versorgungsform mit telemedizinischen Bestandteilen. Hierzu dienten Use Cases, Workshops sowie teils mehrfach wöchentliche Meetings in diversen Konstellationen.

Ergebnisse: Optimal@NRW zeigt einen multimodalen Ansatz einer interdisziplinären telemedizinischen Versorgung vor Ort. Unter Einbindung der ARZ erfolgt die zentrale Kontaktaufnahme. Bei einem „Notfall“ kann unmittelbar mittels neu geschaffener Schnittstelle an die zuständige Rettungsleitstelle weitervermittelt werden. Im „Akutfall“ vermittelt die ARZ an die ärztlichen Leistungserbringer (Hausärzte, KV-Notdienst, Telearzt). Sofern möglich soll eine telemedizinische Versorgung erfolgen. Alle Akutversorger können bei Bedarf auf die Nichtärztliche Praxisassistenz mit Zusatzaufgaben (NäPa(Z)) zugreifen, die von Optimal@NRW 24/7/365 vorgehalten wird. Diese kann vor Ort am Patienten ärztlich delegierbare Leistungen durchführen.

Zusammenfassung: Der neue intersektorale Ansatz von Optimal@NRW soll durch den Einsatz von Telemedizin zu einer verbesserten ambulanten Akutversorgung von geriatrischen Patienten in Ihrem heimischen Umfeld führen und unnötige Krankenhauseinweisungen verhindern. Dabei soll allen Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben werden, sich an dem Projekt zu beteiligen.

S224-3

Patient*innensicherheit in der transsektoralen Versorgung – Aspekte des klinischen Risikomanagements und der Versicherungswirtschaft

P. Gausmann

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung, Ecclesia Gruppe, Detmold

Fragestellung: Patient*innensicherheit umfasst die Anwendung geeigneter Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel, dass in der Gesundheitsversorgung unerwünschte Ereignisse und Komplikationen möglichst selten auftreten und vermeidbare Schäden verhindert werden. Patient*innen erwarten ein hohes Maß an Sicherheit in Diagnostik, Therapie und Pflege. 2021 stellte die WHO ihren Global Patient Safety Action Plan vor. Sie hat das Ziel hoch gesteckt mit der Forderung „eine[r] Welt, in der niemandem im Rahmen der Gesundheitsversorgung Schaden zugefügt wird und jeder und jede jederzeit und überall eine sichere und respektvolle Versorgung erhält“. Dieses Ziel soll mit wissenschaftlich fundierten Strategien, nationalen Programmen und praxisorientierten Maßnahmen umgesetzt werden, wobei auch die Erfahrungen von Patient*innen in ihren jeweiligen Gesundheitssystemen zur Weiterentwicklung genutzt werden sollen. In der Operationalisierung des Aktionsplanes zur Vermeidung von Schädigungen sollen Prinzipien von Hochzuverlässigkeitsunternehmen etabliert werden, die sich in anderen Branchen (z. B. Luftfahrt, Kernertechnologie) bewährt haben.

Methodik: Zur Umsetzung der Ansprüche an Patient*innensicherheit sind komplexe, ineinandergreifende Prozesse nötig, erbracht von Expert*innen, die idealerweise interprofessionell und multidisziplinär zusam-

menarbeiten. Für den Aufbau nachhaltig wirksamer Strategien bieten sich unterschiedliche Ansätze an.

Neben bekannten Schadensmustern werden geeignete Methoden und Instrumente zur Förderung der Patient*innensicherheit skizziert mit speziellem Fokus auf die Implementierung eines klinischen Frühwarnsystems im Rahmen des Projekts Optimal@NRW.

Ergebnisse: Die OECD berichtete 2017 die 5 häufigsten Schädigungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung: in der Einrichtung erworbene Infektionen, Thromboembolien, Druckläsionen, Arzneimittelgabe-assoziierte Schädigungen sowie Diagnosefehler. Diese Erkenntnisse werden im Kontext intersektoraler Versorgungsformen diskutiert.

Zusammenfassung: Sicherheit in transsektoralen Organisationseinheiten im Gesundheitswesen erfordern abgestimmte Präventionskonzepte, da unterschiedliche Risikoträger (Versicherer) involviert sind, die in zunehmendem Maße ihre Erwartungen bzw. Voraussetzungen für einen Risikotransfer formulieren. Die Nutzung von klinischen Frühwarnsystemen kann hier zu einer Verbesserung des klinischen Risikomanagements beitragen, was im stationären Sektor bereits untersucht wurde.

S224-4

Evaluation der Notwendigkeit von pharmazeutischen Interventionen und interdisziplinärer Zusammenarbeit in Pflegeeinrichtungen – Ein Blick aus der Perspektive von Optimal@NRW

P. Erdmann

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Greifswald

Fragestellung: Geriatrische Patienten sind häufig von arzneimittelbezogenen Problemen (ABP) betroffen. Die Wichtigkeit der Arzneimittelüberprüfung durch ApothekerInnen wurde in Studien wie Adverse Drug Reaction Emergency Department (ADRED) oder Acute Geriatric Inpatient Treatment Team (AGITATE) betrachtet. Ca. 5–7 % der Behandlungen durch den Notarzt sind dabei auf unerkannte unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zurückzuführen.

Ziel von Optimal@NRW ist es, nicht notwendige bzw. vorschnelle Krankenhauseinweisungen von PflegeheimbewohnerInnen zu verhindern. Ob und wie pharmazeutische Interventionen einen Beitrag dazu leisten können, soll hier analysiert werden. Zusätzlich soll der Einfluss des Zeitverlustes in der Akutversorgung durch nicht in der Pflegeeinrichtung vorhandene Arzneimittel untersucht werden. Nach § 11 (1) Satz 10 des Heimgesetzes ist dort derzeit keine Vorratshaltung von nicht bereits verordneten Medikamenten erlaubt.

Methodik: Zur Klärung der Kausalität zwischen vermehrten Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern und ABPs, werden Häufigkeit der ABPs von PflegeheimbewohnerInnen mit einer Vergleichsgruppe anderer geriatrischer PatientInnen der Zentralen Notaufnahme eines Universitätsklinikums verglichen. Die Frage nach der Relevanz des Zeitverlustes wird in Bezug zu Optimal@NRW analysiert. Es erfolgt eine retrospektive Auswertung der Fälle, die aufgrund fehlender Medikamente ins Krankenhaus eingewiesen werden mussten.

Ergebnisse: Im interdisziplinären Team sollen Wege aufgezeigt werden, ABPs vorzeitig und im Akutfall zu erkennen und Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Darüber hinaus gilt es, Bedenken hinsichtlich einer Vorratshaltung in Pflegeeinrichtungen zu beseitigen und Möglichkeiten zur Medikationsverordnung, die über die Akutbehandlung hinausgehen, aufzuzeigen.

Zusammenfassung: Voraussichtlich werden zur Untermauerung und Umsetzung der Ergebnisse Folgeprojekte mit pharmazeutischer Intervention nötig sein, die z. B. die tatsächlich verhinderten Krankenhauseinweisungen aufzeigen. Dazu müsste im ambulanten Bereich eine Medikationsanalyse erfolgen, welche die telemedizinische und pharmazeutische Betreuung im Vorfeld ergänzt. Juristische Sicherheitsbedenken auf Grundlage des Heimgesetzes müssen zudem durch Stationsbegehungen, fachgerechte Schulung des Pflegepersonals und projekteigene NäPa(Z) aus-

geräumt und dadurch Möglichkeiten zur schnelleren medikamentösen Akutversorgung in Pflegeheimen geschaffen werden.

S225 Mobile geriatrische Rehabilitation – Eine sinnvolle und notwendige Option

Moderation: R. Siegert¹, M. Warnach²

¹Mobile Reha Bremen, Bremen; ²Mitglied der DVfR, Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V., Berlin

Mobile geriatrische Rehabilitation erfolgt im gewohnten bzw. ständigen Wohnumfeld. Sie nutzt den Wohnraum der Rehabilitanden als Übungsfeld. Das ist besonders dann sinnvoll, wenn die rehabilitative Strategie in einer Adaptation an die sächlichen und personellen Bedingungen vor Ort besteht, um Teilhabe zu verbessern. Und es ist notwendig, wenn eine einrichtungsgebundene Rehabilitation keine Erfolgsaussicht oder eine schlechtere Erfolgsaussicht zeigt, als sie in der gewohnten Umgebung gegeben wäre.

Im Symposium werden zunächst eine „Einführung und der aktuelle Stand“ referiert. Mit den Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 liegt ein aktualisierter Rechtsrahmen für diese Form der Rehabilitation vor. Es finden sich sinnvolle und notwendige Erweiterungen des Indikationsspektrums und Modifikationen der Leistungsbeschreibung. Hat dies bereits zu einer Ausweitung der Angebotsstrukturen geführt?

Mobile Rehabilitation als Teil der Behandlung im geriatrischen Versorgungsnetz hat sich in den letzten Jahren besonders in Bayern etabliert. Auch wenn noch nicht von einer flächendeckenden mobilen Versorgungsstruktur geredet werden kann, so befinden sich dort aktuell ca. 40 % aller Einrichtungen mobiler geriatrischer Rehabilitation in Deutschland. Über „Die Chancen der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Bayern“ wird berichtet.

Die Corona-Pandemie hatte und hat massive Auswirkungen auf den gesamten Gesundheitssektor inklusive der rehabilitativen Versorgung. Rehabilitationseinrichtungen wurden vorübergehend oder sogar dauerhaft geschlossen bzw. reduziert in Anspruch genommen und mussten darüber hinaus ihre Behandlungsprozesse den besonderen Hygieneanforderungen anpassen. Wie sich dies in der mobilen Versorgung auswirkte, schildert der Beitrag „Mobile geriatrische Rehabilitation in der Pandemie – Hindernisse und Optionen“.

Und schließlich findet sich in der geriatrischen Klientel eine Personengruppe, die aufgrund dementieller Erkrankung besondere Anforderungen an ein rehabilitatives Setting stellt, um Rehabilitationsziele erreichen zu können. Der Vortrag „Rehabilitation von dementiell-erkrankten Menschen – Aufgaben und Möglichkeiten der mobilen geriatrischen Rehabilitation“ befasst sich mit diesen besonderen Konstellationen und den hieraus erwachsenden sinnvollen und notwendigen Optionen.

S225-1 Einführung und aktueller Stand

R. Siegert

Mobile Reha Bremen, Bremen

Mit der Veranstaltung „Mobile geriatrische Rehabilitation – Eine sinnvolle und notwendige Option“ setzt die AG Mobile geriatrische Rehabilitation in der DGG die Tradition fort, anlässlich der Jahreskongresse ein Symposium abzuhalten. Die Symposien dienen immer noch der grundsätzlichen Information über diese besondere Form der Rehabilitation, die zwar inzwischen auf immer mehr Interesse stößt, deren flächendeckende Versorgung jedoch noch nicht umgesetzt ist.

Mobile geriatrische Rehabilitation erfolgt im gewohnten bzw. ständigen Wohnumfeld. Sie ist eine komplexe rehabilitative Leistung, an der alle üb-

lichen Professionen des geriatrischen Teams mitwirken. 15 Jahre nach gesetzlicher Verankerung in § 40 Abs. 1 SGB V befindet sie sich jetzt auf dem Weg, neben stationärer und ambulanter Rehabilitation eine dritte, gleichberechtigte Säule der Versorgung zu werden.

Die Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021 legen fest, dass abhängig von der im Vordergrund stehenden rehabilitativen Strategie (Restitution/Kompensation/Adaptation) die Entscheidung für die Versorgungsform zu treffen sei, die größtmögliche Aussicht auf das Erreichen der Rehabilitationsziele habe. Mobile geriatrische Rehabilitation ist also fortan nicht nur eine „Notlösung“, wenn ambulante oder stationäre Versorgung nicht möglich sind.

Für die geriatrischen Einrichtungen und Versorgungsnetze gilt es nun, diese Chance zu ergreifen und Rehabilitation im Sozialraum der geriatrischen Klientel, also in der Wohnung, im eigenen Haus oder in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen und anzubieten. Wie ist der aktuelle Stand dieser Umsetzung?

Mobile Rehabilitation schafft besondere Optionen. Hierüber soll im Folgenden berichtet werden z.B. über die erfolgreiche Umsetzung im Bundesland Bayern, über die mobile Rehabilitation vor Ort unter den Bedingungen der Pandemie und über die Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation bei demenziell erkrankten Menschen.

S225-2 Die Chancen der mobilen geriatrischen Rehabilitation in Bayern

K. Tatschner

Mobile geriatrische Reha, Geriatrische Rehabilitationsklinik der AWO, Würzburg

Seit 2007 ist die mobile geriatrische Rehabilitation (MGR) sozialrechtlich verankert, entsprechende Rahmenempfehlungen gibt es seit 2007.

Aufgrund des bayerischen Geriatriekonzeptes, welches sich ursprünglich auf die geriatrische Rehabilitation konzentrierte, existiert ein hervorragendes Netz geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Bayern – eine gute Voraussetzung zum Aufbau einer mobilen geriatrischen Rehabilitation in Bayern. Denn, wird das Angebot einer mobilen geriatrischen Rehabilitation an eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung – egal ob stationär oder ambulant – angegliedert, so kann in der Anfangsphase in der Reha beschäftigtes Personal auch für die MGR genutzt werden. Diese Übergangsfrist endet spätestens nach 24 Monaten. Daneben fördert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Aufbau einer MGR mit 25.000 €.

Bereits 2013 eröffnete die erste mobile geriatrische Rehabilitation in Coburg, aktuell gibt es in Bayern 8 Einrichtungen.

Anhand der eigenen Daten wird die erfolgreiche Entwicklung der MGR seit 2015 dargestellt.

S225-3 Mobile Rehabilitation in der Pandemie – Hindernisse und Optionen

C. von Rothkirch

Mobile Reha Bremen, Bremen

Die Corona-Pandemie hat massive Auswirkungen auf die rehabilitative Versorgung. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation multimorbider Patienten zeigte sich ein Auslastungsrückgang durch Platzreduktion, Schließungen und schwere Ausbruchsgeschehen.

Das Rehabilitationsteam der Mobilen Rehabilitation sucht die Rehabilitanden in ihrem gewohnten und ständigen Umfeld auf und erbringt dort die Leistungen. Unter den Bedingungen der Pandemie stellten sich auch in der Durchführung der Mobilen Rehabilitation vielfältige organisatorische und inhaltliche Herausforderungen.

Wenige Einschränkungen ergaben sich in der Versorgung der Rehabilitanden in der Häuslichkeit, so dass auch Patienten der Mobilien Rehabilitation zugeführt werden konnten, für die ursprünglich eine andere Form der Rehabilitation vorgesehen war.

Rehabilitanden mit Long Covid bzw. Covid-Patienten nach schweren Krankheitsverläufen konnten als neue Patientengruppe versorgt werden. Der Behandlungsprozess der Mobilien Rehabilitation bietet Besonderheiten, die für die Versorgung dieser Patienten genutzt werden können.

Die Mobile Rehabilitation hat sich in der Pandemie bewährt und neue Impulse für deren organisatorische und inhaltliche Weiterentwicklung gewinnen können.

S225-4

Rehabilitation von dementiell-erkrankten Menschen – Aufgaben und Möglichkeiten der Mobilien geriatrischen Rehabilitation

M. Warnach

Mitglied der DVfR, Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V., Berlin

In der Mobilien geriatrischen Rehabilitation werden mehrheitlich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz behandelt. Die Erfahrungen zeigen, dass sowohl bei der Behandlung in der Privatwohnung als auch in der stationären Pflege alltagsrelevante Reha-Ziele mit den Betroffenen und ihren Angehörigen vereinbart und erreicht werden – auch bei fortgeschrittener Demenz. Bisher sind Ansätze zu einer konzeptionellen Zusammenfassung dieser Erfahrungen aber noch wenig entwickelt. In der Geriatrie sind bisher vorliegende Reha-Konzepte von Betroffenen mit Demenz auf die Anpassung des Settings (Abläufe, Therapien und Ambiente) und Fort- und Weiterbildung fokussiert – ohne Zweifel eine notwendige Voraussetzung. Es ist aber zu berücksichtigen, dass neurodegenerative Erkrankungen kognitive, motorische und verhaltensbezogene Funktionen umfassend betreffen – so Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Orientierung, Kommunikation, aber auch Tagesstrukturierung, alltagspraktische Aktivitäten bis hin zu Mobilität und Ernährung. Diese demenzbedingten Beeinträchtigungen haben gravierende Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe. Sie müssen neben den Folgen einer Akuterkrankung (z. B. Folgen einer Hüftfraktur) selbst in die Reha-Bedarfsermittlung, der Reha-Zielsetzung und -Planung miteinbezogen werden. Nur wenn es gelingt, während der Rehabilitation hierfür Lösungen zu entwickeln, die auch nach der Reha im selbstgewählten Umfeld umgesetzt werden können, kann eine nachhaltige Verbesserung von Teilhabe und Lebensqualität erreicht werden. Diese Überlegungen werden im Rahmen dieses Beitrags erörtert und an Beispielen der Verbesserung der Tagesstruktur, der Beseitigung von Tag/Nachturnkehr und der Verbesserung einer inadäquaten Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen erläutert. Gerade die Mobile Rehabilitation ist mit ihrer Schwerpunktsetzung auf adaptative Reha-Strategien unter Einbeziehung des jeweiligen häuslichen Umfelds für die Rehabilitation von Betroffenen mit solchen Problemkonstellationen besonders geeignet. Zugleich werden die Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer und psychosozialer Interventionen erörtert; hier bieten die S3-Leitlinien Demenzen, aber auch Elemente der „Selbsterhaltungstherapie“ nach Romero wichtige Anhaltspunkte.

S226 Freie Vorträge – Verschiedenes

S226-1

Evaluation der Assoziation zwischen Hämoglobin und Handkraft im Alter

T. Hammer¹, U. Braisch¹, D. Rothenbacher², M. Denking¹, D. Dallmeier¹

¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm

Fragestellung: Die aktuelle Datenlage zeigt eine höhere Prävalenz der Anämie im Alter. Eine mögliche Assoziation mit Kraft ist bislang wenig untersucht. Handkraft spielt als Surrogat für die Muskelkraft in der Abklärung von Frailty und Sarkopenie eine wichtige Rolle. Wir haben den Zusammenhang zwischen der Konzentration von Hämoglobin (Hb) und der Handkraft bei älteren Menschen analysiert.

Methode: Für die Analyse nutzten wir Daten einer repräsentativen Beobachtungsstudie älterer Menschen. Aus Blutproben wurden Hb, Ferritin, Cystatin C und hs-CRP bestimmt. Handkraft wurde unter Anwendung eines JAMAR Handkraftdynamometers gemessen. Die Assoziation wurde mittels linearer Regression adjustiert für Alter, Geschlecht sowie für weitere Störfaktoren, welche in der Literatur als relevant beschrieben werden, durchgeführt: Schulbildung, alleinlebend, Rauchen, Alkoholkonsum, Polymedikation, Nierenfunktion, CRP, Body-Mass-Index und Ferritin. Aufgrund von Interaktionen wurden die Analysen zuerst nach Alter (<80, 80+), und bei <80 zudem nach Geschlecht stratifiziert.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1297 Teilnehmer für die Analysen berücksichtigt (Durchschnittsalter 75,5 (SD 6,5) Jahre, 549 (42,3 %) Frauen), mit 912 Teilnehmer <80 Jahre (45,8 % weiblich). Die Durchschnittswerte für Hb und Handkraft lagen bei 14,9 g/dL und 41,3 kg bei Männern und 13,9 g/dL und 25,1 kg bei Frauen. Der Hb war bei Frauen <80 Jahre mit der Handkraft assoziiert (β 0,923 [95 % KI 0,196; 0,913]). Bei Männern <80 Jahre bestand eine zusätzliche Effektmodifikation mit Ferritin, sodass eine signifikante Assoziation zwischen Hb und Handkraft nur bei Männern <80 mit Ferritin ≥ 300 ng/ml zu finden war (β 2,03 [95 % KI 0,91; 3,15]). In der Gruppe 80+ ($n = 385$; 34 % Frauen) gab es keine Effektmodifikation mit Geschlecht (Durchschnittswerte Männer: Hb 14,3 g/dl, Handkraft 33,7 kg; Frauen Hb 13,5 g/dl, Handkraft 20,5 kg), die Assoziation war auch nicht statistisch signifikant.

Schlussfolgerung: Unsere Daten zeigen eine Assoziation zwischen Hämoglobin und Handkraft nur bei Frauen unter 80 Jahren; sodass eine Hb-Zunahme um 1 g mit einer verbesserten Handkraft von 0,92 kg assoziiert war. Bei Männern unter 80 Jahren war die Assoziation nur bei denjenigen mit Ferritin ≥ 300 ng/ml eindeutig. Die kleine Stichprobe bei 80+ zeigte keinen Zusammenhang. Unter Berücksichtigung der hohen Prävalenz von Anämie im Alter und deren Behandlungsmöglichkeiten sind weitere Analysen mit größeren Kohorten erstrebenswert.

S226-2

Punktprävalenz der orthostatischen Hypotonie zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme bei Patienten in der Akutgeriatrie

L. Tittel¹, L. Schweitzer¹, H. J. Heppner², H. Frohnhofen³

¹Universität Witten-Herdecke, Witten; ²Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, Schwelm; ³Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Eine orthostatische Hypotonie (OH) gilt als Risikofaktor für einen Sturz, hat prognostische Bedeutung und ist modifizierbar. Unklar sind deren Prävalenz und Assoziationen bei Patienten in der Akutgeriatrie.

Methodik: Von Januar–März 2020 erfolgte bei allen konsekutiven Patienten eine Blutdruckmessung im Liegen und im Stehen durchgeführt

und die klinische Symptomatik beim Stehen erfasst werden. Eine orthostatische Hypotonie (OH) wurde bei einem systolischen und/oder diastolischen Blutdruckabfall um 20 mmHg bzw. 10 mmHg innerhalb der ersten 3 min der Orthostase diagnostiziert. Weiterhin wurden die anthropometrische und medizinische Daten, die Ergebnisse des geriatrischen Assessment sowie Daten zum Lebensstil erfasst.

Ergebnisse: Von 143 konsekutiven Patienten konnte bei 105 (73 %) eine Blutdruckmessung in Stehen durchgeführt werden. Das mediane Alter der 35 (33 %) Männer und 70 (67 %) Frauen betrug 86 (IQR: 81–89) bzw. 84 (IQR: 79–90) Jahre (n. s.).

Die Basisdaten der Patienten zeigt die Tabelle.

Parameter	Männer Median/ IQR	Frauen Median/ IQR	p-Wert
Charlson-Index	3/2–4	3/2–4	n. s.
Barthel-Index Aufnahme	45/25–60	45/25–55	n. s.
IADL n. B&L	4/3–5	4/2–6	n. s.
BMI [kg/m ²]	25/24–27	25/23–28	n. s.
Anzahl der Medikamente	7/5–10	7/5–9	n. s.
Blutdruck systolisch liegend	135/125–145	130/120–140	n. s.
Blutdruck diastolisch liegend	70/65–80	70/–80	n. s.
Blutdruck systolisch stehend	120/100–135	120/105–150	n. s.
Blutdruck diastolisch stehend	70/60–80	70/65–80	n. s.

Bei 44 (42 %) der Patienten fand sich eine OH. Symptome bei Orthostase berichteten 39 (37 %) der Patienten. Patienten mit OH waren häufiger symptomatisch, als Patienten ohne OH (24/44; 55 % vs. 15/61; 25 %) ($p < 0,01$).

Schlussfolgerungen: Eine OH korrelierte mit den klinischen Symptomen ($r = 0,323$; $p < 0,001$) und dem Geschlecht ($r = -0,214$; $p < 0,03$). Ein Trend fand sich für eine fehlende Pallästhesie ($r = 0,192$; $p = 0,05$). Sechs von 8 (75 %) mit Tamsolusolus behandelte Männer zeigten eine OH im Vergleich zu 13/27 (48 %) ohne Tamsolusolus ($p < 0,05$). Es fanden sich keine Assoziationen zwischen einer OH und den anderen erhobenen Parametern. Die hohe Prävalenz einer OH rechtfertigt deren Einführung als Routinemaßnahme in der Akutgeriatrie.

S226-3

Geschlechterspezifische Assoziationen zwischen Muskelparametern und Inflammation sowie antiinflammatorischen Nährstoffen

U. Haß¹, B. Kochlik¹, C. Herpich², K. Norman³

¹Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIFE) Potsdam – Rehbrücke, Nuthetal; ²Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ³Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Fragestellung: Inflammaging ist mit Muskelalterung assoziiert. Allerdings gibt es kaum geschlechterspezifische Untersuchungen hierzu. Daher wurde in dieser Querschnittsanalyse der Frage nachgegangen, inwiefern Inflammation, Omega-3 Plasmaindex und die Zufuhr von Omega-3 Fettsäuren (n3) mit Muskelkraft und -funktion bei 61 gesunden älteren Männern und Frauen zusammenhängen.

Methoden: Die isometrische Beinkraft wurde relativ zum Body Mass Index erfasst [kg/BMI]. Der Chair Rise Test (CRT) wurde mittels LEONARDO® Mechanograph gemessen und als Leistung [Watt/BMI], Zeit [s] und Geschwindigkeit [m/s] abgebildet. Die Nährstoffzufuhr [g/Tag] wurde mit 3-Tage-Ernährungsprotokollen ermittelt. Serum-Interleukin (IL) 6 [pg/ml], IL10 [pg/ml] sowie der Omega-3 Index im Plasma [%] wurden in Nüchtern-Blutproben gemessen. Die geschlechterspezifischen Analysen wurden mit Hilfe von linearen Regressionsmodellen, adjustiert für Alter, körperliche Aktivität und bei Blutwerten zusätzlich für die Einnahme antiinflammatorisch wirksamer Medikamente, durchgeführt.

Ergebnisse: Das Kollektiv war 70,6 ± 4,7 Jahre alt und zu 53 % weiblich. Während bei Frauen keinerlei Assoziationen auftraten, zeigten sich bei den Männern signifikante Assoziationen zwischen n3-Zufuhr und Beinkraft (n3 beta-Koeffizient (β) = 0,144; Standardfehler (SE): 0,156; n6/n3-Verhältnis $\beta = -0,137$; SE: 0,043) sowie CRT-Leistung (n3 $\beta = 1,365$; SE: 0,532; n6/n3-Verhältnis $\beta = -1,009$; SE: 0,437) und CRT-Geschwindigkeit (n6/n3-Verhältnis $\beta = -0,028$; SE: 0,009). Der Omega-3 Plasmaindex war mit allen CRT-Parametern der Männer signifikant assoziiert (Leistung $\beta = 2,999$; SE: 0,980; Geschwindigkeit $\beta = 0,069$; SE: 0,022; Zeit $\beta = -0,499$; SE: 0,181). IL6 und IL10 allein waren mit keinem Muskelparameter assoziiert, jedoch ging ein höheres IL6/IL10-Verhältnis mit signifikant schlechteren CRT-Parametern der Männer einher (Leistung $\beta = -15,916$; SE: 6,993; Geschwindigkeit $\beta = -0,463$; SE: 0,148; Zeit $\beta = 2,973$; SE: 1,245).

Zusammenfassung: Eine höhere Zufuhr an Omega-3 Fettsäuren sowie ein höherer Omega-3 Plasmaindex und ein günstigeres Serum IL6/IL10-Verhältnis gingen mit einer besseren Muskelfunktion einher – jedoch nur bei den Männern.

S226-4

Die Lues-Serologie zur differentialdiagnostischen Abklärung von kognitiven Beeinträchtigungen und Polyneuropathien in der Geriatrie

M. Djukic¹, H. Eiffert², P. Lange³, I. Giotaki³, J. Seele¹, R. Nau¹

¹Geriatric & Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²amedes-Gruppe, MVZ Wagnerstippe für Medizinische Mikrobiologie, Göttingen; ³Neurologische Klinik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Fragestellung: Im 19. Jahrhundert war die Neurosyphilis die häufigste Ursache einer Demenz in Mitteleuropa. Mittlerweile ist diese Erkrankung in Deutschland selten geworden. Wir evaluierten, ob die routinemäßige Bestimmung von Antikörpern gegen *Treponema pallidum* bei Patienten einer geriatrischen Klinik mit kognitiven Beeinträchtigungen oder einer Neuropathie therapeutische Konsequenzen hat.

Methodik: Vom Oktober 2015 bis Januar 2022 (76 Monate) wurde in unserer Klinik bei allen Patienten mit bisher nicht differentialdiagnostisch abgeklärter kognitiver Beeinträchtigung oder Neuropathie als Suchtest ein *Treponema pallidum*-Immunadhärenz-Test (TPIA) durchgeführt. Bei positivem TPIA wurden weitere spezifische Laboruntersuchungen veranlasst und ggf. eine antibiotische Therapie eingeleitet.

Ergebnisse: Von 4116 mittels TPIA untersuchten Patienten waren bei 42 (1,0 %) *Treponemen*-spezifische Antikörper im Serum nachweisbar. Die Spezifität der Antikörper ließ sich mittels Immunoblot bei 23 Patienten sichern (11 × Befund positiv, 12 × grenzwertig). Liquorbefunde lagen bei 10 Patienten vor. *Treponemen*-spezifisches IgM ließ sich bei einem Patienten detektieren, bei 3 Patienten war der Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)-Test positiv. Bei einem Patienten bestand eine Pleozytose, bei 2 weiteren war der *Treponemen*-spezifische IgG-Antikörper-Index erhöht. Fünf Patienten (4 × Ceftriaxon i. v., 1 × Doxycyclin p. o.) erhielten eine 14-tägige antibiotische Therapie.

Zusammenfassung: Bei Patienten mit bisher nicht differentialdiagnostisch abgeklärter kognitiver Beeinträchtigung oder Neuropathie veranlasste die differentialdiagnostisch eingesetzte Lues-Serologie in etwa 1 % als therapeutische Konsequenz eine antibiotische Behandlung.

S226-5

Risikofaktoren für eine asymptomatische Besiedlung mit Toxin-bildenden *Clostridoides difficile* in einem geriatrischen Patientenkollektiv

S. Scheithauer¹, A. Groenewald², C. Dohrendorf², V. Meier³, S. Unkel⁴, T. Friede⁴, M. Kaase¹, D. Fenz¹, H. Eiffert⁵, R. Nau², J. Seele²

¹Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²Geriatric & Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ³Krankenhaushygiene, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Göttingen; ⁴Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ⁵amedes-Gruppe, MVZ Wagnerstibbe für Medizinische Mikrobiologie, Göttingen

Hintergrund: Eine Infektion mit *Clostridoides (C.) difficile* ist bei älteren Patienten die häufigste Ursache für antibiotika-assoziierte Diarrhoen. Die Rolle der asymptomatischen Besiedlung für die Entstehung einer Infektion ist nicht ausreichend verstanden.

Methodik: Vom 01.05.2017 bis zum 24.08.2019 identifizierten wir im Geriatrischen Zentrum des Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende durch ein wöchentliches Screening 138 Patienten, die ohne Symptome einer Infektion mit Toxin-bildenden *C. difficile* besiedelt waren. Als Kontrollgruppe dienten 138 Patienten identischen Alters und Geschlechtes. Wir verglichen beide Kohorten mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, dem Mann-Whitney-U-Test und dem Fisher-Exakt-Test. Das Projekt wurde durch den Innovationsfonds (ReToCdiff, Zeichen 01VSF16059) gefördert.

Ergebnisse: Besiedelte (medianes Alter 82 Jahre) hatten einen längeren gesamten Krankenhausaufenthalt ($p < 0,0001$; Median 32 vs. 16 Tage) und waren häufiger innerhalb von vier Wochen zuvor aus einem anderen Grund stationär behandelt worden ($p = < 0,0001$) als Kontrollpatienten. Beim geriatrischen Assessment schnitten die Besiedelten im De Morton Mobility Index (DEMMI) ($p = 0,0055$) und im Timed up and Go-Test ($p = 0,0021$) schlechter ab als die Kontrollpatienten. Dialysepflichtigkeit ($p = 0,035$) und Stuhlinkontinenz ($p = 0,047$) waren bei Besiedelten häufiger zu finden. Besiedelte wurden häufiger operiert ($p = 0,0002$), insbesondere an der unteren Extremität ($p = 0,0063$). Die Ernährung erfolgte bei den Besiedelten häufiger mittels nasogastraler Sonde, PEG oder parenteral ($p = 0,032$). Laborchemisch lagen Albumin ($p = 0,012$) und Hämoglobin ($p < 0,0001$) bei den Besiedelten niedriger. Das C-reaktive Protein war bei ihnen höher ($p = 0,011$), und Procalcitonin wurde häufiger bestimmt ($p = 0,0017$). Der Anteil der Patienten mit einer Cephalosporin-Therapie ($p < 0,0001$), insbesondere mit Cefazolin ($p < 0,0001$) sowie die Dauer der Therapie ($p = 0,0007$) waren bei den Besiedelten höher. Pantoprazol ($p = 0,0049$), orale Eisenpräparate ($p = 0,027$), Schleifendiuretika ($p = 0,029$) und nicht-steroidale Antirheumatika ($p = 0,030$) wurden häufiger von Besiedelten eingenommen.

Schlussfolgerung: Asymptomatisch mit pathogenen *C. difficile* besiedelte geriatrische Patienten wiesen ähnliche Risikofaktoren auf wie geriatrische Patienten mit einer manifesten *C. difficile*-Infektion.

*Die beiden Erstautoren haben gleichermaßen zu der Arbeit beigetragen.

S300 Intersektionale Perspektiven auf Vulnerabilitäten im Alter am Beispiel der offenen Altenarbeit und der Eingliederungshilfe

Moderation: C. Rohleder

Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster

Die innere Differenziertheit des Alter(n)s und damit intersektionale Verflechtungen von ungleichheitsgenerierenden Sozialstrukturmerkmalen in den Lebenslagen älter werdender und älterer Menschen gehören zur DNA des gerontologischen Fachdiskurses. Im Hinblick auf daraus resultierende mögliche konzeptionelle Konsequenzen für die soziale Altenarbeit, aber auch für andere Felder Sozialer Arbeit, in denen Klient_innen älter werden, wie z. B. der Eingliederungshilfe, steht eine systematische Berücksich-

tigung der daraus resultierenden Diversität von Unterstützungsbedarfen jedoch häufig noch aus.

Die im Symposium vorgestellten Studien konzentrieren sich auf zwei ausgewählte Sozialstrukturmerkmale – Gender einerseits und lebensbegleitende Beeinträchtigungen andererseits. Konkret behandelt werden die (Ir)Relevanz der Intersektion von Alter(n) und Geschlecht in der offenen Altenarbeit, konzeptionelle Herausforderungen für Wohnhilfen der Sozialpsychiatrie angesichts der steigenden Zahl älter werdender Klient_innen mit einer lebensbegleitenden chronischen psychischen Erkrankung sowie Fragen des Umgangs mit der letzten Lebensphase in besonderen Wohnformen für Menschen mit einer geistigen Behinderung.

S300-1

„Weil im Senioren- und Pflegeheim, da gehen die unter“ – Bedarf und Konzepte spezieller Wohnhilfen für älter werdende Menschen mit einer lebensbegleitenden chronischen psychischen Erkrankung

C. Rohleder

Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster

Im Zuge der Psychiatriereform haben Menschen mit einer lebensbegleitenden chronischen psychischen Erkrankung von der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung profitiert – 2019 lebten nahezu drei Viertel derer, die Wohnhilfen der Eingliederungshilfe erhalten, ambulant betreut (BAGÜS 2021, S. 16). Internationale wie vereinzelt nationale Studien zeigen allerdings, dass Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko einer lebenszeitlich deutlich früheren Reinstitutionalisierung in psychiatrisch spezialisierte, aber vor allem auch reguläre Seniorenpflegeheime haben. Dabei sind sie im Vergleich zum Gros der Pflegeheimbewohner_innen nicht nur im Schnitt deutlich jünger, sondern weisen auch einen geringeren Pflege- und Unterstützungsbedarf auf (Vock et al. 2007; Aschbrenner et al. 2011). Leistungsrechtliche Regelungen in Eingliederungshilfe wie Pflegeversicherung sowie fehlende informelle soziale Netzwerke tragen mit zu diesen frühzeitigen (Fehl)Platzierungen in (Senioren) Pflegeheimen bei.

Der Vortrag beschäftigt sich mit der Frage, welche konzeptionellen Lösungen und praktischen Umsetzungserfahrungen es im derzeitigen Hilfesystem gibt, um diesem Prozess entgegenzusteuern. Hierzu wurden bundesweit mit 12 Wohnhilfen, die sich direkt an älter werdende Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung richten, Expert_inneninterviews durchgeführt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Wohnangebote häufig einen Personenkreis adressieren, der mit 50+ bzw. 60+ unter gerontologischen Gesichtspunkten noch sehr jung ist, in den Regelangeboten der Eingliederungshilfe aber nicht mehr ausreichend Unterstützung findet. Die sehr unterschiedlich konzipierten Angebote stellen nach eigenen Aussagen in den regionalen Versorgungssystemen jeweils noch eine Ausnahme dar. Dies erklärt sich über die zu Tage tretenden hohen baulichen, personellen, konzeptionellen und Vernetzungsbedarfe, die für viele Träger sozialpsychiatrischer Wohnhilfen Barrieren darstellen können, eigene Angebote für ihre älter werdenden Klient_innen zu entwickeln. Zudem dokumentieren sich bereits ab Pflegegrad 2 im derzeitigen Leistungsrecht begründete Grenzen der Möglichkeiten eines Ageing in Place für älter werdende Menschen mit lebensbegleitender psychischer Erkrankung.

S300-2

Die biographische Konstruktion der Intersektion von Alter(n) und Geschlecht – Relevant für die offene Altenarbeit?

I. Hiegemann

Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster

Fragestellung: Wie werden Alter(n) und Geschlecht biographisch konstruiert und in welchem Verhältnis steht die biographische Konstruktion der Intersektion zur Nutzung von Angeboten im Bereich der offenen Altenarbeit?

Methodik: Es wurden 13 biographisch-narrative Interviews mit Personen unterschiedlichen Geschlechts und Alter(n)s in NRW, welche Angebote der offenen Altenarbeit nutzen, geführt. Die Interviews wurden anhand der biographischen Fallanalyse nach Rosenthal ausgewertet.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und einer immer besseren Gesundheit und Mobilität im Alter(n) gewinnen Angebote der (offenen) Altenarbeit zunehmend an Bedeutung. Frauen prägen hierbei deutlich die Landschaft der Altenhilfe und -arbeit. Durch das gender pay und gender care gap sind sie vermehrt von strukturellen sozialen Problemen bedroht, wodurch zunehmend problematische Lebenslagen im Alter(n) entstehen. Unterschiede individuellen Alter(n)s sind jedoch nur durch die intersektionale Betrachtung verschiedener Differenzmerkmale erkennbar. Der intersektionell-biographische Ansatz ist hier vielversprechend, da er die Erforschung multipler sozialer Ungleichheiten sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene ermöglicht. In biographischen Erzählungen können Verweise auf Geschlechterpositionen, geschlechtsspezifische Differenzierungen oder Alter(n)s Grenzen identifiziert werden, selbst wenn diese durch und in der Forschung nicht fokussiert werden.

Ergebnisse und Zusammenfassung: Die Erhebung zeigt, dass die Intersektion von Alter(n) und Geschlecht nicht zwangsläufig in jeder Situation oder Lebensphase relevant ist. Auch wenn Geschlecht im höheren Alter(n) nicht vollends irrelevant wird, können andere Aspekte in den Vordergrund treten. Diese Aspekte sind jedoch kaum und/oder nur implizit geschlechtsspezifisch. Aus Sicht der Biograph:innen scheint die Bedeutung von Geschlecht mit zunehmendem Alter(n) abzunehmen, obwohl es in der gesamten Biographie erkennbar wird. Stattdessen kann Alter(n) relevanter werden, insbesondere in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter(n), der eigenen Sterblichkeit und möglichen alter(n)sbedingten Erkrankungen oder auch Aspekten wie Einsamkeit und (Un)Abhängigkeit. Angebote der offenen Altenarbeit können einen Raum bieten, um auch im höheren Alter(n) soziale Teilhabe zu erfahren und so Einsamkeit entgegenzuwirken, insbesondere bedingt durch Verwitwung, eingeschränkte Mobilität sowie aktuell durch die Corona Pandemie.

S300-3

Teilhabechancen erhalten bis zum Lebensende – Herausforderungen für eine gute Begleitung an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und palliativ-hospizlicher Versorgung

S. Schäper, B. Schroer, A. Thimm

Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster

Fragestellung: Durch die spezifische Altersentwicklung bei Menschen mit lebensbegleitender Behinderung steigt die Zahl alter und hochaltriger Menschen sowie die der Sterbefälle in der Eingliederungshilfe überproportional an. Das vom BMBF geförderte Verbund-Forschungsprojekt PiCarDi (Palliative Care for Persons with Intellectual and Multiple Disabilities) zielt auf eine umfassende Bestandaufnahme zu den Versorgungsstrukturen, den Wünschen und Erfahrungen in der letzten Lebensphase von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung. Daten, die aus unterschiedlichen Perspektiven erhoben werden, bilden die Grund-

lage für Empfehlungen für eine gute Begleitung am Lebensende an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und palliativer Versorgung.

Methodik: In einem Mix-Methods-Design wurden neben einer systematischen Literaturanalyse vorhandene Daten aus der Eingliederungshilfe und der allgemeinen Sterbestatistik einer Sekundäranalyse unterzogen und durch eine eigene Online-Erhebung in Einrichtung der Eingliederungshilfe in drei Bundesländern ergänzt. Interviews mit Expert:innen werden in einer weiteren Projektphase durch spezifische Erhebungsformate (u. a. die Anwendung der „Group Home Culture Scale“, Workshops mit Mitarbeitenden und Bewohner:innen in der Eingliederungshilfe, Interviews mit Angehörigen und rechtlichen Betreuer:innen) zu Fragen einer für das Lebensende sensitiven Organisationskultur ergänzt.

Ergebnisse: Die Fragebogenerhebung lieferte bisher in Deutschland nicht verfügbare Daten zur Versorgungssituation am Lebensende von Menschen mit Behinderung in der Eingliederungshilfe. Die mittels der Reflexiven Grounded Theorie ausgewerteten Expert:innen-Interviews weisen auf zentrale Dimensionen in der Begleitung am Lebensende hin und es konnten typische Deutungs- und Handlungsmuster identifiziert werden. Eine Netzwerkanalyse veranschaulicht die Herausforderungen an den Nahtstellen der Hilfesysteme.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse zeigen, dass die Erhaltung von Teilhabechancen bis zum Lebensende für die Qualität der Begleitung essentiell ist und dass hier weiterer Qualifizierungs- und Entwicklungsbedarf in beiden Hilfesystemen besteht.

S300-4

„Dass man an den Regelungen selbst mitbestimmen kann“ – Teilhabewünsche von Menschen mit Beeinträchtigungen unter Bedingungen der Pandemie

U. Böing¹, S. Schäper²

¹Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster;

²Fachbereich Sozialwesen, Katholische Hochschule NRW, Münster

Fragestellung: Von der COVID-19-Pandemie waren und sind Menschen mit Beeinträchtigungen in vielerlei Hinsicht stärker betroffen als andere. Bestimmte Personengruppen (z. B. Menschen mit Down-Syndrom) sind in Bezug auf das Erkrankungs- und Sterberisiko besonders vulnerabel. Dies gilt aber keineswegs für Menschen mit Beeinträchtigungen generell. Dennoch waren für viele die sozialen Folgen der Pandemie erheblich tiefgreifender. Zu der Frage, wie Menschen mit (verschiedenen) Beeinträchtigungen die Pandemie im Blick auf ihre soziale Teilhabe faktisch erlebt haben, gibt es bisher in Deutschland kaum Daten.

Methodik: In einer Studie im Auftrag der Beauftragten der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen wurden Daten zu den Folgen der Pandemie für Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen in Bezug auf verschiedene Handlungsspielräume der Alltags- und Lebensgestaltung erhoben. Eine allgemeine Online-Befragung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie von An- und Zugehörigen wurde für spezifische Personengruppen angepasst und durch einzelne Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Angehörigen ergänzt.

Ergebnisse: Mit der Ergebnissen liegen differenzierte Daten zu den Folgen der Pandemie für die erlebte soziale Teilhabe für verschiedene Personengruppen mit Beeinträchtigungen vor. Sie weisen auf wichtige Zugangsbarrieren und Erschwernisse in der Alltagsgestaltung hin, etwa im Bereich der Bereitstellung von Informationen und der Aufklärung, den Zugang zu Assistenzleistungen in der Pandemie, die Gestaltung sozialer Beziehungen und besondere Herausforderungen aus Sicht von An- und Zugehörigen. Es werden aber auch besondere Resilienzfaktoren sowie Gelingensfaktoren für ein gutes Risikomanagement sichtbar.

Zusammenfassung: Aus den Ergebnissen lassen sich wichtige Erkenntnisse zu den Teilhabewünschen und -barrieren von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Empfehlungen für das Krisen- und Risikomanagement unter Bedingungen der Pandemie ableiten.

S301 Freie Vorträge – Gesundheitsversorgung II

S301-1

Erfahrungen und Vorstellungen von guter ambulanter Gesundheitsversorgung: Die Perspektiven über 80-Jähriger

A. L. Herrler¹, H. Kukla¹, L. Valerius¹, A. G. Barbe², V. Venedey³, S. Stock³

¹NRW Forschungskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln; ²Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie, Uniklinik Köln, Köln; ³Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Klinikum der Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Für die Gestaltung patientenzentrierter Gesundheitsversorgung ist der Einbezug der Sichtweisen, Präferenzen und Erwartungen der Patienten essenziell. Für die Gruppe der über 80-Jährigen gibt es in Deutschland hierzu jedoch wenige Untersuchungen in nicht-institutionalisierten Settings, obwohl die ältere Bevölkerung sich mehrheitlich einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wünscht. Vor allem der zahnmedizinische Versorgungsbereich wurde diesbezüglich bisher kaum untersucht.

Fragestellung: Welche Erfahrungen und Vorstellungen von guter ambulanter Gesundheitsversorgung haben über 80-Jährige?

Methoden: Es wurden problemzentrierte Interviews mit 22 Personen ab 80 Jahren in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt. Unter Verwendung eines semistrukturierten Interviewleitfadens wurde in der einen Hälfte des Samples die haus- und fachärztliche Versorgung und in der anderen Hälfte die zahnärztliche Versorgung fokussiert. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 16 Charakteristika guter Versorgung für beide Versorgungsbereiche herausgearbeitet werden. Diese betrafen insbesondere die Beziehungsgestaltung und umfassende, individuelle Beratung und Therapieplanung. Für den zahnärztlichen Versorgungsbereich spielten jedoch auch Kosten und das Ergebnis (z. B. in Bezug auf Haltbarkeit von Prothesen) eine wichtige Rolle. Auffällig war, dass alle Teilnehmenden sich um zukünftige Verschlechterungen ihrer allgemeinen Gesundheit und Mobilität sorgten, sich jedoch kaum der Auswirkungen von beispielsweise eingeschränkter Mundhygiene auf ihre Mundgesundheit bewusst waren.

Zusammenfassung: Die Wahrnehmung von guter Versorgung aus der Perspektive über 80-Jähriger weist große Überschneidungen mit den Charakteristika des Konzepts patientenzentrierter Versorgung auf. Größere Aufmerksamkeit in der Gestaltung der Versorgung sollte der gelingenden Beziehungsgestaltung und Kommunikation zukommen sowie insgesamt mehr Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von Mundgesundheit und -hygiene im hohen Alter gelenkt werden.

S301-2

Interprofessionelle Lehre in der Geriatrie – eine Übersicht der internationalen Entwicklung im Vergleich zum aktuellen Stand in Deutschland

O. Krause¹, K. Flägel², W. Hofmann²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ²Institut für Allgemeinmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig Holstein (UKSH), Lübeck

Einleitung: Medizin, Pflege, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit, Physio- und Ergotherapie sowie weitere Berufsgruppen an einem patientenorientierten Ansatz interprofessionell zu beteiligen, ist essentieller Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung in der Geriatrie. Dabei spielt interprofessionelle Lehre eine zunehmend wichtige Rolle.

Fragestellung: Wie stellt sich interprofessionelle Lehre unter Beteiligung geriatrischer Medizin international dar? Wie ist der aktuelle Stand in

Deutschland? Wie sieht ein Vergleich der internationalen Entwicklung mit der in Deutschland aus?

Methode: Ein Review internationaler Literatur bis 2016 in PubMed wurde ff. bis 2021 in identischer Weise ergänzt: (interprofessional OR interdisciplinary OR multidisciplinary) AND (education OR learning) AND (geriatric OR old OR elderly). Experten-Gespräche wurden geführt und 25 an deutschen Universitäten hauptamtlich lehrende Geriater per E-Mail befragt (UND-Verknüpfung): (1) Existiert ein interprofessionelles Modul im Studiengang Humanmedizin am Standort, das (2) von der Geriatrie gemeinsam mit mindestens einer weiteren Berufsgruppe entwickelt wurde und an dem (3) Studierende aus mindestens zwei verschiedenen Gesundheitsberufen teilnehmen?

Ergebnisse: Alle internationalen Initiativen gingen von Universitäten aus, 5 allgemeinmedizinische, 4 geriatrische, 2 im Verbund und 1 gerontologische. 6 Studien nutzten eine quantitative, 3 eine qualitative Methode, 3 kombinierten beide. In Deutschland wurden aktuell 6 Standorte identifiziert, an denen interprofessionelle Lehre etabliert ist – sowie 3 Ausbildungsstationen.

Diskussion: Interprofessionelle Lehre ist in der Geriatrie umsetzbar. Zur Frage von „best practice“ besteht keine Evidenz. Die Geriatrie in Deutschland hat Nachholbedarf, um die politischen Vorgaben zu erfüllen. Obwohl essentiell für gemeinsame Lehre, sind Studiengänge der Pflege sowie Physio- und Ergotherapie unterrepräsentiert, ebenso wie die universitäre Geriatrie. Offen bleibt: Halten positive Effekte für längere Zeit an und besteht Wirksamkeit für eine bessere Patientenversorgung?

S301-3

Wahrnehmung von Qualitätsindikatoren aus der Perspektive verschiedener Berufsgruppen

S. Krebs, M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Fragestellung: Aus der Wahrnehmungspsychologie ist bekannt, dass eine menschliche Wahrnehmung von drei maßgebenden Faktoren beeinflusst ist: Von der Subjektivität, Selektivität und Aktivität (Kroeber-Riel & Weinberg, 2003, S. 269 zitiert in (Raab et al. 2010)). D.h. eine Information wird von verschiedenen Personen unterschiedlich aufgenommen und interpretiert (Raab et al. 2010). Dieser Aspekt spielt eine entscheidende Rolle, wenn Qualitätsindikatoren im deutschen Gesundheitswesen dafür eingesetzt werden, um über die Versorgungsqualität vulnerabler Personengruppen, z. B. in Pflegeeinrichtungen, zu informieren. Die Messung von Qualität sowie dafür geeignete Messinstrumente werden kritisch diskutiert (Hasseler und Stemmer 2018). Dem Gedanken Qualitätsindikatoren als sachliche und neutrale Kennzahlen zu entwickeln und einzuführen, steht die menschliche subjektive und selektive Wahrnehmung gegenüber, die in der öffentlichen Diskussion oft vernachlässigt wird. Dieser Beitrag folgt daher der Fragestellung, wie verschiedene Berufsgruppen Qualitätsindikatoren wahrnehmen.

Methode: Mit verschiedenen Beteiligten an der Versorgung im Setting der stationären Langzeitpflege wurden kognitive Interviews durchgeführt (Pohontsch und Meyer 2015). Innerhalb dieser wurde den Interviewpartner*innen ein auf empirischen Erkenntnissen entwickelter, exemplarischer Qualitätsbericht vorgelegt. Dieser beinhaltete eine Berichterstattung auf Basis von Qualitätsindikatoren, die auf statistischen Berechnungen von Routinedaten beruhten.

Ergebnisse: Die Interviewergebnisse zeigen unterschiedlichen Wahrnehmungen, aber auch Wünsche und mögliche Kriterien für eine Qualitätsberichterstattung. Es wurde eine prinzipielle Skepsis der Befragten gegenüber Qualitätsberichten deutlich. Ebenfalls wurden unterschiedliche Wahrnehmungen zu Darstellungsarten von Indikatoren sowie zur Interpretation der Ergebnisse ersichtlich.

Zusammenfassung: Die erhobenen Ergebnisse machen unterschiedliche Perspektiven zu Darstellungen von Indikatoren in Qualitätsberichten

erkennbar und geben Hinweise, wie diese zielgruppenadäquat gestaltet werden können, um adäquat wahrgenommen zu werden.

S301-4

Ärztliche Begutachtungsunsicherheiten beim Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie

A. Golla¹, A. Bieber², A. Kimmel³, S. Saal², W. Mau¹, K. Breuninger⁴

¹Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ³Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen; ⁴Team Rehabilitation/Heilmittel, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen

Fragestellung: Bei jeder Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste (MD) ist auch zu prüfen, ob die Notwendigkeit für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht. Die begutachtenden Pflegefachkräfte (PFK) können eine Empfehlung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation aussprechen, was einen niedrigschwelligen Rehabilitationszugang ermöglicht. Wird eine Rehabilitationsindikation durch PFK dokumentiert, obliegt den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern (GA) die finale Entscheidung dazu. Untersucht wurden Bereiche von Entscheidungsunsicherheiten bei ärztlichen Prüfungen der Rehabilitationsindikation.

Methodik: Im Rahmen einer durch den GKV-Spitzenverband geförderten Mixed-Methods-Studie wurden initial Experteninterviews mit sechs ärztlichen GA aus sechs MD geführt und ausgewertet. In einer darauffolgenden quantitativen schriftlichen Kurzbefragung beantworteten 12 ärztliche GA Fragen zu Entscheidungsunsicherheiten für mindestens 10 aufeinanderfolgende Prüfungen von Rehabilitationsempfehlungen. Für die Auswertung lagen 122 Kurzfragebögen vor.

Ergebnisse: In den Interviews wurden Entscheidungsunsicherheiten mit der Informationsverfügbarkeit und der pflegefachlichen Dokumentation zur begutachteten Person assoziiert. Mangelnde oder ungenaue medizinische Informationen, eine unzureichende pflegefachliche Gewichtung rehabilitationsrelevanter Beeinträchtigungen oder Diskrepanzen in der pflegefachlichen Bewertung können zu ärztlichen Unsicherheiten führen. Auch für begutachtete Personen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen wurden Entscheidungsunsicherheiten aus ärztlicher Sicht beschrieben. In der quantitativen Erhebung wurden bei jeder vierten Prüfung Unsicherheiten zu einem Indikationskriterium dokumentiert. Am häufigsten betrafen sie die Einschätzung der Reha-Ziele sowie der psychischen/kognitiven Reha-Fähigkeit. Unsicherheiten zeigten sich eher bei begutachteten Personen mit geringerem Alter (unter 65 Jahren), einer vorhandenen pflegebegründenden F-Diagnose, höheren Punktwerten im Modul 2/3 bzw. weniger inhaltlich nachvollziehbaren Pflegegutachten.

Schlussfolgerung: Das Forschungsprojekt verdeutlicht Bereiche und Ausmaß gutachterlicher Unsicherheiten im Rehabilitationszugang über die Pflegebegutachtung. Durch die Verknüpfung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse eröffnen sich praxisorientierte Ansätze zur gezielten Stärkung von ärztlichen Entscheidungssicherheiten.

S301-5

Entwicklung einer Handreichung zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der Pflege-, Palliativ- und Hospizversorgung

K. Annac¹, D. Wahidie¹, I. Özer Erdogdu¹, K. Brauer¹, S. Ölcer¹, M. Idris¹, K. Altinok¹, L. Pacolli¹, S. Probst², Y. Yilmaz-Aslan², P. Brzoska¹

¹Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten; ²Klinik für Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin, Klinikum Bielefeld, Bielefeld

Infolge der COVID-19-Pandemie stehen Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen vor Herausforderungen. Sie ergeben sich unter anderem aus dem hohen Alter und den Vorerkrankungen der Pflegebedürftigen. Darüber hinaus können notwendige Schutzmaßnahmen wie Besuchsbeschränkungen zu rechtlichen, sozialen und ethischen Dilemmata zwischen Infektionsschutz und dem Schutz gefährdeter Personen einerseits und der Gewährleistung grundlegender Patientenrechte andererseits führen. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, eine Handreichung zu entwickeln, die Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen im Umgang mit pandemiebedingten Herausforderungen unterstützt.

Die Studie nutzte ein Mixed-Methods-Design, das einen Scoping Review über bestehende Empfehlungen für Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen ($n=51$), eine Dokumentenanalyse von 138 Einrichtungswebsites, zehn qualitative Telefoninterviews mit Angehörigen von Pflegebedürftigen der Palliativpflege, eine landesweite Online-Umfrage unter Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen ($n=10.718$) und Interviews mit sieben Mitarbeiter*innen ausgewählter Einrichtungen umfasste. Die Daten aus den einzelnen Forschungsansätzen wurden trianguliert und zu einer Handreichung synthetisiert. Die Handreichung wurde in zwei Diskussionszirkeln mit Expert*innen diskutiert und konsentiert.

Die Handreichung enthält Empfehlungen zur Bewältigung pandemiebedingter Herausforderungen in der Pflege-, Palliativ- und Hospizversorgung und ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden Maßnahmen zur Vorbereitung und Organisation, zur Hygiene und Infektionskontrolle, zum Personalmanagement, zur Beschaffung von und Ausstattung mit Schutzmaterialien, zum Austausch mit externen Institutionen und zur psychosozialen Unterstützung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen sowie des Personals vorgestellt. Im zweiten Teil werden ausgewählte Aspekte unter Anwendung der ethischen Grundsätze von Beauchamp und Childress untersucht.

Die Handreichung kann Einrichtungen bei der Bewältigung aktueller und zukünftiger Pandemien und weiterer Public-Health-Krisen unterstützen, indem es evidenzbasierte Empfehlungen liefert. In Form von praktischen Ratschlägen kann die Handreichung die Organisation und Patientenorientierung in der Pflege auch in Krisensituationen fördern. Zu diesem Zweck muss die Handreichung den Einrichtungen und ihrem Personal niedrigschwellig zur Verfügung gestellt und im Hinblick auf seine Verwendbarkeit weiter evaluiert werden.

S302 Subjektives Alternserleben und gesundheitliches Risiko: Eine Bestandsaufnahme rezenter Studien

Moderation: H.-W. Wahl¹, S. Wurm²,

Diskutant: M. Wettstein³

¹Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Abteilung Sozialmedizin und Prävention, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ³Humboldt Universität Berlin, Berlin

In der „Dekade des gesunden Alterns“ (WHO) stellt sich in besonderer Weise die Frage, welche Faktoren für eine gute Gesundheit im höheren Lebensalter und ein langes Leben zentral sind und deshalb in den nächsten Jahren verstärkt in den Blick genommen werden sollten. Dabei ist es notwendig, auch immer wieder den traditionellen Kanon an kritischen Lebensstilfaktoren (z.B. Mangel an körperlicher Aktivität, ungünstige Ernährung, Stress) durch weitere Zielgrößen zu ergänzen. Vor diesem Hintergrund hat sich in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten ein bedeutendes Portfolio an vor allem längsschnittlicher Evidenz entwickelt, das die Etablierung von positiven und negativen Sichtweisen auf das eigene Alternwerden (subjektives Alternserleben) als eigenständige Schutz- bzw. Risikofaktoren für Gesundheit und Krankheit im höheren Lebensalter nahelegt. Ziel unseres Symposiums ist es, fünf Facetten dieser Evidenz anhand von rezenten Studien sowohl aus Deutschland, als auch aus internationalen Arbeiten zusammenzuführen. Im ersten Beitrag ergänzen und

differenzieren Blawert et al. die bereits vorliegende Literatur zur Rolle von subjektivem Alternserleben im Hinblick auf einen zentralen Bereich von Funktionalität im Alter, nämlich des Gehens bzw. Unterschieden in objektiven Gangmustern. Schönstein et al. berichten Ergebnisse zu einer Dateninfrastruktur, die in Burkina Faso aufgebaut wurde, und die zum ersten Mal das subjektive Alternserleben in einer relativ großen Stichprobe afrikanischer über 40-Jähriger nachzeichnet und mit Gesundheitsindikatoren in Verbindung bringt. Wurm und Schäfer setzen in ihrem Beitrag die Serie bereits vorliegender Studien zu Zusammenhängen zwischen dem subjektiven Alternserleben und der Überlebensdauer fort; sie finden eine lebensverlängernde Rolle von gewinnorientiertem Alternserleben, während verlustorientierte Alternserlebensweisen eine nachgeordnete Rolle für die Lebenszeit spielen. Wahl et al. berichten die Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit multiplen Indikatoren zum subjektiven Alternserleben, die vor und während der COVID-19 Pandemie erhoben wurden. Schließlich präsentiert der Beitrag von Nehr Korn-Bailey et al. (vorgetragen von einem der deutschen Ko-Autor*innen) Ergebnisse einer aktuellen Meta-Analyse zur Rolle des Alternserlebens für die Gesundheit und Langlebigkeit auf der Basis von Längsschnittstudien. Als Diskutant wird Markus Wettstein die Beiträge kritisch zusammenführen.

S302-1 Spiegelt sich das subjektive Alternserleben im Gangbild? – Differenzielle Zusammenhänge von Altersbildern mit objektiv erfassten Gangmustern bei älteren Erwachsenen ab 70 Jahren

A. Blawert¹, S. Krumpoch², E. Freiberger³, S. Wurm¹

¹Abteilung Sozialmedizin und Prävention, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ²Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Für den Erhalt von Selbstständigkeit und Teilhabe im höheren und hohen Lebensalter ist ein sicherer und stabiler Gang von besonderer Bedeutung, insbesondere mit Blick auf die erhöhte Gefahr von Stürzen. Es ist daher wichtig, Faktoren zu identifizieren, die mit einem stabilen Gang assoziiert sind. Ein solcher Faktor könnten die Vorstellungen vom eigenen Älterwerden (sog. Altersbilder) sein. Bisherige Studien zeigen, dass Altersbilder mit selbstberichteter Gesundheit und körperlicher Funktion, aber auch mit objektiven Maßen wie der Ganggeschwindigkeit assoziiert sind. Der Gang ist jedoch eine komplexe Bewegungsabfolge, was durch einzelne Parameter wie die Ganggeschwindigkeit nur ungenügend erfasst wird. Ziele dieser Studie waren daher (a) die Identifikation von Gangmustern, basierend auf einer Kombination mehrerer objektiv erfasster Gangparameter und (b) die Analyse differenzieller Zusammenhänge verschiedener gewinn- und verlustorientierter Altersbilder mit diesen Gangmustern bei selbstständig lebenden älteren Erwachsenen.

Zur Erfassung objektiver Gangparameter gingen 150 ältere Erwachsene (71–93 Jahre alt, 61,0 % Frauen) in ihrer normalen sowie in ihrer individuell schnellsten Ganggeschwindigkeit über eine elektronische Ganganalysematte (GAITRite). Altersbilder (Agecog-Skala) wurden in einem Fragebogen erhoben. Gangmuster wurden mittels latenter Profilanalyse (LPA) identifiziert und Zusammenhänge von Altersbildern mit Gangmustern mittels logistischer Regressionen untersucht.

Die LPA identifizierte je zwei distinkte Gangmuster unter beiden Geschwindigkeitsbedingungen. Dabei wies jeweils die eine Gruppe ein stabileres, besser koordiniertes und schnelleres Gangmuster auf („fitted“ Gruppe) als die zweite Gruppe, die ein eher instabiles, schlecht koordiniertes und langsames Gangmuster aufwies (funktional eingeschränkte Gruppe). Bei normaler Ganggeschwindigkeit war ein verlustorientiertes Altersbild mit der Zugehörigkeit zur funktional eingeschränkten Gruppe assoziiert, wohingegen bei maximaler Ganggeschwindigkeit ein gewinnorientiertes Altersbild mit der Zugehörigkeit zur fitten Gruppe assoziiert war.

Die Studie zeigt erstmals, dass gewinn- und verlustorientierte Altersbilder bei verschiedenen Ganggeschwindigkeiten differenziell mit objektiv

gemessenen Gangmustern assoziiert sind. Die Befunde bestätigen und ergänzen bisheriges Wissen zur Rolle von Altersbildern für gesundes Älterwerden und betonen die Rolle gewinnorientierter Altersbilder als Resource im Alter.

S302-2 Subjektive Altersbilder und Gesundheit in Burkina Faso

A. Schönstein¹, D.T.T. Ngo², Y. Stephan³, A. Siè⁴, G. Harling⁵, T. Bärnighausen², H.-W. Wahl¹

¹Netzwerk AlternsforSchung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Université Montpellier, Montpellier/F; ⁴CRSN Nouna, Nouna/HV; ⁵University College London, London/UK

Fragestellung: Subjektive Altersbilder, darunter das subjektive Alter oder das Erleben von altersbezogenen Gewinnen und Verlusten, konnten in bisherigen Studien bedeutungsvolle Zusammenhänge zu Gesundheitsparametern zeigen. Große Teile der Ergebnisse basieren jedoch auf selektiv westlichen Stichproben, welche tendenziell positive Altersbilder bezeichnen. Noch unbeantwortet blieb bisher die Frage, ob diesbezügliche Erkenntnisse der psychologischen Altersforschung sich auch auf nicht-westliche Stichproben generalisieren lassen. Untersucht wurden hierfür in einem Setting in ländlichem Burkina Faso, Afrika, die Annahmen (1) dass Erwachsene, je älter sie sind, stärker dazu neigen, sich relativ zu ihrem eigentlichen Alter jünger zu fühlen; (2) dass sich im späteren Leben die Balance von wahrgenommenen altersbezogenen Gewinnen/Verlusten hin zu den Verlusten wendet; (3) dass ein älteres subjektives Alter sowie stärkere wahrgenommene altersbezogene Verluste mit schlechteren Gesundheitsparametern zusammenhängen.

Methodik: Querschnittsuntersuchung an einer großen repräsentativen Stichprobe von älteren Erwachsenen über 40 Jahren aus dem ländlichen Raum von Burkina Faso, Afrika (N = 3028). Die erfassten Maße für die Altersbilder der Probanden beinhalten das subjektive Alter (bspw. „Wie alt fühlen Sie sich in diesem Moment?“ [in Jahren]) sowie das Erleben altersbezogener Veränderung in einer Kurzform (AARC-10 SF). Als gesundheitsbezogene Maße wurden Parameter für funktionelle, affektive, und kognitive Gesundheit, sowie auch Lebensqualität berücksichtigt.

Ergebnisse: Eine steigende Diskrepanz zwischen subjektivem und chronologischem Alter lässt sich in der Stichprobe von Probanden aus Burkina Faso nicht zeigen. Wie erwartet, berichten Probanden aus Burkina Faso jedoch mit höherem Alter vermehrt von altersbezogenen Verlusten. Sowohl ein älteres subjektives Alter als auch mehr altersbezogene Verluste können unter Kontrolle potenzieller konfundierender Variablen mit einer Reihe an Gesundheitsparametern in Verbindung gebracht werden.

Zusammenfassung: Auch in einer sich kulturell und sozioökonomisch stark von westlichen Ländern unterscheidenden Stichprobe lassen sich Zusammenhänge zwischen negativen Altersbildern und schlechterer Gesundheit zeigen.

S302-3 Gewinnorientierte, nicht jedoch verlustorientierte, Altersbilder sagen Sterblichkeit über einen Zeitraum von 23 Jahren vorher

S. Wurm¹, S. K. Schäfer²

¹Abteilung Sozialmedizin und Prävention, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ²Leibniz Institut für Resilienzforschung, Mainz

Vor zwei Jahrzehnten zeigte eine aufsehenerregende amerikanische Studie von Levy et al., dass eine positive Selbstwahrnehmung des Älterwerdens zu einem rund 7 Jahre längeren Leben beiträgt und stieß mit dieser Forschung umfangreiche Folgestudien an. Während sich die meisten dieser Studien mit der Rolle von Altersbildern für die Gesundheit beschäftigten, untersucht die aktuelle Studie anhand von deutschlandweit repräsentativen Daten erneut die Rolle von Selbstwahrnehmungen

des Älterwerdens für die Langlebigkeit bzw. Sterblichkeit. Anders als in der früheren Studie, in der eine generalisierte Skala zur Messung von Altersbildern verwendet wurde, werden in der neuen Studie hingegen verschiedene gewinn- und verlustorientierte Altersbilder sowie das subjektive Alter vergleichend in ihrem Einfluss auf Langlebigkeit/Sterblichkeit betrachtet. Basierend auf Daten des Deutschen Alterssurveys (40–85 Jahre; $N=2400$) und Überlebenszeitanalysen (Cox-Regressionen) über einen Zeitraum von 23 Jahren (1996–2019) zeigt sich die besondere Rolle von gewinnorientierten Selbstwahrnehmungen des Älterwerdens. Personen, die das Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung verbinden, leben im Durchschnitt rund 13 Jahre länger als jene mit einer weniger positiven Sicht auf das Älterwerden. Verlustorientierte Selbstwahrnehmungen des Älterwerdens (körperliche/soziale Verluste) konnten ebenso wenig Sterblichkeit vorhersagen wie das subjektive Alter, wenn zusätzlich Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Gesundheitszustand und psychische Faktoren kontrolliert wurden, deren Einfluss auf die Sterblichkeit bekannt ist. Die Ergebnisse stützen damit die Rolle von Selbstwahrnehmungen des Älterwerdens und verweisen darauf, dass es vor allem gewinnorientierte Sichtweisen sind, die die Unterschiede in der Langlebigkeit/Sterblichkeit erklären. Das macht deutlich, dass ein besonderes Augenmerk auf gewinnorientierte Altersbilder gelegt werden sollte und diese in Interventionsstudien gezielt adressiert werden sollten.

S302-4 Subjektives Alternserleben und COVID-19: Ergebnisse einer Längsschnittstudie

H.-W. Wahl¹, M. Wettstein², H.-Y. Tseng³, A. Schlomann¹, L. Schmidt⁴, M. Diehl⁵

¹Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Humboldt Universität Berlin, Berlin; ³Colorado State University, Fort Collins/USA; ⁴Differenzielle Psychologie und Geschlechterforschung, Psychologisches Institut, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁵Department for Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins/USA

The COVID-19 pandemic might have affected older adults' personal and general views on aging (VoA) because they were frequently, particularly during the early phase of the pandemic, portrayed as a homogeneous, vulnerable group in the media and in public debates. Also, their higher risk of severe COVID-19 disease progression as well as other pandemic-related stressors and restrictions might have impacted how older adults perceive their own aging. In this study, it was examined to which extent middle-aged and older adults' personal and general VoA changed due to the pandemic by distinguishing between normative age-graded change across multiple measurement occasions and potentially pandemic-specific history-graded change. Multiple VoA indicators (personal VoA: attitude toward own aging, subjective age, awareness of age-related change [gains and losses]; general VoA: domain-specific age stereotypes) of 423 German adults aged 40 years and older were assessed across three pre-pandemic measurement occasions (2012, 2015, 2017) and one occasion after the pandemic's outbreak (summer 2020). Normative age-graded changes and pandemic-specific changes were estimated and compared using longitudinal multilevel regression analyses. Both perceived age-related gains and age-related losses decreased between 2012 and 2017, but increased thereafter between 2017 and 2020. Further, the overall trend toward less positive attitude toward own aging slowed down from 2017–2020. There was also a slight trend toward younger subjective ages from 2017–2020. For most age stereotypes, pandemic-specific trends indicated a shift toward more negative stereotypes. These findings suggest that pandemic-specific changes in VoA are multidirectional, comprising perceptions of both losses and gains.

S302-5 Effekte von subjektivem Alternserleben auf Gesundheit und Langlebigkeit: Update einer Meta-Analyse mit Längsschnittdaten

G. Westerhof¹, A. Nehr Korn-Bailey², A. Brothers³, J. S. Siebert³, H. Tseng², M. Diehl⁴, S. Wurm⁵, H.-W. Wahl⁶

¹University of Twente, Enschede/NL; ²Colorado State University, Fort Collins/USA; ³Abteilung für psychologische Altersforschung, Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁴Department for Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins/USA; ⁵Abteilung Sozialmedizin und Prävention, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ⁶Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Langfristige Effekte von subjektivem Alternserleben auf verschiedene Gesundheitsbereiche und Mortalität im Erwachsenenalter sind inzwischen vielfach dokumentiert. Um die besonders in den letzten Jahren wachsende Anzahl an Längsschnittstudien zu bündeln, wurde eine Aktualisierung und Erweiterung der Meta-Analyse von Westerhof et al. (2014) angestrebt. Im Rahmen einer systematischen Sichtung zwischen 2020 und 2022 wurden dazu die Datenbanken PsycInfo, Web of Science, Scopus und PubMed durchsucht. Von über 1100 möglichen Artikeln erfüllten 103 die vorab definierten Einschlusskriterien und wurden in die Analysen einbezogen. 65 der inkludierten Artikel untersuchten langfristige Effekte von subjektivem Alternserleben auf körperliche Gesundheitsaspekte (z. B. subjektive Gesundheit, objektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten), 41 Studien konzentrierten sich auf Zusammenhänge mit mentaler Gesundheit über die Zeit (z. B. psychische Erkrankungen, Wohlbefinden und Lebensqualität) und 18 Artikel auf Zusammenhänge mit Mortalität. Ein Großteil der Studien (ca. 80 %) waren dabei neuartige Untersuchungen, die noch nicht Bestandteil der Meta-Analyse in 2014 waren. Zu den wesentlichen Entwicklungen der letzten Jahre gehören neue Messinstrumente, insbesondere die multidimensionale Erfassung subjektiven Alternserlebens sowie eine umfassendere Untersuchung der assoziierten Gesundheitsaspekte, einschließlich Bioindikatoren. Die aktuellen Analysen auf Grundlage des deutlich breiteren Studienportfolios zeigen, dass die meisten Studien weiterhin den substantiellen Langzeiteffekt von subjektivem Alternserleben auf Gesundheit, Wohlbefinden und Mortalität im Erwachsenenalter bestätigen.

S304 Digitalisierung in etablierten Praktiken des Alterns, Pflgens und der Gesundheit: Von Vulnerabilität zu Resilienz

Moderation: F. Fischer

Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital, Hochschule Kempten, Kempten; ¹ Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie IFG, Universität Vechta, Vechta

Die Anwendung digitaler Technologien und technischer Assistenzsysteme in der Lebenswelt älterer Menschen ist mit dem Anspruch verbunden, Selbstständigkeit zu fördern und so ein möglichst langes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu erlauben. Diese Technologien können entweder unmittelbar an Vulnerabilitäten ansetzen oder aber sich durch die Förderung von Ressourcen positiv auf Resilienz und Gesundheit auswirken. Die Technik beeinflusst jedoch die soziale sowie materielle Lebensumwelt und somit die gewohnte Umgebung. Je nach Grad der Unterstützung gestalten digitale Technologien den Lebensalltag älterer Menschen – oder müssen zugleich von den Nutzer:innen und anderen Beteiligten selbst gestaltet werden, um die Potenziale der Digitalisierung durch die Integration in bestehende Strukturen und Prozesse des Alltags zu erschließen. Insofern führt die Nutzung digitaler Technologien zu einer Veränderung etablierter Praktiken des Alterns, Pflgens und der Gesundheit. Dies gilt nicht nur für die Nutzer:innen selbst, sondern auch für Angehörige sowie versorgungsrelevante Akteure – und die Interaktion all dieser Personen.

Vor diesem Hintergrund wird in dem Symposium den folgenden übergreifenden Fragen nachgegangen: Welche Prämissen und Ziele sind mit der Digitalisierung im Kontext von Alter(n), Pflege und Gesundheit verbunden? Worauf gilt es in der Entwicklung und Anwendung digitaler Technologien in sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Settings zu achten? Welches Wissen bietet dabei die Gerontologie – auch aufgrund ihrer Forschungsergebnisse in diesen Bereichen? Und wie kann dieses gerontologische Fachwissen (noch) stärker in die anwendungsorientierten Kontexte der Digitalisierung integriert werden?

Um diese Fragen zu adressieren, wird in dem Symposium auf fünf Beiträge zurückgegriffen. Zunächst erfolgt ein gerontologischer Problemaufriss zur Digitalisierung in der Häuslichkeit älterer Menschen. Daran schließt ein konzeptioneller Beitrag an, in welchem ein governanceorientiertes Konzept zur Analyse digital unterstützter Sorgenetzwerke vorgeschlagen wird. Es folgen drei empirische Beiträge zur Konkretisierung durch Betrachtung praxisnaher Potenziale und Herausforderungen: Hierbei stehen die digital gestützte Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, die Unterstützung der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz und die Notfallprävention im eigenen Zuhause im Vordergrund. Das Symposium schließt mit einer gemeinsamen übergreifenden Diskussion.

S304-1

Alte und neue Spannungsverhältnisse durch die Digitalisierung der Häuslichkeit älterer Menschen: Plädoyer für eine grundlagentheoretische und ethisch-gerontologisch reflektierte Auseinandersetzung

C. Endter¹, F. Fischer²

¹Institut für Gesundheit, Altern, Arbeit und Technik, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz;

²Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital, Hochschule Kempten, Kempten

Die Digitalisierung der Gesellschaft ist eine Entwicklung, die in zunehmendem Maße auch die Lebenswelt älterer Menschen erfasst. Sei es im Kontext von technischer Unterstützung im Wohnraum oder in der gesundheitlichen Versorgung via Videosprechstunde. Innerhalb des Pflegegeschehens stellen digitale Technologien und technische Assistenzsysteme jedoch einen neuen Akteur dar, den es zu integrieren gilt, um informell Pflegenden zu unterstützen und somit zu entlasten sowie die Organisation von Pflege sowie ihre Abläufe effizienter zu gestalten.

Im Rahmen unseres Vortrags legen wir den Schwerpunkt auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen in der Häuslichkeit unter den Bedingungen der Digitalisierung. Ziel des Vortrags ist es (a) auf der Grundlage gerontologischer Wissensbestände Theoriebezüge für das Anwendungsfeld „Digitalisierung und Häuslichkeit“ aufzuzeigen, (b) anhand empirischer Ergebnisse aktuelle Entwicklungen nachzuzeichnen und (c) auf spezifische Problembereiche einer Digitalisierung in der Häuslichkeit unter Berücksichtigung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung einzugehen. Damit will der Beitrag zum einen den Stand gerontologischer Forschung systematisieren und zum anderen gegenwärtige wie zukünftige Forschungsbedarfe ausloten, auch um zu überlegen, wie diesen auf Grundlage bestehender Expertise begegnet werden kann. Virulent sind dabei Fragen nach alten und neuen Spannungsverhältnissen wie zum Beispiel denen von Autonomie und Abhängigkeit, Resilienz und Vulnerabilität, Teilhabe und Exklusion, die durch die zunehmende Digitalisierung der Häuslichkeit älterer Menschen re-aktualisiert werden. Dabei stehen die Prämissen des selbstbestimmten Wohnens sowie der sozialen Einbindung im Quartier bzw. Sozialraum und damit verbunden einer technikerunterstützten gesundheitsfördernden Lebenswelt im Vordergrund, die in Bezug zu den Potenzialen und Herausforderungen der Digitalisierung gesetzt werden. Mit Blick auf die Anwendungspraxis und aktuelle Förderpolitiken halten wir es für wesentlich, eine stärker grundlagentheoretische Ausrichtung wie auch eine ethisch-gerontologisch reflektierte Anwendung anzustreben, um so den heterogenen Bedarfen und Bedürfnissen älterer Menschen in der Häuslichkeit wie auch im Sozialraum begegnen zu können.

S304-2

Sorgenetzwerke als Governance-Arrangements: Vorschlag eines governanceorientierten Konzepts zur Analyse digital unterstützter lokaler Sorgenetzwerke

T. Wörle

Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital, Hochschule Kempten, Kempten

Häuslich-ambulante Pflegeversorgung wird heute als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen. Dem Zusammenwirken informeller, semi-professioneller und professioneller Akteure in Form von Sorgegemeinschaften wird daher wachsende Aufmerksamkeit geschenkt. Um dieses Zusammenwirken zu unterstützen und die Resilienz von Sorgegemeinschaften zu fördern, werden zudem vermehrt digitale Unterstützungssysteme entwickelt und erprobt (z. B. Koordinierungsplattformen).

Sowohl für die erfolgreiche Entwicklung solcher soziotechnischen Innovationen als auch für die erfolgreiche Kooperation der heterogenen Partner in Sorgenetzwerken selbst bedarf es jedoch fundierter wissenschaftlicher Analysen. Zur Beschreibung solcher kooperativen Sorgestrukturen wurde bereits häufiger die Governanceperspektive bemüht (BMFSFJ 2017a und b). Für den Kontext lokaler Sorgenetzwerke wurden daraus jedoch bislang keine spezifischen Analysekonzepte und -kriterien abgeleitet. Das setzt sich dieser Beitrag daher zum Ziel.

Nach Klärung der theoretischen Grundlagen des Governance-Konzepts werden von sozialkonstruktivistischen Theorieperspektiven ausgehend Kriterien für die Analyse partizipativer Governancearrangements gewonnen. Ein Fokus liegt dabei u. a. auf den Kooperations- und Kommunikationsbeziehungen zwischen heterogenen Akteuren und der Rolle soziotechnischer Systeme. Auf dieser Basis wird eine sozialwissenschaftliche Analyseperspektive auf lokale Sorgenetzwerke als Governancearrangements in der häuslich-ambulanten Pflegeversorgung älterer Menschen entwickelt und zur Diskussion gestellt.

Literatur

1. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017a): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 18/10210. Berlin.
2. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017b): Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 18/11800. Berlin.

S304-3

Digital gestützte Prävention im Alter – Erste Ergebnisse der ActiVAtE_Prevention-Studie

M. Mähs¹, I. Bergmann², J. Pithan³, I. Pahmeier³, A. Teti²

¹Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta; ²Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie IfG, Universität Vechta, Vechta; ³Sportwissenschaft, Universität Vechta, Vechta

Einleitung: Mit zunehmendem Alter bewerten ältere Menschen ihre Gesundheit weniger positiv. Körperliche Aktivität kann die Gesundheit verbessern und gesundheitlichen Einschränkungen entgegenwirken. Daher wird der Einsatz digitaler Technologien, wie z. B. Fitnesstracker, zur Förderung der körperlichen Aktivität im Real-World-Setting diskutiert. Während eine Vielzahl unterschiedlicher Fitnesstracker im Handel erhältlich ist, sind deren Potenziale, z. B. bzgl. deren Einsatzes im Rahmen digitaler Präventionsprogramme, bislang unzureichend wissenschaftlich betrachtet worden. Ziel des Verbundprojekts ActiVAtE_Prevention ist es u. a., die Frage zu beantworten, inwieweit das Tragen eines Fitnesstrackers zu einer nachhaltigen Verbesserung des Bewegungsverhaltens bei Älteren mit und ohne Diabetes Typ II (T2 DM) führt.

Methodik: Es wurden bislang rund 200 Probanden, davon über 100 Probanden im Alter von 50 Jahren und älter, mit und ohne diagnostiziertem

T2 DM hinsichtlich ihres Bewegungsverhaltens in einem RCT untersucht. Die Hälfte der Probanden wurde mit Fitnesstrackern ausgestattet (Interventionsgruppe), wovon wiederum die Hälfte eine zusätzliche digitale Motivationsintervention erhält. Die Probanden in der Kontrollgruppe erhalten keine Intervention. Als Zielgrößen werden die körperliche Aktivität, gemessen in Schritten und aktiven Minuten unterschiedlicher Intensitätsgrade, mithilfe des Fitnesstrackers erhoben sowie medizinische Routinedaten von diabetologischen Schwerpunktpraxen ausgewertet. Zu mehreren Messzeitpunkten (T0, T1, T2 und T3) über einen Zeitraum von 9 Monaten wird zusätzlich ein Fragebogen eingesetzt, um soziodemographische Daten, den Gesundheitsstatus und psychosoziale Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten als weitere Zielgrößen und Einflussgrößen zu erheben. Die erhobenen Daten werden inferenzstatistisch und explorativ mittels der freien Programmiersprache R ausgewertet.

Ergebnisse: Erste Ergebnisse werden im Sommer 2022 vorliegen und auf der Tagung vorgestellt. Vorläufige Ergebnisse legen einen Anstieg der körperlichen Aktivität in der Interventionsgruppe nahe. Diese Ergebnisse sind bislang vor dem Hintergrund von eher geringen Stichprobengrößen und z.T. größeren Streuungen zu betrachten.

S304-4

Sozial-ethische Spannungsfelder in der Unterstützung der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz durch eine personalisierte Mensch-Roboter-Interaktion

V. Reuter, A. Ehlers, C. Strünck, P. Berg

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Das interdisziplinäre Projekt „RUBYDemenz“ untersucht die Wirksamkeit einer personalisierten Mensch-Roboter-Interaktion, die eine situationsangepasste Unterstützung und Entlastung in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz (MmD) für pflegende Angehörige (pfA) ermöglichen soll. RUBY umfasst als Gesamtintervention ein robotisches System und eine psycho-soziale Begleitung der Nutzer*innen durch geschulte „RobotBegleiter*innen“ (RB). Das technische System hat die Gestalt einer Puppe. Es kann spielerisch in den Alltag integriert werden.

Die prozessgeleitete Evaluation folgt einem partizipativen Forschungsansatz. Es werden quantitative und qualitative Methoden angewandt. Für den Einsatz des robotischen Systems werden sozial-ethische Spannungsfelder untersucht. Diese werden fortlaufend mit allen Beteiligten reflektiert und in die Entwicklung eingebracht. Fokussiert werden Art und Ausmaß von Selbstbestimmung in der Techniknutzung, Möglichkeiten der Individualisierbarkeit technischer Funktionen (u. a. durch Biografieorientierung) sowie die Balance zwischen Sicherheitserleben, Kontrollgefühl und Privatheit.

Der Beitrag beleuchtet Ergebnisse aus qualitativen Interviews mit pfA, Gesprächen mit MmD sowie Fokusgruppen und qualitativen Pre-Test-Interviews mit RB. Dabei liegt der Schwerpunkt auf sozial-ethischen Implikationen des Einsatzes von Kamera und Mikrofon des RUBY-Systems in der Häuslichkeit der MmD.

Erste Ergebnisse zeigen ein Kontinuum zwischen großer Offenheit für und Ambivalenz gegenüber dem Einsatz dieser Aufzeichnungsmöglichkeiten des robotischen Systems. Die Bereitschaft zur Nutzung ist in jedem Fall voraussetzungsvoll: Die Wahrnehmung der Forschenden als vertrauenswürdige Personen, das individuelle und wiederholte Abwägen des RUBY-Einsatzes für die MmD sowie die Option, Kamera und Mikrofon (temporär) abschalten zu können, sind zentrale Bedingungen.

Im Projektverlauf werden auf Basis der Evaluationsergebnisse Handlungsempfehlungen, u. a. aus sozial-ethischer Sicht, zum Einsatz robotischer Systeme in der häuslichen Pflege von MmD formuliert.

S304-5

Virtuell betreutes Wohnen (VBW) – ein Modellprojekt zur Notfallprävention für ältere Menschen im eigenen Zuhause

J. Nordheim, S. Lech, J. Zölllick, J. Supplieth

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Die meisten älteren Menschen wünschen sich, möglichst lange und selbstständig in den eigenen vier Wänden wohnen zu können. Das Modellprojekt Virtuell Betreutes Wohnen (VBW) soll ein längeres, sicheres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen und somit dazu beitragen, die Selbstständigkeit im Alter zu erhalten. Durch Anbindung an ein Gesundheitsbüro mittels vernetzter Technologie in der eigenen Wohnung sollen Mobilitätsmuster analysiert, Risikosituationen erkannt und z. B. Stürzen vorgebeugt werden. Ziel des Projekts ist es, Krankenhauseinweisungen als Folge von Stürzen im Wohnumfeld und den damit verbundenen Notfallversorgungsaufwand zu reduzieren sowie mehr Sicherheit und Lebensqualität im häuslichen Alltag zu vermitteln. Eine weiterführende Forschungsfrage ist auch, ob diese Form von Wohnen im Alter dazu beitragen kann, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Das Modellprojekt wird aus dem Innovationsfonds des G-BA gefördert.

Bereits vor Beginn der Intervention wurden Akzeptanzbefragungen bei potenziellen Studienteilnehmern, aber auch bei Personen, die eine Teilnahme ablehnen, durchgeführt. Damit sollten spezielle Bedarfe, aber auch mögliche Vorbehalte ermittelt und die Durchführung der Intervention nach Möglichkeit entsprechend den Nutzeranforderungen angepasst werden.

An der Interventionsstudie nehmen derzeit 184 Personen über 75 Jahre, die in ausgewählten Quartieren in Berlin leben, teil. Diese erhalten ein technologisch gestütztes Monitoring, Quartierassistenten vor Ort können auf dieser Grundlage riskante Gesundheitszustände der Bewohner erfassen und stehen ihnen als erste Ansprechpersonen zur Seite. Die drei Säulen der Versorgung sind dabei (1) die Intervention bei akuten gesundheitsgefährdenden Situationen, (2) die Vermeidung von Krisen sowie (3) das Vorbeugen von Risiken.

Um die Wirksamkeit des Ansatzes von Technologie verknüpft mit persönlicher Betreuung zu ermitteln, wird ein Methodenmix aus Leitfadeninterviews, Surveys zur Erfassung u. a. subjektiver Einstellungen, des Gesundheitszustandes und Sicherheitsgefühls sowie einer Analyse von Routinedaten der teilnehmenden Krankenkassen eingesetzt.

Der Beitrag stellt das Evaluationskonzept sowie Ergebnisse der Akzeptanzbefragungen und erste Erfahrungen aus der laufenden Interventionsstudie vor.

S305 Assessment (Symposium der AG Assessment der DGG)

Moderation: S. Krupp¹, M. Denkinger²

¹Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck; ²Geriatrie/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Das Symposium der AG Assessment spiegelt die bunte Vielfalt der Anliegen und Instrumente wider und lädt zur interprofessionellen Anwendung ein.

- **B. Schwarz** stellt das aktuelle S3-Leitlinien-Vorhaben der DGG „Umfassendes Geriatriisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patienten“ vor.
- **H. Frohnhofen** berichtet von seinen Untersuchungen zur Möglichkeit, ein Item des WHO-5-Wohlbefindens-Index für die Suche nach Schlafstörungen zu nutzen.:

- **R. Witlandt** erläutert, wie über den in Zusammenarbeit von HNO-Heilkunde und Geriatrie entwickelten „Bochumer Geriatrie-Bogen“ Handlungsbedarf aufgedeckt werden kann.:
- **P. Benzinger** präsentiert die deutsche Übersetzung des SNAQ und eine Validierungsstudie zu dessen telefonischem Einsatz.:
- **S. Krupp** stellt die „Geri-GAS“ als eine Möglichkeit vor, im Pflegeheim gemeinsam mit Bewohnenden realistische Aktivitätsziele zu formulieren und zu verfolgen.:

S305-1

Das umfassende Geriatrie Assessment im Krankenhaus – ein S3-Leitlinien-Projekt der DGG

B. M. Schwarz¹, F. M. Verri¹, W. Hofmann², B. Iglseider³, S. Krupp⁴, T. Münzer⁵, M. C. Polidori Nelles⁶, U. Thiem⁷, R. Wirth⁸, M. Denking¹

¹Geriatrie/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Allgemeinmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig Holstein (UKSH), Lübeck; ³Klinik für Geriatrie, Christian Doppler Klinik, Salzburger Landeskliniken, Salzburg/A; ⁴Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck; ⁵Geriatrie Klinik St. Gallen, European Academy for Medicine of Aging Board Member, St. Gallen/CH; ⁶Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; ⁷Medizinisch-Geriatrie Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg; ⁸Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Das umfassende geriatrische Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ist ein multidimensionaler, interprofessioneller Prozess, welcher medizinische, psychosoziale und funktionelle Probleme und Ressourcen älterer Personen nicht nur identifiziert und beschreibt, sondern daraus „comprehensive“ Behandlungs- und Betreuungspläne ableitet. Als wichtiges Instrument zur individualisierten Diagnostik und Therapie ist es daher seit Langem Bestandteil in der geriatrischen Versorgung. Die Durchführung eines CGA hat positive Auswirkungen auf verschiedene Endpunkte, wie beispielsweise eine Reduktion der Institutionalisierungsrate, die Verbesserung des funktionellen Status und der Lebensqualität. Zwischen 2015 und 2050 wird der Anteil der Über-70-Jährigen in Deutschland um rund 46 % zunehmen. Somit gewinnt die fachspezifische Betreuung älterer, funktionell eingeschränkter Personen auch in den Fächern an Bedeutung, die einen „comprehensiven“ Ansatz weniger strikt als die Geriatrie verfolgen können (Traumatologie, Kardiologie, Onkologie etc.). Um zukünftig eine qualifizierte Nutzung des CGA zu erreichen, erarbeitet unsere Leitliniengruppe, bestehend aus Mitgliedern des deutschsprachigen Raumes, eine evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie. Grundlage dafür ist eine systematische Recherche der Evidenz zum CGA im Krankenhaus bei verschiedenen Patientengruppen, mit Fokus auf Wirksamkeit und Art der Anwendung. Aufbauend erörtern wir vorab definierte, klinisch relevante PICO-Fragen, beispielsweise welche Dimensionen ein CGA beinhalten sollte und welche organisatorischen Rahmenbedingungen notwendig sind. Wir erhoffen uns, das Bewusstsein für geriatrische Aspekte zu schärfen, um eine zielgerichtete geriatrische Behandlung aller involvierten Fächer zu ermöglichen. In enger Abstimmung mit der bestehenden S1-Leitlinie „Geriatrie Assessment der Stufe 2“ möchten wir ebenfalls die Wahl geeigneter Assessmentinstrumente im Einzelnen unterstützen. Denn organisationspolitisch und leistungsrechtlich ist Assessment gerade in Deutschland von höchster Relevanz (OPS, SGB, EBM, IPreG).

S305-2

Untersuchung zur Eignung von Item 4 der WHO-5-Skala als Screening-Test für gestörten Schlaf in der Geriatrie

H. Frohnhofen

Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Das Assessment des Schlafes gehört nicht zu den Standardprozeduren in der Geriatrie. Gestörter Schlaf hat jedoch erhebliche Auswirkungen auf Lebensqualität, kognitive und physische Funktionalität sowie das klinisch Bild zahlreicher geriatrischer Syndrome. Der Pittsburgh-Sleep-Quality-Index (PSQI) gilt als Standard zur Beurteilung der Schlafqualität. Dieser Fragebogen ist jedoch für den Routineeinsatz in der Geriatrie zu umfangreich. Hilfreich wäre ein valides, einfaches Screeninginstrument mit akzeptablen Gütekriterien. Das Item 4 der WHO-5-Skala erfragt die Erholbarkeit des Schlafes auf einer fünfstufigen Likert-Skala. **Methodik:** Wie analysierten retrospektiv die Ausprägung im Item 4 der WHO-5-Skala mit dem Ergebnis des PSQI [0–27] cut-off-Wertes (5/6) sowie dessen sieben Subskalen bei 368 geriatrischen Klinikpatienten ohne Demenz (Reisberg Stadium < 4) (136/37 % Männer, 232/63 % Frauen) mit einem medianen Alter von 84 [79–98] Jahren.

Ergebnisse: Neunundsechzig (51 %) der Männer und 135 (58 %) der Frauen hatten einen PSQI-Wert von > 5 Punkten ($p < 0,001$). Ein Wert von < 4 Punkten für Item 4 der WHO-Skala zeigten 63 (46 %) Männer und 112 (48 %) Frauen ($p < 0,01$). Dieser Wert korrelierte hoch signifikant mit allen sieben Subskalen des PSQI.

Für einen Wert von 4 oder weniger Punkten von Items 4 der WHO-5-Skala ergab die ROC-Analyse eine Area under the curve (AUC) von 0,702 ($p < 0,01$; overall-Model-Quality: 0,65). Sensitivität bzw. Spezifität betragen für einen erhöhten PSQI-Score (6+) 74 % bzw. 60 %.

Schlussfolgerung: Gestörter Schlaf wird häufig von geriatrischen Klinikpatienten angegeben. Item 4 der WHO-5-Skala könnte ein einfacher Screeningtest mit akzeptablen Gütekriterien zur Identifikation von gestörtem Schlaf bei geriatrischen Klinikpatienten sein. Weitere Untersuchungen mit prospektiver Validierung erscheinen sinnvoll.

S305-3

Geriatrisches Assessment in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – erste Evaluation eines Screening-Bogens

R. Witlandt¹, L. Götze¹, M. Jamour², C. Völter¹

¹Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, St. Elisabeth-Hospital, Ruhr-Universität Bochum, Bochum; ²Geriatrie Rehabilitationssklinik Ethingen, Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Alb-Donau-Klinikum, Ethingen

Auch in der HNO-Heilkunde wird die Anzahl der älteren Patienten im Rahmen des demographischen Wandels weiter steigen. Ein geriatrisches Assessment wird in der HNO-Heilkunde bislang nicht regelmäßig eingesetzt, obwohl bekannt ist, dass eine erhöhte Frailty mit erhöhten perioperativen Risiken und ökonomischen Aufwendungen verbunden ist.

Daher wurde in Kooperation mit Kollegen der Geriatrie ein kurzer Screening-Bogen zum Einsatz in der HNO-Heilkunde entwickelt (Bochumer Geriatrie Bogen, BGB), bestehend aus 8 Fragen (Sensorik, soziales Umfeld, körperlicher Zustand, Polypharmazie und Kognitionstest AMT4) mit direkten Handlungsempfehlungen und Cut-Off-Werten für eine geriatrische Weiterversorgung. Dieser wurde an 53 stationären HNO-Patienten im Alter von 78,1 (69,5–95,9) Jahren ebenso wie der ISAR, LACHS, MoCA-HI, Barthel-Index, GeriatricDepressionScale, Charlson-Komorbiditäts-Index erfasst.

Bei 46 Patienten wurden Handlungsempfehlungen gegeben (Hör- oder Sehtest 34, Schluckuntersuchung 9, Kognitionstest 4, Physiotherapie 12, Deeskalation einer Polypharmazie 20, Ernährungsteam 4, Sozialdienst 15). Bei 22 Patienten wurde ein geriatrisches Konsil oder eine geriatrische Weiterversorgung empfohlen. Der Score des BGB korrelierte hoch signifikant mit LACHS und ISAR ($p < 0,000005$). Alle neun Patienten, die im LACHS mindestens 7 Punkte erreichten, waren auch im BGB auffällig.

Das geriatrische Risikoprofil von älteren Patienten lässt sich mit dem Bochumer Geriatrie Bogen rasch erfassen. Dies kann dazu beitragen, die Versorgung älterer Patienten in der HNO-Heilkunde in Zukunft zu verbessern.

S305-4

Beurteilung des Appetits älterer Personen mittels telefonischer Erhebung des „Simplified Nutritional Appetite Questionnaire“ (T-SNAQ)

P. Benzinger, B. D. Thai, J. M. Bauer, A. Eidam, S. Grund, T. Mross, J. Durga

Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Die Abnahme des Appetits im Alter wird als Anorexie des Alterns bezeichnet und ist in der Regel multifaktoriell bedingt. Sie stellt einen relevanten Risikofaktor für das Auftreten einer Malnutrition im Alter dar. Der Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) wurde für die Beurteilung des Appetits älterer Menschen entwickelt. Mit nur 4 Fragen erscheint es auch für telemedizinische Anwendungen attraktiv. Ziel der vorliegenden Studie war die Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche und eine Validierung des SNAQ für die telefonische Anwendung.

Methode: Im Dezember 2020 erfolgte die Übersetzung des SNAQ nach den Richtlinien der „Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures“. Der SNAQ wurde anschließend im Rahmen von Telefoninterviews sowie als schriftlicher Selbstausfüller bei 120 ambulant lebenden älteren Menschen erhoben.

Ergebnis: Die Durchführung beanspruchte weniger als zwei Minuten. Die Test-Retest Reliabilität zwischen telefonischer und schriftlicher Erhebung war gut. Die ermittelten Korrelationen mit anderen Variablen waren vergleichbar zu den Ergebnissen anderer Validierungsstudien, welche den SNAQ im direkten Gespräch oder schriftlich erhoben hatten.

Fazit: Der Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) liegt nun in einer für eine telefonische Befragung validierten deutschen Übersetzung vor.

S305-5

Von der Funktion zur Aktivität und zurück – partizipative Zielsetzung und Monitoring mittels der Geriatrischen Goal Attaining Scale (Geri-GAS)

S. Krupp, J. Kasper

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck

Fragestellung: Geriatrische Bewohnende von Pflegeheimen befinden sich häufig in einer Abwärtsspirale von nachlassender Funktion und Aktivität. Je seltener noch mühsam mögliche Aktivitäten ausgeübt werden, desto eher gehen die dazu benötigten Funktionen verloren. Diese Entwicklung gilt es so lange wie möglich umzukehren und durch das maximale Ausschöpfen bestimmter verbliebener Fähigkeiten – ohne zu überlasten – Funktionen zu stärken und den Spielraum für Aktivitäten zu erweitern. Dies setzt ein einfach zu erlernendes, rasch durchzuführendes Assessment, konkrete Zielsetzungen, interprofessionelle Zusammenarbeit und die Partizipation der Bewohnenden voraus.

Methodik: Der Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ betont die Wichtigkeit der partizipativen Zielsetzung, um Bewohnende entsprechend ihrer eigenen Priorisierung darin zu unterstützen, mit der Mobilität assoziierte Aktivitäten auszubauen. Die Wahl des Instrumentariums im Assessment ist freigestellt. Die Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck hat mit der Lübecker Skala der Basis-Mobilität (LSBM) und der in Anlehnung an das Goal Attaining Scaling und die SMART-Regeln entwickelten Geri-GAS zwei Instrumente entwickelt, die hierfür in Kombination eingesetzt werden können. Die Anwendung wird in zwei Projekten (POLKA, PflBeO) Pflegefachkräften und weiterem Personal in Pflegeheimen vermittelt.

Ergebnisse: Es erfordert hohe Kompetenz, (a.) Bewohnende hinsichtlich der Wichtigkeit zu beraten, Sitzen und Liegen so häufig wie möglich durch Bewegung zu unterbrechen, (b.) ihren Leistungsstand in Bezug auf die Ba-

sis-Mobilität standardisiert zu erheben, (c.) gemeinsam mit ihnen und ggf. An-/Zugehörigen realistische Mobilitäts-Wünsche zu entwickeln, (d.) den diesbezüglichen aktuellen Status individualisiert zu dokumentieren, (e.) den Zielstatus so zu formulieren, dass der Grad der Zielerreichung messbar wird, (f.) die Zielerreichung fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren und (g.) sie zu modulieren.

Zusammenfassung: Herausforderungen, Lösungsstrategien und Beobachtungen im Verlauf der Anwendung der Geri-GAS werden anhand von Beispielen vorgestellt. Zeitmangel seitens des Personals erweist sich erwartungsgemäß als größtes Hindernis für eine Intensivierung der Förderung körperlicher Aktivität.

S306 Und täglich grüßt das Murmeltier – zur Bedeutung von Alltagsroutinen im höheren Lebensalter

Moderation: S. G. R. Penger¹, F. Wolf²

Diskutant: F. Oswald²

¹Psychologische Altersforschung, Fakultät V – Institut für Psychologie, Universität Siegen, Siegen; ²Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Unser Alltag ist einerseits von Kontinuitäten geprägt, die sich in Form von Routinen als wiederkehrende Alltagshandlungen zeigen. Routinen kommt neben einer funktionalen, alltagsförderlichen Rolle aber auch eine individuell unterschiedlich ausgeprägte emotionale Bedeutsamkeit zu. Andererseits ist der Alltag im Lebensverlauf stets von Veränderungsprozessen geprägt, deren Ausgangspunkt sowohl Veränderungen auf Seiten der Person als auch auf Seiten der sozial-räumlichen Umwelt sein können. Dies zeigt sich vor allem in Hinblick auf das höhere Erwachsenenalter als Herausforderung, da Veränderungen das Fortführen von über die Lebensspanne hinweg ausgebildeten, identitätsrelevanten Routinen erschweren oder verhindern können. Zudem erfordern sich verändernde Lebenskontexte die Entwicklung und Ausgestaltung neuer Routinen. In diesem Zusammenhang könnte das Festhalten an Alltagsroutinen zu Risikokonstellationen im Sinne erhöhter Vulnerabilität führen. Gleichzeitig könnte die Herausbildung neuer Alltagsroutinen im Zeichen von Veränderungen Ausdruck von individueller Resilienz darstellen.

Ziel dieses Symposiums besteht darin, Facetten von Routinen in unterschiedlichen Kontexten des Alltags älterer Menschen herauszuarbeiten und ihre Bedeutung in Hinblick auf Vulnerabilität und Resilienz zu diskutieren. Anhand einer längsschnittlichen Mixed-Methods-Studie untersucht Anna Wanka, wie Alltagsroutinen am Übergang zwischen Erwerbs- und Nacherwerbsphase fortgeführt oder gebrochen werden, und wie unterschiedliche Gruppen älterer Menschen diese Brüche und Kontinuitäten erleben. Friedrich Wolf geht anhand mikrolängsschnittlicher Daten der Frage nach, wie sich die Smartphonennutzung im Alltag älterer Menschen hinsichtlich Vielfalt, Häufigkeit und Dauer ausgestaltet und inwiefern sich dabei Nutzungsroutinen über den Tages- und Wochenverlauf erkennen lassen. Susanne Penger widmet sich der Präferenz für Routinen im Mobilitätsalltag privatwohnender älterer Menschen auf Basis theoretischer Überlegungen sowie empirischer Daten und stellt dabei Bezüge zu weiteren mobilitätsbezogenen Einstellungen her. Im Mittelpunkt des Vortrags von Melanie Zirves steht der Zusammenhang zwischen der Personalstruktur in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie der Fähigkeit hochaltriger Bewohner, Alltag und Sozialkontakte selbstständig aufrechtzuerhalten. Abschließend diskutiert Frank Oswald übergreifend verhaltens- und erlebnisbezogene Aspekte von Routinen im Alltag älterer Menschen.

S306-1

Keine Zeit zu verschwenden – Kontinuitäten und Brüche von Alltagsroutinen und Zeitgestaltung am Übergang in die Nacherwerbsphase

A. Wanka

DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.

Hintergrund und Fragestellung: Übergänge im Lebenslauf sind Phasen der Veränderung, an denen häufig mit Routinen gebrochen wird. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf den Übergang zwischen Erwerbs- und Nacherwerbsphase und fragt danach, was mit Alltagsroutinen passiert, wenn die Konstante der Erwerbsarbeit – um die herum die alltägliche Zeitgestaltung häufig strukturiert ist – wegfällt.

Methode: Empirisch wird auf Material einer längsschnittliche Mixed-Methods Studie „Doing Retiring“ (2017–22) zurückgegriffen, das quantitative Sekundäranalysen der Deutschen Zeitverwendungsdaten 2012/13 mit Interview- und Fotomaterial einer qualitativen Längsschnittstudie, die 30 Personen am Übergang in die Nacherwerbsphase begleitet, kombiniert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen auf ein dialektisches Verhältnis von Kontinuität und Umbruch von Routinen am Übergang in die Nacherwerbsphase hin. Jene Zeit, die vornehmlich für Erwerbsarbeit (und den Weg dorthin) aufgewendet wurde, wird in Regeneration, reproduktive Arbeit und Freizeitaktivitäten investiert, wobei sich dies je nach sozialem Milieu und Geschlecht erheblich unterscheidet. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bestimmte Praktiken als „gut verbrachte“ oder „verschwendete“ Zeit bewertet werden. Diese Unterscheidung dient schließlich wiederum der Distinktion und wird relevant gemacht, um sich von anderen Rentner:innen abzugrenzen.

Conclusio: Abschließend wird ein praxistheoretisches Verständnis von Routinen (und ihren Brüchen) diskutiert und gefragt, inwieweit die praxistheoretischen Konzepte von Chrononormativität – Vorstellungen „richtiger“ Zeitverwendung auf Lebenslauf-Ebene – und Norma-/Temporalität – Vorstellungen „richtiger“ Zeitverwendung auf Alltagsebene – für die Untersuchung von Routinen im Alter fruchtbar gemacht werden können.

S306-2

Jeden Tag eine andere App? – Vielfalt und Intensität der Smartphonennutzung im Alltag älterer Menschen

F. Wolf

Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Das Smartphone hat sich in den letzten Jahren stark in den Alltag der allermeisten Menschen eingeschrieben. Auch im höheren Erwachsenenalter nutzt mittlerweile die Mehrheit der Bevölkerung ein Smartphone, um zu kommunizieren, sich Online zu informieren oder gar Spiele zu spielen. Trotz der hohen Verbreitung des Smartphones liegen bisher noch keine Daten sowohl zur inhaltlichen Vielfalt, als auch zur Häufigkeit und Dauer der Nutzung vor. Damit bleibt bisher auch unbeantwortet, ob spezifische Nutzungsroutinen und -muster über den Tages- und Wochenverlauf bei älteren Smartphonennutzern existieren. Der vorliegende Beitrag geht daher der Frage nach, wie die Smartphonennutzung im Alltag älterer Menschen im Hinblick auf Nutzungsvielfalt, -häufigkeit und -dauer ausgestaltet ist. Um diese Frage zu beantworten, wurde mithilfe eines mikrolängsschnittlichen Designs die tatsächliche Smartphonennutzung von 42 im Ruhestand befindliche älteren Menschen im Alter von 61–81 Jahren über den Zeitraum von 7 konsekutiven Tagen mithilfe einer spezialisierten App automatisiert erfasst. Es zeigte sich, dass Personen mit einer vergleichsweise geringen täglichen Nutzungsintensität über den gesamten Wochenverlauf hinweg eine geringe intraindividuelle Variabilität hinsichtlich Intensität und Anzahl der genutzten Apps zeigten, während vor allem Personen mit einer vergleichsweise höheren Nutzungsintensität über den Wochenverlauf deutlich stärkere tägliche intraindividuelle Schwankungen aufwie-

sen. Gleichzeitig zeigte sich für alle Befragten, dass die Smartphonennutzung zum einen situativ und intraindividuell sehr unterschiedlich ausfiel, dass sich jedoch gleichzeitig Regelmäßigkeiten darin ergaben, dass das Smartphone in den meisten Fällen situativ eher sehr kurz und nur einzelne Anwendungen genutzt wurde. Gleichzeitig zeigte sich die für die gesamte Stichprobe aggregierte Nutzungsfrequenz, vor allem Tagsüber, als relativ konstant. Im Gegensatz zu Radio oder Fernsehen ergab sich im Tagesverlauf keine interindividuell generalisierbare zeitlich routinisierte Nutzung. Die Ergebnisse deuten auf eine gewisse Ambivalenz der routinisierten Nutzung des Smartphones hin. Auf der einen Seite wird das Smartphone mit einer hohen Frequenz im Alltag in verschiedenen Alltagssituationen für sehr verschiedene Zwecke selbstverständlich eingesetzt, auf der anderen Seite ergeben sich hinsichtlich inhaltlicher Vielfalt und Häufigkeit der Nutzung große tagesbezogene intraindividuelle Schwankungen

S306-3

„Wege, die ich schon immer so gegangen bin, behalte ich bei“ – die Präferenz für Alltagsroutinen im Spannungsfeld außerhäuslicher Mobilität älterer Menschen

S. G. R. Penger

Psychologische Altersforschung, Fakultät V – Institut für Psychologie, Universität Siegen, Siegen

Die antizipierte und realisierte Mobilität wird neben anderen Determinanten von psychologischen Prozessen beeinflusst. Bisherige Studien haben sich dabei insbesondere mit zielgerichteten Einflussgrößen wie etwa Copingstrategien, Verhaltenskontrolle oder Selbstwirksamkeitserwartungen auseinandergesetzt. Der Verkehrsalltag ist jedoch insbesondere im Alter von Wiederholungen geprägt: Zielorte werden wiederkehrend aufgesucht, gewohnte Verkehrswege beibehalten und oftmals dasselbe Verkehrsmittel gewählt. Einerseits reduziert routiniertes Verhalten die Komplexität des Verkehrsalltags, sodass kognitive Kapazitäten für andere Aktivitäten zur Verfügung stehen. Andererseits liegt empirische Evidenz vor, dass die Vorliebe für und das Festhalten an Alltagsroutinen Ausdruck erhöhter Depressivität sowie Indikator für die Entwicklung körperlicher und kognitiver Funktionseinbußen darstellen können.

Im vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, inwiefern die Präferenz für mobilitätsbezogene Routinen eine hinderliche oder förderliche Funktion im Alltag älterer Menschen einnimmt und welche Zusammenhänge sie mit weiteren mobilitätsbezogenen Einstellungen aufweist. Die empirische Basis bildete eine Feldstudie in Stuttgart, in der 211 privatwohnende ältere Menschen mittels standardisierter Interviews befragt wurden. Das Mobilitätsverhalten wurde anhand eines Wegetagebuchs erhoben. Die Präferenz für Routinen (ROU) wurde mithilfe eines eigens entwickelten und validierten Fragebogens erfasst, welches die Vorliebe für eine spezifische Ordnung und Struktur im Mobilitätsalltag sowie die Abneigung gegenüber mobilitätsbezogenen Veränderungen abbildet. Auf Ebene bivariater Zusammenhänge zeigte sich, dass ROU bei älteren Befragten deutlich stärker ausgeprägt war. Negative Assoziationen ergaben sich u. a. mit der Alltagsselbstständigkeit, dem Wohlbefinden und erlebter Einsamkeit sowie mit Neurotizismus und einem regressiven Copingstil. Zudem wiesen Befragte mit hoher Affinität für Mobilitätsroutinen eine niedrigere mobilitätsbezogene Handlungsflexibilität und Motivation auf, außerhäuslich unterwegs zu sein. Weiterhin war ROU negativ mit dem realisierten Mobilitätsverhalten (z. B. Anzahl zurückgelegter Wege und Entfernungen) korreliert. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit bisherigen Befunden und verdeutlichen, dass das Festhalten an Routinen einen Hinweis auf erhöhte Vulnerabilität geben könnte, im Alter mobil und selbstständig sein und bleiben zu können.

S306-4

Aktivitäten und soziale Kontakte über 80-Jähriger in der stationären Langzeitpflege – Organisationale Determinanten der Alltagsgestaltung

M. Zirves¹, I. Demirer², H. Pfaff²

¹NRW Forschungskolleg GROW, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ²IMVR – Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, Köln

Der Anteil über 80-Jähriger steigt in Deutschland rasant an. Dies geht einher mit einer Zunahme der Inanspruchnahme von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Es wird angenommen, dass die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung depressive Symptome und abhängiges Verhalten im Alter verstärkt. In diesem Zusammenhang wurde auf die Relevanz der Teilnahme an Aktivitäten hingewiesen, die den Alltag in einer Pflegeeinrichtung angenehmer gestalten. Die Fähigkeit, den Alltag und die sozialen Kontakte selbstständig zu gestalten, ist Teil der gelebten Selbstbestimmung und Kontrolle und hat damit Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen. Pflegeeinrichtungen bzw. das dort tätige Personal können diese Fähigkeiten aktiv fördern, indem sie die Bewohner aktivieren und unterstützen. Hierbei spielen Routinen eine bedeutende Rolle. In der aktuellen Forschung fehlen jedoch Daten darüber, wie das Verhältnis von Personal zu Bewohnern die Fähigkeit der Bewohner beeinflusst, ihren Alltag und ihre sozialen Kontakte zu pflegen. Wir untersuchten daher, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Personalschlüssel für examinierte Pflegekräfte und den Fähigkeiten von Pflegeheimbewohnern mit und ohne Demenz im Alter von über 80 Jahren gibt.

Es wurden Sekundärdaten verwendet, die im Rahmen des Projekts inQS (indikatorengestützte Qualitätsförderung) in Deutschland erhoben wurden, und es wurde eine Mehrebenenanalyse mit 30 Einrichtungen sowie 1782 Bewohnern durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Fähigkeiten von Bewohnern ohne Demenz signifikant mit dem Verhältnis examinierte Pflegekräfte-Bewohner korrelieren. Bei Bewohnern mit Demenz war dies nicht der Fall. Für letztere war die segregierte Pflege der stärkste Prädiktor für die Aufrechterhaltung ihres Alltagslebens und ihrer sozialen Kontakte.

Um die Ungleichheit zwischen den beiden untersuchten Gruppen zu erklären, sind zusätzliche und längsschnittliche Untersuchungen unabdingbar. Die Ergebnisse unserer Studie jedoch können in organisatorische Abläufe und die Planung von Personalkapazitäten einfließen, um so darauf hinzuwirken, Routinen und eine aktive Alltagsgestaltung zu fördern, was insbesondere in Zeiten von Kontaktbeschränkungen eine Rolle spielt.

S311 Freie Vorträge – Biologie Interdisziplinär

S311-1

The Aryl Hydrocarbon Receptor: A new Receptor for Advanced Glycation Endproducts?

A. Großkopf, J. Steinke, K. Wächter, G. Szabo, A. Simm

Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Due to its implications in aging and disease, the receptor of advanced glycation endproducts (RAGE) is under investigation for its binding of advanced glycation endproducts (AGEs) and triggered downstream signaling cascades for more than 20 years.

However, in studies, especially when complex AGE mixtures from dietary sources or RAGE knock-out models were used, intracellular changes have been described that cannot be explained by RAGE as the only receptor involved.

Therefore, we hypothesize that a previously unknown receptor may mediate these effects after activation by AGE mixtures. The aryl hydrocarbon receptor (AhR), identified by a literature search, has a similar downstream repertoire of activatable signaling pathways and showed evidence of activation by AGEs or related modifications.

To address our hypothesis of a novel receptor, two reporter cell lines (HT-29 and Hep G2) reporting AhR-triggered Luciferase expression were utilized and stimulated by a water-soluble extract of bread crust (BCE) containing a variety of AGEs and oxidative modifications. Western blot analyses of receptor degradation and qRT-PCR were performed to confirm AhR activation by BCE in HT-29 and Hep G2 reporter cell lines as well as the non-reporter cell lines HeLa and EA.hy926.

Indeed, both reporter cell lines showed Luciferase expression after BCE stimulation, which could be inhibited by an AhR antagonist in a dose-dependent manner. Expression of the target genes of AhR activation, CYP1A1 and AhRR, was also detected in all cell lines. Analyses of receptor degradation suggested that besides this transcription factor activity, kinase-based signal transduction might also occur upon AhR-activation in those cells.

The analyses indicate that the Ah-receptor is activated by modifications in AGE-rich extracts and may be responsible for the RAGE-independent effects observed in previous studies. Thus, the AhR may be a novel receptor for AGEs or related oxidative modifications and should be considered a target receptor when studying AGE-mediated effects.

S311-2

Potential of AGE-modified peptides as diagnostic markers for Alzheimer's disease—a pilot study

A. Großkopf¹, J. Rahn², A. Kim³, A. Al-Mekhlafi⁴, F. Klawonn⁴, D. Rujescu⁵, G. Szabo¹, A. Frolov³, A. Simm¹

¹Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Koordinierungszentrum für Klinische Studien Dresden, TU Dresden, Dresden; ³Abteilung für Bioorganische Chemie, Leibniz-Institut für Pflanzenbiochemie, Halle (Saale); ⁴Arbeitsgruppe Biostatistik, Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Braunschweig; ⁵Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität & Universitätsklinikum AKH Wien, Wien/A

The research community strives for early diagnostic markers of Alzheimer's disease (AD) to prevent disease-driven neuronal damage. Diabetes, a major known risk factor for AD, is characterized by dicarbonyl- and glucose-induced modification of proteins, producing long-lived, non-reversible, and frequently cross-linking advanced glycation endproducts (AGEs). These modifications also play a role in the development of AD.

Therefore, the question arose whether such protein-modifications could serve as diagnostic biomarkers in AD.

CSF from five control patients and five patients with confirmed AD diagnosis was tryptically digested and analyzed using a liquid chromatography-coupled mass spectrometry (MS) workflow. The results were searched for AGE-modified peptides that could be unambiguously identified and quantified by their MS signals. The search algorithm used included about 40 different AGE modifications. Finally, statistical analyses were used to identify potential biomarker candidates.

This study demonstrated that endogenous glycosylated peptides could be reliably detected and quantified in CSF from control patients and those with AD. We quantified 164 AGE-modified peptides, of which 139 were candidate biomarkers. AUC analysis of these peptides suggests that the data set contains at least two peptides of interest with sugar- and glyoxal-induced modifications that could potentially discriminate between AD and control subjects. In addition, the sample size estimate based on this pilot study suggests that statistical significance for the top candidates could be achieved with a feasible number of samples.

In conclusion, AGE-modified peptides were shown to be quantifiable in CSF and thus are interesting molecules for validation as diagnostic biomarkers.

S311-3

Positive Assoziation zwischen GDF15 Konzentrationen und Depression in MARK-AGE

B. Kochlik¹, C. Herpich², M. A. Moreno-Villanueva³, S. Klaus⁴, U. Müller-Werdan², A. Bürkle⁵, K. Norman⁶

¹Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE) Potsdam – Rehbrücke, Nuthetal; ²Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ³Sport Science, Human Performance Research Centre, Universität Konstanz, Konstanz; ⁴Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam; ⁵Molekulare Toxologie, Fachbereich Biologie, Universität Konstanz, Konstanz; ⁶Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Fragestellung: Der *growth differentiation factor 15* (GDF15) ist ein pro-inflammatorisches Stressmolekül, welches mit einer Vielzahl an Erkrankungen assoziiert ist. Inflammation gilt als ein zugrundeliegender Faktor für Depression. Ob ein Zusammenhang zwischen zirkulierenden GDF15 Konzentrationen und Depression besteht, wird in vorliegender Querschnittsstudie untersucht.

Methoden: Plasma GDF15 Konzentrationen mittels ELISA, sowie Depression mittels Zung Self-Rating Depression Scale (SDS Score) wurden in Teilnehmer*innen ($N=2736$; Alter: 35–81 Jahre) der MARK-AGE („European study to establish bioMARKers of human AGEing“) Studie bestimmt. Unterschiede sowie Assoziationen zwischen GDF15 Konzentrationen (logarithmiertes GDF15 (LnGDF15) sowie GDF15-Quartilen) und Depression sowie SDS Scores bei depressiven ($n=328$) und nicht-depressiven ($n=2408$) Erwachsenen wurden mittels linearen und logistischen Regressionsmodellen, jeweils adjustiert für Alter und Geschlecht, ermittelt.

Ergebnisse: Depressive Erwachsene waren signifikant älter ($60,3 \pm 10,4$ Jahre vs. $57,4 \pm 10,9$ Jahre) und wiesen signifikant höhere GDF15 Konzentrationen auf als nicht-depressive Erwachsene (alle $p < 0,001$). Plasma GDF15 sowie SDS Scores korrelierten signifikant positiv mit dem Alter, und GDF15 war signifikant positiv mit SDS Scores assoziiert (LnGDF15: $\beta = 2,11$ (95 % CI: 1,16–3,05); alle $p < 0,001$). Zudem waren höhere GDF15 Konzentrationen mit einer gesteigerten Depressionswahrscheinlichkeit (LnGDF15: odds ratio = 1,79 (95 % CI: 1,34–2,41); niedrigste gegen höchste GDF15-Quartile: odds ratio = 2,17 (95 % CI: 1,42–3,32); alle $p < 0,001$) verbunden.

Zusammenfassung: Erhöhtes GDF15 zeigte positive Assoziationen mit höheren SDS Scores sowie einer erhöhten Wahrscheinlichkeit depressiv zu sein, und könnte folglich sowohl ein Risikofaktor als auch ein Biomarker für Depression darstellen.

S311-4

Assoziation zwischen GDF15 Konzentrationen und kognitivem Frailty Syndrom in MARK-AGE

B. Kochlik¹, C. Herpich², M. A. Moreno-Villanueva³, S. Klaus⁴, U. Müller-Werdan², A. Bürkle⁵, K. Norman⁶

¹Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE) Potsdam – Rehbrücke, Nuthetal; ²Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ³Sport Science, Human Performance Research Centre, Universität Konstanz, Konstanz; ⁴Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam; ⁵Molekulare Toxologie, Fachbereich Biologie, Universität Konstanz, Konstanz; ⁶Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Fragestellung: GDF15 (*growth differentiation factor 15*) steht als inflammatorisches Stresssignal in Zusammenhang mit dem „physischen Frailty-Phänotyp“ sowie kognitiven Einschränkungen im Alter. Ob auch zwischen GDF15 Konzentrationen und dem spezifischen „kognitivem Frailty-Syndrom“ Assoziationen bestehen, soll in alten und jungen Erwachsenen untersucht werden.

Methoden: Plasma GDF15 wurden in 2736 Teilnehmer*innen (Alter: 35–81 Jahre) der MARK-AGE („European study to establish bioMARKers of hu-

man AGEing“) Studie mittels ELISA gemessen. Erwachsene mit einem GCF (global cognitive functioning) Score $<$ der 10. Perzentile wurden als „kognitiv frail“ definiert, wobei sich der GCF Score aus kognitiven Funktionstests hinsichtlich Gedächtnis, Geschwindigkeit und Flexibilität berechnet (Rietman et al. 2018). Assoziationen zwischen Plasma GDF15 (logarithmiertes GDF15 (LnGDF15) und GDF15-Quartilen) und „kognitivem Frailty-Syndrom“ sowie GCF Scores in „kognitiv frail“ ($n=273$) und „nicht-frail“ ($n=2463$) Erwachsenen wurden mittels linearen und logistischen Regressionsmodellen, unadjustiert und adjustiert für Alter und Geschlecht, ermittelt.

Ergebnisse: Plasma GDF15 korrelierte positiv mit dem Alter und war negativ mit GCF Scores assoziiert (LnGDF15: unadjustiertes $\beta = -0,46$ (95 % CI: $-0,69$; $-0,23$); alle $p < 0,001$). GDF15 korrelierte zudem signifikant negativ mit kognitiver Geschwindigkeit und Gedächtnisfunktion. „Kognitiv frail“ Erwachsene waren signifikant älter ($62,2 \pm 10,0$ Jahre vs. $57,3 \pm 10,9$ Jahre) und wiesen signifikant höheres Plasma GDF15 auf als „nicht-frail“ Erwachsene (alle $p < 0,001$). Höhere GDF15 Konzentrationen waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert „kognitiv frail“ als „nicht-frail“ zu sein (LnGDF15: adjustiertes odds ratio = 1,53 (95 % CI: 1,11; 2,11), $p = 0,009$).

Zusammenfassung: GDF15 zeigte alters- und geschlechtsabhängige Assoziationen mit verminderter (globaler) kognitiver Funktion sowie erhöhter Wahrscheinlichkeit das „kognitive Frailty-Syndrom“ auszubilden. Dies könnte auf pro-inflammatorische Prozesse als Risikofaktor für das kognitive Frailty Syndrom hindeuten. GDF15 könnte zudem als Biomarker des kognitiven Frailty Syndroms geeignet sein.

S311-5

Kurzeitige vegane Intervention senkt Inflammationsmarker

K. Schulze¹, L. Döschner¹, L. Göger¹, K. Franz², U. Müller-Werdan¹, K. Norman³, C. Herpich¹

¹Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²ECRC Experimental and Clinical Research Center, Charité – Universitätsmedizin Berlin, gemeinsame Einrichtung der Freien Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin; ³Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Fragestellung: Chronische Inflammation ist ein treibender Faktor des Alterungsprozesses. Eine vegane Ernährungsweise könnte dabei helfen inflammatorische Prozesse zu reduzieren, ist aber im Alter mit dem Risiko für eine unzureichende Proteinaufnahme verbunden. Bereits eine kurzzeitige vegane Intervention könnte jedoch ausreichen, um Inflammationsmarker bei älteren Erwachsenen zu senken. Daher wurde in dieser Analyse der Effekt einer 48-stündigen veganen Ernährungsintervention auf Inflammationsmarker untersucht.

Methodik: In einer randomisiert-kontrollierten Crossover Studie absolvierten gesunde ProbandInnen zwei 48 h Ernährungsinterventionen (vegan, omnivor), die durch eine zweiwöchige wash-out Phase voneinander getrennt waren. Die Inflammationsmarker hoch-sensitives C-reaktives Protein (hsCRP) und Interleukin 6 (IL-6) wurden mittels ELISA quantifiziert. Die Proteinaufnahme vor und während der Intervention wurde mit Hilfe von Ernährungsprotokollen erfasst. Auswirkungen der Intervention wurden mit gepaarten t-Tests untersucht.

Ergebnisse: Es wurden 30 ProbandInnen in die Studie eingeschlossen (Alter: $72,5 \pm 4,68$ Jahre, BMI: $26,2 \pm 2,51$ kg/m², Frauenanteil 83 %). Insgesamt besaß die 48 h vegane Ernährung keinen Effekt auf hsCRP und IL-6. Wenn jedoch die ProbandInnen in Terzilen ihrer nüchtern hsCRP Konzentrationen eingeteilt wurden (Trennwerte: 0,87 und 1,66 µg/mL), führte die vegane Ernährung bei ProbandInnen mit hsCRP Konzentrationen in der 3. Terzile zur einer Reduktion von hsCRP um 32,5 % ($p = 0,003$). Die omnivore Ernährung hatte keinen Effekt auf die hsCRP Konzentrationen. Eine Reduktion der IL-6 Konzentrationen ($-10,7$ %, $p = 0,028$) konnte, unabhängig von der Ernährungsintervention, bei ProbandInnen beobachtet werden, die ihre Eiweißaufnahme während der Intervention erhöhen konnten. Da-

bei war die Abnahme der hsCRP Konzentrationen ausgeprägter, je höher die Zunahme der Eiweißaufnahme war ($r = -0,476$ $p = 0,022$).

Schlussfolgerung: Es konnte ein positiver Effekt einer kurzfristigen veganen Ernährungsintervention auf Inflammationsmarker bei gesunden älteren ProbandInnen mit leichtgradiger systemischer Inflammation gezeigt werden. Insgesamt ging eine gesteigerte Eiweißaufnahme, unabhängig von der Eiweißquelle, mit einer Senkung der IL-6 Konzentrationen einher.

S312 Delir nach elektiven Operationen beim alten Menschen: Prävention, Diagnostik und Management

Moderation: C. von Arnim¹, M. Denninger²

¹Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²Geriatrie/Geriatri-sches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Delirien gehen unter anderem mit kognitiven Einschränkungen, erhöhter Sterblichkeit sowie Demenzprogression einher. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen daher beträchtlich. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Operation ein Delir zu erleiden, steigt mit dem Alter der Patientinnen und Patienten und mit bereits bestehenden kognitiven Störungen. Sie ist außerdem abhängig von den Fachkenntnissen der Behandelnden. Daher gilt die Delir-Rate als Qualitätsindikator für eine alterssensible Krankenhausbehandlung. Im vom Innovationsfond geförderten Projekt PAWEL (Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität: Reduktion von Delirrisiko und postoperativer kognitiver Dysfunktion (POCD) nach Elektivoperationen im Alter) wurden von 2017–2019 Risikofaktoren eines Delirs bei über 800 Patienten und Effekte einer multimodalen Intervention bei 1470 Patienten über 70 Jahre untersucht. Ebenso wurde der Einsatz effektiver Screeningtools zur Identifikation vulnerabler Patienten in einer Substudie adressiert. Zentrale Elemente des Projekts waren daher die Entwicklung eines Schulungskonzepts AKTIVER für die Behandelnden sowie die Entwicklung eines Delir-Risikoscores für Patientinnen und Patienten. Desweiteren wurde der postoperative kognitive Abbau (POCD), unter dem Einfluss der Art der Operation, des Delirs und der Intervention AKTIVER analysiert. In diesem Symposium werden die Ergebnisse der PAWEL-Studie und sich daraus ergebende, relevante Auswirkungen auf unsere klinische Praxis im Umgang mit dem Delir-Management präsentiert.

S312-1

Der Geriatrie-Check und die Frage nach einem früheren Delir als Screeninginstrumente für die präoperative Identifizierung von Patienten mit erhöhtem postoperativem Delirrisiko

V. K. Raab¹, S. Brefka¹, L. Mattuschat¹, C. Thomas², G. Eschweiler³, M. Rapp⁴, B. R. Metz⁵, C. Maurer⁶, C. von Arnim⁷, M. L. Herrmann⁸, S. Wagner⁹, M. Denninger¹, D. Dallmeier¹

¹Geriatrie/Geriatri-sches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart; ³Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen; ⁴Sozial- und Präventivmedizin, Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam; ⁵Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ⁶Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ⁷Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ⁸Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ⁹Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Stuttgart, Stuttgart

Fragestellung: Das postoperative Delir (POD) ist eine häufige Komplikation bei Älteren und mit schweren Verläufen assoziiert. Im Rahmen der PAWEL Studie wurden der Geriatrie-Check (GC) und die Frage nach einem früheren Delir (FD) als Screeninginstrumente für das Auftreten eines POD nach elektiven Eingriffen unter Allgemeinanästhesie untersucht.

Methode: Die PAWEL Studie ist eine Interventionsstudie zur Delirprävention. In PAWEL-R wurden ≥ 70 -jährige Patient:innen multizentrisch rekrutiert, unterteilt je nach Eingriff in herz-/gefäßchirurgische (HG-OP) und orthopädische/allgemeinchirurgische (OA-OP) Operationen. GC und FD wurden vor bzw. zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erhoben. Die Delirinzidenz wurde anhand I-CAM-S und Chart Review ermittelt. Es wurden für GC und FD jeweils Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer prädiktiver Wert für die Gesamt-Studienpopulation und stratifiziert nach OP-Art bestimmt.

Ergebnisse: Für die Analyse wurden 847 von 880 Patient:innen (96,3 %) berücksichtigt. Diese waren im Median 77 Jahre alt (IQR 70–96), 49,2 % Frauen, 318 (37,5 %) mit HG-OP und 529 (62,5 %) mit OA-OP. In der Vorgeschichte hatten 75 (8,9 %) ein Delir. Laut GC waren 49 (15,4 %) bei HG-OP und 201 (38,0 %) bei OA-OP geriatrisch. Ein POD entwickelten 196 (23,1 %) der Patient:innen, 115 (36,2 %) nach HG-OP und 81 (15,3 %) nach OA-OP. Sowohl der GC als auch ein Delir in der Vorgeschichte waren mit einem POD assoziiert. Insgesamt fanden sich folgende Vorhersagewerte (Sensitivität und Spezifität/Positiver und Negativer prädiktiver Wert): GC (36,7 % und 72,7 %/28,8 % und 79,2 %); FD (14,3 % und 92,8 %/37,4 % und 78,3 %). Nach OP-Art zeigte der GC bei HG-OP mit 20,0 % und 87,2 %/46,9 % und 65,8 % eine mäßige positive Vorhersagequalität, bei OA-OP mit 60,5 % und 66,1 %/24,4 % und 90,2 % dagegen eine hohe negative Prädiktion. Für FD stellte man bei HG-OP 11,3 % und 93,6 %/50,0 % und 65,1 % fest. Bei OA-OP zeigte sich wie bei HG-OP eine hohe Spezifität mit einer besseren negativen Vorhersagequalität (18,5 % und 92,4 %/30,6 % und 86,3 %). **Schlussfolgerung:** Die Identifikation von Patient:innen mit erhöhtem Risiko für ein POD bleibt weiterhin eine Herausforderung. Unsere Daten zeigen je nach OP-Art deutliche Unterschiede in den Screeningeigenschaften von GC und FD. Die Frage nach einem Delir in der Vorgeschichte ist hochspezifisch und sollte daher regelhaft gestellt werden. Ihre Verneinung identifiziert Personen mit geringem POD-Risiko nach elektiven OA-OP am besten.

S312-2

Ein kurzer Risiko-Score für ein perioperatives Delir bei älteren Patienten: Ergebnisse der PAWEL-Studie

G. Eschweiler¹, C. von Arnim², M. Denninger³, B. R. Metz⁴, C. Maurer⁵, C. Thomas⁶, M. Rapp⁷, PAWEL Study Group PMC8353451

¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen; ²Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ³Geriatrie/Geriatri-sches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ⁵Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ⁶Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart; ⁷Sozial- und Präventivmedizin, Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Ältere, multimorbide und kognitiv eingeschränkte Patienten haben ein erhöhtes Risiko ein postoperatives Delir (POD) zu erleiden. Je nach Operationsart und -Dauer schwankt von 5 % bei kleineren elektiven Eingriffen bis über 50 % bei komplexen elektiven kardiochirurgischen Eingriffen. Eine kurze klinisch umsetzbare präoperative Risikoeinschätzung wäre hilfreich, um die Awareness für das POD zu erhöhen.

Die PAWEL-R(isiko) Substudie (DRKS-ID: DRKS00012797, Förderung durch den Innovationsfonds, AZ: VF1_2016-201) untersuchte deshalb multizentrisch an 5 Standorten in Baden-Württemberg Risikofaktoren wie Alter, Anästhesierisiken (ASA Score) und Multimorbidität für ein POD, als auch auch die prädiktive Aussagekraft von kognitiven Assessments wie dem Montreal Cognitive Assessment (MOCA), die nicht zu den präoperativen Screenings gehören.

Es wurden 18 potenzielle Risikofaktoren bei elektiven kardiovaskulären, orthopädischen und allgemein-chirurgischen Operationen bei Patienten über 70 Jahre untersucht. 208 von 880 Patienten [1] (24 %) eines mittleren Alters von 78 Jahren entwickelten in der Kontrollgruppe zumindest kurzfristig ein POD. Ein Regressionsmodell, prädierte die POD-Inzidenz

mit einer Genauigkeit von mehr als 80 % (area under the curve AUC = 0,81; 95 % CI 0,77–0,85). Ein einfacheres Modell (klinische und kognitive Variablen; Modell CLIN-COG), die nur die Art der Operation, Multimorbidität, Niereninsuffizienz, Polypharmazie, ASA, Schnitt-Naht-Zeit und Kognition (MoCA, Zahlenreihe rückwärts und vorbestehende Demenz) enthielten, zeigten jedoch eine ähnliche Vorhersagegenauigkeit (AUC = 0,80; 95 % CI 0,76–0,84). Diese Modelle wurden in der unabhängigen Interventionsgruppe von PAWEL erfolgreich auf ihre Validität geprüft.

Schlussfolgerung: Das Risiko, eine POD zu entwickeln, lässt sich durch einfach erhebbare präoperative Faktoren, wie ASA-Klassifizierung, Schnitt-Naht-Zeit und kurze kognitive Screenings abschätzen. Somit sollte eine präoperative Risikobewertung ein kurzes kognitives Screening einschließen, um Patienten mit niedrigem, mittlerem oder hohem POD-Risiko zu stratifizieren.

Literatur

1. Eschweiler GW et al. *Front Aging Neurosci.* 2021 Jul 27;13:679933. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.679933>. PMID: PMC8353451.

S312-3

Anticholinerge Medikation als unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung eines postoperativen Delirs

M. L. Herrmann¹, C. von Arnim², M. Denking³, M. Rapp⁴, C. Maurer⁵, B. R. Metz⁶, G. Eschweiler⁷, C. Thomas⁸

¹Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ²Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ³Geriatrie/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁴Sozial- und Präventivmedizin, Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam; ⁵Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ⁶Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ⁷Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen; ⁸Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart

Hintergrund: Obwohl potenziell negative Effekte von anticholinergen Medikamenten auf verschiedene Organsysteme insbesondere bei geriatrischen Patienten hinreichend bekannt sind, ist der Zusammenhang der präoperativen anticholinergen Belastung mit dem Auftreten eines postoperativen Delirs (POD) bisher unklar.

Methoden: Im Rahmen der prospektiven, multizentrischen PAWEL-Studie wurde die individuelle präoperative anticholinerge Belastung bei Klinikaufnahme (Summe aller Medikamente mit anticholinergem Wirkspektrum) in einer Kohorte von 899 Patienten = 70 Jahren vor elektiver orthopädischer, allgemein-, herz- oder gefäßchirurgischer operativer Behandlung erfasst. Hierzu wurde die etablierte Anticholinergic Risk Scale (ARS) sowie der neu entwickelte Anticholinergic Burden Score (ABS) angewendet. Der Zusammenhang zwischen anticholinenger Belastung und Auftreten eines POD wurde mittels logistischer Regressionsanalysen untersucht.

Ergebnisse: 210 von 899 Patienten (23,4 %) entwickelten ein POD. Die präoperative anticholinerge Belastung war sowohl bei der Erfassung mittels ARS als auch mittels ABS mit dem Auftreten eines POD assoziiert. Der signifikante Zusammenhang blieb auch nach Adjustierung für relevante Confounder (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, kognitiver Vorzustand, Frailty, Polypharmazie, Operationszeit, Operationsart, Anästhesieart, Behandlung auf einer Intensivstation) bestehen. Wenn ein Patient eines der 56 im ABS aufgelisteten Medikamente einnahm, war das Risiko für ein POD 2,7-mal erhöht (OR = 2,74; 95 % CI = 1,55–4,94). Pro zusätzlichem Punkt auf der ARS zeigt sich ein 1,5-fach erhöhtes Risiko (OR = 1,54; 95 % CI = 1,15–2,02).

Schlussfolgerung: Die präoperative Einnahme von anticholinergen Medikamenten (erfasst durch ARS oder ABS) war bei älteren Patienten, die sich einer elektiven Operation unterzogen ein unabhängiger Risikofaktor für ein POD. Die Identifikation sowie das Absetzen oder die Substitution an-

ticholinergem Medikamenten vor elektiven Operation könnte ein vielversprechender Ansatz sein, um das Delirrisiko zu senken.

Literatur

1. Herrmann ML et al (2022) Anticholinergic Drug Exposure Increases the Risk of Delirium in Older Patients Undergoing Elective Surgery. *Front Med* 9:871229. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.871229>

S312-4

AKTIVER – multimodales Interventionsprogramm zum Delirmanagement

J. Spank¹, C. Thomas¹, M. Denking²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart; ²Geriatrie/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Das Delirrisiko steigt mit dem Alter und im Alter häufiger kognitiver Einschränkung oder Demenz exponentiell an. Das postoperative Delir ist bei diesen Patienten häufig. Es steht im Zusammenhang mit längerem Krankenhausaufenthalt und langfristig negativen Outcomes. Auslöser eines Delirs sind vielfältig. Die Delir-Inzidenz hängt von prädisponierenden Faktoren (Alter, Kognition etc.), und zusätzlichen Noxen während des Aufenthalts ab (z. B. Anästhesie, Schmerz, immunologische Reaktionen) ab. Ziel ist daher, die Delir-Inzidenzrate zu senken. Nicht-pharmakologische Interventionen können das Delirrisiko um bis zu 53 % senken. Für diese evidenzbasierten, multimodalen Interventionsstrategien ist ein multiprofessionelles Vorgehen unverzichtbar. Basierend auf den Projekten HuBerT-DA und der multizentrischen PAWEL-Studie, wurde nach Sichtung international vorhandener „Best-Practice-Modelle“ das Betreuungsangebot „AKTIVER“ entwickelt und implementiert. „AKTIVER – Alltags- und KognitionsTraining: Interdisziplinarität Verbessert das Ergebnis und mindert das Risiko“ ist eine nicht-pharmakologische Intervention mit folgenden Zielen:

- frühzeitige Erfassung eines Delirs, Delirrisikoeinschätzung bei Aufnahme und Ermittlung der Delirinzidenz,
- Durchführung einer gezielten Pflegevisite mit zusätzlicher Anordnung individualisierter und risikobezogener Aktivierungseinheiten
- und damit ein zusätzliches modularisiertes Betreuungs- und Aktivierungsprogramm für Patient*innen ab 65 Jahren mit bestehender kognitiver Einschränkung und (erhöhtem) Delirrisiko anzubieten.

Hierfür wurden Pflegefachkräfte geschult, die FSJler in den entwickelten Modulen ausbilden und anleiten sowie die Module individuell nach Patientenbedarf „rezeptieren“. Die Aktivierung der Delir-gefährdeten Patient*innen erfolgt in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team bestehend aus Pflegefachpersonal, Ärztinnen und Ärzten, Therapeut*innen sowie nach Einschätzung und Verordnung durch die qualifizierte Pflegefachkraft in folgenden Modulen: Orientierungsbesuch, Aktiv-Besuch, Mobilisierung: Bewegungsübungen und Spaziergänge, Mahlzeitenbegleitung, Entspannung/Schlafförderung, Diagnostikbegleitung. Neben dem gezielten Einsatz der Module werden die Patienten täglich durch die speziell geschulten Pflegefachkräfte auf Delir gescreent, Medikamente gesichtet und Laborparameter ausgewertet. Zusammen im interdisziplinären Team werden dann weitere Anpassungen des Behandlungsprozesses vorgenommen.

S312-5

Effekte der PAWEL Interventionsstudie

C. von Arnim¹, F. Deeken², M. Rapp³, D. Dallmeier³, B.R. Metz⁴, C. Maurer⁵, G. Eschweiler⁶, C. Thomas⁷, PAWEL Study Group PMC8674802

¹Abteilung für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ²Sozial- und Präventivmedizin, Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam; ³Geriatric/ Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ⁵Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ⁶Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen; ⁷Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart

Ein postoperatives Delir (POD) verschlechtert die Ergebnisse und Kosten elektiver Operationen erheblich, insbesondere bei älteren Patienten. Eine wirksame nicht-pharmakologische Delir-Prävention könnte die Versorgung dieser gefährdeten Patienten verbessern, aber Daten aus bisherigen Studieninterventionen sind nicht ausreichend aussagekräftig um Änderungen in der Praxis zu bewirken. Insbesondere sind spezifische Ansätze, die sich in verschiedenen chirurgischen Settings anwenden lassen, nicht erforscht.

In der PAWEL-Studie (Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität: Reduktion von Delirrisiko und POCD nach Elektivoperationen im Alter; DRKS-ID: DRKS00013311, Förderung durch Innovationsfond VF1_2016-201) haben wir daher untersucht, ob eine multimodale Präventionsmaßnahme die Prävalenz von POD nach verschiedenen größeren chirurgischen Eingriffen wirksam reduzieren kann.

Diese cluster-randomisierte Studie im „stepped-wedge“-Design rekrutierte 1470 Pat. ab 70 Jahren von 11/2017–04/2019 in 5 tertiären medizinischen Zentren in Baden-Württemberg, die sich einer elektiven orthopädischen, allgemeinen oder kardiologischen Operation unterzogen.

Nach einer strukturierten Delir-Schulung für das klinische Personal bewertete das Delir-Präventionsteam der Studie täglich die Delir-Risikofaktoren und Symptome der Patienten. Die Prävention wurde auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten und umfasste folgende Inhalte: kognitive, motorische und sensorische Stimulation, Begleitung bei den Mahlzeiten, Begleitung bei diagnostischen Verfahren, Stressabbau und Schlafförderung.

Primäre Endpunkte waren die Häufigkeit und Dauer von POD.

Das Alter (IQR) betrug 77 (74–81) Jahre. Insgesamt reduzierte die Intervention die Häufigkeit von POD (OR: 0,87; 95 % CI: 0,77–0,98; $P=0,02$) und den Anteil der Tage mit Delir (Intervention, 5,3 %; Kontrolle, 6,9 %; $P=0,03$). Bei Pat., die sich einer orthopädischen oder abdominalen Operation unterzogen war der Effekt signifikant (Odds Ratio: 0,59; 95 % CI: 0,35–0,99; $P=0,047$), nicht aber in der Herzchirurgie (Odds Ratio: 1,18; 95 % CI: 0,70–1,99; $P=0,54$).

Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Umsetzung dieses multimodalen und multidisziplinären Delirium-Präventionsprogramms die Versorgung und die Ergebnisse bei älteren Patienten, die sich elektiven allgemeinen und orthopädischen Eingriffen unterziehen, verbessern wird.

Literatur

1. Deeken F et al (2022) JAMA Surg 157(2):e216370. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370>

S312-6

Das Postoperative kognitive Defizite (POCD) im 1-Jahres-Langzeit-Follow-up nach verschiedenen elektiven Operationen bei älteren Menschen

B. Förstner, A. Sanchez

Sozial- und Präventivmedizin, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität Potsdam, Potsdam

Fragestellung: Ist eine multimodale, nicht-pharmakologische Intervention zur Vorbeugung von Delirien wirksam, um die postoperative kognitive Dysfunktion (POCD) bei älteren PatientInnen zu reduzieren, die sich einer elektiven Operation unterziehen?

Methoden: Bei der PAWEL-Studie handelt es sich um eine stufenweise, cluster-randomisierte Studie, die in fünf medizinischen Zentren in Baden-Württemberg durchgeführt wurde. Die für die Studie rekrutierten PatientInnen waren 70 Jahre alt oder älter und unterzogen sich einer elektiven Operation mit einer geplanten Dauer von mindestens 60 min.

Die durchgeführte ‚AKTIVER‘-Intervention umfasst ein umfassendes Konzept zur Vorbeugung und Bewältigung von Delirien, einschließlich kognitiver, motorischer und sensorischer Stimulation, Begleitung bei den Mahlzeiten, Begleitung bei diagnostischen Tests und im Operationssaal, Stressabbau und Schlafförderung. Die kognitiven Funktionen wurden mit dem Montreal Cognitive Assessment (MoCA), der Ziffernspanne rückwärts und dem Trail Making Test A und B (TMT A & B) zu Beginn sowie 2, 6 und 12 Monate nach der Operation untersucht. Das Vorhandensein von POCD wurde definiert als eine Abnahme von $\geq 0,5$ Standardabweichungen, bereinigt um Alter, Geschlecht und Bildung, in einem z-standardisierten Mittelwert der oben genannten Testverfahren.

Ergebnisse: Von November 2017 bis April 2019 wurden 1470 PatientInnen für die Studie rekrutiert. Die POCD-Inzidenz war ähnlich derer in vergleichbaren Studien. Die Analyse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (GLMM) zeigte, dass es in der Gesamtstichprobe keinen Zusammenhang zwischen der Intervention und der Wahrscheinlichkeit einer POCD gab. Bei einer Stratifizierung nach Art der Operation verringerte die Intervention die Häufigkeit von POCD nach 6 Monaten in einer der PatientInnengruppen, die sich einer elektiven Operation unterzogen.

Diskussion: Postoperative kognitive Beeinträchtigungen traten mit höherer Wahrscheinlichkeit bei älteren PatientInnen auf, die sich einer bestimmten Art von elektiven Eingriffen unterzogen. Unsere tägliche Multikomponenten-Intervention reduzierte die Häufigkeit von POCD bei diesen PatientInnen nach 6 Monaten signifikant

S313 Digitale Bildungsprozesse – Erkenntnisse zum digitalen Medienalltag, Bildungsbiographien und Sozialraumanalyse im Projekt DiBiWohn

I. Himmelsbach¹, M. Doh²

¹IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg; ²Digitale Transformation im Sozial- und Gesundheitswesen, IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Das interdisziplinäre BMBF-Verbundprojekt „Digitale Bildungsprozesse für ältere Menschen in seniorenspezifischen Wohnformen der institutionalisierten Altenhilfe“ (DiBiWohn) (Laufzeit 09/2020–08/2025) umfasst grundlagen- und anwendungsbezogene Forschungsschwerpunkte aus den Bereichen der empirischen Bildungsforschung, der partizipativen Medienpädagogik und der mediapsychologischen Gerontologie. Projektpartner sind die Katholische Hochschule Freiburg (Verbundleitung), das Zentrum für Allgemeine Wissenschaftliche Weiterbildung (ZAWiW) der Universität Ulm, die Stiftung MedienKompetenz Forum Südwest (MKFS), Ludwigshafen und die Evangelische Heimstiftung GmbH Stuttgart.

Im Forschungsfokus stehen zum einen bildungstheoretische und mediengerontologische Forschungsinhalte, die sich auf Fragen zu (digitalen) Bildungsprozessen und Mediatisierungsprozessen im höheren und hohen Alter und ihren Rückwirkungen auf Bildungsbiographie, Identitätsarbeit, Lebenswelt und soziale Teilhabe beziehen. Zum anderen bildungspraktische und medienpädagogische Forschungsinhalte unter Verwendung eines partizipativ entwickelten Begleiteransatzes zur (digitalen) Bildung im Alter und Förderung sozialer Teilhabe und Teilgabe.

In diesem Symposium steht die grundlagenorientierte Forschung des Projektes im Fokus und weniger die anwendungsorientierte Perspektive. Das Symposium bietet einen Einblick in multimethodale Zugänge im Rahmen des Projektes. Zudem werden erste Ergebnisse sowohl aus quantitativen

wie auch aus qualitativen Zugängen präsentiert, die die Heterogenität von digitalen Bildungsprozessen älterer Menschen an der Schnittstelle zur institutionalisierten Altenhilfe aufzeigen. Deutlich wird hierbei sowohl in den quantitativen wie auch den qualitativen Verfahren, dass sowohl person- wie auch umweltbezogene Aspekte eine Rolle, Lebenslauf und Biographie sowie Resilienz und Vulnerabilität einen wichtigen Beitrag für die Bedeutung und Nutzung digitaler Technologien haben.

S313-1 Sozialraumanalyse und Digitalisierung – „Räume“ vor dem Hintergrund subjektiver und objektiver Deutungen

T. de Vries, C. Klank, I. Himmelsbach

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Grundlegend für den Beitrag ist ein Forschungs- und Sozialraumverständnis, das individuellen und auch gruppenspezifischen Deutungen von Welt und nicht Orten, Plätzen oder der physisch-materiellen Welt (Reutlinger, 2009) Bedeutung beimisst. Damit ist im konstruktivistischen Sinne zum einen eine Grundannahme von Sozialraum als sozial-konstruierte Welt gemeint, die Räume als ständig (re-)produzierte Gewebe sozialer Praktiken (Kessl & Reutlinger, 2022) versteht. Zum anderen gehen damit sowohl ein relationaler Raumbegriff als auch die Potenziale einer Öffnung von Altenhilfeeinrichtungen in den Sozialraum (Bleck 2021) einher. Folglich geht es hier um den Blick auf die zu untersuchenden Räume im Sinne einer Lebensweltperspektive (vgl. Bleck, 2021), die die älteren Menschen als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt und ihres jeweiligen Sozialraums versteht.

Dieser Beitrag wirft einen Blick auf die Ergebnisse der ersten, noch fortlaufenden Sozialraumanalysen im Projekt „DiBiWohn“. Dabei spielt weiterhin die sozialräumliche Forschungsmethodik – strukturorientierte Begehungen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, subjektive Landkarten und problemzentrierte Interviews – eine wichtige Rolle, um dabei das eingangs skizzierte sozialräumliche Verständnis aufzugreifen und das Spannungsfeld subjektiv gewonnener und objektivierend gemessener Sozialraumdaten zu beleuchten.

Die dabei gewonnenen Daten werden miteinander verknüpft und fließen in die Entwicklung sogenannter „Standortprofile“ ein. Der vorliegende Beitrag gibt insofern einen Einblick in die sozialräumliche Heterogenität an den Projektstandorten, in die vorliegenden Kontexte bzw. Netzwerke sowie digitalisierungsbezogenen Aktivitäten vor Ort und präsentiert subjektive Deutungen von „Raum“ von einer Zielgruppe, die bislang noch wenig im Blick sozialräumlicher Forschung mit Digitalisierungsbezug stand – ältere Menschen im Betreuten Wohnen bzw. Service-Wohnen.

S313-2 Befunde zum digitalen Medienalltag und zu Einflussfaktoren der Internet-Selbstwirksamkeit bei älteren Technikbegleiter*innen im Vergleich zu älteren bildungsaffinen Personen

M. Doh, L. Göbl, J. Schlichting, D. Leopold

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Hintergrund: Ältere ehrenamtlich engagierte Technikbegleiter*innen stellen im Verbundprojekt eine zentrale Komponente bei der partizipativen Entwicklung von (digitalen) Bildungsprozessen für Bewohner*innen aus Einrichtungen des Betreuten Wohnens und der stationären Pflege dar. Dieser Personenkreis, der überwiegend aus den beiden Netzwerken der Senioren-Internet-Initiativen BW und den Digitalen Botschafter*innen RLP gewonnen wird, erhält über die gesamte Projektlaufzeit kontinuierlich Qualifizierungsmaßnahmen. Als eine Grundlage hierfür diente die Ge-

nerierung von Basisdaten zum digitalen Medienalltag und zur digitalen Bildung.

Methodik: Im Frühjahr 2021 fand eine bundesweit angelegte Online-Befragung statt. Die Akquise erfolgte über landes- und bundesweite Netzwerke der Erwachsenenbildung und Seniorenorganisationen. An der Befragung nahmen $n = 171$ ältere aktive Technikbegleiter*innen im Alter zwischen 60 und 89 Jahren teil (\bar{x} 70,4 Jahre). Zudem kamen $n = 160$ Personen hinzu, die sich nicht als Technikbegleiter*innen definierten. Sie wiesen zwar keinen Altersunterschied auf, jedoch eine noch höhere Bildungaffinität (87 % Abitur, FH zu 78 %) und einen auch höheren Frauenanteil (45 % zu 33 %). Forschungsgegenstand waren personen- und umweltbezogene Aspekte zum Medienalltag und digitale Kompetenzen sowie Nutzung (digitaler) Bildungsangebote, bürgerschaftliches Engagement und Partizipation im Sozialraum.

Ergebnisse: Die Befunde demonstrieren in beiden Personengruppen eine hohe Affinität zum Internet und zu digitalen Geräten; ebenso besteht eine ausgeprägte Technikoffenheit. Doch weisen die Technikbegleiter*innen ein deutlich größeres Internet-Nutzungsportfolio auf sowie ein höheres Ausmaß an digitalen Kompetenzen sowie an Interesse an Bildungsangeboten. Regressionsanalysen zur Internet-Selbstwirksamkeit konnten aufzeigen, dass in beiden Personengruppen die Kenntnisse zu IKT der bedeutsamste Prädiktor darstellt und die Einflussfaktoren Alter und Bildung verschwinden. Zudem beeinflusst bei den Technikbegleiter*innen die Internet-Nutzungsbreite die Internet-Selbstwirksamkeit; in der Vergleichsgruppe wirkt hingegen das Ausmaß an ehrenamtlichem Engagement und an Bildungsaktivitäten prädiktiv.

Schlussfolgerung: Es handelt sich bei der Stichprobe um zwei ressourcenstarke Altersgruppen, wobei besonders sich die Technikbegleiter*innen als „Digital Best Ager“ charakterisieren lassen und damit gute Bedingungen als Vorbild und Lernbegleiter*innen mitbringen.

S313-3 Umgang mit digitalen Medien älterer Bewohner*innen in Betreuten Wohnanlagen

M. Doh, D. Leopold

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Hintergrund: Im Projekt DiBiWohn stehen in der ersten Phase Personen im Fokus, die in Betreuten Wohnanlagen leben. Mittels partizipativer Methoden und einem Peer-to-Peer-Ansatz (vgl. Doh et al., 2020; Jokisch et al., in Druck) sollen (digitale) Bildungsprozesse für Offliner und Onliner initiiert und Bildungsangebote entwickelt werden, um soziale Teilhabe und Teilgabe (insbesondere im Sozialraum) zu ermöglichen und zu fördern.

Methodik: Um Basisdaten zum Grad der Digitalisierung und zum Sozialraum bestimmen zu können, wurde von Frühjahr bis Herbst 2021 eine Telefonbefragung durchgeführt. Die Stichprobe wurde über die Evangelische Heimstiftung BW gezogen. An der Studie nahmen $n = 90$ Personen im Alter zwischen 59 und 94 Jahren teil (\bar{x} 81,6 Jahre), davon 69 % Frauen. 74 % galten bereits als Onliner*innen, was unterstreicht, dass es sich bei dem Sample um eine selektive Gruppe handelte. Die deskriptiven und interferenzstatistischen Analysen bezogen sich auf eine differenzierte Betrachtung zum Umgang mit (digitalen) Medien, digitalen Kompetenzen, personenbezogenen Aspekten wie Obsoleszenz, Einsamkeit, Gesundheit und Vulnerabilität sowie sozialraumbezogene Aspekte wie soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten, Einschätzung der Infrastruktur und der Partizipation.

Ergebnisse: Die Befunde zeigen auf, dass Onliner*innen zwar einen besseren Bildungs- und Einkommensstatus aufweisen als Offliner*innen, es aber keine Unterschiede in Bezug auf Gesundheit und Vulnerabilität, Lebenszufriedenheit und Einsamkeit gibt. Allerdings ist das Gefühl der Entfremdung bei Offliner*innen deutlich höher; sie verfügen zudem über ein geringeres Medienportfolio und geringere biographiebezogene Technikerfahrungen. Hinsichtlich der Onliner*innen fiel auf, dass bedeutsame Nutzungsmotive der Internetnutzung neben Information und Kommunikation, auch Unterhaltung, Spiele und Spaß darstellen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse demonstrieren eine Heterogenität im Umgang mit (digitalen) Medien innerhalb der Bewohnerschaft in Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Dabei gehen digitale mit sozialen Ungleichheiten einher. Auch finden sich Personengruppen, die mit Internet und digitalen Geräte bereits vertraut sind und diese vielfältig einsetzen. Für die im Projekt geplante Konzeption und Entwicklung von partizipativen (digitalen) Bildungsprozessen ergeben sich damit einrichtungsspezifische Ressourcen, Onliner*innen als Technikbegleiter*innen zu gewinnen und informelle Lerngruppen entstehen zu lassen.

S313-4 Bildungsbiographie und Digitalisierung – Zum Verhältnis von Bildungsidentität und Technikverhalten

C. Klank, T. de Vries, I. Himmelsbach

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie das Technikverhalten über den Lebenslauf im Verhältnis zur Lern- und Bildungsbiographie steht und welche Resultate dies für das höhere Lebensalter hat. In Anlehnung an Koller (2012) wird Bildung als Transformationsprozess verstanden, der sich aufgrund von Veränderungsnotwendigkeiten des Individuums oder Krisen initiiert. Im Rahmen des Projektes DiBiWohn sollen insgesamt 70 biographisch-narrative Interviews mit Techniknovizen, -experten und Offlinern in Betreuten Wohnformen ausgewertet werden. Das Ziel des Projektes ist es dabei u. a., Bildungsbiographien im Hinblick auf das Leben über den Lebenslauf zu rekonstruieren. Als Auswertungsmethode wurde das Verfahren der Rekonstruktion narrativer Identität nach Lucius-Hoene und Deppermann (2002) gewählt. In diesem Vortrag soll einerseits das Auswertungsverfahren präsentiert und andererseits anhand zweier kontrastierender Fälle gezeigt werden, wie sich die Bildungs- und Lernbiographie im Hinblick auf das Technikverhalten im Alter rekonstruieren lassen. Exemplarisch wird die Rolle der Krise für das Technikverhalten in der Vorstellung der ersten Fallporträts thematisiert. Sie können gleichermaßen als Voraussetzung für aber auch als Hindernis bei dem Technikgebrauch fungieren. Krisen können entweder als Motor für die Nutzung von Technik dienen oder aber umgekehrt dafür sorgen, dass die vorhandenen Ressourcen für die Bewältigung der Krise aufgebraucht sind. Ein vorhandenes Bildungsinteresse kann dabei als Verstärker für die Nutzung der Technik angesehen werden.

S314 „Kunst im Alter – Alter in der Kunst“ – Wissenschaft durch Kunst

Moderation: A. Rösler¹, K. Singler²

¹Geriatrische Klinik, Bethesda Krankenhaus Hamburg Bergedorf, Hamburg; ²Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Nicht pharmakologische Therapien haben in der Geriatrie einen hohen Stellenwert. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sind feste Bestandteile des geriatrischen Teams. Doch auch Kunst-therapeutische Angebote/Interventionen gewinnen innerhalb der Gesundheitsversorgung mehr und mehr an Bedeutung. Kunsttherapie kann gerade im Einsatz bei älteren multimorbiden Personen innere Bedürfnisse und Stressoren sichtbar machen, die Selbstwirksamkeit fördern, neue Kommunikationswege eröffnen und das Wohlbefinden stärken. Unter dem Motto „Kunsttherapie kennt kein Alter“ befasst sich seit einigen Jahren eine junge Forschungsgruppe wissenschaftlich mit den Effekten und Ressourcen kunsttherapeutischer Arbeit mit älteren Menschen in verschiedenen Settings. Aus dieser Forschungsarbeit ist auch der Kurzfilm „Das innere Bild“ entstanden, welcher 2022 bei den Filmfestspielen in Cannes zu sehen ist. Hierbei wird

deutlich, wie Kunsttherapie und künstlerische Aktivität einen Beitrag zu erfolgreichem Healthy Ageing leisten kann.

1. Vortrag
Kunsttherapie kennt kein Alter – Ergebnisse einer qualitativen Potenzialanalyse – Referentin: **Johanna Masuch** (Kunsttherapeutin M. A.), Nürnberg
2. Filmpräsentation
Das Innere Bild
Moderation: **Leonie Antwerpen** (Kunsttherapeutin M. A.), Nürnberg
Podiumsdiskussion zu Vortrag und Film (Moderation, **K. Singler**)
3. Vortrag
Alter in der Kunst
Referent:in: Prinzhorn-Sammlung, Med. Universität Heidelberg

S315 Risikodinge – Materialisierungen des Alter(n)s in einer Risikogesellschaft

Moderation: V. Gallistl¹, A. Wanka²,

Diskutant: F. Oswald³

¹Institut für Soziologie, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, Wien/A; ²DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.; ³Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Spätestens seit Ulrich Beck 1986 den Begriff der „Risikogesellschaft“ in die öffentliche Debatte eingeführt hat, ist der Risikobegriff gesellschaftlich omnipräsent – von Reaktor- über Klimakatastrophen, Pandemien und Kriegen. Solche Risiken machen Vulnerabilität gesellschaftlich spür- und sichtbar, und verlangen in nach Resilienz im Umgang mit ihnen. Für das Alter materialisieren sich solche Risiken auf eine spezifische Art und Weise – Amanda Grenier und Kolleg:innen (2019) sprechen etwa von einer zunehmenden Prekarisierung des Alters, die sich durch eine Abwendung von Leitbildern des erfolgreichen, aktiven Alters und durch eine Hinwendung zu Vorstellungen eines risikobehafteten und prekären Alters auszeichnet. Nicht zuletzt wurde eine solche Prekarisierung des Alters in der COVID-19 Pandemie sichtbar, in der ältere Menschen pauschal als Risikogruppe adressiert wurden.

Mit Ansätzen der materiellen Gerontologie (Höppner & Urban, 2019) fragt dieses Symposium danach, wie sich Risiken und Vulnerabilitäten in der Lebensphase Alter materialisieren: in Unsicherheiten und Instabilitäten alternder Körper, in Pflege- und Assistenztechnologien, in räumlichen Barrieren oder ganz banalen Alltagsgegenständen, die zu riskanten Stolperfallen werden können. Gleichzeitig stellt sich für das Symposium die Frage, wie sich der Umgang mit solchen Risiken im Alter materialisiert – und so Resilienz im Sinne einer Fähigkeit des „bouncing backs“ materiell elastisch gedacht werden kann.

Vor diesem Hintergrund geht das Symposium der Frage nach, wie sich Risiko, aber auch Resilienz in Dingen materialisiert und wie dadurch spezifische alter(n)sbezogene Vulnerabilitäten sichtbar und erfahrbar gemacht werden. Dabei werden Forschungsarbeiten in Dialog gebracht, die sich mit Materialisierungen unterschiedlicher Altersrisiken befassen: Das Risiko, im Alter Gewalt zu erfahren, zu erkranken oder zu stürzen. Dazu fragt Grit Höppner danach, wie sich Gewalterfahrungen im Alter durch Dinge äußern und dadurch vermittelt werden. Vera Gallistl berichtet von der Vermessung von Sturzrisiken durch KI-gestützte Sensortechnologien. Anna Wanka und Annerose Böhler beschäftigen sich schließlich mit einer spezifischen Materialität der letzten Jahre: Der Gesichtsmaske als materialisiertes Risiko in Zeiten der Pandemie.

S315-1 Materialisierungen von Gewalt im Alter

G. Höppner

FB Soziale Arbeit, Abteilung Münster, Katholische Hochschule NRW, Münster

Fragestellung: Seit den 1990er-Jahren wird in Deutschland eine fachliche Debatte über Gewalt gegen ältere Menschen geführt. Dabei wird ein weiter Gewaltbegriff zugrunde gelegt, in dem insbesondere enge soziale Beziehungen als jene „Orte“ verstanden werden, in denen sich körperliche Gewalt, aggressives, verletzendes und Zwang ausübendes Handeln sowie Unterlassen von Unterstützung ereignet (Görge/Nägele 2005; Görge et al. 2012). Zwar konnten dadurch wichtige Erkenntnisse generiert werden, die zu einem gewissen Grad auch berücksichtigen, welche Rolle Materialitäten in der Hervorbringung von Gewalt spielen – von ökonomischen Abhängigkeiten bis hin zu räumlichen Bedingungen (u. a. Suhr/Kulhmey 2020). Inwieweit Alltagsgegenstände, Erinnerungsstücke, technische Artefakte und räumliche Anordnungen aber auch als Risikodinge fungieren können, die Gewalthandlungen und Gewaltsettings in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung fördern, wurde bisher nicht berücksichtigt.

Methodik: In einer systematischen Literaturanalyse im deutschsprachigen Raum wurde die Rolle von unterschiedlichen Formen von Materialität in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt im Alter untersucht. Anschließend erfolgte im Sinne der Materiellen Gerontologie eine theoretische Weiterentwicklung des Gewaltbegriffs und des Verständnisses der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt.

Ergebnisse: Materialisierungen von Gewalt im Alter ausschließlich als ein intersubjektiv-menschliches Handeln zu verstehen, führt zu einer Vernachlässigung der Wechselwirkungen zwischen Menschen, Alltagsgegenständen, Erinnerungsstücken, technischen Artefakten und räumlichen Anordnungen, in denen sich Gewalthandlungen und Gewaltsettings ko-konstituieren. Dinge sind dabei nicht unbeteiligt oder neutral, sondern sie produzieren im interobjektiven Handeln mit Menschen Risiken mit, die Gewalt im Alter befördern können.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von Risikodingen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt im Alter. Sie ermöglichen sowohl theoretische Weiterentwicklungen der Forschung zu Gewalt im Alter, als auch Impulse für praktische Implikationen im Umgang mit gewaltbetroffenen älteren Menschen und Möglichkeiten von Resilienz.

S315-2 Risiko vermessen – Zur sozio-technischen Materialisierung von Risiko am Beispiel des Sturzsensors

V. Gallistl

Institut für Soziologie, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, Wien/A

Fragestellung: Stürze gelten als eines der zentralen Risiken des Alter(n)s. Während sich die gerontologische Forschung intensiv mit der Bestimmung von Risikofaktoren des Sturzes beschäftigt hat und dabei bereits über 400 identifizieren konnte (Katz, 2015), hat sich die technische Entwicklung im Bereich der Gerontotechnologien seit den frühen 2000ern vermehrt mit der Frage auseinandergesetzt, wie Sturzrisiko durch KI-gestützte Sensoren technisch (ver)messbar und dadurch reduziert werden kann (Lapierre et al. 2018).

Aus einer Perspektive der materiellen Gerontologie, die technische Assistenzsysteme weniger als neutrale Objekte, sondern als materialisierter Ausdruck von jenen Praxiskonstellationen, die das Alter als risikobehaftet und vulnerabel konfigurieren, versteht (Endter, 2020), nimmt der vorliegende Beitrag KI-gestützte Sturzsensoren als Ausgangspunkt um danach zu fragen, wie unterschiedliche Akteur*innen die Entwicklung und Implementierung von Sturzsensoren erleben und wie sich dadurch das Erleben von Risiko von älteren Pflegeheimbewohner*innen verändern.

Methodik: Empirisch bezieht sich der Beitrag auf Beobachtungen sowie Interviews mit Pflegeheimbewohner*innen und Pfleger*innen aus einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege, in der KI-gestützte Sturzsensoren eingesetzt werden. Die Daten wurden im Rahmen des Projektes „ALGO-CARE – Algorithmic Governance of Care“ gesammelt und ausgewertet.

Ergebnisse & Conclusio: Die Daten verdeutlichen, dass die Implementierung von Sturzsensoren einen deutlichen Wandel der Pflegesituation mit sich bringen – sie definieren durch ihre Funktionsweise neu, wie Pflege gelebt wird. Diese Rekonfiguration der Pflegesituation durch Sturzsensortechnologie macht das Risiko des Sturzes zu einer omnipräsenten Kategorie im Alltag von Pflegeheimbewohner*innen und Pfleger*innen, die deren Pflegepraktiken leitet. Ein erhebliches Risiko stellt dabei falsche Klassifikation durch Bias dar – so wurde ein beträchtlicher Anteil von Verhalten älterer Pflegeheimbewohner*innen falsch klassifiziert und macht so Interventionen der Pfleger*innen notwendig. Die Daten verdeutlichen so, dass KI-gestützte Sturzsensoren als sozio-materielles System gedacht werden müssen, in dem sowohl Technologien als auch Menschen daran beteiligt sind, Risiken des Alter(n)s zu vermessen.

S315-3 „Bitte halten Sie Mund und Nase bedeckt“: Masken als Materialisierung von Risiko während der Corona- Pandemie

A. Wanka

DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.

Hintergrund und Fragestellung: Masken gehören seit 2020 zum gesellschaftlichen Alltag. Sie reduzieren das Risiko, sich mit dem Corona-Virus anzustecken, signifikant. Doch auch darüber hinaus nehmen sie bedeutende soziale Funktionen ein: Abhängig von der aktuellen pandemischen Entwicklung reglementieren sie den Zugang zu verschiedenen Räumen und Transportwegen und symbolisieren das dialektische Verhältnis zwischen Risiko und Schutz vor eben diesem. Studien haben dabei gezeigt, dass die Bereitschaft, Maske zu tragen, vor allem von zwei Faktoren abhängt: der subjektiven Risikowahrnehmung in Bezug auf das Corona-Virus und die Stärke sozialer Normen.

Vor diesem Hintergrund fragt der Beitrag danach, wie sich ältere Menschen – die in der Pandemie häufig als Risikogruppe adressiert werden – zum Maske-Tragen positionieren, und wie sich diese Positionierungen im Verlauf der Pandemie verändern.

Methodik: Empirisch rekurriert der Beitrag auf 60 qualitative Interviews, die während der ersten und zweiten Welle der Pandemie geführt wurden und aus dem Projekt „Versorgung und Unterstützung in der SARS-CoV-2-Pandemie“ stammen.

Ergebnisse & Conclusio: In diesen finden sich verschiedene, raum-zeitlich kontingente Positionierungen älterer Menschen zur Maske als Materialität und zum Maske-Tragen als Aushandlungspraxis. Während sich für manche durch die Möglichkeit, sich selbst zu schützen, an der Maske Autonomie und Handlungsfähigkeit materialisieren, steht sie für andere für Zwang und Einschränkung interpersonaler Kommunikation. Im Verlauf der Pandemie reduzieren sich diese Assoziationen teilweise und es kommt zu einer Normalisierung der Materialität Maske – sie wird zum nahezu unsichtbaren Alltagsgegenstand, das durch sie symbolisierte Risiko zur neuen Normalität. Insbesondere in Phasen der Politisierung der Pandemie verstärkt sich die Bedeutung der Maske mit Zuschreibungen wie „Maulkorb“ dagegen noch.

S315-4 Masken der COVID-19-Pandemie als materielle Metaphern

A. Böhler

Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

2020 wurden Atemschutzmasken von unterschiedlicher materieller Beschaffenheit in unsere Alltage eingeführt. Selbst an Orten, an denen die Verwendung von Masken im öffentlichen Raum unüblich war, wurden sie im Zuge der COVID-19-Pandemie zu einem alltäglichen Anblick und erwiesen sich als mehr als bloße Gegenstände des Infektionsschutzes. Vielmehr wurden mit ihnen auch Konflikte zum Bestandteil des öffentlichen Lebens.

Was wir heute oft als ‚die Maske‘ bezeichnen, zeigt im Laufe der Pandemie nicht nur verschiedene Erscheinungsformen, sondern auch verschiedene Phasen: Während anfangs Maskenträger*innen oft als übervorsichtig oder egoistisch bezeichnet wurden, wurde im weiteren Verlauf der Pandemie das Nichttragen einer Maske weithin als unsolidarisch oder gar als strafbar gehandelt. Zweifel in Bezug auf Material, Qualität und Wirksamkeit verschiedener Maskenarten wurden Teil täglicher Gespräche und Nachrichtenberichte. So wurde auch das Erzählen über Masken, insbesondere das Beurteilen der Maskierungspraktiken anderer, bald zu einem wichtigen Teil der Verarbeitung sich ständig verändernder Bedingungen.

Der Vortrag nimmt das fluide und symbolisch aufgeladene Phänomen ‚Maske‘ in Verbindung zweier theoretischer Zugänge in den Blick: So lassen sich Überlegungen zur Materialität, wie sie u. a. von Annemarie Mol angestellt wurden, mit dem Ansatz der kognitiven Metaphertheorie (Lakoff/Johnson) verbinden. Der Beitrag stützt sich auf empirisches Material aus zwei qualitativen Forschungsprojekten, die sich mit den sozio-materiellen Dynamiken der Pandemie im Jahr 2020 beschäftigen.

Für die Betrachtung von Materialität, praktischen Handlungskontexten und semantischem Gehalt von Masken möchte ich den Begriff der materiellen Metapher vorschlagen. Anhand ausgewählter Masken-Narrative wird der Beitrag den Blick auf die multiplen Seinsweisen und praktische Metaphorizität pandemischer Masken lenken und verdeutlichen, wie Maskenpraktiken immer wieder auch mit Themen verknüpft werden, die weit über das pandemische Geschehen hinausweisen.

S316 Partizipation und partizipative Forschung: kritische Analyse und Reflektion; Symposium Fachausschuss Kritische Gerontologie

Moderation: S. Kümpers¹, W. Stadel², Y. Rubin³, C. Schmitz⁴

¹Fachbereich Pflege und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Fulda, Fulda; ²Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Fulda, Fulda; ³Fachbereich Sozialwesen, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Jena; ⁴Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda

Vor mittlerweile 6 Jahren veröffentlichte der Fachausschuss (damals Arbeitskreis) Kritische Gerontologie der DGGG ein Diskussionspapier zum Themenfeld „Partizipation und partizipative Methoden in der Gerontologie“ (Aner 2016). Im Rahmen dieses Symposiums soll die Diskussion erneut aufgenommen und weitergeführt werden. Hierfür stellen wir zunächst das hier zugrundeliegende Verständnis von Partizipation zur Diskussion. Wir beziehen uns dafür auf das 2016 veröffentlichte Diskussionspapier des Fachausschusses und erweitern mit der (analytischen) Unterscheidung zwischen Teilhabe und Teilnahme eine demokratietheoretische Betrachtungsweise, die die Interpretation und Bearbeitung von Bedürfnissen (Fraser 1994) ins Zentrum ihrer Analyse stellt. Anhand einer Visualisierung von Frasers Modell der Bedürfnisinterpretation kann – unter Bezugnahme auf empirische Daten – an unterschiedlichen Stellen in gesellschaftlichen Prozessen aufgezeigt werden, wie Partizipation gelingen kann und wo Partizipation auch verwehrt wird. Eine solche Analyse ist notwendig, wenn das eigene (Forschungs-)handeln kritisch zur Diskussi-

on gestellt werden soll. Diese Analysefolie wird ergänzt um das Community-Based Participatory Research (CBPR)-Modell, mit Hilfe dessen Communitys und deren Kontext kartiert und so einer Analyse zugänglich gemacht werden können. Im Rahmen dieses Symposiums werden beide Analysefolien präsentiert und in Workshops zur Diskussion gestellt.

Literatur

1. Aner K (2016) Diskussionspapier Partizipation und partizipative Methoden in der Gerontologie. *Z Gerontol Geriat* 49(2):143–147
2. Fraser N (1994) *Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht*, 1. Aufl. Bd. 726. Suhrkamp, Frankfurt am Main (Deutsche Erstaussg. Edition Suhrkamp, 1726 = n. F.)

S316-1 Die Politik der Bedürfnisinterpretation als Betrachtungsfolie

Y. Rubin¹, W. Stadel²

¹Fachbereich Sozialwesen, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Jena; ²Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Fulda, Fulda

Wenn von Partizipation die Rede ist, vermischen sich oftmals die Betrachtungsperspektiven oder sind die Betrachtungsweisen als diffus zu kennzeichnen. Mit Bezug zu Arbeiten von Nancy Fraser lässt sich in der Visualisierung ihrer „Politik der Bedürfnisinterpretation“ (Fraser 1994, S. 240) eine Betrachtungsfolie entwickeln, die im Diskurs über den Gehalt von Partizipation – verstanden als Teilnahme und Teilhabe an zentralen gesellschaftlichen Prozessen – Hinweise sowohl auf gelingende Aspekte von Partizipation, als auch auf (strukturell) verwehrt Aspekte von Partizipation geben kann. In diesem Beitrag sollen schrittweise die wesentlichen Grundzüge von Frasers „Politik der Bedürfnisinterpretation“ erläutert und in eine praktikable Übersicht gebracht werden.

Fraser hat im Anschluss an Habermas herausgearbeitet, wie schon die Auseinandersetzung darüber, was als sozialstaatlich zu bearbeitende Bedürfnisse anerkannt wird, eine Arena darstellt, in der um Bedeutungen und Legitimationen gerungen wird.

Im Anschluss an Habermas sind die Adressat*innen von Strukturen gleichzeitig als deren Autor*innen anzusehen (vgl. Habermas 1998, S. 492). Die erklärte Absicht einer sich als kritisch verstehenden Gerontologie „Menschen die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Lebensbedingungen mitzugestalten“ (Aner 2016, S. 144) muss daher entsprechend breit und in Bezug auf die Bedürfnisse der Adressat*innen diskutiert werden. So sind insbesondere Lebenssituationen, die eine scheinbare Alternativlosigkeit suggerieren, auf eine mögliche herrschaftliche Überformung zu hinterfragen. Die Artikulation von Bedürfnissen kann als westlicher Anteil im Kontext von Partizipation – als Synonym für eine *volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft* (vgl. UN-BRK Art. 1, BMAS 2010) verstanden werden. Darüber ist mit Spivak darauf zu verweisen, dass der Sprechakt sich erst mit dem Hören vervollständigt (vgl. Spivak 2020, S. 127).

Literatur

1. BMAS (2010): Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Druckversion, Stand: Januar 2010. Bonn.
2. Habermas J (1998) *Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*, 1. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main
3. Spivak, Gayatri Chakravorty (2020): *Can the subaltern speak? Postkolonialität und subalterne Artikulation*. Nachdruck. Band 6. Wien u. a.: Turia + Kant.

S316-2 Partizipation

W. Stadel¹, Y. Rubin², S. Kümpers³, C. Schmitz⁴

¹Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Fulda, Fulda; ²Fachbereich Sozialwesen, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Jena; ³Fachbereich Pflege und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Fulda, Fulda; ⁴Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda

Partizipation und partizipative Forschung sind zentrale Themen kritischer Gerontologie und werden vielseitig diskutiert. Ausgangspunkt für die Betrachtung des Begriffs Partizipation ist das o. g. Diskussionspapier. In diesem werden zwei Dimensionen eröffnet: Zum einen die allgemeinen und grundsätzlichen Teilhaberechte im demokratischen Gemeinwesen – die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft – wie in der UN-BRK formuliert (BMAS 2010). Die andere Dimension verweist auf die mögliche Beteiligung an Forschung, die – wenn sie grundständig partizipativ angelegt ist – die Interessen und Anliegen der Mitforschenden zum Gegenstand erklärt. Hier verschwimmen oftmals die Grenzen und es vermischen sich die Betrachtungsebenen. Zum Einstieg in das Symposium soll daher der Begriff der Partizipation, wie auch ein Verständnis von partizipativer Forschung dargelegt und mit dem Selbstverständnis kritischer Gerontologie verknüpft werden. So heißt es im Diskussionspapier des Fachausschusses: „Anliegen kritischer Gerontologie ist die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen mit dem Ziel, sozialen Ungleichheiten im Lebenslauf und im Alter entgegenzuwirken und Menschen die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Lebensbedingungen mitzugestalten“ (Aner 2016, S. 144). Dieses Anliegen verweist mit Teilhabe und Teilnahme auf die zentralen Aspekte von Partizipation: Im „vollen Sinne verstanden“ (Schnurr 2018, S. 633), verweist Partizipation auf Teilnahme und Teilhabe „an den sozialen, politischen und ökonomischen Prozessen einer Gesellschaft in Freiheit“ (ebd.). Die kritische und reflexive Betrachtung des Themenfeldes wirft viele Fragen auf. So ist sich etwa die Frage zu stellen, ab wann der eigene kritische Anspruch sich selbst eliminiert. Etwa wenn grundständige Partizipation versprochen und letztlich nur – die Gründe können vielschichtig sein – Formen der Verfahrensbeteiligung umgesetzt werden (vgl. Flick/Herold 2021, S. 13).

Literatur

1. BMAS (2010): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Stand: Januar 2010. Bonn.
2. Flick S, Herold A (2021) Zur Kritik der partizipativen Forschung Eine Einleitung. In: Flick S, Herold A (Hrsg) Zur Kritik der partizipativen Forschung. Forschungspraxis im Spiegel der Kritischen Theorie. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S 7–16
3. Schnurr S (2018) Partizipation. In: Graßhoff G, Renker A, Schröer W (Hrsg) Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Springer VS, Wiesbaden, S 631–648

S316-3 Partizipative Forschung: Ausgleich und/oder Reproduktion ungleicher Partizipationschancen?

S. Kümpers

Fachbereich Pflege und Gesundheit, University of Applied Sciences, Hochschule Fulda, Fulda

Partizipative Forschung erhebt den Anspruch alle Beteiligten eines Forschungsprojekts in jeder Phase gleichberechtigt einzubeziehen, d. h. dass Alle an allen relevanten Entscheidungen beteiligt sein sollen; insbesondere sollen solche Gruppen einbezogen werden, deren Partizipationschancen im Allgemeinen als eher gering eingeschätzt werden. In der Umsetzung zeigt sich oft, dass nicht alle Beteiligungsformen für alle Gruppen (älterer Menschen) gleich gut ‚funktionieren‘ und dass es insbesondere Angehörigen benachteiligter Gruppen teilweise schwerfällt oder auch gar nicht immer sinnvoll erscheint, sich in entsprechende Prozesse einzuklinken. Sich daraus ergebende Fragen sollen an einem Beispiel aus einem partizipativen Forschungsprojekt illustriert und diskutiert werden.

S316-4 Anwendbarkeit des CBPR-Modells in der Gerontologie

C. Schmitz

Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda

Partizipative Forschungsprojekte finden in komplexen sozialen Wirklichkeiten statt. Ein Ziel partizipatorischer Forschung ist es, die Co-Forschenden zu befähigen, diese soziale Wirklichkeit nachhaltig zu gestalten. Jedoch ist es für akademisch Forschende und Co-Forschende oftmals herausfordernd, diese Wirklichkeit mit ihren Strukturen, Prozessen und Akteuren zu explizieren. Das Community-Based Participatory Research (CBPR)-Modell, welches 2008 in Nordamerika entwickelt wurde, kann hierbei unterstützen.

CBPR-Projekte fokussieren, wie der Name bereits verrät, Communities, die am treffendsten als identitätsstiftende Einheiten übersetzt werden können. Diese sind immer eingebettet in einen größeren, teils institutionalisierten Kontext. Das CBPR-Modell dient dazu, sowohl die Community als auch deren Kontext zu kartieren. Dabei soll das Modell nicht als Checkliste, sondern als Diskussions- und Reflexionshilfe, und somit als Teil partizipatorischer Forschung verstanden werden. Das CBPR-Modell kann sowohl in der Planung als auch in der Evaluation partizipatorischer Forschungsprojekte eingesetzt werden.

Aus der Perspektive der Gerontologie werden in diesem Beitrag die Anwendbarkeit des Modelles in der gerontologischen Forschung diskutiert, sowie die besonderen Herausforderungen der partizipativen Forschung im Hinblick auf Alterungsprozesse beleuchtet. Aus der Perspektive der kritischen Gerontologie sollen die Machtverhältnisse der Gemeinschaften, in deren Kontext die Forschung stattfindet, und die sich daraus ergebenden Partizipationschancen reflektiert werden.

Literatur

1. Israel B, Schulz A, Parker E, Becker A (1998) Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health* 19:173–202
2. University of New Mexico UNM Health Science Centre: Centre for Participatory research. Guide for Using CBPR Model for Planning and Evaluation of Community-Engaged Research Partnerships. <https://cpr.unm.edu/common/docs/cbpr-model-planning-and-evaluation-guide-.pdf>
3. von Unger H (2012) Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qual Sozialforsch* 13(1):7

S320 Interdisziplinäres Symposium: Alter und Krieg

Moderation: R. Lindner

FB Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Universität Kassel, Kassel

Das interdisziplinäre Symposium befasst sich mit einem Thema von trauriger Aktualität. In der wissenschaftlichen Debatte zu den Folgen von Kriegen sind oft junge Menschen im Fokus, obwohl auch Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie wichtige Erkenntnisse beisteuern können, wie die Beiträge zur Empirie psychosozialer Kriegsfolgen zeigen. In memoriam Prof. Dr. med. Hartmut Radebold.

S320-1 „Nie wieder Krieg“ – Befunde zu biopsychosozialen Folgen des Krieges

R. Lindner

FB Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Universität Kassel, Kassel

Hartmut Radebold, Psychoanalytiker, Gerontologe und Promotor der Kriegskinderforschung stand wie kein Zweiter für eine wissenschaftlich fundierte Aufarbeitung der destruktiven Folgen von Kriegen, insbesondere

re für Kinder und Jugendliche. Die Untersuchungen zu diesem Themenfeld zeigten psychopathologische, besonders aber auch relationale Defizite und Konflikte mit lebenslangen, individuellen und gesellschaftlichen Folgen. Gerade im Alter führen sie zu vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen. Der von Radebold initiierte Diskurs macht die Folgen moderner Kriegsführung auf Gesellschaften deutlich.

S320-2

Die Wirkungen des Krieges auf die Psyche alter, älterer und junger Deutscher

M. Teising

Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Psychoanalyse, FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Frankfurt am Main, Frankfurt a. M.

Die Wirkungen des Krieges auf die Psyche von Angehörigen von vier verschiedenen Generationen werden sozialpsychologisch-psychoanalytisch beschrieben, dies auf einer facettenreichen empirischen Grundlage, u. a. auf der Basis eines Kriegstagebuchs und einer literarischen Bearbeitung.

S320-3

Zweiter Weltkrieg, Vergewaltigungen, Angst vor Schwangerschaft – späte Berichte im klinischen Alltag

G. Böwing

Gerontopsychiatrie, Helios Hansekllinikum Stralsund, Stralsund

Pflegerische Maßnahmen ebenso wie invasive Untersuchungen im Anal- oder Genitalbereich können typische Auslöser für psychotische Erregungszustände sein. Insbesondere an Demenz erkrankte Patientinnen wirken oft ‚verrückt‘, wenn sie von optischen Halluzinationen in Form junger Männer, welche sie verfolgen, berichten. Diese Ängste können im Kontext früher Traumatisierungen verständlich werden, wie am Beispiel gezeigt wird.

S321 Demenz – Ein kritischer Blick auf Deutungen, Pflegekonzepte und Settings

Moderation: H. Brandenburg¹

Diskutanten: T. Boggatz², M. Schnabel³, E. Sirsch⁴

¹Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar; ²Fakultät für angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf; ³Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg; ⁴Fakultät für Pflegewissenschaft, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar

Die Zunahme demenzbetroffener Menschen geht mit einer ebenso rasch wachsenden Anzahl von Publikationen zum Phänomen Demenz einher. In dem kaum noch überschaubaren Angebot der Erklärungs- und Lösungsansätze lässt sich jedoch ein Konsens zur Deutung und Behandlung der Demenz nicht erkennen. Vielmehr werden unterschiedliche Wahrheiten zur Demenz mit Vehemenz vertreten und nicht selten als alternativlos gesetzt. Im Symposium soll daher eine kritische Bestandsaufnahme des derzeitigen Stands der Diskurse und Praktiken zum Thema Demenz unternommen werden.

In den Beiträgen geht es zunächst darum, die Wechselwirkungen zwischen Demenzdeutungen und technischen, politischen und zeitgeschichtlichen Entwicklungen darzustellen. Dabei kann gezeigt werden, dass die etablierte biomedizinische Perspektive niemals alternativlos war. Vielmehr pendeln Demenzdeutungen zwischen einer medizinischen und einer psycho-sozialen Erklärungsperspektive. Empirische Grundlage der Darstellung ist eine Übersicht über aktuelle Diskursanalysen zum Thema.

Im Anschluss daran wird auf der Grundlage einer systematischen Literaturanalyse nach der theoretischen Schlüssigkeit und praktischen Umsetzbarkeit von Konzepten zur Pflege von Menschen mit Demenz gefragt, die explizit oder implizit Position gegen eine rein medizinische Sichtweise beziehen und so eine Rettung des Person-Seins der Demenzbetroffenen versuchen. Untersucht werden die Validation nach Feil und nach Richard, das psychobiographische Modell von Böhm, die person-zentrierte Pflege nach Kitwood und die Mäeutik von van der Kooij.

Abschließend wirft das Symposium einen kritischen Blick auf die Rolle der Settings zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz, die als Materialisierung von Konzepten und als Gehäuse von sozialen Praktiken gesehen werden können. Demenz lässt sich damit als ein Dispositiv in Sinne Foucaults verstehen, und damit als ein Ensemble aus Diskursen, Institutionen, architektonische Einrichtungen, Gesetzen, administrative Maßnahmen, und wissenschaftlichen Aussagen, dessen Hauptfunktion darin besteht, auf den Notstand zu antworten, der durch Zunahme von Menschen mit Demenz entsteht. Die entsprechenden Ausführungen basieren auf der vorhandenen Forschungsliteratur sowie der Stellungnahmen von Experten und Expertinnen.

Literatur

1. Boggatz T, Brandenburg H, Schabel M Demenz. Ein kritischer Blick auf Deutungen, Pflegekonzepte und Settings. Kohlhammer, Stuttgart

S321-1

Settings für die Pflege von Menschen mit Demenz

H. Brandenburg

Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar

Der Beitrag thematisiert aus pflegewissenschaftlicher, gerontologischer und systemtheoretischer Perspektive Settings, in denen Langzeitpflege bei Menschen mit Demenz stattfindet, vor allem das Heim. Grundlegend ist die Überlegung, dass das räumlich-institutionelle Arrangement der Pflegearbeiten wichtig ist, jedoch die psychologische und soziale Dynamik innerhalb dieser Arrangements entscheidend für Lebensqualität und Wohlbefinden sind. Darüber hinaus ist es bedeutsam den Hintergrund, die Funktionsweise und den Kontext der Pflegearbeiten zu verstehen. Beispielsweise unterliegt das private Setting einer ganz anderen Ordnung, als dies im Heimsektor der Fall ist, der extern reguliert wird. Im ersten Schritt werden empirische Daten zur Versorgungssituation dargestellt. Es werden Ambivalenzen und Herausforderungen herausgearbeitet, die durch die Settings verstärkt oder gemindert werden können. Der zweite Schritt nutzt einen systemtheoretischen Zugang und thematisiert, wie und warum die Settings „funktionieren“. Dabei wird vor allem deutlich, dass Settings durch organisationale Eigenlogiken bestimmt sind und es als komplex anzusehen ist, hinter die damit verbundene Fassade der Inszenierungen zu blicken. In jedem Fall wird aus den Ausführungen erkennbar, dass eine gute Pflege nicht ohne die jeweiligen Person-Umwelt Konstellationen in Settings denkbar ist. Kluge Interventionen in Organisationen müssen diese Situation theoretisch und praktisch reflektieren – um dann die Konsequenzen zu ziehen, welche die Lebensqualität in den Einrichtungen nicht nur inszenatorisch nach vorne bringen. Den normativen Fluchtpunkt dafür markiert der letzte Teil, der einige Essentials der Gerontologischen Pflege – vor allem mit Verweis auf die britische Diskussion des Six Senses Framework von Mike Nolan – zur Sprache bringt.

S321-2

Demenz: Deutungsangebote und Deutungstransfers

M. Schnabel

Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg

Unterstützungssysteme für demenzbetroffene Menschen transportieren Leitideen zum Wesen demenzieller Veränderungen und zu den Bedürfnissen der Betroffenen. Als dominantes Erklärungsmodell kann dabei nach wie vor das biomedizinische Modell betrachtet werden. Angesichts des nicht eingelösten Heilungsversprechens werden seine Reichweite und Lösungskompetenz aktuell kritisch hinterfragt. Alternative Deutungsangebote zur senilen Demenz und Lösungsansätze jenseits der Biomedizin gewinnen an öffentlicher Aufmerksamkeit. Das ist im Grunde keine neue Entwicklung. Seit Alzheimers Erstbeschreibung verändert sich das Bild der Demenz zyklisch. Abhängig von den Bedingungen in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft wechseln sich strikt biologisch orientierte Sichtweisen und solche, die Demenz als soziales Problem betrachten, ab.

Die Darstellung dieser „diskursiven Natur“ der Alzheimer-Demenz ist das Ziel des Beitrages. Unter Verwendung poststrukturalistischer Begriffe und Theorieangebote wird die Formbarkeit von Demenzbildern innerhalb gesamtgesellschaftlicher Verständigungsprozesse dargelegt. Zunächst werden häufig formulierte Einwände gegen das biologische Paradigma der Demenz rezipiert. Daran anschließend wird dargestellt, welche Bedeutungstransfers die Demenz seit Alzheimers Erstbeschreibung bereits durchlaufen hat. Abschließend wird aufgezeigt, welche Erklärungen und Handlungsaufforderungen zur Demenz aktuell in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft angeboten und plausibilisiert werden. Dazu werden Ergebnisse einer eigenen hegemonietheoretischen Diskursanalyse herangezogen und mit den Ergebnissen weiterer Studien zur diskursiven Konstitution der Demenz ergänzt und erweitert.

Es kann gezeigt werden, dass in der öffentlichen Verhandlung der Demenz vier bzgl. ihrer Prämissen, Forderungen und Zielformulierungen jeweils spezifische „Diskurse“ unterschieden werden können. Quer dazu bleibt das alte Grundmuster von entweder strikt biologischen oder primär sozialen Problembeschreibungen und Lösungsansätzen auch in der aktuellen Debatte nachweisbar.

S321-3

Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz: Theorie – Methode – Kritik

T. Boggatz

Fakultät für angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf

Zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz wurden mehrere Konzepte entwickelt und in der Praxis implementiert. Alle diese Konzepte gehen davon aus, dass die Symptomatik und der Verlauf der Demenz wesentlich von der sozialen Umwelt der betroffenen Personen beeinflusst werden. Damit setzen sie sich von einer biomedizinischen Sichtweise ab und bieten Alternativen oder zumindest Ergänzungen zu einer pharmakologischen Behandlung der Demenz.

Im Rahmen dieses Vortrags werden die im deutschsprachigen bekanntesten Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz vorgestellt und diskutiert: Die Validation nach Feil und nach Richard, die person-zentrierte Pflege nach Kitwood und das psychobiographische Modell nach Böhm.

Nach der Beschreibung ihrer theoretischen Grundlagen und ihrer Methode soll ein kritischer Blick auf die Grenzen und Möglichkeiten dieser Konzepte geworfen werden, die sich zum Teil schon in ihren theoretischen Annahmen zeigen und bei dem Versuch ihrer Implementierung dann deutlich sichtbar werden – sofern eine solche Implementierung in pflegewissenschaftlichen Studien bereits untersucht worden ist. Eine Gegenüberstellung der Konzepte macht dabei deutlich, dass sich aus ihnen ge-

gensätzliche Anforderungen an die Pflegenden ergeben. Der Forderung nach Empathie, Nähe und Verständnis steht die Forderung nach einer analytisch distanzierten Haltung gegenüber. Während erstere Gefahr läuft, zu einer Überforderung und Selbstaufopferung der Pflegenden zu führen, kann letztere bei einer Verdinglichung der pflegebedürftigen Personen enden. Eine Auflösung dieses Widerspruches wird nicht auf theoretischer Ebene, sondern nur im Rahmen einer reflektierten Praxis möglich sein.

S322 Gerontologie und Weltbeziehung – Das Resonanzkonzept nach Hartmut Rosa und seine Anknüpfungspunkte für die Altersforschung

Moderation: A. Franke¹, A. Wanka², L. Bischoff³

¹Gesundheitswissenschaften/Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg; ²DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.; ³Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Hartmut Rosa hat in seinem Resonanzkonzept eine Antwort für die beschleunigte Gesellschaft formuliert und gleichzeitig eine neue Perspektive einer kritischen Theorie entworfen. Resonanz bedeutet hier, eine spezifische Art und Weise des verbunden Seins mit der Welt. Das Verhältnis zwischen Subjekt und Welt ist hier gekennzeichnet durch Schwingen mit- und ineinander. Ein gelingendes Leben zeichnet sich demnach nicht durch eine Akkumulation von Ressourcen, sondern durch eine Weltbeziehung und -anverwandlung aus, ein gegenseitiges Berühren von Subjekt und Welt. In dem Symposium soll das Resonanzkonzept und mögliche Berührungspunkte für die Soziale Gerontologie reflektiert werden. Am Beispiel exemplarischer Fragestellungen und Forschungsfelder soll die Anschlussfähigkeit an „Resonanz“ dargestellt und gemeinsam diskutiert werden.

Der Beitrag „**Resonanz – eine Thema für die Altersforschung?**“ (Annette Franke) klärt grundlegende Aspekte des Resonanzbegriffs und gibt einen kurzen Überblick zum aktuellen Stand des Konzeptes in seiner Anwendung verschiedener sozialwissenschaftlicher Themenfelder. Anna Wanka präsentiert in ihrem Beitrag „**Resonanz und Arbeit – Transformationen der Selbst-Welt-Beziehung am Übergang in die Nacherwerbsphase**“ Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie, die Menschen im Rentenübergang begleitet, und diskutiert die Transformationen in Resonanzbeziehungen, die in dieser liminalen Phase stattfinden. Der Beitrag „**Die Transformation von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen an nicht-institutionalisierten Paarbeziehungsübergängen im höheren Lebensalter**“ von Luisa Bischoff nähert sich dem Resonanzkonzept mit einem qualitativen Ansatz in Form von Leitfadeninterviews mit nie verheirateten Befragten im Alter von 50–75 Jahren und analysiert, wie sich die narrative Sinnhaft-Machung von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen in Bezug auf Paarbeziehungsübergänge im Alter im Spannungsfeld von Resilienz und Vulnerabilität bewegt. Der Beitrag von Lena Schmeiduch und Elisa Thevenot „**Sustainable communities – a time for resonance in older age**“ diskutiert, in welcher Form Resonanz beim Eintritt in eine Nachhaltigkeitsgemeinschaft als gesellschaftliche Nischenaktivitäten erlebt werden kann und welche theoretischen Schlussfolgerungen sich aus der Verknüpfung der sozialtheoretischen Betrachtung von gesellschaftlichen Nischen und Resonanzkonzept ergeben:.

S322-1

Resonanz – eine Thema für die Altersforschung?

A. Franke

Gesundheitswissenschaften/Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg

Im Resonanzkonzept nach Hartmut Rosa wird eine Lösung für die allgemeine gesellschaftliche Beschleunigung vorgeschlagen. Als eine spezifische Form der Weltbeziehung und Weltanverwandlung steht Resonanz auch

als Idee für ein gelingendes Leben, wobei die Erfahrungen von Resonanz sowohl in zwischenmenschlichen Interaktionen wie auch bspw. in musikalischen oder naturverbundenen Erlebnissen möglich sind. Zentral sind hier Selbstwirksamkeitserwartungen und Responsivitätsannahmen, die für eine Weltbeziehung entscheidend sind. Ebenso zeigt das Konzept eine Betonung auf körperlich-leibliche Erfahrungen im Gegensatz zu einer entfremdeten und verdinglichten Welt. Doch in welcher Form wirkt dieses Konzept auch fruchtbar auf Fragen der Sozialen Gerontologie aus? Inwiefern ergeben sich hier Erklärungen für ein gelingendes Leben im Alter oder „multisensorische Beziehungs- und Fürsorgeformen“, wie Heinrich Grebe sie für Menschen mit Demenz identifiziert hat? Der Beitrag eröffnet das thematische Symposium, indem die grundlegenden Prämissen und Schlüsselbegriffe des Resonanzkonzeptes skizziert werden. Dabei wird auch ein kurzer Abriss einiger interdisziplinärer Perspektiven gegeben.

S322-2

Resonanz und Arbeit – Transformationen der Selbst-Welt-Beziehung am Übergang in die Nacherwerbsphase

A. Wanka

DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.

Hintergrund und Fragestellung: An Übergängen im Lebenslauf verändern sich die Beziehungen zwischen dem Selbst und der Welt, was nach Hartmut Rosa als Resonanztransformation bezeichnet werden kann. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf den Übergang in die Nacherwerbsphase und damit auf den Ausstieg aus der Erwerbsarbeit als eine der zentralen Resonanzsphären in der Spätmoderne und fragt: Wie verändern sich Resonanzverfahren im Rentenübergang? Führt der Wegfall der Erwerbsarbeit zu mehr Resonanz oder gar zu Entfremdung?

Methode: Empirisch greift der Beitrag qualitatives Material der längsschnittlichen Mixed-Methods Studie „Doing Retiring“ (2017–22) auf und analysiert episodische Interviews und Fototagebücher von 30 Personen am Übergang in die Nacherwerbsphase.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass der Übergang von der Erwerbs- in die Nacherwerbsphase eine spezifische „Resonanzchoreografie“ beinhaltet: Auf ein Erleben von Resonanzlosigkeit bzw. Entfremdung am Ende des Erwerbslebens folgt eine liminale Resonanzphase, in der Menschen nach intensivierten Resonanzverfahren suchen. Dabei erweisen sich Resonanzverfahren jedoch häufig als „unverfügbar“, das heißt, sie lassen sich nicht willentlich durch bestimmte Produkte und Dienstleistungen, wie Coaching oder Wellness, herbeiführen. sich einem intentionalen Resonanzmanagement nicht zugänglich.

Zusammenfassung: Zusammenfassend zeigt sich das Potenzial einer Verbindung von Resonanztheorie, Übergangs- und Lebenslauforschung und gerontologischen Perspektiven, die sich auch in Praxisimplikationen für „resonantes Altern“ übersetzen lassen. Gleichzeitig bleiben methodologische Herausforderungen in der Messung und Operationalisierung von Resonanz ungelöst.

S322-3

Die Transformation von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen an nicht-institutionalisierten Partnerschaftsübergängen im höheren Lebensalter

L. Bischoff

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Fragestellung: Aus einer resonanztheoretischen Perspektive fungieren Partnerschaften als sogenannter „Resonanzhafen“, wodurch Übergänge in die Partner:innenlosigkeit als potenziell entfremdungsdynamisierend und Übergänge in neue Beziehungen als potenziell resonanzbezeugend erscheinen. Damit rekurriert das Resonanzkonzept auf normative Erwartungen an ein gelungenes Leben. Im Mittelpunkt des Beitrags steht dem-

entsprechend die Frage, wie sich Resonanz und Entfremdung an – von diesen normativen Erwartungen abweichenden – Partnerschaftsübergängen im höheren Lebensalter transformieren.

Methodik: Auf der Grundlage von Leitfadeninterviews – aus dem Dissertationsprojekt „Übergänge in die Partner:innenlosigkeit im höheren Lebensalter“ – mit nie verheirateten Befragten im Alter von 50–75 Jahren wird mit der Grounded Theory Methodology das Sinnhaft-Machen von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen an nicht-institutionalisierten Partnerschaftsübergängen analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse verdeutlichen, wie Resonanz- und Entfremdungserfahrungen narrativ mit normativen Vorstellungen eines guten Lebens in Bezug auf die Resonanzsphäre der Familie verknüpft werden. Sowohl Übergänge in die Partner:innenlosigkeit als auch in neue Partnerschaften werden als Anlässe zur Neuordnung der eigenen Weltbeziehung erzählt, die eine Suchbewegung nach (neuen) Resonanzsphären anstoßen und die gleichermaßen entfremdungsdynamisierend und resonanzbezeugend wirken können. Wie Partnerschaftsübergänge und die entsprechenden Resonanztransformationen sinnhaft gemacht werden, ist damit verschränkt, ob der Status des Ledig-Seins als Entfremdungs- oder als Resonanzquelle erlebt wird und damit, in welchem Grad sie durch Unverfügbarkeit geprägt sind.

Zusammenfassung: Um das Resonanzkonzept für die Soziale Gerontologie anschlussfähig zu machen, fokussiert der Beitrag auf die Potenziale für Resonanz erleben sowie die Gefahr von Entfremdungserleben an Partnerschaftsübergängen. Somit veranschaulicht der Beitrag, wie sich die narrative Sinnhaft-Machung von Resonanz- und Entfremdungserfahrungen an – von normativen Erwartungen abweichenden – Partnerschaftsübergängen im Alter im Spannungsfeld von Resilienz und Vulnerabilität bewegt.

S322-4

Sustainable communities—a time for resonance in older age

L. Schmeiduch¹, E. Thevenot²

¹Universität Osnabrück, Osnabrück; ²Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen

Objective: Sustainable communities such as ecovillages and other environmental initiatives offer not only niches to act in accordance with sustainable values but also to experience alternative social, material, and temporal qualities. Thus, the phase of transition into a sustainable community becomes a fruitful observatory for resonance transformation, although on the border between experiencing and forcing adaptation to these new qualities. The present study will question older adults' experience and entrainment to temporal shift when entering a community niche and its heuristic potential for resonance theory.

Method: Members of different sustainable communities took part in qualitative interviews and were asked about how they became part of their respective community. Drawing on methods from structural and thematic analysis, these interviews are analyzed with regards to the individual life journey leading up to the transition into the niche. In addition, individual motives for joining a community as well as initiating new practices in the community with regards to creating a personal living space in higher age were examined.

Result: The results illustrate how individuals reorganize their relationship to oneself and the world when taking part in a sustainable initiative. More specifically, the results point to the significance of shifting temporalities to make sense of the new relations in the context of age and the perceived phase of the individual life journey. Results also demonstrate to what extent individuals' resonance experience in the niche are in contingency with other transitions that come with older age. Lastly, an analysis of references to the sustainable community as a new space of resonance in older age is presented.

Conclusion: Investigating experiences of transition into sustainable communities as shifts in temporalities allows for new insights into specific spaces of resonance in older age. After mastering the transitional process

to entrain to alternative qualities of the sustainable community, the niche can provide unique opportunities to experience solidarity, connectedness and resonating values.

S323 Kleidung im Alter als Praxis der Sichtbar- und Unsichtbarmachung

Moderation: J. Hahmann¹, M. Leontowitsch²,

Diskutant:in: A. Depner³

¹Soziale Arbeit, Transkulturalität und Gender, Universität Vechta, Vechta; ²Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.; ³Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Kleidung ist ein universales soziales Phänomen. (Sich) kleiden, hier verstanden als soziale und körperliche Praxis, ist für die Konstruktion von sozialer Identität bedeutend und macht die Wechselwirkung von sozialer Anforderungen und individueller Handlungsmacht sichtbar. Der alternde, vergeschlechtlichte Körper sieht sich konfrontiert mit gesellschaftlichen Anforderungen, die die Sicht auf und den Umgang mit dem eigenen Körper beeinflussen. Dabei steht der weiblich gelesene, alternde, bekleidete Körper unter besonderer Beobachtung: Soziale Anerkennung erlangt er einerseits durch eine Unterwerfung der Leistungsanforderungen der Gesellschaft, andererseits gilt die Gefahr, nicht „würdevoll“ zu altern. Der Umgang mit gesellschaftlichen Ansprüchen, sich veränderten Körpern und subjektiver Selbstwahrnehmung ist für Personen, die sich als Frauen identifizieren, ein Aushandeln von Handlungsmacht und Unterworfenheit von sich fortlaufend ändernden Ansprüchen und Anforderungsprofilen. Gesellschaftliche Diskurse um ein erfolgreiches Altern hat auch bei Männern* das Thema Kleidung neu bewertet bzw. in den Fokus gerückt. Auch wenn die Bewertung des körperlichen Alterungsprozess für sie später einsetzt als bei Frauen*, sind selbst- und fremdzugeschriebene Bewertungsprozesse möglich. In dieser Ambivalenz können Frauen* und Männer* in unterschiedlicher Weise handlungsmächtig werden und beispielsweise affirmativ oder subversiv auf die Anforderungen reagieren. Soziale Medien spielen dabei zunehmend eine Rolle, nicht nur in der Alltagsgestaltung sondern als Bühne der Präsentation. Die multidirektionale Kommunikation durch Bilder, Sprache, Kommentare oder Symbole in sozialen Medien können Praktiken der Sichtbarmachung sowohl handlungsmächtig als auch riskant gelesen werden. Das Symposium widmet sich dem Thema der Handlungsmächtigkeit im Alter durch Kleidung im digitalen wie nicht-digitalen Sozialraum.

S323-1

„Wir haben wie die Puppen ausgesehen“: Kleidung als biographische Verhandlung von Attraktivität und Verlust

M. Leontowitsch¹, M. Krebs¹, J. Hahmann²

¹Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.; ²Soziale Arbeit, Transkulturalität und Gender, Universität Vechta, Vechta

Das Projekt KAPS (Sehen und gesehen werden? Kleidung im Alter als biographische Praxis der Sichtbar- und Unsichtbarmachung) widmet sich der Frage, inwiefern sich als weiblich identifizierende Personen über 70 Jahren im Umgang mit Kleidung und gesellschaftlichen Anforderungen sich selbst als handlungsmächtige Akteurinnen begreifen und wie sie Fragen nach (Un)Sichtbarkeit und Attraktivität fortlaufend neu verhandeln. Hierzu wurden narrative Interviews mit biografischen Anteilen mit Frauen im Alter von 70–92 Jahren geführt. Für eine maximale Kontrastierung der Fälle wurde ein diverses Sample in Bezug auf Einkommen, Gesundheit, Bildungsstand und Alter rekrutiert. Es wurden zudem Fotografien (im Sinne von Photo Elicitation) von Kleidungsstücken gemacht, die die Teilnehmerinnen entweder im Vorfeld aussuchten oder während des Interviews

in Antwort auf die Frage nach „Lieblingsstücken“, „Alltagsstücken“, „beste Stücke“ wählten. Das gesamte methodische Vorgehen folgt der Grounded Theory Methodology und Situationsanalyse. Die Auswertung führte zu drei Themenarenen: „Zeitlichkeit“ (Lebenslaufperspektive und zeitliche Situiertheit von Kleidung), „Bühne“ (Kleidung als soziale Interaktion) und „Kleidung heute“ (Verhandlung von Schönheit und Verlust). Übergeordnet zu den Arenen hat Kleidung für die interviewten Frauen unterschiedliche Bedeutungen (Frivolität, Ausdruck von sozialen Status, Vehikel der Ausgrenzung, Ausdruck von ‚Schönheit‘ mit Aufwand verbunden), die durch Lebensalter, körperliche Veränderungen, raum-zeitliche Verortung, soziale/ökonomische Lebensbedingungen, Mode, Wohnform und Platz für Kleidung gestärkt oder geschwächt werden. Die Interpretation der Daten vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen zeigt, dass Kleidungswahl bis ins hohe Alter zeithistorisch/biographisch geprägt ist und fortlaufend neu verhandelt wird. Sich Kleiden ist selbstverständlich, aber nie beliebig.

S323-2

Nähen als materielle Praxis: Zur Bekleidung und Verhandlung des alternden, vergeschlechtlichten Körpers

J. Hahmann

Soziale Arbeit, Transkulturalität und Gender, Universität Vechta, Vechta

Die Bekleidung des alternden, vergeschlechtlichten Körpers unterliegt dem „double standard of ageing“ (Sontag 1972) und ist zudem beeinflusst vom Design-Verständnis der Kleidungsindustrie (Twigg 2017). Diese sieht für ebenjene Körper spezifische Schnitte, Muster und Farben vor, die möglichst kaschieren, bedecken und damit unsichtbar machen. Einen Ausweg aus dieser Altersmarkierung (Twigg 2007) bietet die Herstellung eigener Kleidung. Diese Strategie wird anhand von Blog-Beiträgen (Bain 2016) von älteren Selbbernäherinnen analysiert, die den eigenen Körper als präzise zu vermessendes Material verstehen, das über altersspezifische, aber ebenso über individuelle Merkmale verfügt, die es zu verstehen gilt, bevor Kleidung hergestellt werden kann. Der Prozess des Nähens, des Anpassens und des Präsentierens erfordert zahlreiche Kompetenzen, in denen unter anderem ein zweidimensionales Schnittmuster an einen dreidimensionalen Körper angepasst werden muss. In der Darstellung des Nähprozesses im Internet können die Autorinnen sich demnach als kompetente Näherrinnen darstellen, deren technisches Verständnis von körperlichem Material wie von Stoff, Schnittmuster, Nähmaschine und anderem es ermöglicht, den Körper subjektiv angemessen zu bekleiden (Hahmann 2018). Damit ist in einem zweiten Schritt das Unterlaufen von in den Postings benannten Altersnormen möglich (Hahmann 2021). Die untersuchten Frauen umgehen die Unsichtbarmachung und inszenieren sich als attraktiv, begehrenswert sowie als „fashionable personae“ (Titton 2015).

S323-3

Vernetzt – Der Blick auf Alters- und Körperbilder von älteren Frauen

M. Waldschmitt

Goethe Universität Frankfurt am Main, Edesheim

Recherchiert man „sich Kleiden im Alter“ oder „Kleidung im Alter“ mit einer virtuellen Suchmaschine erscheinen etliche Seitenergebnisse. Solche die weniger zeigen, wie man aussieht, aber etliche Vorschläge geben, wie man auszusehen hat. Deutlich wird hierbei: es scheint hier eine Rolle zu spielen, alt aussehen zu vermeiden. Der Vortrag geht der Frage nach, wie Frauen* im Alter gesehen werden und inwiefern sie in ihrer Kleidungspraxis von ihrer Umwelt und ihren Erfahrungen im Laufe ihrer Biographie beeinflusst werden. Die Diversität der Biografien legitimiert die Variation der Bedeutung von Aussehen und dahingehend einer Kleidungspraxis.

Im Fokus dessen stand nicht nur die Wechselwirkung der Person mit biografischen Erlebnissen, gesellschaftlichen Erwartungshaltungen und dem Bedürfnis nach Ausdruck und Sichtbarkeit. Vielmehr konstituierten sich Identitäten durch den Wunsch nach Selbstbestimmung und Anerkennung. Einfluss auf die Bedeutung von dem eigenen Aussehen im Alter haben sowohl individuelle Erlebnisse als auch Beziehungsgeflechte, die (sub)kulturelle Umgebung und der Anspruch selbstbestimmt zu Handeln. Die Daten wurden im Sommer 2021 erhoben, als die Corona-Pandemie das soziale Leben stark eingeschränkt hatte. Zum Schutz der Forschungsteilnehmer*innen und der Forscherin wurde eine digitale Datenerhebungsmethode gewählt. Dabei wurde Facebook als soziales Medium genutzt, das ursprünglich ein junges Publikum adressiert. Bei diesem Vorgehen war es zudem Ziel über Personen jüngerer Alters an Frauen* in höherem Alter zu gelangen und das Medium Facebook sozusagen als „Wegbereiter“ für Kontakte nutzen zu können. Ähnlich dem „Schneeballprinzip“ gelang es Teilnehmerinnen zu rekrutieren, die dort als Zielgruppe noch unterrepräsentiert sind.

S323-4

Kleidung als Erinnerungsobjekt und Selbsta Ausdruck. Konstruktionen von Identität und Autonomie(verlust) bei Menschen mit Demenz

A.-K. Adams

Interdisziplinäre Altersforschung, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt a. M.

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der Körperlichkeit von Erinnerung vor dem Hintergrund einer demenziellen Erkrankung einerseits – andererseits betrachtet er das Verhältnis von Kleidung und alterndem, vergeschlechtlichem Körper auch im Zusammenhang mit der Einschränkung von Autonomie durch das Auftreten demenzieller Symptome. Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen einer qualitativ-empirischen Dissertation, in der Möglichkeiten kultureller Teilhabe für Menschen mit Demenz erforscht wurden sowie auf Erfahrungen eines Praxis-Projektes mit Menschen mit und ohne Demenz zur biographischen Bedeutung von Kleidung. Sowohl in der Forschung als auch in der praktischen sozialen Arbeit wird die Bedeutung von Kleidung für Menschen mit Demenz bisher wenig thematisiert. Im Beitrag werden unterschiedliche Perspektiven auf die Bedeutung von Kleidung, Mode und Körper für Menschen mit Demenz aufgemacht: Zunächst vor dem Hintergrund des Habitus-Konzepts nach Pierre Bourdieu – als in Form des Habitus in den Körper eingeschriebene Erinnerung an Verhaltensweisen und Wahrnehmungsmuster sowie in seiner distinktiven Funktion (Bourdieu 1987; vgl. auch Barlösius 2006). Das Verhältnis von Demenz und Körper wird darüber hinaus vor der Folie der Kulturgerontologie untersucht; verbunden mit einer Kritik an Zuschreibungen wie dem ‚Verlust des Selbst‘ bei einer demenziellen Erkrankung, welche die körperliche Dimension der Persönlichkeit weitgehend außer Acht lassen (vgl. Kontos 2015). Der eigene Körper gewinnt bei Menschen mit Demenz an Relevanz, wie auch Ergebnisse der dem Beitrag zugrundeliegenden Dissertation zeigen, da er bei zunehmend eingeschränkter Fähigkeit, Dinge kognitiv zu erfassen, als Wahrnehmungsinstrument erhalten bleibt. Angebote kultureller Teilhabe und psychosoziale Interventionen rücken das körperliche Empfinden und das Potenzial kreativen Selbsta drucks zur Förderung des Wohlbefindens in den Fokus (vgl. z. B. Haberstroh & Pantel 2010; Kollak 2016; Ganß 2013). Der Beitrag möchte in Ergänzung hierzu auf die komplexen Zusammenhänge zwischen einer demenziellen Erkrankung und Kleidung hinweisen; von Kleidungsstücken, die ‚zur zweiten Haut geworden‘ sind über Erinnerungen an die Modesünden der eigenen Jugend bis hin zum als altersangemessen angesehenen Stil. Gleichzeitig werden vor dem Hintergrund eines Pflegebedarfs Möglichkeiten des Erhalts von Autonomie und Individualität durch die Wahl der Kleidung virulent.

S324 Entwicklung der Lebenssituation sehr alter Menschen – Längsschnittbefunde aus dem NRW80+ Hochaltrigenpanel

Moderation: R. Kaspar¹, M. Reissmann¹

Diskutant: O. Schilling²

¹Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln; ²Abteilung für psychologische Altersforschung, Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Das sehr hohe Lebensalter ist durch eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für Ressourcenverluste im sozialen und gesundheitlichen Bereich charakterisiert. Gleichzeitig stellen Menschen im Alter von 80 Jahren oder älter eine besondere Bevölkerungsgruppe dar, für die spezifische Formen der Resilienz und Chancen für Reife und Wachstum angenommen werden. Wie sich Ressourcenlagen und Entwicklungsergebnisse in wesentlichen Lebensbereichen darstellen und über den Verlauf der Hochaltrigkeit hinweg verändern, ist dagegen noch häufig unklar.

Methode: Das am Ceres seit Mitte 2015 durchgeführte und vom Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen (MKW) geförderte NRW80+ Hochaltrigenpanel soll zuverlässige und repräsentative Aussagen über die Lebenssituation und Lebensqualität hochaltriger Menschen ermöglichen und Hinweise zur Förderung gelingenden Lebens im sehr hohen Alter geben. Die Studie schließt Personen in Privathaushalten und in Heimen ein. Nach ausführlichen Machbarkeitsstudien wurde 2017/2018 eine erste landesweite Repräsentativbefragung mit insgesamt 1863 in Hausbesuchen durchgeführten Interviews realisiert. In 2019 und 2020 (vor der Coronapandemie) wurden 912 Zweitinterviews realisiert.

Ergebnisse: Im Symposium werden erstmalig auch längsschnittliche Befunde aus dem Hochaltrigenpanel präsentiert und diskutiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Phase des hohen Alters durch anhaltende Ungleichheiten mitbestimmt und vielfach von ungünstigen Entwicklungen geprägt ist. Daneben zeigen sich aber auch stabilisierende soziale und kontextuelle Ressourcen und die Möglichkeit, bis ins höchste Lebensalter hinein Altersgewinne zu erfahren.

1. Sozioökonomische Ungleichheiten in der funktionalen Gesundheit bei hochaltrigen Menschen in Deutschland. *Jonas Fey, Jaroslava Zimmermann*
2. Kontinuität, Kumulation oder Destrukturierung? Ergebnisse der NRW80+-Studie zu gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter. *Judith Wenner, Jonas Fey, Susanne Zank, Michael Wagner*
3. Veränderungen des subjektiven Alternserlebens im hohen Alter – Prädiktoren wahrgenommener Gewinne und Verluste über einen 2-Jahres-Zeitraum. *Roman Kaspar, Hans-Werner Wahl, Manfred Diehl, Susanne Zank*
4. Entwicklung von Autonomie und aktiver Verbundenheit mit dem Leben in der Hochaltrigkeit. *Marcella Reissmann, Veronica Oswald, Roman Kaspar*

S324-1

Sozioökonomische Ungleichheiten in der funktionalen Gesundheit bei hochaltrigen Menschen in Deutschland

J. Fey, J. Zimmermann

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln

Fragestellung: Altern geht in der Regel mit einer Verschlechterung der funktionellen Gesundheit einher. Hierbei gibt es Hinweise, dass soziale Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger von funktionellen Beeinträchtigungen betroffen sind als andere. Wir wollen daher untersuchen, inwieweit sozioökonomische Faktoren mit funktionellen Fähigkeiten in der Hochaltrigenpopulation assoziiert sind.

Methodik: Wir haben Daten aus beiden Wellen der bevölkerungsbezogenen Längsschnittstudie „Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW80+)“ verwendet, in der Personen im Alter von 80 Jahren und mehr in Nordrhein-Westfalen befragt wurden. Die funktionale Gesundheit wurde als subjektive Einschätzung des Hilfebedarfs bei den basalen (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) gemessen. Der sozioökonomische Status wurde anhand des Bildungsniveaus (ISCED) und der Bewertung der Wohnlage (durch den Interviewenden) erhoben. Um den Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Faktoren und der funktionellen Gesundheit über den Studienzeitraum zu analysieren, wurden Random Intercept Modelle unter Berücksichtigung von zeitlich variierenden sowie zeitlich stabilen Variablen berechnet. Relevante soziodemografische und gesundheitliche Merkmale wurden als Kontrollvariablen im zweiten Schritt in die Modelle hinzugefügt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass hochaltrige Menschen mit hoher oder mittlerer Bildung höhere Werte (niedrigerer Hilfebedarf) in ADL als auch in IADL berichteten. Personen mit hohem und mittelmäßigem Bildungsniveau unterschieden sich in diesem Effekt nur geringfügig voneinander. Das Wohnen in schlechteren Wohnlagen (im Verhältnis zu guten Wohnlagen) war mit niedrigeren Werten (höherer Hilfebedarf) in IADL assoziiert.

Zusammenfassung: Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Bildung und in Ansätzen auch Wohnlage funktionelle Gesundheit im hohen Alter vorhersagen kann. Hierbei scheinen die Unterschiede zwischen der mittleren und hohen Bildung gering zu sein und besonders niedrig gebildete hochaltrige Menschen können als vulnerabel bezeichnet werden. Um diese Ungleichheiten zu verringern, sind zielgruppenspezifische Maßnahmen erforderlich, die sich vor allem auf niedrig gebildete und/oder in sozioökonomisch benachteiligten Wohnvierteln lebende Menschen konzentrieren sollten. Dazu könnte beispielsweise die Förderung der Gesundheitskompetenz oder die Inklusion des Sozialraums für ältere Menschen beitragen.

S324-2

Kontinuität, Kumulation oder Destrukturierung? Ergebnisse der NRW80+-Studie zu gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter

J. Wenner¹, J. Fey¹, S. Zank², M. Wagner³

¹Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln; ²Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ³Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln

Fragestellung: Gesundheitliche Ungleichheit ist empirisch gut belegt. Unklarheit besteht jedoch darüber, ob gesundheitliche Ungleichheit im sehr hohen Alter in gleicher Weise wie im mittleren Alter bestehen bleibt (Kontinuität), ob sie sich stetig akkumuliert (Kumulation) oder ob sie sich im hohen Alter sogar abschwächt (Destrukturierung) – nicht zuletzt aufgrund der sozialen Ungleichheit in der Lebenserwartung, die es für Personen mit niedrigerem sozialen Status unwahrscheinlicher macht, das hohe Alter überhaupt zu erreichen. Ziel dieses Beitrags ist es, diese drei Hypothesen empirisch zu untersuchen.

Methodik: Grundlage der Analysen sind repräsentative Querschnittsdaten der 1. Welle von 1863 Hochaltrigen und Panel-Daten von 912 Teilnehmenden der 1. und 2. Welle der NRW80+-Studie (im Schnitt 1,8 Jahre Abstand). Gesundheitliche Outcomes der Analysen sind subjektive Gesundheit, Multimorbidität (Anzahl chron. Erkrankungen) und Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Indikatoren des sozioökonomischen Status (SES) sind Bildung (3-stufig nach ISCED), Berufsstatus (ISEI08) und das Nettoäquivalenzeinkommen. In multiplen Regressionsmodellen werden Querschnitts- und Längsschnittbefunde verglichen. Dabei wird auch die Selektivität von W1 zu W2 berücksichtigt (Ausfallmodell für die Längsschnitt-Gewichtung).

Ergebnisse: Im Querschnitt zeigt sich gesundheitliche Ungleichheit für alle SES-Variablen: Hochaltrige mit niedriger Bildung und niedrigem Ein-

kommen haben eine schlechtere subjektive Gesundheit und höhere Pflegebedürftigkeit. Niedriger Status geht einher mit höherer Pflegebedürftigkeit. Unter Kontrolle der Gesundheitsvariablen zu W1 zeigt sich für Panel-Teilnehmer*innen zu W2 eine leichte Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit: niedriges Einkommen und niedriger Status gehen mit leicht höherer Multimorbidität einher und niedrige Bildung mit höherer Pflegebedürftigkeit.

Zusammenfassung: Trotz der sozial-bedingten ungleichen Chancen, das hohe Alter zu erreichen, ist gesundheitliche Ungleichheit auch im hohen Alter präsent und nimmt sogar geringfügig zu. Die Ergebnisse sprechen gegen die Destrukturierungshypothese und für die Kontinuitäts- oder unter Umständen für die Kumulationshypothese. Ein besseres Verständnis der Mechanismen, die zu der anhaltenden Ungleichheit führen, kann bei der Entwicklung zielgerichteter Interventionen auch im hohen Alter helfen.

S324-3

Veränderungen des subjektiven Alternserlebens im hohen Alter – Prädiktoren wahrgenommener Gewinne und Verluste über einen 2-Jahres-Zeitraum

R. Kaspar¹, H.-W. Wahl², M. Diehl³, S. Zank⁴

¹Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln; ²Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Department for Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins/USA; ⁴Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Das sehr hohe Lebensalter ist durch eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für Ressourcenverluste im sozialen und gesundheitlichen Bereich charakterisiert. Es wird angenommen, dass sich das Verhältnis von erlebten Altersgewinnen zu Altersverlusten in der Hochaltrigkeit entsprechend ungünstig entwickelt (Smith, 2003). Wir untersuchen intraindividuelle Verläufe der subjektiven Wahrnehmung von Veränderungen mit dem eigenen Älterwerden (AARC, Diehl & Wahl, 2010) über einen Zeitraum von 2 Jahren in einer großen bevölkerungsrepräsentativen Gruppe von hochaltrigen Menschen. Als mögliche Prädiktoren für diese Verläufe werden Veränderungen in der Anzahl behandelter Erkrankungen, Kognition, Alltagsselbständigkeit (IADL) und Freizeitverhalten untersucht.

Methode: Analysiert werden Daten von 840 Teilnehmer:innen des NRW80+ Hochaltrigenpanels mit Selbstauskünften zu beiden Messzeitpunkten. Die längsschnittliche Invarianz der AARC-Skala wird nachgewiesen. Zur Vorhersage von Altersgewinnen und Altersverlusten wurde ein semi-cross-lagged fixed effects model (Allison et al., 2017) geschätzt mit dem neben der Kontrolle von invarianten Confoundern auch mögliche Effekte von subjektivem Alternserleben auf die (gesundheitliche) Entwicklung (reverse causality) berücksichtigt werden.

Ergebnisse: Auch in der Hochaltrigkeit überwiegen erlebte Altersgewinne gegenüber Altersverlusten, das Verhältnis wird jedoch ungünstiger. Entwicklungsverläufe werden über Altersgruppen hinweg zwar homogener, unterscheiden sich aber auch bei den ältesten Befragten noch signifikant voneinander. Altersverluste sind durch IADL-Veränderungen bestimmt, nicht jedoch durch Veränderungen der Kognition, Multimorbidität oder Freizeitaktivitäten. Geringere erlebte Altersgewinne werden ausschließlich durch einen Verlust an Freizeitaktivitäten vorhergesagt. Für beide Modelle zeigt sich, dass es nötig ist, parallel auch den Einfluss von T1-Alternserleben auf die Teilhabe und Gesundheit zu T2 zu berücksichtigen.

Fazit: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Phase des hohen Lebensalters von einem deutlichen Anstieg erlebter Verluste mit dem eigenen Älterwerden gekennzeichnet ist. Gleichzeitig scheinen (weitere) Veränderungen in der Multimorbidität oder der kognitiven Leistungsfähigkeit das Alternserleben sehr alter Menschen nur wenig mitzubestimmen.

S324-4

Entwicklung von Autonomie und aktiver Verbundenheit mit dem Leben in der Hochaltrigkeit

M. Reissmann, V. Oswald, R. Kaspar

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Gelingende Lebensführung findet im Spannungsfeld zwischen subjektiven und externalen Bewertungen statt und wird ermöglicht durch die Kongruenz von Ansprüchen bzw. Möglichkeiten der Person selbst und ihres unmittelbaren bzw. gesellschaftlichen Kontexts. Als Beispiele hierfür werden die erlebte Autonomie und aktive Verbundenheit mit dem Leben von Menschen ab 80 Jahren betrachtet. Es wird untersucht, welche Konsequenzen veränderte gesundheitliche und soziale Ressourcenlagen für diese Facetten gelingender Lebensführung im hohen Alter haben.

Methodik: Die Analysen beruhen auf Daten von $N = 840$ nach ca. 2 Jahren wiederholt persönlich befragten Teilnehmenden des NRW80+ Hochaltrigenpanels. Autonomie wurde mit der Frage „Gestalten Sie Ihr Leben nach Ihren eigenen Vorstellungen?“ erfasst. Aktive Verbundenheit mit dem Leben wurde mit einer Subskala der Valuation of Life Skala (Lawton et al., 2001) erhoben. Als Prädiktoren intra-individueller Veränderungen von Autonomie und Lebensverbundenheit werden Veränderungen in gegebener und erhaltener Unterstützung (finanziell, instrumentell, emotional) sowie in der Nutzung formaler Unterstützungsangebote untersucht. Kontrolliert wird für Geschlecht, Lebensalter sowie für Veränderungen in funktionaler und subjektiver Gesundheit.

Ergebnisse: Autonomieerleben und Lebensverbundenheit sind im sehr hohen Alter miteinander verbundene Konzepte (Welle 1: $r = 0,39^{***}$; Welle 2: $r = 0,36^{***}$). Für ihre Entwicklung scheinen jedoch unterschiedliche Prädiktoren ausschlaggebend: Der Verlauf von Autonomieerleben ist durch Änderungen in funktionaler Gesundheit, erhaltener emotionaler Unterstützung sowie im Verhältnis von erhaltener und gegebener emotionaler Unterstützung mitbestimmt. Subjektive Gesundheit scheint dagegen für die Aufrechterhaltung von Autonomie nicht mehr ausschlaggebend, wenn intra-individuelle Veränderungen und mögliche entgegengesetzte Wirkbeziehungen berücksichtigt werden. Eine höhere Lebensverbundenheit zeigt sich bei höherer funktionaler und subjektiver Gesundheit sowie bei mehr gegebener emotionaler Unterstützung. Effekte von intra-individuellen Verlusten können jedoch nur für funktionale Gesundheit nachgewiesen werden.

Fazit: Verluste in der Alltagselbstständigkeit führen zu Verlusten in beiden Facetten gelingender Lebensführung. Investitionen in soziale Beziehungen hingegen scheinen sich im Sinne gelingender Lebensführung auch im hohen Alter positiv auszuwirken.

S325 Risiken und Resilienz – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zur Lebenssituation älterer Menschen in der Corona-Pandemie

Moderation: J. Simonson, C. Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin

Ältere Menschen waren von der Corona-Pandemie in besonderem Maße betroffen. Schwere Krankheitsverläufe und Mortalität gab es bei Älteren sehr viel häufiger als bei Jüngeren. Aufgrund des für sie riskanteren Verlaufs einer Covid-19-Erkrankung, aber auch aufgrund des öffentlichen Diskurses, der insbesondere zu Anfang der Pandemie die Vulnerabilität älterer Menschen betonte und sie häufig als homogene Gruppe, die besonders strenge Maßnahmen zur sozialen Distanzierung einhalten sollte, darstellte, haben sich ältere Menschen möglicherweise stärker aus dem öffentlichen Leben zurückgezogen als jüngere.

Im Symposium möchten wir Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf unterschiedliche Aspekte der Lebenssituation älterer Menschen wie körperliche Aktivität, familiäre Pflege und Wohlbefinden, Einzelbetreuung sowie ehrenamtliches Engagement vorstellen und in Hinblick auf ihre Bedeutung für Resilienz und Vulnerabilität älterer Menschen diskutieren.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine Quer- und Längsschnittbefragung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte, die seit 1996 regelmäßig durchgeführt wird und mit ihrem kohortensequenziellen Design Aussagen zum sozialen Wandel, zu Entwicklungen im individuellen Längsschnitt sowie zum historischen Zeitvergleich von individuellen Veränderungen ermöglicht. Entwicklungen in der Corona-Pandemie können auf Basis des DEAS anhand von zwei Panel-Erhebungen nachgezeichnet werden: einer schriftlichen Kurzbefragung im Sommer 2020 ($n = 4823$) sowie einer telefonisch durchgeführten Befragung im Winter 2020/21 ($n = 5402$).

Die Befunde des DEAS belegen vielfältige Einschnitte in den Lebenssituationen älterer Menschen während der Pandemie. So ließen beispielsweise körperliche Aktivitäten unter Menschen in der zweiten Lebenshälfte nach Beginn der Pandemie nach. Andererseits zeigen sich empirisch auch Lebensbereiche mit einer starken Resilienz älterer Menschen wie die Einzelbetreuung und das ehrenamtliche Engagement. Dabei lassen sich teilweise deutliche Unterschiede innerhalb der Gruppe älterer Menschen erkennen, die auf die Heterogenität der Lebensphase Alter sowie auf soziale Ungleichheiten verweisen.

S325-1

Wie wirkte sich die COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden pflegender Angehörigen aus? Eine Längsschnittstudie für ältere Erwachsene in Deutschland

N. Kelle¹, U. Ehrlich¹, K. Möhring²

¹Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin; ²Universität Mannheim, Mannheim

Nachdem der erste Corona-Fall im Dezember 2019 in Wuhan identifiziert wurde, verbreitete sich das Virus weltweit und führte zu der noch immer anhaltenden COVID-19-Pandemie. In diesem Beitrag beleuchten wir die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, depressive Symptome und Einsamkeit) verschiedener Gruppen von pflegenden Angehörigen (*neue* Pflegende, *kontinuierlich* Pflegende, *diskontinuierlich* Pflegende und *ehemals* Pflegende) im Vergleich zu Nicht-Pflegenden in Deutschland. Auf der Grundlage der existierenden Literatur ist anzunehmen, dass das Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen stärker negativ von der COVID-19-Pandemie betroffen war als das von Nicht-Pflegepersonen. Selbst in prä-pandemischen Zeiten bestätigen Studien die Annahmen des Stressprozessmodells für pflegende Angehörige: Familiäre Pflege ist für viele Angehörige eine anhaltende Stressursache mit negativen Konsequenzen für das Wohlbefinden.

Den Analysen zu Veränderungen im Wohlbefinden zwischen 2017 (vor der Pandemie), Juni/Juli 2020 (erste Welle der Pandemie) und Dezember/März 2020/21 (zweite Welle der Pandemie) liegt eine Stichprobe von über 3000 Personen im Alter von 43–97 Jahren aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) zugrunde. Unter Verwendung von Fixed-Effects-Regressionen zeigt sich, dass sich die Pandemie sowohl auf das Wohlbefinden der Nicht-Pflegepersonen als auch auf das der Pflegepersonen negativ auswirkt. So zeigen sich erhöhte Werte bei depressiven Symptomen und Einsamkeit im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie. Die Veränderungen bei den depressiven Symptomen der pflegenden Angehörigen unterschieden sich nicht wesentlich von denen der Nicht-Pflegenden. Die Einsamkeit nahm jedoch bei den kontinuierlich Pflegenden vor allem in der ersten Pandemie-Welle stärker zu als bei den Nicht-Pflegenden.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Notwendigkeit, das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen weiterhin genau zu beobachten. Der Anstieg der Einsamkeit unter den pflegenden Angehörigen könnte auf eine besonders ausgeprägte Form der sozialen Isolation hindeuten,

die pflegende Angehörige insbesondere in der ersten Pandemie-Phase erleben. Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Abschwächung der Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung auch speziell auf die pflegenden Angehörigen zugeschnitten werden müssen, da diese sich nur bei gutem Wohlbefinden um die Gesundheit anderer sorgen können.

S325-2 Enkelbetreuung in der Corona Pandemie

M. Bünning, O. Huxhold
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Viele Großeltern beteiligen sich regelmäßig an der Betreuung ihrer Enkelkinder. Sie haben so die Möglichkeit, eine enge Beziehung zu ihren Enkelkindern aufzubauen und entlasten gleichzeitig die Eltern, insbesondere, wenn diese erwerbstätig sind und die Arbeitszeiten nicht vollständig durch Kitas und Schulen abgedeckt werden können. In der Corona-Pandemie haben sich die Rahmenbedingungen für die Enkelbetreuung verändert. Einerseits reduzierten die Kontaktbeschränkungen die Möglichkeiten informeller Kinderbetreuung. Dies galt insbesondere für ältere Menschen, die als Risikogruppe dargestellt wurden, die durch das Virus besonders gefährdet sei. Andererseits stieg aufgrund von geschlossenen Kitas und Schulen der Bedarf an informeller Betreuung, sodass Großeltern hier womöglich ausgeholfen haben. Zudem hat sich in der Pandemie möglicherweise der Zusammenhang zwischen Enkelbetreuung und Wohlbefinden verändert: Enkelbetreuung konnte einerseits womöglich sozialer Isolation in der Pandemie vorbeugen, andererseits aber aufgrund der Ansteckungsgefahr auch mit erhöhten Belastungen verbunden gewesen sein.

Dieser Beitrag untersucht daher auf Basis des Deutschen Alterssurvey (DEAS) wie sich (1.) die Übernahme von Enkelbetreuung während der Corona Pandemie verändert hat und (2.) ob sich in der Pandemie der Zusammenhang zwischen Enkelbetreuung und drei Aspekten des Wohlbefindens – der allgemeinen Lebenszufriedenheit, dem Erleben von Einsamkeit und dem Stresserleben – verändert hat. Deskriptive Auswertungen zeigen, dass die Übernahme von Enkelbetreuung in der Pandemie bemerkenswert stabil geblieben ist. Weiterführende Analysen (Maximum Likelihood Strukturgleichungsmodelle) kommen zudem zu dem Ergebnis, dass Enkelbetreuung in der Pandemie mit erhöhtem Wohlbefinden einherging: Großväter, die in der Pandemie ihre Enkel betreuten, waren weniger einsam und Großmütter wiesen eine höhere Lebenszufriedenheit auf. Hingegen war Enkelbetreuung in der Pandemie nicht mit einem erhöhten Stresserleben verbunden.

S325-3 Ehrenamtliches Engagement von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie

J. Simonson, N. Kelle
Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin

Ehrenamtliches Engagement ist eine wichtige Form der gesellschaftlichen Partizipation und ein bedeutsamer Faktor für die soziale Integration. Gerade im Alter bietet ehrenamtliches Engagement vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten, die mit sozialen Kontakten, dem Erwerb neuer Fähigkeiten sowie mit Teilhabe und Anerkennung einhergehen können. Im Zuge der Corona-Pandemie entfielen zahlreiche Möglichkeiten zur Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten. Viele Menschen mussten ihr Engagement unterbrechen. Zugleich haben sich Tätigkeiten in den digitalen Raum verschoben. Im Beitrag wird aufgezeigt, wie sich die ehrenamtliche Beteiligung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Pandemie entwickelt hat und inwieweit sich Veränderungen in der sozialen Strukturiertheit des Ehrenamts zeigen. Desweiteren wird analysiert, welche Faktoren

die Aufrechterhaltung und welche die Beendigung einer ehrenamtlichen Tätigkeit begünstigen.

Die Analysen basieren auf den Erhebungswellen 2017 und 2020/21 des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Dies erlaubt den Vergleich zwischen der Prä-Corona-Zeit (2017) und der Zeit während der zweiten Corona-Welle im Winter 2020/21. Für den Trendvergleich werden Informationen zum organisationsgebundenen ehrenamtlichen Engagement von jeweils über 5000 Personen im Alter zwischen 46 und 90 Jahren aus beiden Erhebungsjahren herangezogen. Den längsschnittlichen Analysen liegt ein balanced Panel zugrunde. Verwendet werden deskriptive und regressionsanalytische Methoden unter Berücksichtigung des komplexen Surveydesigns. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil Ehrenamtlicher in der zweiten Pandemie-Welle im Vergleich zu prä-pandemischen Zeiten weitgehend stabil bleibt, ebenso wie der für Ehrenamt erbrachte Zeitaufwand. Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich der ehrenamtlichen Beteiligung bleiben während der Pandemie bestehen. Die geringste Beteiligung weisen Personen zwischen 76 und 90 Jahren auf, auch hier ist allerdings fast jede fünfte Person ehrenamtlich in einer Organisation tätig – auch unter Pandemiebedingungen.

Die Befunde belegen eine starke Krisenresistenz des Ehrenamts und eine hohe Resilienz ehrenamtlich tätiger Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Vor dem Hintergrund der sich als stabil erweisenden Ungleichheiten bleibt zu fragen, wie Zugangschancen zu Ehrenämtern so gestaltet werden können, dass die Teilhabefunktion ehrenamtlicher Betätigung potenziell allen Menschen in der zweiten Lebenshälfte zugute kommt.

S325-4 Körperliche Inaktivität von über 60-Jährigen vor und während der COVID-19-Pandemie

S. Nowossadeck, S. M. Spuling
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Einleitung: Körperliche Inaktivität führt zu einem höheren Risiko für chronische Krankheiten, Multimorbidität und funktionale Einschränkungen auch bei älteren Menschen. Aufgrund der Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie ist zu vermuten, dass der Anteil körperlich inaktiver älterer Menschen gestiegen ist. Wenig ist jedoch darüber bekannt, welche älteren Menschen davon besonders betroffen sind. Der Beitrag zeigt Ergebnisse zu den folgenden Fragen: Wie viele ältere Befragte haben ihre sportlichen Aktivitäten zwischen 2017 und 2020/21 eingestellt? Welche Faktoren erhöhten das Risiko, im Jahr 2020/21 mit dem Sport aufzuhören?

Methoden: Es wurden Paneldaten des Deutschen Alterssurveys (Befragungswellen 2017 und 2020/21 als balanced panel, Alter 60–97 Jahre, $n=3332$) analysiert. Körperliche Inaktivität ist definiert als die Selbstanzeige, keinen Sport (wie z. B. Wandern, Gymnastik, Fußball spielen oder Schwimmen) zu treiben.

Ergebnisse: 58 % der Befragten ab 60 Jahren haben sowohl 2020/21 als auch 2017 Sport getrieben, 20 % haben dies zu keinem der beiden Zeitpunkte getan. Dagegen haben 14 % in diesem Zeitraum aufgehört, Sport zu treiben – überdurchschnittlich häufig Menschen ab 80 Jahren sowie mit mittlerer bzw. schlechter subjektiver Gesundheit. Auch Personen mit hohem Bildungsniveau hörten häufiger als andere Bildungsgruppen auf, Sport zu treiben. Zu den Personen, die zu beiden Zeitpunkten sportlich inaktiv waren, zählen häufiger als andere sehr alte Menschen, Frauen, Personen mit niedrigem Bildungsniveau und mit mittlerer bzw. schlechter subjektiver Gesundheit.

Diskussion: Unsere Ergebnisse zeigen, dass einige Gruppen älterer Menschen zwischen 2017 und 2020/21 besonders stark von (möglicherweise pandemiebedingten) Einschränkungen der körperlichen Aktivität betroffen sind: Menschen in sehr hohem Alter und mit schlechtem Gesundheitszustand beendeten ihre Sportaktivitäten überdurchschnittlich oft, aber auch sonst sportlich aktivere Gruppen wie Ältere mit einer hohen Bildung. Daneben gibt es Gruppe Älterer, die bereits 2017 körperlich inaktiv waren und dies auch 2020/21 blieben. Dazu zählen vor allem Menschen mit niedriger Bildung, Hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Ältere.

Bei diesen Gruppen sollte beobachtet werden, ob sich ihre körperliche Inaktivität in den Folgejahren verfestigt. Für ältere Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und benachteiligtem sozioökonomischem Status müssen spezifische Präventionsstrategien entwickelt werden.

S326 Resilienzentwicklung von Pflege-/ Gesundheitsfachpersonen mittels wissenschaftlicher Weiterbildung

Moderation: M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Die Belastung der Fachpersonen im Gesundheitssektor ist enorm und tendenziell weiter steigend. Herausforderungen bestehen aufgrund von Arbeitsüberlastung, Personalknappheit und organisationsinternen Veränderungen. Der Aufbau einer Resilienz, welche als Fähigkeit verstanden wird, einschneidende Veränderungen, Widerstände oder Risiken zu überwinden, gewinnt somit an Bedeutung. Resilienz wird nicht vererbt, sondern erworben und kann somit entwickelt werden. Die These dieses Symposiums ist daher, dass wissenschaftliche Weiterbildung einen Beitrag zur Resilienzentwicklung leisten kann, wenn die Angebote aktuelle Themen und Probleme der Praxis aufgreifen und dabei helfen, Lösungs- und Veränderungsansätze zu entwickeln sowie Reflexionsräume zu schaffen. Anhand von vier bedarfsorientierten wissenschaftlichen Weiterbildungsangeboten wird aufgezeigt, wie diese einen Beitrag zur Resilienzentwicklung von Pflege-/Gesundheitsfachpersonen leisten können und für welche Veränderungen, Widerstände oder Risiken Handlungsbedarf in der Praxis gesehen wird.

S326-1 Resilienzentwicklung von Pflegefachpersonen in Notfallsituationen stationärer Pflegeeinrichtungen

S. Krebs, S. Schaffrin, U. Weidlich-Wichmann, A. L. Lietz, M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Notfallsituationen in stationären Pflegeeinrichtungen stellen für Bewohnende als auch für Pflegefachpersonen eine Ausnahmesituation dar. Um das Handeln von Pflegefachpersonen während Notfallsituationen zu unterstützen, wurden Handlungsempfehlungen für ausgewählte Notfallsituationen entwickelt mit dem Ziel, Handlungssicherheit zu ermöglichen. Es ist jedoch zu erwarten, dass die entwickelten Handlungsempfehlungen von Pflegefachpersonen zunächst als „neu“ und „ungewohnt“ eingeschätzt werden, was zu einem ablehnenden Verhalten führen kann. Deshalb wurden in Anlehnung an Jendretzki (2020) abgeleitet, die Implementierung der Handlungsempfehlungen mit einer primären Schulung zu beginnen. Daraus entwickelte sich die Fragestellung, wie eine primäre Schulung konzipiert sein muss, damit Pflegefachpersonen die Handlungsempfehlungen annehmen, sich bewusstmachen und anwenden, um somit schnell und resilient in Notfallsituationen reagieren zu können. Das Schulungskonzept orientiert sich an der emotionalen Veränderungskurve. Es sieht vor, Pflegefachpersonen an zwei ganztägigen Schultagen in Präsenz durch verschiedene emotionale Phasen im anstehenden Veränderungsprozess zu begleiten. Es wird ein Methoden-Mix gewählt, der Inputphasen mit Diskussionsrunden, Kurzvideos, das gemeinsame Arbeiten an Flip-Charts sowie das Durchspielen verschiedener Anwendungsszenarien in unterschiedlichen Rollen beinhaltet. Es wird davon ausgegangen, dass die Begleitung der Pflegefachpersonen durch die verschiedenen emotionalen Phasen zum Resilienzaufbau in Notfallsituationen führt. Die Wirkung der eingesetzten Methoden wird in Form eines Evaluationshimmels überprüft, wodurch die Rückmeldungen der Teilnehmenden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wer-

den. Zusätzlich erfolgt anhand eines Online-Fragebogens eine Rückmeldung dazu, welche Schulungsinhalte bei den Teilnehmenden besonderes Interesse geweckt haben.

Ein Resilienzaufbau individuell erfolgt, kann er durch geeignete und an die Situation angepasste Schulungsformate unterstützt werden. Das hier dargestellte Schulungskonzept stellt dazu eine mögliche Annäherung dar. Weiterhin werden Hinweise sichtbar, welche Inhalte ggf. stärkere Berücksichtigung finden müssen oder vernachlässigt werden können.

S326-2 Resilienzsteigerung von Gesundheitsfachpersonen im Rahmen einer interprofessionellen Weiterbildung

S. Schaffrin¹, V. Thies¹, M. Hasseler¹, S. Tschupke²

¹Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg; ²Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule, Wolfsburg

Neben einer hochwertigen Qualifizierung einzelner Fachkräfte ist eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe notwendig. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext die Frage, wie Bildungssettings und -inhalte in der beruflichen Fort- und Weiterbildung insbesondere in Zeiten des Social Distancing gestaltet sein müssen, um flexibles, zeit- und ortsunabhängiges Lernen zu ermöglichen und die heterogene Berufsgruppe der Gesundheitsfachpersonen fachlich und emotional zu stärken. Schwerpunkte sind dabei ausgestaltete Weiterbildungsmodulare und MOOCs (Massive Open Online Courses).

Um der Heterogenität der Zielgruppe gerecht zu werden, wurde ein Mixed-Methods-Concept gewählt. Die Evaluation der Weiterbildungsmodulare und MOOCs findet im Rahmen einer quantitativ angelegten Fragebogenstudie statt. Zusätzlich wird ein reflexiver Austausch im Anschluss an die Fortbildungen sowie bei Modulabschluss angeregt, indem das Feedback von den Dozierenden und Projektmitarbeitenden gesammelt, verschriftlicht und anschließend aufbereitet wird. Die Auswertung erfolgt hierbei anhand der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ein wesentlicher Vorteil der entwickelten Weiterbildungsangebote liegt in ihrer hohen Flexibilität: Durch den modularen Aufbau von Inhalten können sie nachfragegerecht entwickelt und von den Teilnehmenden entsprechend der eigenen Vorkenntnisse ausgewählt werden. Zusätzlich können Erfahrungen hinsichtlich des Wissenstransfers und der Selbstwirksamkeitserfahrung der Teilnehmenden beobachtet werden. Es kann weiterhin eindeutig bestätigt werden, dass die Weiterbildungsmodulare die Teilnehmenden dazu anregen, weitere wissenschaftliche Weiterbildungsangebote einer Hochschule zu besuchen und mehrheitlich sogar die Option einer Studienaufnahme in Betracht gezogen wird.

Es wird deutlich, dass Weiterbildungsmodulare und digitale Angebote wie MOOCs als Einstiegsangebot dazu beitragen können, Hemmungen vor der Institution Hochschule abzubauen und deren Öffnung zu stärken. Neben dem fachlichen Wissensgewinn profitieren die Gesundheitsfachpersonen durch die erfolgreiche Teilnahme insbesondere von einer positiven Selbstwahrnehmung. Die multimediale und didaktische Aufbereitung der MOOCs führt hingegen nicht nur zu einer Verbesserung der Medien- und Digitalkompetenzen der Teilnehmenden, sondern stärkt insbesondere deren Lernmotivation und Selbstwirksamkeitserwartungen.

S326-3

Erprobung eines digitalen wissenschaftlichen Weiterbildungsangebots für Pflegefachpersonen aus dem Bereich der Heilerziehungspflege

A. Heitmann-Möller, S. Krebs, M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen stoßen auf vielschichtige Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem. Hinzu kommen durch die Einrichtungen und Beschäftigten nicht mehr abdeckbare gesundheitliche und pflegerische Bedarfe. Diese fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten haben für die Betroffenen Auswirkungen auf ihre Vulnerabilität und Resilienz im Alterungsprozess. Daher stehen die Kernberufsgruppen in der Behindertenhilfe vor schwer zu bewältigenden Herausforderungen. Mit dem hier vorgestellten Projekt wird der sich daraus ergebende Weiterbildungsbedarf in Form eines modularisierten Weiterbildungsangebotes mit insgesamt sechs thematischen Modulen adressiert. Im Zentrum des Vortrages steht die Evaluation des Projektes und die Modifikation des Angebotes mit Perspektive auf die Einrichtungen und Fachschulen im Bereich der Behindertenhilfe.

Auf der Basis einer Online-Umfrage unter den Teilnehmenden wurde die Zielerreichung der Weiterbildungsveranstaltungen untersucht. Flankierend erfolgte eine bundesweite Umfrage unter Einrichtungen und Fachschulen im Bereich der Behindertenhilfe hinsichtlich der Bedeutung von hochschulischen Weiterbildungsangeboten für Beschäftigte in der Behindertenhilfe.

Aufgrund der Pandemiemaßnahmen konnten drei Module abgehalten werden. Generell führte die Teilnahme zu einem nutzbaren Wissensgewinn, in Verbindung mit einer hohen Zufriedenheit mit der Qualität der Angebote. Die Online-Umfrage unter Einrichtungen und Fachschulen in der Behindertenhilfe unterstreicht insgesamt die Notwendigkeit für einen strukturierten Dialog von Hochschulen, Einrichtungen und Fachschulen für die zielgenaue Ausrichtung von hochschulischen Weiterbildungsangeboten für Berufstätige.

Damit Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen im Alter in einer resilienzfördernden Umgebung leben können, braucht es hierzu befähigte Beschäftigte in der Behindertenhilfe. Dies bedeutet für die Hochschulen mit pflegerischen Studienschwerpunkten vermehrt Angebote der beruflichen Weiterbildung für sie anzubieten, da die pflegerischen Bedarfe in diesem Bereich ansteigen und die Anforderungen an die Versorgung erhöhen.

S326-4

Entwicklung digitaler Kompetenzen für Pflegefachpersonen

S.-K. Treseler, M. Schulze, A. Heitmann-Möller, S. Tschupke, M. Hasseler

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Digitalisierung in der Pflege ist ein aktuelles Thema. Im Fokus stehen dabei überwiegend die technischen Möglichkeiten, weniger jedoch die Qualifizierung des Pflegefachpersonals. Ziel der hier vorgestellten wissenschaftlichen Weiterbildung ist es, den Pflegefachpersonen einen Raum zum Erwerb digitaler Kompetenzen zu geben und ihnen Wissen zu vermitteln, sodass Veränderungsprozesse zum Thema Digitalisierung zukünftig stärker aktiv mitgestaltet und mitbestimmt werden können. Mittels der Evaluation von drei konzipierten Weiterbildungsmodulen soll beantwortet werden, welche Effekte die Weiterbildung auf die berufliche Praxis und den individuell empfundenen Kompetenzzuwachs hat.

Die drei Weiterbildungsmodule werden jeweils mit einem semistrukturierten Fokusgruppeninterview, das nach Kuckartz ausgewertet wird, sowie mit einem Online-Fragebogen evaluiert, um die Sicht der Weiter-

bildungsteilnehmenden zu erfassen. Zusätzlich wird die Sicht der Dozierenden mittels eines Evaluationsparcours erhoben und in einem Gruppeninterview ausgewertet.

Die Ergebnisse des ersten Fokusgruppeninterviews zeigen, dass der fachliche digitale Kompetenzzuwachs nicht signifikant ist, das behandelte Wissen zum Clinical Assessment/Clinical Reasoning jedoch bereits in der Berufspraxis eingesetzt wurde. Die Ergebnisse der Online-Befragung umfassen einen Katalog von Anforderungen an die Rahmenbedingungen einer wissenschaftlichen Weiterbildung im Pflegebereich, die bei der weiteren Konzeption berücksichtigt werden. Aus dem Gruppeninterview mit den Dozierenden konnten darüber hinaus Besonderheiten und Ansprüche für Lernarrangements der Zielgruppe zusammengefasst werden. Unter anderem bezogen sich diese auf die didaktischen Methoden und die inhaltliche Ausgestaltung.

Pflegefachpersonen brauchen Qualifizierungsmöglichkeiten, um die Digitalisierung in der Pflege mitzugestalten und mit digitalen Anwendungen professionell zu agieren. Die hier vorgestellte wissenschaftliche Weiterbildung hat dazu ein Angebot gemacht, welches von den Teilnehmenden sehr gut angenommen und bewertet wurde. Im Fokus stand dabei vor allem der Praxisbezug und die Anwendung von Wissen für zukünftige Projekte. Der Austausch unter den Teilnehmenden wurde positiv bewertet und kann zur Resilienzförderung beitragen. Gleichzeitig konnten durch die Evaluation der Module die Ansprüche der Zielgruppe in Bezug auf Weiterbildungsformate erfasst werden, welche für weitere Angebotsentwicklung relevant sind.

S401 Selbstbestimmt teilhaben in der stationären Altenpflege: Wie kann das, was theoretisch bekannt ist, in der Praxis gelingen?

Moederation: S. Lechtenfeld¹, M. Lukas²

¹Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund; ²Caritasverband für die Stadt Essen e.V., Essen

Die Sicherstellung selbstbestimmter Teilhabe für ältere pflegebedürftige Menschen ist ein Themenschwerpunkt, zu dem im AK Pflege und Teilhabe bereits seit längerem gearbeitet wird. Teilhabe ist ein Leitparadigma, das im Grundsatz auch in der Altenhilfe unbestritten ist. Erfahrungen in der Corona-Pandemie haben jedoch gezeigt, dass das Handeln in der stationären Altenpflege in den vergangenen zwei Jahren vor allem von Schutz- und Fürsorgeüberlegungen bestimmt und die bereits eingeschränkten Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten der Heimbewohner noch weiter begrenzt wurden. Wie kann selbstbestimmte Teilhabe in Altenpflegeheimen gelingen, welche Hemmnisse bestehen und wie können diese überwunden werden? Dies sind die Leitfragen, die in den vier Beiträgen des Symposiums aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert werden sollen.

Der einleitende Beitrag von **Kühnert und Schuhmacher** führt in die Thematik ein. Unter der Überschrift **„Selbstbestimmte Teilhabe – Was ist damit gemeint und welche Chancen und Zumutungen sind damit verbunden?“** werden die zentralen Begrifflichkeiten von Teilhabe, Selbstbestimmung und Partizipation kurz vorgestellt und die sich aus diesen Grundsätzen ergebenden Folgen für die Gestaltung stationärer Altenpflegeeinrichtungen diskutiert.

Diesem theoretisch ausgerichteten Vortrag wird als zweiter Beitrag von **Lenders, „Wertschätzung, Austausch und Teilhabe. Umsetzung im Feld“** ein Praxisbeispiel aus der derzeitigen Versorgungslandschaft gegenübergestellt. Sie gibt u.a. einen Einblick in die Ansprüche, Erwartungen und Umsetzungsmöglichkeiten von selbstbestimmter Teilhabe, verweist auf die Bedingungen, unter denen Wertschätzung ermöglicht werden kann, und zeigt die damit verbundenen Herausforderungen auf.

Der dritte Beitrag von **Bleck, „Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen (STAP): Fördernde und hemmende Faktoren“** stellt ausgewählte Ergebnisse aus dem Projekt STAP vor, in dem aus der Perspektive der Organisation fördernde und hemmende Faktoren der Umsetzung von

Teilhabe ermittelt wurden und ein Musterrahmenkonzept zur Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe erarbeitet wurde.

Im vierten Beitrag von **Kempchen** mit dem Titel „**Teilhabe, damit Individualität und Selbstverantwortung auch im Heim möglich bleiben**“ wird die Perspektive der Heimbewohner im Hinblick auf Teilhabewünsche und -barrieren angesprochen. Dabei wird auch auf die für die Artikulation und Durchsetzung erforderlichen Voraussetzungen eingegangen.

S401-1

Selbstbestimmte Teilhabe – Was ist damit gemeint und welche Chancen und Zumutungen sind damit verbunden?

S. Kühnert, B. Schuhmacher

Fachbereich II: Heilpädagogik und Pflege, Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Teilhabe kann – nicht nur in der stationären Altenpflege, aber auch dort – Chance und Zumutung zugleich sein. Den Chancen auf Zugehörigkeit und Selbstbestimmung stehen unterschiedliche Anforderungen und Zumutungen gegenüber: so zum Beispiel der Aufwand für Barrierefreiheit in den Einrichtungen (WLAN!), der Verzicht auf paternalistische Formen der Fürsorge, die Umsetzung menschenrechtlicher Grundsätze. Angestoßen durch die Behindertenrechtskonvention der UN (UN-BRK) und das Bundesteilhabegesetz sind Inklusion und Teilhabe auch in der Altenpflege zu Paradigmen der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder Pflegebedarf geworden. Doch was impliziert Teilhabe im Setting stationärer Versorgung? Muss auch in der Altenpflege von Inklusion oder von Partizipation gesprochen werden? Was setzt Teilhabe voraus, wie ist Selbstbestimmung möglich und welche Folgen ergeben sich für eine strikt am Teilhabebegriff ausgerichtete pflegerische Versorgung in stationären Altenpflegeheimen? Diese Fragen sollen im Vortrag diskutiert werden. Nach einer begrifflichen Abgrenzung der Begriffe Teilhabe, Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion wird auf das Spannungsfeld zwischen selbstbestimmter Teilhabe und Fürsorge in der stationären Altenpflege eingegangen, bevor im dritten Teil des Vortrags Voraussetzungen gelingender Teilhabe bei Bewohnern, Beschäftigten und der Organisation thematisiert werden.

S401-2

Wertschätzung, Austausch und Teilhabe. Umsetzung im Feld

B. Lenders

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin

In den Pflegeeinrichtungen halten sich die vulnerabelsten Personen unserer Gesellschaft auf. Ihnen soll ausreichend Schutz und Unterstützung gegeben werden. Lässt sich diese Aufgabe mit dem Recht auf Teilhabe, Austausch und Wertschätzung in Einklang bringen? Einerseits steht die Berücksichtigung der externen Anforderungen, Gesetzesgrundlagen und Wünsche der Bewohner*innen im Zentrum der Arbeit. Gleichzeitig existieren Erwartungen und Randbedingungen der Praxis aus unterschiedlichen Settings der vollstationären Pflege. Daraus ergeben sich realistische Eindrücke von den Aufgaben, Rollen und Grenzen, welche das tägliche Brot der Altenarbeit ausmachen.

S401-3

Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen (STAP): Fördernde und hemmende Faktoren auf Ebene der Organisation

C. Bleck

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Hochschule Düsseldorf, Düsseldorf

Alte Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, haben – nicht zuletzt nach Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention – ausdrücklich das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Zu dessen Verwirklichung fehlte es in diesem Kontext bislang an praxistauglichen Orientierungen. Das anwendungsorientierte Projekt ‚Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen‘ hat hierfür auf empirischer Basis in den Jahren 2017–2019 fördernde und hemmende Faktoren identifiziert sowie anschließend für ein Musterrahmenkonzept aufgearbeitet. Dabei standen folgende untersuchungsleitende Fragestellungen im Zentrum:

Wie können Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und berücksichtigt werden?

Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser Bewohner*innen umgesetzt und überprüft werden?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde in der ersten Projektphase ein sequentielles Mixed Methods-Design im Sinne des Verallgemeinerungsmodells genutzt, indem zunächst qualitative Interviews ($n=48$) mit Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden sowie teilnehmende Beobachtungen in vier ausgewählten Einrichtungen des Caritasverbands und zwei trägerübergreifende Gruppendiskussionen ($n=10+8$) mit Mitarbeitenden durchgeführt wurden. Anschließend wurden zentrale Ergebnisse der qualitativen Erhebungen anhand einer trägerübergreifenden Stichprobe ($n=135$) mit einer Online-Befragung von Einrichtungsleitungen in NRW abgesichert und verallgemeinert.

Die zweite Phase widmete sich dem Musterrahmenkonzept, indem dieses auf Basis der empirischen Erkenntnisse entwickelt und in einer Einrichtung – im Sinne einer Implementationsanalyse – hinsichtlich der Dimensionen „Akzeptanz“, „Angemessenheit“ und „Machbarkeit“ überprüft wurde. Im Ergebnis wurden Faktoren zur Teilhabeförderung in Altenpflegeeinrichtungen auf Ebene der Bewohner*innen, Mitarbeitenden sowie Organisation identifiziert, die für das Musterrahmenkonzept in Anforderungskriterien und Praxisbeispielen transferiert wurden. In dem Beitrag sollen ausgewählte Ergebnisse aus den empirischen Analysen sowie Beispiele aus dem Musterrahmenkonzept vorgestellt werden, die sich auf die Ebene der Organisation (hier: Einrichtungsstrukturen und -prozesse) konzentrieren.

S401-4

Teilhabe, damit Individualität und Selbstverantwortung auch im Heim möglich bleiben

U. Kempchen

BAGSO, Bonn

Seit Ausbruch der Corona-Pandemie sehen sich Bewohner*innen stationärer Einrichtungen und Angehörige mit verschiedenen Maßnahmen zum Infektionsschutz wie strengen Besuchsverbots bis hin zu Isolierung und Quarantäne konfrontiert. Erste Untersuchungen zeigen, dass viele Bewohner*innen psychische und physische Schäden davontragen. Während sich die Länderverordnungen aktuell deutlich gelockert haben, berichten Angehörige, dass zum Teil unverhältnismäßige Maßnahmen eigenmächtig von den Einrichtungen weitergeführt werden. Die Vorgaben sind meist intransparent und die Betroffenen fühlen sich in ihren Rechten nicht ernst genommen. Neben schlimmen Folgen im Einzelfall führt dies nicht zuletzt zu einem Vertrauensverlust in die Behörden und Einrichtungen. Es muss darauf hingewirkt werden, dass Verordnungen, die erlassen

werden, für die Betroffenen auch tatsächlich umsetzbar sind und entsprechend verbraucherfreundlich umgesetzt werden.

S402 Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung

Moderation: J. Myrczik¹, E.-M. Kessler²

¹Department Psychologie, Medical School Berlin, Berlin; ²Fakultät Naturwissenschaften, Gerontopsychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin

Altersdiskriminierung war bereits vor der Corona-Pandemie allgegenwärtig in unserer Gesellschaft. Sie zeigt sich darin wie ältere Menschen wahrgenommen werden und wie mit älteren Menschen umgegangen wird und kann auch gegen die eigene Person gerichtet sein. Altersdiskriminierung ist in verschiedenen Lebensbereichen verbreitet und existiert bspw. in Medien, am Arbeitsplatz, im Gesundheitswesen oder im öffentlichen Raum. So werden ältere Menschen zu negativen Stereotypen oder jüngere und ältere Menschen gegeneinander ausgespielt, was negativen Konsequenzen für ältere Menschen selbst wie auch für die intergenerationelle Solidarität haben kann. Die vier Beiträge verdeutlichen die verschiedenen Facetten von Altersdiskriminierung. Untersucht und vorgestellt wird die Eigenwahrnehmung von Altern bei älteren Erwachsenen in der Corona-Pandemie, die visuelle Darstellungen von älteren Erwachsenen in Medien während der Corona-Pandemie, Altersdiskriminierung in der Wissenschaft sowie eine systematische Übersicht zur Erfassung von erlebter Altersdiskriminierung.

S402-1 Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Selbstwahrnehmung des Alterns

A. Seifert

Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten/CH

Der Alltag ist nicht nur von Schweizerinnen und Schweizern seit nunmehr zwei Jahren von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie geprägt. Kontaktbeschränkungen sollten eingehalten und gerade ältere Menschen als „Risikogruppe“ geschützt werden. Dabei wurde allerdings oft die subjektive Wahrnehmung dieser Personengruppe vernachlässigt, also die Frage, wie ältere Menschen vor allem die erste Zeit der Pandemie (1. Lockdown im Jahr 2020) selbst wahrgenommen haben. Hierbei interessierte uns insbesondere, wie diese Menschen das durch die Kontaktbeschränkungen hervorgerufene vermehrte Alleinsein sowie ihr individuelles Alterserleben empfunden haben. Im Rahmen der Schweizer Studie „Swiss Survey 65+“ wurden hierfür Anfang 2020 in der Schweiz 1990 Personen ab 65 Jahren befragt. Die Datenerhebung fand zwischen Januar und Mai 2020 statt und stimmte damit mit der Zeitspanne vom Auftreten der ersten Schweizer Corona-Fälle über den ersten Lockdown im März 2020 bis hin zu dessen Lockerungen überein. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einsamkeit anders erlebt wurde und sich das negative Alterserleben in dieser Zeitphase verändert hat. Das subjektive Gefühl von Einsamkeit und das negative Alterserleben nahmen im Anschluss an die Empfehlung der Schweizer Regierung, sich physisch zu distanzieren, zunächst zu und gingen nach der Ankündigung erster Lockerungen des Lockdowns etwas zurück. Neben diesem im Zeitverlauf beobachtbaren Effekt zeigen die Auswertungen auch, dass personenbezogene Faktoren wie sozioökonomischer Status und soziale Eingebundenheit die Einsamkeit und das Alterserleben beeinflussten. Die ersten Erkenntnisse zeigen, dass das Empfinden Einzelner während einer derartigen Krise unterschiedlich ist.

S402-2 Das gesichtslose und vulnerable Andere: die visuelle Darstellung von älteren Menschen in Online-Nachrichtenportalen während der Corona-Pandemie

J. Myrczik¹, C. Schwender², A. Franke³, E.-M. Kessler¹

¹Department Psychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin; ²Filmuniversität Babelsberg Konrad Wolf, Potsdam; ³Gesundheitswissenschaften/Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg

Die Covid-19-Pandemie scheint zu einem (Wieder-)Aufkommen negativer Darstellungen älterer Erwachsener in den Medien geführt zu haben. Die ersten empirischen Studien zu Texten zeigen, dass sie vor allem als schwach und verletzlich dargestellt werden. Während Bilder den primären Zugang zu Texten darstellen und Stereotype sogar weniger offensichtlich machen, sind Studien zur visuellen Darstellung selten. Wir haben untersucht, wie ältere Menschen in Fotos von pandemiebezogenen Artikeln in Deutschland dargestellt werden. Durch ein Webscraping der beliebtesten deutschen Online-Nachrichten-Webseiten (01.01.2020–31.01.2021) wurden alle pandemiebezogenen Artikel über ältere Erwachsene ($N=3560$) erhoben. Mittels einer visuellen Inhaltsanalyse wurde die Häufigkeit von Merkmalen älterer Personen ($N=604$) wie körperlicher Status, Setting oder Distanz zum Betrachter analysiert. Ältere Personen wurden am häufigsten als körperlich schwach, allein, professionell versorgt, passiv, zu Hause oder im Pflegeheim lebend und ohne kognitive Aktivität dargestellt. Die – meist weiblichen – Darstellungen zeichneten sich durch Gesichtlosigkeit sowie stereotype und Distanz vermittelnde Darstellungen aus. Der Befund, dass ältere Erwachsene als verletzlich, passiv und distanziert homogenisiert werden, könnte als visueller Ageismus und Othring interpretiert werden. Die Ergebnisse spiegeln möglicherweise einen Prozess des Selbstschutzes von Menschen – Journalist:innen wie auch Leserschaft – des „alterslosen“ mittleren Lebensalters wider, die mit der pandemiebedingten Sterblichkeit konfrontiert sind; stereotype Fotos lassen sich zudem erklären durch die überwältigende Situation der Pandemie, die eine Komplexitätsreduktion erfordert, gleichzeitig werden auch journalistische Routinen verdeutlicht, die stereotype Fotos bevorzugen. Medien müssen vielfältigere visuelle Darstellungen einbeziehen, um die Heterogenität im Leben von älteren Erwachsenen widerzuspiegeln.

S402-3 Fourty and Over The Academic Hill – Altersdiskriminierung in wissenschaftlichen Karrierewegen?

L. Naegele¹, J. Ordemann²

¹Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta; ²Bildungsverläufe und Beschäftigung, Deutsche Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW), Hannover

Einleitung und Fragestellung: Die Determinanten wissenschaftlicher Karrieren stehen nicht erst seit der #ichbinHanna Debatte im Zentrum von Diskussionen. Ein oft präsent, aber selten diskutiertes Thema ist dabei das der Einfluss des kalendarischen bzw. des akademischen Alters von Nachwuchswissenschaftler:innen. Während sich einerseits das Bild des:der alten und weisen Professor:in immer noch in den Köpfen hält, werden andere Qualifikationsstufen (z. B. Promotions- oder PostDoc-Phase) klassischerweise mit deutlich jüngeren Altersgruppen in Verbindung gebracht. Das hier vorliegende Forschungspapier möchte daher der Frage nachgehen, ob das kalendarische Alter bei Promotionsabschluss die Erfolgchancen auf eine entfristete Stelle im Wissenschaftssystem beeinflusst. Ein Indiz für Altersdiskriminierung könnte beispielsweise dann vorliegen, wenn – bei gleichem akademischen Alter – bestimmte Altersgruppen schneller auf entfristete Stellen kommen bzw. ihnen nicht alle Karrierewege innerhalb der Wissenschaft (Fachhochschule, Universität, außeruniversitäre Forschungseinrichtung) gleichermaßen offenstehen.

Daten und Methode: Für die Beantwortung unserer Frage nutzen wir die Daten des DZHW-Promotionspanels 2014. Unsere Stichprobe umfasst 3534 promovierte Akademiker:innen, von denen 278 über 40 und unter 55 Jahre alt sind. Wir verwenden ereignisanalytische Methoden um die Einflussfaktoren auf den Erwerb einer Universitäts- oder Fachhochschulprofessur bzw. einer entfristeten Post-Doc-Stelle in der Wissenschaft zu untersuchen. Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Promovierten werden mittels entropy balancing ausbalanciert.

Befunde: Unsere vorläufigen Befunde deuten darauf hin, dass ältere Promovierte häufiger den Ruf an eine Hochschule für angewandte Wissenschaften erhalten als Jüngere – wenn alle Einflussfaktoren wie u.a. Geschlecht, Migrationshintergrund, Promotionsnote und -fach sowie Zeit seit Masterabschluss und der Wunsch in der Wissenschaft zu bleiben, durch entropy balancing gleich gewichtet werden. Hierbei handelt es sich um eine schnelle Entscheidung nach der Promotion: Mit zunehmenden akademischen Alter gehen die Promovierten seltener in eine FH Professur über. Das gleiche gilt für eine entfristete PostDoc-Stelle. Eine Universitätsprofessur wird in den von uns betrachteten sechs Jahren nach Promotion weder von dem kalendarischen noch dem akademischen Alter beeinflusst.

S402-4 Die Erfassung erlebter Altersdiskriminierung – eine systematische Übersicht

V. Ludwig, E.-M. Kessler, L. M. Warner, T. Lorenz

Department Psychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin

Fragestellung: Diskriminierung wegen des eigenen chronologischen Alters zu erfahren ist ein globales, alle Altersgruppen betreffendes Phänomen. Während jüngere Altersgruppen Altersdiskriminierung tendenziell häufiger im Arbeitskontext erleben, berichten ältere Menschen dies meist im Rahmen des Gesundheitssystems. Obwohl erlebte Altersdiskriminierung mit negativen Gesundheitsergebnissen, depressiver Symptomatik und reduzierter Lebensqualität assoziiert ist, besteht derzeit kein Konsens der reliablen Erfassung dieses Phänomens. Dies ist jedoch notwendig, um deren Konsequenzen zu verstehen und ihnen entgegenzuwirken. Daher präsentiert dieser Beitrag eine systematische Übersicht existierender Erhebungsinstrumente.

Methodik: Den PRISMA Richtlinien folgend wurde ein systematisches Review durchgeführt. Identifizierte Messinstrumente wurden auf Grundlage der berichteten psychometrischen Qualität bewertet und anhand einer Taxonomie systematisiert.

Ergebnisse: 100 Studien wurden identifiziert, in denen erlebte Altersdiskriminierung entweder durch psychometrische Skalen, Surveys, Einzelitems oder qualitative Ansätze erfasst wurde. Die Erhebungsinstrumente erfassten erlebte Altersdiskriminierung explizit, direkt und auf einem subjektiven Level. Mehrheitlich waren die Instrumente für den Arbeits- und Alltagskontext bestimmt, wobei die Zielpopulation vornehmlich höhere Altersgruppen waren.

Zusammenfassung: Derzeit wird eine Vielzahl von psychometrischen Instrumenten zur Erfassung erlebter Altersdiskriminierung verwendet. Jedoch ist die psychometrische Qualität dieser Instrumente nicht immer gegeben. Insbesondere für jüngere Altersgruppen und die Erfassung erlebter Altersdiskriminierung in medizinischen und rechtlichen Kontexten existieren derzeit keine adäquaten Instrumente.

S403 Choosing Wisely Revisited

Moderation: C. Bollheimer¹, H. Frohnhofen²

¹Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Das Symposium greift die 2011 ins Leben gerufene und in Deutschland seit 2015 von der DGIM verfolgte interdisziplinäre *Choosing-Wisely-Kampagne* auf. Für die Geriatrie existieren zwischenzeitlich 14 Empfehlungen aus den Jahren 2016, 2019 und 2021. Sechs Empfehlungen adressieren dabei proaktiv Handlungsanweisungen für bestimmte geriatrische Problemfelder (Positivempfehlungen), acht Empfehlungen verfolgen eher das Ziel, unnötige medizinische Leistungen zu reduzieren (Negativempfehlungen).

Die *Choosing-Wisely-Kampagne* erfordert eine ständige Aktualisierung hinsichtlich Inhalt und Vorrangigkeit.

Im Rahmen von sechs Kurzvorträgen sollen bei diesem Symposium fünf Positivempfehlungen zum (A.) Geriatrischen Assessment, (B.) Sturzrisiko, (C.) Mangelernährung, (D.) Depression und (E.) Osteoporose sowie die Negativempfehlung zu (f.) Polypharmazie vor dem aktuellen Hintergrund und Wissensstand beleuchtet und kommentiert werden.

Das Symposium soll Auftakt für einen kontinuierlichen Diskussionsprozess zur dynamischen (Weiter-)Entwicklung der *Choosing-Wisely-Empfehlungen* für die Geriatrie sein.

S403-1 Geriatrisches Assessment im Spannungsfeld von Unter- und Überversorgung – Klug entscheiden in der Zusammenstellung des personalisierten Mittels zum Zweck

S. Krupp

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat allein 2016 15 Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zu dem in Kooperation mit diversen medizinischen Fachgesellschaften ausgestalteten Vorhaben „Klug entscheiden“ initiiert [1]. Der von M. Gogol für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie beigesteuerte Artikel nennt unter den fünf Positiv-Empfehlungen für die Versorgung geriatrischer Patienten vier, die die Thematik des Assessments unmittelbar berühren.

Der Vortrag im Rahmen des Symposiums „Choosing Wisely Revisited“ nähert sich diesem Thema von drei Seiten mit den Fragestellungen:

- Wie könnten die Empfehlungen von 2016 mit Bezug zum geriatrischen Assessment für die Anwendung 2023 möglicherweise präzisiert werden?
- Wie findet sich das Ziel, sowohl Über- als auch Unterversorgung zu vermeiden, im Konzept der S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline“ wieder, und welche Aspekte soll die geplante S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment CGA) bei hospitalisierten Patienten“ beitragen?
- Welche allgemeingültigen Empfehlungen für das geriatrische Assessment können formuliert werden, und wie gelingt der Schritt zur darauf basierenden passgenauen Ausgestaltung der Versorgung mit geriatrischem Assessment auf der Individualebene?

In der konkreten Behandlungssituation ist bei der Entscheidung darüber, was eine diagnostische Über-, was eine Unterversorgung darstellt, die Partizipation des geriatrischen Patienten von wegweisender Bedeutung für die Wahl des für ihn richtigen Assessment-Profiles. Die Wahlfreiheit des Untersuchenden sollte nicht ohne medizinisch eindeutig belegbare Argumente eingeschränkt werden. Hinsichtlich der Akzeptanz hat der Patient das letzte Wort.

S404 Ein kritischer Blick auf verschiedene Pflegerealtitäten

Moderation: H. Brandenburg¹, K. Hämel²,

Diskutant:in: D. Auth³

¹Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar; ²AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld; ³Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld

Vor dem Hintergrund prekärer Pflegesituationen, einer zunehmenden Ökonomisierung in Bereichen der Pflege und ungleicher Verteilung von Care-Arbeit, die vor allem von weiblichen Angehörigen geleistet wird, werden das Feld der Pflegearbeit, die Pflegeorganisation sowie das Pflegesystem kritisch analysiert. Es stellt sich die Frage, warum trotz anhaltender Kritik an der Pflegesituation nachhaltige Veränderungen nicht erkennbar sind. Das Symposium knüpft an Diskussionen aus dem Fachausschuss „Kritische Gerontologie“ (KG) der DGGG an. Anhand von ausgewählten Pflegesituationen und -erfahrungen soll eruiert werden, wie einerseits die Akteur*innen im Pflegefeld ihr Handeln wahrnehmen und (kritisch) reflektieren, andererseits zugrundeliegende Haltungen und soziale, strukturelle Bedingungen das pflegerische Handeln rahmen. Die aus Studien gewonnenen Erkenntnisse möchten wir vor dem Hintergrund der Überlegungen aus der KG und der kritischen Pflegewissenschaft sowie den Ideen von Care-Arbeit abschließend diskutieren. Im ersten Beitrag werden Jacob Loeckle und Peter Sikl die theoretische Landkarte der KG ausleuchten und Ergebnisse einer Literaturliteraturarbeit beschreiben. Ziel ist es den Stand der Forschung im Schnittpunkt zwischen der KG und der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum darzustellen. Daran anknüpfend stellt Lisa Luft zentrale Resultate rekonstruktiver Sozial- und Pflegeforschung zum Habitus von Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit Demenz vor und skizziert auch Faktoren, die einer professionellen Habitualisierung bzw. „guten Pflege von Menschen mit Demenz“ entgegenstehen oder diese unterstützen. Der Beitrag von Stefanie Richter basiert auf einer ethnographischen Studie zum Erleben des Übergangs und Lebens im Heim. Anhand ausgewählter Beobachtungen werden nicht offensichtliche Beziehungen zwischen den Biographien hochaltriger Menschen, den stattfindenden Interaktionen und strukturellen Rahmungen einer kritischen Diskussion zugänglich gemacht. Im Beitrag von Silke Migala werden Repräsentationen von Führungskräften aus der Pflege und Sozialen Arbeit zu Diversität in der pflegerischen Versorgung am Lebensende vorgestellt, die Herausforderungen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Sorge verdeutlichen und aus einer kritischen Perspektive zu diskutieren sind. Diana Auth leitet mit einem Kommentar zu „Pflegearbeit zwischen Pflegenotstand und Care Revolution“ zur Diskussion über.

S404-1 Kritische Gerontologie (KG) und deutschsprachige Pflege(-wissenschaft)

P. Sikl, J. Loeckle, H. Brandenburg

Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar

Nachdem es bis in die späten 1990er-Jahre einen Diskurs um Pflege-theorien in der deutschsprachigen Pflegelandschaft gegeben hatte, ist es nach der Jahrtausendwende stiller geworden. Anders stellt sich die Situation im internationalen Kontext (vor allem den USA und Großbritannien) dar. Hier hat es immer schon eine lebhaftere Theoriediskussion gegeben, deren wichtigsten Beiträge in großen Sammelbänden zusammengestellt wurden. Hier wurden bereits Bezüge zu den verschiedenen Ansätzen einer KG hergestellt. Schon früh wurden Aspekte von Foucaults Werk im Hinblick auf ein diskursanalytisches Verständnis der Pflegediagnosen genutzt. Auch feministische und intersektionale Theorieansätze wurden in der internationalen Pflegedebatte zur Kenntnis genommen und auf die Pflegepraxis

bezogen. Auch fehlt es nicht an Beiträgen, die den Zusammenhang postkolonialer Positionen und der Pflege ausbuchstabiert haben. Hinsichtlich der deutschsprachigen Pflege(-wissenschaft) scheint diese Debatte eher randständig. Diese These soll jedoch genauer überprüft werden, und zwar mit Hilfe eines Scoping Reviews, bei dem Literatur und Forschungslandschaft systematisch analysiert werden (vgl. Arksey & O'Malley 2005). Folgende Frage soll beantwortet werden: Lassen sich Zusammenhänge zwischen Ansätzen der KG und der deutschsprachigen Pflege(-wissenschaft) herstellen? Diese Frage bezieht sich zum einen auf die Wissenschaftsdebatte und die Pflegepraxis. Ist einer dieser Bereiche in irgendeiner Weise durch die KG irritiert bzw. befruchtet worden bzw. lässt sich dazu eine Auseinandersetzung erkennen? Vordergründig liegen Verbindungen auf der Hand – zwischen der *Political Economy of Aging* und dem bundesdeutschen Pflegesystem, der *Humanistic Gerontology* und ihrem kritischen Rekurs auf Aktivierungskonzepte in der Pflegepraxis, der *Narrativ Gerontology* und der konkret realisierten Biografiearbeit in institutionalisierten Kontexten. Insgesamt möchten wir einen Beitrag zur Theorieentwicklung im deutschsprachigen Raum leisten, der am Ende in der Praxis einen Unterschied machen soll. Eine „Landkarte“, die sowohl die Verbindungen zwischen der KG und der Pflege(-wissenschaft) aufzeigt wie auch die blinden Flecken erkennbar werden lässt – darum soll es gehen.

S404-2 Wie denken und handeln Pflegende in der Praxis? Resultate rekonstruktiver Sozial- und Pflegeforschung zum Habitus von Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit Demenz

L. Luft

Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP), Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt a. M.

Fragestellung: Im Einzelvortrag werden zentrale Resultate aus dem im Oktober 2019 abgeschlossenen DFG-Projekt HALT (Gute Pflege für Menschen mit Demenz – Rekonstruktion von Pflegehabitus in der stationären Langzeitpflege) zum Habitus von Pflegenden aus dem Setting der Demenzpflege vorgestellt. Im Projekt wurde der Fragestellung nachgegangen, welche Faktoren sich in der Praxis nachweisen lassen, die eine professionelle Habitualisierung bzw. nachhaltige Umsetzung einer person-zentrierten Pflege sowie eine Veränderung der Pflegekultur anregen oder hemmen. So waren neben der Primärsozialisation der befragten Pflegenden auch professionssozialisierende Faktoren sowie kontextuelle Faktoren der jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen von zentralem Interesse.

Methodik: Neben teilnehmenden Beobachtungen sowie Gruppendiskussionen wurden im Projekt auch episodische Interviews durchgeführt, die im Zuge der Auswertung mittels Dokumentarischer Methode nach Bohnsack fokussiert wurden. Befragt wurden 13 Pflegefachpersonen aus zwei Altenpflegeeinrichtungen, die sich im Projekt als „best practice“ Einrichtungen in Bezug auf Demenzpflege beworben haben.

Ergebnisse: Im Ergebnis wurde eine einrichtungs- und personenübergreifende Basistypik herausgearbeitet, die eine Spannung zwischen dem Erfüllen der Wünsche der Bewohner*innen sowie dem eigenen beruflichen Selbstverständnis der befragten Pflegenden verdeutlicht. Zudem ließ sich die Grundhaltung der Pflegenden einer Sach- oder Beziehungsorientierung zuordnen, die jeweils entweder die Aufrechterhaltung des Regelbetriebs und Routinen oder die Beantwortung der Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen in den Vordergrund stellt. Hierzu wurden insgesamt 24 Typen erarbeitet.

Zusammenfassung: Es wird ein Blick auf die Alltagsrealität der befragten Pflegenden sowie die zugrunde liegenden Haltungen und strukturellen Bedingungen möglich, die einen Einfluss auf das pflegerische Handeln nehmen und zu Spannungen zwischen eigenem beruflichem Anspruch sowie kontextuell gesetzten Handlungsräumen führen können. Neben einem Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf zur Arbeits- und Organisationskultur wurde die Relevanz einer Erweiterung der Handlungsauto-

nomie sowie von Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort deutlich, um eine nachhaltige Umsetzung einer innovativen und person-zentrierten Pflege sicherzustellen.

S404-3 Übergänge und Leben im Heim. Sozio-biographische, soziale und strukturelle Dimensionen „gelingenden“ Lebens im Heim

S. Richter

Fakultät für Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Regensburg

2019 lebten 818.317 Menschen in einem Pflegeheim (DESTATIS 2020). Obwohl der Wunsch des Altwerdens und Sterbens in der Häuslichkeit überwiegt, erleben immer mehr Menschen im fortgeschrittenen Alter einen (plötzlichen) Übergang und den letzten Lebensabschnitt in einem Heim. Sie sind mit komplexen Veränderungen und Anforderungen konfrontiert, die angesichts erhöhter Vulnerabilität und verminderter Ressourcen zu „bewältigen“ sind.

Ziel des Vortrags wird sein, aus der Erlebnis- und Erfahrungsperspektive von Menschen im Heim Konstellationen eines mehr oder weniger „gelingenden“ Übergangs und Alltags im Heim darzustellen und die Bedeutung von Pflege und strukturellen Bedingungen zur Sprache zu bringen.

Im Rahmen einer **ethnographischen Studie** zum Leben im Alter mit chronischen Erkrankungen wurden 35 autobiographisch-narrative Interviews mit Menschen mit mindestens einem dauerhaften Gesundheitsproblem, zwischen 57 und 94 Jahren in unterschiedlichen Wohn- und Lebenssituationen geführt und Feldprotokolle angefertigt, die neben Beobachtungen Gespräche mit Angehörigen oder Professionellen dokumentieren. In der **Globalanalyse** stellte sich der Heimübergang als ein einschneidendes biographisches Ereignis dar, das komplexe und dauerhafte Anpassungsleistungen erfordert und mit nachhaltigen Folgen für die Betroffenen verbunden ist. Die **Mikroanalyse** fokussiert den Übergangsprozess und Alltag im Heim aus der Perspektive der Interviewten (16 Personen aus sechs Heimen). Leitende Fragen: Wie erleben ältere, vulnerable Menschen den Übergang in ein Heim und den gewandelten Lebensalltag? Wie gehen Sie mit der neuen Lebenssituation um? Wie kommen sie in der Heimwelt klar? Wie sind die Prozesse des Übergangs und „Bewältigens“ sozio-biographisch, sozial und strukturell eingebettet? Die Transkripte und Feldprotokolle werden je Heim analysiert. Im Vergleich der Fallstudien werden dann übergreifende Erkenntnisse generiert. Zentrale **Forschungsprinzipien** sind Offenheit, Fremdverstehen, Rekonstruktion, Abduktion/Theoriegenerierung. **Methoden der Datenauswertung** sind Erzählstrukturanalyse, dichte Beschreibungen, Konversationsanalysen, Memos, Triangulation und kontrastierender Vergleich. Der Übergang zeigt sich als „biographischer Bruch“, der mit komplexen Erleidens- und Fremdwertungsprozesse einhergehen kann, deren Bedingungen aus dem Gesamtzusammenhang (Biographie, soziale, strukturelle Rahmung) zu verstehen sind und im Alltag „unsichtbar“ bleiben.

S404-4 Repräsentationen zu Diversität in der pflegerischen Versorgung am Lebensende – eine kritische Betrachtung

S. Migala

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Der demographische Wandel und die damit einhergehenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen rücken Fragen zum Umgang mit der zunehmenden Diversität der Menschen bei Pflegebedürftigkeit zunehmend in den Fokus der pflegepolitischen Debatte. Fraglich ist, inwieweit alle Menschen unabhängig von ihren individuellen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen einen bedarfsgerechten Zugang zu pflegerischer

Versorgung in ihrer letzten Lebensphase haben. Zudem gilt es aufzuzeigen, wie den Herausforderungen einer diversitätssensiblen Pflege am Lebensende begegnet werden kann.

Der Vortrag befasst sich aus der Perspektive von Führungskräften aus der Pflege und Sozialen Arbeit mit den Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für eine diversitätssensible und gelingende pflegerische Versorgung am Lebensende. Hierzu wurden im Rahmen einer vom BMG geförderten Studie 30 leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Führungskräften geführt, die im Sinne des thematischen Kodierens fallvergleichend zur Entwicklung einer Typologie von Positionierungen und Überzeugungen analysiert wurden. Darüber hinaus galt es, in dieser Studie im Sinne einer empirisch informierten Ethik zu explizieren, inwieweit die Ergebnisse aus einer ethischen Perspektive zu problematisieren sind.

Die Ergebnisse zu den Vorstellungen von Diversität zeigen auf, in welchen Zusammenhängen und auf welche Weise die Diversität in der Praxis verhandelt und für eine diversitätssensible Sorge bedeutsam wird. Angesichts der gleichermaßen wahrgenommenen Ökonomisierungsprozesse und der damit einhergehenden ‚Entsubjektivierung‘ der Pflege verdeutlichen die Ergebnisse auf unterschiedliche Weise die Herausforderungen, mit denen die formelle professionelle Pflege in verschiedenen Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung am Lebensende konfrontiert ist.

Aus einer kritischen Perspektive zeigt sich, dass für eine diversitätssensible „gute“ Pflege gegenüber Menschen mit Pflegebedarf care-ethische Dimensionen pflegerischen Handelns stärker zur Sprache gebracht werden sollten: Achtsamkeit, Verantwortlichkeit, Kompetenz und Gegenseitigkeit. Ziel sollte dabei der Anstoß von Veränderungsprozessen auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene sein, durch die eine diversitätssensible Pflege zukünftig unterstützt werden kann.

S405-1 Geschlechtereffekte auf psychosoziale Interventionen bei Alzheimer und verwandten Erkrankungen

T. Gabelin

ECRC – Experimental and Clinical Research Center, Institut für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Fragestellung: Zwei Drittel aller weltweit an Alzheimer erkrankten Menschen sind Frauen. Biologische, soziale und lebensstilbezogene Risiko- und Schutzfaktoren variieren zwischen den Geschlechtern und wirken sich unterschiedlich in ihren jeweiligen Lebensphasen aus. Psychosoziale Interventionen im Bereich Alzheimer und verwandte Erkrankungen sollten diese geschlechtsspezifischen Risiko- und Schutzprofile adressieren und dabei weitere Faktoren wie kognitive und behaviorale Symptomatik sowie Bewältigungsstrategien berücksichtigen. Dieser Vortrag beleuchtet den aktuellen Forschungsstand zu Geschlechtsanalysen und Geschlechtereffekte auf psychosoziale Interventionen bei Alzheimer und verwandten Erkrankungen. Ziel ist es, Empfehlungen für eine differenzierte Berücksichtigung des Geschlechts in Prävention, Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Erkrankung sowie der Methodologie klinischer Studien zu geben.

Methodik: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in relevanten medizinischen, psychologischen und geriatrischen Datenbanken in Übereinstimmung mit den Bevorzugten Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen (PRISMA-Statement) durchgeführt.

Ergebnisse: Es wurden 25 Studien eingeschlossen, welche eine große Heterogenität in Bezug auf psychosoziale Interventionen, Zielparameter und methodisches Design aufwiesen. Eine robuste Evidenz für Geschlechtsunterschiede in der Wirksamkeit wurde für physische Interventionen berichtet. Zudem wurden erste Belege für Geschlechtereffekte auf Multikomponenten-Interventionen, kognitive, Ernährungs-, psychologische und Licht-Interventionen berichtet.

Zusammenfassung: Die Diskrepanz zwischen dem Wissen um biologische, soziale und lebensstilbezogene Geschlechtsunterschiede der Alzheimer-Erkrankung und dem Mangel an Studien, welche Geschlechtereffekte auf psychosoziale Interventionen gezielt untersuchen, macht den Bedarf

an Studien deutlich, welche Geschlecht auf allen Ebenen des methodischen Prozesses adäquat berücksichtigen, um tatsächliche Effekte zu finden und einer Selektionsverzerrung aufgrund von Geschlecht vorzubeugen. Frauen und Männer mit Alzheimer und verwandten Erkrankungen verdienen eine auf ihre jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittene Behandlung nach dem aktuellsten Stand der Wissenschaft.

S405-2

Lebensmittelverfügbarkeit als Risikofaktor für die Prävalenz von Sarkopenie in der Akutgeriatrie – Sarcopenia EAMA 9+ Project

U. John-Köhler¹, H. Schmid¹, G. Decker¹, U. Braisch¹, D. Sanchez-Rodriguez², S. Hope³, K. Piotrowicz⁴, J. Gasowski⁴, M. Surquin², E. Marco⁵, D. Meza⁵, M. Toscano-Rico⁶, A. de Spiegeleer⁷, N. Van Den Noortgate⁷, M. Denkinger¹, D. Dallmeier¹

¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Geriatrics Department CHU Brugmann, Université Libre de Bruxelles, Brussels/BE; ³College of Medicine & Health, University of Exeter, Exeter/UK; ⁴Dept. of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University, Krakow/PL; ⁵Rehabilitation Research Group, Hospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona/E; ⁶Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lissabon/P; ⁷Department of Geriatric Medicine, Ghent University Hospital, Ghent/BE

Fragestellung: Sarkopenie ist eine der wichtigsten Herausforderungen in der Geriatrie. Das Sarcopenia EAMA 9+ Projekt untersucht die Prävalenz in der Akutgeriatrie, sowie mögliche Risikofaktoren in 9 europäischen Ländern. Lokal untersuchten wir in diesem Kontext die Lebensmittelverfügbarkeit als weiteren möglichen Risikofaktor, da Lebensmittel die Basis der Ernährung sind und damit Ausgangspunkt für den individuellen Ernährungszustand.

Methodik: Untersucht wurden Personen ≥ 70 Jahre, die stationär in der Akutgeriatrie aufgenommen wurden. Der Ernährungszustand wurde mittels MNA-SF erfasst. Zur Beurteilung der Lebensmittelverfügbarkeit wurden Daten zur sozioökonomischen Situation (Bildung, Finanzsituation, u. a.), zur Erreichbarkeit von Lebensmitteln (Entfernung bevorzugter Verkaufspunkte, Nutzung von Fahrzeugen) sowie zur Zubereitung (selbstständig, durch Dritte) und zum Verzehr der Mahlzeiten (allein, in Gesellschaft) erfragt. Alle Patienten mit ≥ 4 Punkten im Sarkopenie-Fragebogen (SARC-F) wurden als mit Verdacht auf Sarkopenie definiert.

Ergebnisse: Es wurden 56 Patienten rekrutiert (im Durchschnitt 83,7 Jahre alt, 69,6 % Frauen). Dabei zeigten 53 (94,6 %) einen MNA-SF Score ≤ 7 , d. h. mit Hinweis auf Mangelernährung. Ein Verdacht auf Sarkopenie bestand bei 33 (58,9 %) Patienten (75,7 % Frauen). Diese charakterisierten sich durch signifikante funktionelle Einschränkungen im Vergleich zu denjenigen mit SARC-F < 4 (Median Barthel Index 50 vs. 60, Median IADL Score 5 vs. 7). Keine oder nur wenige Ersparnisse wurden häufiger bei Patienten mit SARC-F ≥ 4 (41,4 % vs 15,0 % bei SARC-F < 4) beobachtet. Insgesamt 21 (37,5 %) benötigen vorbereitete und servierte Mahlzeiten (16 mit SARC-F ≥ 4 vs. 5 mit SARC-F < 4), während eine selbständige Planung und Zubereitung von Mahlzeiten nur bei 25 (44,6 %) angegeben wurde (10 mit SARC-F ≥ 4 vs. 15 mit SARC-F < 4). Kein Unterschied wurde in Bezug auf die soziale Komponente bei der Einnahme von Mahlzeiten beobachtet.

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse zeigen eine hohe Prävalenz von Patienten mit Verdacht auf Sarkopenie in der Akutgeriatrie. Mögliche Faktoren, die das Vorhandensein von Sarkopenie begünstigen, sind die finanziellen Ressourcen sowie die Zubereitung bzw. Versorgung mit Mahlzeiten. Weitere Untersuchungen zu diesen Aspekten der Lebensmittelverfügbarkeit in Deutschland sind angesichts der demographischen und sozialen Entwicklung dringend notwendig.

S405-3

Untersuchungen zur adulten Neuroplastizität als Auswirkung langfristiger körperlicher Aktivität im Alter

M. Bade¹, A. Hökelmann², J. Kaufmann³, V. Leßmann⁴, P. Müller⁵, N. Müller⁶

¹Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg; ²Institut für Sportwissenschaft, Fakultät für Humanwissenschaften, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg; ³Bereich Medizinphysik, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg; ⁴Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg; ⁵Forschungsgruppe Neuroprotektion, Universitätsklinik für Neurologie, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Magdeburg; ⁶Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam, Potsdam

Der steigende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung geht mit einer erhöhten Prävalenz chronischer Erkrankungen einher, was das Gesundheitssystem und die Versorgung künftig vor große Herausforderungen stellt. Daher werden geeignete Maßnahmen benötigt, die ein gesundes Altern verbunden mit einer hohen Lebensqualität unterstützen. Die Fähigkeit des adulten Organismus zur neuronalen Plastizität, induziert durch langfristige körperliche Aktivität, wurde in einem interdisziplinären Projekt zur Altersforschung aus neurowissenschaftlicher, physiologischer, neuropsychologischer und sportwissenschaftlicher Perspektive beleuchtet. In einer Längsschnittstudie mit 20 gesunden älteren Menschen ($M = 72,65$; $SD = 4,31$) wurde der Einfluss des Ausdauer- und Kraftsports sowie des Tanztrainings im Langzeitverlauf von 5 Jahren auf die Hirnstruktur, den Wachstumsfaktor BDNF, das Gedächtnis, die Gleichgewichtsfähigkeit und die Ausdauerleistung untersucht. Die Messungen fanden vor Beginn der Trainingsphase, nach 6 Monaten, 18 Monaten sowie 5 Jahren statt. Durchgeführt wurden strukturelle MRT-Untersuchungen (FSL-Segmentierung), Blutanalysen, der Verbale Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT), Stabilitätsgrenztest (LoS) sowie Physical Working Capacity Test 130 (PWC 130). In beiden Gruppen wurde ein Volumenzuwachs in der linken Amygdala ($F(3, 36) = 3,760$; $p = 0,019$; $f = 0,56$), eine Aufrechterhaltung der BDNF-Konzentration im Blut-Plasma, eine Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit hinsichtlich der Reaktionszeit ($F(3, 42) = 6,379$; $p = 0,001$; $f = 0,67$), Bewegungsgeschwindigkeit ($F(3, 42) = 4,925$; $p = 0,005$; $f = 0,59$), des Endpunktes ($F(1,83, 25,58) = 9,221$; $p = 0,001$; $f = 0,81$), der maximalen Auslenkung ($F(3, 42) = 12,476$; $p < 0,001$; $f = 0,94$) sowie der Richtungskontrolle ($F(3,42) = 6,542$; $p = 0,001$; $f = 0,68$) und eine Stabilisierung der relativen Leistung im PWC 130 beobachtet. Die Gedächtnisleistung verbesserte sich lediglich in der Tanzgruppe signifikant im Hinblick auf die Wiedererkennungslleistung ($X^2(3, N = 8) = 12,197$; $p = 0,007$). Der Neuroplastizitätseffekt wurde infolge beider Trainingsmaßnahmen anhand neurostruktureller, molekularer, kognitiver, koordinativer sowie konditioneller Anpassungserscheinungen im adulten Organismus bewiesen. Die Studie zeigte, dass ein langfristig physisch aktiver Lebensstil zum Leistungserhalt und somit zu einer höheren Lebensqualität sowie Autonomie im Alter führt. Es ist jedoch hervorzuheben, dass nur das Tanztraining zur kognitiven Leistungssteigerung beitrug.

S405-4

Die Perspektive potenzieller Nutzer*innen auf assistive Roboterarme in ambulanten Settings

A. Baumeister¹, F. Goldau², Y. Shivashankar², B. Klein³, B.-P. Tolle³, U. Frese²

¹Forschungszentrum FUTURE AGING, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt a. M.; ²Cyber-Physical Systems (CPS), Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz, Bremen; ³Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt a. M.

Assistive Roboterarme wie der JACO von Kinova inc. sollen Menschen mit Funktionsverlusten im Oberkörper bei täglichen Aktivitäten unterstützen und ihre Autonomie fördern (Brose et al. 2010). Dafür wird der JACO an einem E-Rollstuhl angebracht und über dessen Steuerung bedient (Baumeister et al. 2021). Allerdings ist die Ausübung alltäglicher Aktivitäten mit dem

Roboterarm aufgrund einer zeitraubenden Steuerung mit Schwierigkeiten verbunden (Beaudoin et al. 2019; Herlant et al. 2017). In dem interdisziplinären BMBF Forschungsprojekt DoF-Adaptiv (Fördernr. 16SV8564) soll mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz ein einfacheres Steuerungskonzept für den JACO entwickelt werden. Eine leichtere Steuerung könnte auch bei älteren Nutzer*innen die Akzeptanz von assistiven Roboterarmen erhöhen. Die Frankfurt UAS untersucht mit einem partizipativen methodischen Ansatz orientiert an der Aktionsforschungsspirale nach Riel (2020), ethische, rechtliche und soziale Implikationen (ELSI). In einem ersten Schritt wurden mit potenziellen Nutzer*innen, ihren pflegenden Angehörigen, Assistenz- und Pflegekräften in Workshops und Interviews Aktivitäten identifiziert, die im Alltag dieser Personengruppen von Bedeutung sind und mögliche Anwendungsszenarien für den JACO entwickelt. Neben den vier Szenarien „Essen und Trinken“, „Türen öffnen und schließen“, „Supermarktregal/Objekte greifen“ und „Mikrowelle“ konnten aus der Analyse der Workshops und Interviews auch nutzer*innenorientierte Anforderungen an assistive Roboterarme und deren Steuerung abgeleitet werden.

Literatur

1. Baumeister A et al (2021) The Importance of Participatory Design for the Development of Assistive Robotic Arms. Initial Approaches and Experiences in the Research Projects Mobile and DoF-Adaptiv. In: Günther, C; Klein, B; Schmidt, M; Weiland M (ed.), Connected Living. Conference Proceedings
2. Beaudoin M et al (2019) Long-term use of the JACO robotic arm: a case series. *Disabil Rehabil Assist Technol* 14(3):267–275
3. Brose S et al (2010) The Role of Assistive Robotics in the Lives of Persons with Disability. *Am J Phys Med Rehabil* 89(6):509–521
4. Herlant L et al (2016) Assistive teleoperation of robot arms via automatic time-optimal mode switching. In 2016 11th ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction (HRI), 35–42. IEEE
5. Riel M (2020) Understanding action research. ccarweb.org/what-is-action-research, Stand 17. März 2022

S405-5

Wie verändern sich individuelle Altersbilder im Laufe von Paarbeziehungsübergängen im Alter? Ergebnisse aus dem Deutschen Alterssurvey und der NRW80+-Studie

S. Mauritz¹, L. Bischoff²

¹NRW Forschungskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln; ²DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Fragestellung: In der bisherigen Forschung gibt es widersprüchliche Ergebnisse zum Zusammenhang von Altersbildern und verschiedenen Paarbeziehungsübergängen. Dieser Beitrag geht daher der Frage nach, wie sich individuelle Altersbilder nach den Übergängen in die Verwitwung und in neue Paarbeziehungen im späteren Erwachsenenalter in Deutschland unterscheiden und entwickeln. Basierend auf den theoretischen Konzepten der Altersbilder und der Chrononormativität geht der Beitrag davon aus, dass sich individuelle Altersbilder bei einer Verwitwung verschlechtern, während sie sich am Übergang in eine neue Paarbeziehung verbessern.

Methodik: Für den Beitrag werden Paneldaten aus sechs Wellen des Deutschen Alterssurveys (DEAS, 1996–2017, $n = 3306$) und den ersten beiden Wellen des Surveys Lebensqualität und Wohlbefinden hochalttriger Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW80+, 2017–2020, $n = 847$) analysiert. Dabei werden lineare hybride Panelregression modelliert, um inter- und intraindividuelle Unterschiede in den Altersbildern bei Paarbeziehungsübergängen zu analysieren.

Ergebnisse: Der Zusammenhang zwischen Paarbeziehungsübergängen und Altersbildern zeigt sich nur für einzelne Dimensionen von Altersbildern: Verwitwete fühlen sich im Vergleich zu Verheirateten abhängiger von der Hilfe anderer und – entgegen unserer Annahmen – fühlen sich ältere Personen nach einer Verwitwung freier in der Gestaltung ihrer Zeit, kennen sich selbst besser und haben eine bessere Vorstellung davon, was sie wollen.

Zusammenfassung: Diese Studie ergänzt die bestehende Altersforschung, indem sie den DEAS und NRW80+ vergleichend analysiert und somit einerseits ein sehr breites Altersspektrum im höheren Erwachsenenalter abdeckt und gleichzeitig die Verknüpfung zweier zentraler deutscher Altersstudien vorantreibt. Unsere Analyse von Veränderungen in den Altersbildern nach Paarbeziehungsübergängen im Lebensverlauf verdeutlicht die Bedeutung einer multidimensionalen Konzeptualisierung von Altersbildern für die aktuelle Forschung.

S405-6

„Plastizität“: Gilt das Ziel der medizinischen Reha, die „selbstbestimmte Teilhabe“ gemäß 1 SGB IX, nur für kognitiv Leistungsstarke?

J. C. Behrens¹, C. von Carnap², K. Grune³, N. Martin⁴, M. Schmidt-Ohlemann⁵, R. Siebert⁶, S. Thiel⁷, M. Warnach⁸, M. Wolf²

¹Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Frankfurter Institut für Supervision, Frankfurt a. M.; ³Geriatric, Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus; ⁴Klinik für Innere Medizin/Geriatrie, Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“, Woltersdorf; ⁵Kreuznacher Diakonie, Rehabilitationszentrum Bethesda Stiftung, Bad Kreuznach; ⁶Mobile Reha Bremen, Bremen; ⁷Hausarztpraxis Rathaus Altlandsberg, Altlandsberg; ⁸Mitglied der DVfR, Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V., Berlin

Hintergrund und Fragestellung: *Plastizität* ist ein gemeinsames Thema von Gerontologie und Geriatrie, wie es am Interdisziplinärem Zentrum Halle: Biologie – Medizin – Gesellschaft (IZAH) erforscht wird. Rehabilitation und Pflege sind bekanntlich die finanziell bedeutendsten sekundärpräventiven Maßnahmen im deutschen Versorgungssystem. Beide haben das gesetzliche Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken (§§ 1 f. SGB IX, siehe auch ICF der WHO und die UN-Behindertenrechtskonvention). Aber: **Können kognitiv schwer Eingeschränkte überhaupt interpretierbare individuelle Teilhabeziele (i. S. SGB IX, § 1) äußern? Können sie ihre Ziele mit Mobiler Geriatrischer Rehabilitation erreichen?**

Erhebung: In der abgeschlossenen, durch das BMG geförderten ersten multizentrischen klinisch-epidemiologischen und Organisationsverlaufstudie „Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation“, wurden Rehaindikation und Verläufe mit und ohne Rehabilitation von 750 pflegebedürftigen Bewohner*innen repräsentativ für 15 stationärer Pflegeeinrichtungen aus 5 Bundesländern 2,5 Jahre lang erhoben. Erfahrene Geriaterinnen, Reha- und Sozialmedizinerinnen führten informiert durch Bezugspflegende die Untersuchungen durch.

Ergebnisse zur Äußerung selbstbestimmter Teilhabeziele: Bis MMST 20 können über 97 % der Bewohner*innen ein selbst bestimmtes Teilhabeziel sprachlich formulieren, bei MMST bis 10 noch 72 % und bei MMSt 0–9 immer noch 52 % der Bewohner*innen. Bei 100 % aller Bewohnerinnen, auch der kognitiv eingeschränkten, kann die Bezugspflege aus den Äußerungen der Bewohner*innen ein Teilhabeziel erschließen.

Ergebnisse zur Zielerreichung: Verglichen wurden die Verläufe zweier Gruppen. Bei beiden hatten die Gutachterinnen eine Indikation zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation im Wohnort stationäre Pflegeeinrichtung (MoRe) gestellt. Die erste Gruppe nutzte die Mobile Rehabilitation. Die zweite nutzte sie auch unterschiedlichen Gründen nicht. Die erste Gruppe zeigte in der 6-Monats-Katamnese durchschnittlich bessere Ergebnisse, sowohl im Selbsthilfe-Status als auch in der Teilhabe. Die zweite Gruppe verschlechterte sich durchschnittlich in beiden Dimensionen.

Daraus folgt: Ein MMSt < 9 spricht nicht gegen rehabilitative Plastizität und nicht gegen das Rehaziell „Selbstbestimmte Teilhabe“ im Sinne des § 1 SGB IX

Literatur

1. Behrens J (2019) Theorie der Pflege und der Therapie. Hogrefe, Bern

S406 Wie kann (digitale) Technik dazu beitragen, im Alter mobil zu bleiben?

Moderation: V. Gerling

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Die Möglichkeit, bis ins hohe Alter mobil zu bleiben, ist ein wesentlicher Faktor für eine aktive und selbstbestimmte Lebensführung und erfordert in ländlichen Räumen besondere Strategien. Dabei geht es beispielsweise um Bewegung und die Ausübung physischer und kognitiver Aktivitäten oder die praktische Organisation und Bewältigung des Alltags wie z. B. die Sicherstellung der täglichen Versorgung oder die Durchführung von Arztbesuchen. Aber auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, bspw. im Hinblick auf die Partizipation an Freizeit- und Bildungsangeboten oder den Erhalt sozialer Beziehungen und Netzwerke sind wichtige Aspekte. Ob und wie Mobilität im Alter funktioniert, ist abhängig von unterschiedlichen Ressourcen, aber auch von Barrieren, die sowohl die älteren Menschen selbst als auch ihre Umwelt betreffen. Innovative digitale und technische Ansätze können die Mobilität unterstützen bzw. sicherstellen und Barrieren abbauen. In dem Symposium wird die technikgestützte Mobilitäts- und Teilhabeförderung Älterer anhand ausgewählter (Modell-)Projekte aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Der erste Beitrag von **Schlinge & Dr. Gerling** stellt hemmende und begünstigende Faktoren einer Senioren-Scooter-Nutzung auf einem eigenen Verkehrsübungsplatz in Mönchengladbach dar. Dort konnten u. a. Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen den Umgang mit den Elektromobilen erlernen und trainieren.:

Der daran anschließende Vortrag von **Ruf et al.** setzt sich damit auseinander, wie für ältere Menschen in ländlichen Räumen durch die Entwicklung und Erprobung eines Mobilitätsassistenten die Reiseplanung erleichtert werden kann. Auf einer cloudbasierten Plattform werden verschiedene Mobilitätsdienstleistungen und deren Anbieter integriert.

Mümken et al. gehen in ihrem Vortrag der Frage nach, inwieweit die außerhäusliche Mobilität älterer Menschen mittels Gesprächsinterventionen gefördert werden kann. Mithilfe einer Tablet-App und unter Einbezug der persönlichen Ressourcen der Älteren werden Aktivitäts- und Mobilitätsangebote in der Region aufgezeigt und individuelle Mobilitätsziele vereinbart.

Dr. Gerling stellt abschließend dar, wie im Märkischen Kreis durch den Einsatz eines umgebauten Wohnmobils, dem „Mobil Sorglos B“, mobile Videosprechstunden mit Ärzt*innen und weitere mobile Beratungsangebote vor der Haustür älterer, mobilitätseingeschränkter Menschen ermöglicht werden können.

S406-1

„Da lass ich Kegeln alles für stehen, wenn ich hier fahren kann.“ – Scooter fahren als Betreuungs-, Teilhabe- und Mobilitätsangebot in stationären Pflegeeinrichtungen

M. Schlinge¹, V. Gerling²

¹Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund; ²Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Fragestellung: Im Projekt „Mobilitätsnetzwerk und Senioren-Scooter-Sharing: Ein neuer digitaler Service für mehr Mobilität und Teilhabe im Quartier“ (2019–2022) konnten v. a. Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Mönchengladbach den sicheren Umgang mit Senioren-Scootern auf einem eigens zu diesem Zweck erbauten Verkehrsübungs-gelände („Senioren-Scooter-Park“) erlernen. Die Senior*innen wurden dabei von fachkundigem Personal der Einrichtungen angeleitet und unterstützt. Die wissenschaftliche Begleitforschung untersuchte aus Sicht der Nutzer*innen hemmende und begünstigende Faktoren des Zugangs zu und des Umganges mit den Senioren-Scootern. Gleichzeitig wurde eru-

iert, welche Maßnahmen die Heranführung älterer Menschen an die Scooter als Mittel von Teilhabe und Mobilität erleichtern können.

Methodik: Im Rahmen qualitativer Interviews wurden 2021 in einem Zeitraum von zwei Monaten 15 Senior*innen und drei Angehörige zu ihren Erfahrungen mit den Scootern befragt, z. B. im Hinblick auf die Teilnahmemotivation, Einstellungen und Erwartungen gegenüber dem Fahrzeug bzw. Training, die Bedienung des Fahrzeugs sowie die Rahmenbedingungen des Trainings. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch mithilfe von MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse: Durch die Befragung konnten fördernde Faktoren und hemmende Faktoren identifiziert werden, die sowohl personen- als auch umweltzentriert sind. Aus Sicht der Nutzer*innen macht Scooter-Fahren Spaß, ermöglicht Sozial-Kontakte und hat das Potenzial – auch durch die Anerkennung von Mitarbeiter*innen sowie An- und Zugehörigen – das Selbstwertgefühl zu stärken. Die begrenzte Verfügbarkeit der Scooter, mangelndes Vertrauen in die Technik bzw. das Fahrzeug sowie unveränderbare Faktoren wie schlechtes Wetter und die Corona-Pandemie wirkten sich hingegen hemmend aus. Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs und des Umgangs mit den Scootern betreffen u. a. eine qualifizierte und individuell angepasste Begleitung der Fahrtrainings und die Reflexion und ggf. Anpassung der unterschiedlichen Zielsetzungen der Scooter-Nutzung.

Zusammenfassung: In dem Beitrag werden Aspekte der Teilhabe- und Mobilitätsförderung durch die Nutzung von Senioren-Scootern diskutiert, die weit über die Ermöglichung und den Erhalt von Fortbewegung hinausgehen. Denn neben der Erweiterung des Aktivitätsradius der Befragten führte bereits das Fahrerlebnis an sich sowie das begleitete Betreuungs- und Teilhabeangebot zu zahlreichen positiven Effekten.

S406-2

„REMOBIAS“ Reiseplanung mit interaktivem, digitalem Mobilitätsassistenten und Schnittstellen zu einer Smart-Living-Plattform

C. Ruf¹, B. Krams², S. Venkatesh³, J. Marx Gómez³

¹CIBEK GmbH, Limburgerhof; ²Match Rider UG, Heidelberg; ³University of Oldenburg, Oldenburg

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einer älter werdenden Gesellschaft werden die Herausforderungen im Umgang mit älteren Menschen stetig größer. Obwohl ältere Menschen länger bei guter Gesundheit bleiben (z. B. sogenannte „rüstige Rentner“, „Silver Ager“) tritt der Umstand ein, dass diese Menschen aufgrund abnehmender körperlicher Bewegungsfreiheit zunehmende Schwierigkeiten haben, Arztbesuche wahrzunehmen und soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. In ländlich geprägten Räumen liegen zusätzliche Herausforderungen vor: Zum einen sind Wege des täglichen Bedarfs weiter als in urbanen Räumen. Zum anderen werden diese Wege häufiger mit dem eigenen Pkw zurückgelegt. Ist ein solcher nicht vorhanden oder kann dieser nicht genutzt werden, bedarf es Alternativen.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt REMOBIAS zielt darauf ab, Nutzern aus dem ländlichen Raum nachhaltige und innovative Mobilitätsdienstleistungen anzubieten, die ihre spezifischen Präferenzen berücksichtigen. Zu den zu integrierenden Mobilitätsanbietern zählen maßgeblich Mitfahrgelegenheiten sowie der ÖPNV. In Abhängigkeit der Pilotregion werden weitere Angebote wie Gemeinschaftsverkehre (insbes. Bürgerbusse und -autos) sowie als Fallback-Lösung Taxiverkehre integriert.

Die Informations- und Kommunikationstechnologien spielen eine Schlüsselrolle bei der Planung und Verwaltung dieser neuen ländlichen Mobilität. So wird schlussendlich wird eine cloudbasierte B2B-Plattformumgebung aufgebaut, die Schnittstellen zur Anbindung von Mobilitätsdienstleistern an ein Smart-Living System bietet. Die IT-Architektur der Lösung berücksichtigt, dass die Mobilitätslösungen der Projektpartner, insbesondere

aber auch die Verkehrsmittel anderer Mobilitätsanbieter, durch Schnittstellen angebunden werden können.

Die Pilotierung des Mobilitätsassistenten erfolgt während der Projektlaufzeit zunächst in den Regionen Rhein-Neckar und Oldenburg u. a. in Kooperation mit Kommunen, Krankenkassen, Mobilitätsdienstleistern und Betreiber von Senioreneinrichtungen.

Das Projekt läuft bis August 2023, sodass erste Ergebnisse der technischen Umsetzung zum Kongresszeitpunkt vorliegen.

Danksagung: Das Projekt REMOBIAS wird durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags als Bestandteil des ZIM-Kooperationsnetzwerks DEMOBIS (www.demobis.de) gefördert (Förderkennzeichen: 16KN085124).

S406-3

Individuelle technikgestützte Mobilitätsförderung im Alter ab 75 Jahren im ländlichen Raum

S. Mümken¹, C. Hager¹, J.-N. Voigt-Antons², R. P. Spang³, P. Gellert¹

¹Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²Immersive Reality Lab, Hochschule Hamm-Lippstadt, Hamm; ³Quality and Usability Lab, Faculty IV Electrical Engineering and Computer Science, Technische Universität Berlin, Berlin

Fragestellung: Mobilität im Sinne der Nutzung von persönlichen, sozialen und umweltbezogenen Ressourcen zur Durchführung von außerhäuslichen Aktivitäten ist entscheidend für den Erhalt funktioneller und psychosozialer Gesundheit im Alter. Insbesondere im höherem Lebensalter und in ländlichen Regionen ist die Information über Aktivitätsangebote und Anpassung persönlicher Aktivitätsziele unter Einbezug persönlicher und sozialer Ressourcen von Bedeutung, um außerhäusliche Mobilität aufrecht zu erhalten.

Kann eine nach alternspsychologischen Ansätzen entwickelte Gesprächsintervention über persönliche, soziale und regionale Ressourcen die außerhäusliche Mobilität von Menschen im Alter ab 75 Jahren in einer ländlichen Region erhalten und fördern?

Methode: In einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) erhalten 127 Personen über 75 Jahren einer spezifisch ländlichen Region eine ca. 2 h dauernde Gesprächsintervention. Diese wird von Physiotherapeut*innen durchgeführt und durch Einsatz einer Tablet-App zur Visualisierung vorhandener Ressourcen sowie vereinbarter Mobilitätsziele unterstützt. Zum Gesprächseinstieg wird dabei eine soziale Netzwerkkarte mit integrierten persönlichen Ressourcen angewendet und folgend zur Zielformulierung und Motivation zur Erreichung individueller Mobilitätsziele genutzt. Eine Datenbank mit regionalen Aktivitäts- und Mobilitätsangeboten dient zudem dem Aufzeigen von regionalen Ressourcen. Zieladhärenz wird mittels GPS/GIS Technologie an sieben aufeinander folgenden Tagen überprüft.

Ergebnisse: In das bis Ende 2023 laufende RCT konnten bisher 62 Teilnehmende in die Interventionsgruppe eingeschlossen werden. Es kann von überwiegend positiven Reaktionen auf die Intervention berichtet werden. In einer Zwischenauswertung zeigte sich zudem, dass die ersten 25 Teilnehmenden (beide Studiengruppen) durchschnittlich 1,3 außerhäusliche Orte am Tag aufsuchten und vor allem am Vormittag entfernte Orte aufsuchten.

Zusammenfassung: Gesprächsinterventionen können zur Förderung außerhäuslicher Mobilität angewendet werden.

S406-4

„MobilSorglos B“ – das mobile online Beratungszentrum im Märkischen Kreis

V. Gerling

GER-ON Consult & Research, Fröndenberg/Ruhr

Fragestellung: Neue Versorgungsmodelle gewinnen in ländlichen Regionen zunehmend an Bedeutung. Damit stehen gleichermaßen neue Formen der Mobilität als auch die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Fokus. Vor diesem Hintergrund führen zwei Kommunen im Märkischen Kreis das vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft geförderte, knapp dreijährige Erprobungsprojekt „MobilSorglos“ durch.

Methodik: Das mobile online Beratungszentrum MobilSorglos B ist ein umgebautes, mit dem Internet verbundenes Wohnmobil für Beratung, Kommunikation und Telemedizin und verfügt über einen eigenen Bereich für mobile Videokommunikation. So können z. B. Videosprechstunden von Haus- und Fachärzt*innen oder eine mobile online-Pflegeberatung des Märkischen Kreises vor der Haustür älterer, mobilitätseingeschränkter Personen datenschutzkonform ermöglicht werden. Bei dem Aufbau der Online-Videoverbindung ist ein geschulter Fahrer behilflich. Am Anfang des Projekts stand u. a. die Durchführung einer Bedarfsanalyse in dessen Rahmen der Frage nachgegangen wurde, welche Anbieter Interesse haben, an dem mobilen online Beratungszentrum teilzunehmen.

Ergebnisse: Der Lieferservice des MobilSorglos A mit einer eigenen analogen und digitalen Vermittlungs- und Buchungsplattform ist seit April 2021 am Start. Das MobilSorglos B wird seit Ende März 2022 für ein Jahr erprobt.

Zusammenfassung: Der Beitrag gibt einen Überblick über erste Erfahrungen und Ergebnisse des mobilen online Beratungszentrums und benennt hemmende und fördernde Faktoren.

S411 Chancen und Herausforderungen für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheits- und Pflegeinnovationen

Moderation: U. Fachinger

Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta

Im Zuge des demografischen Wandels wird digitalen Gesundheits- und Pflegeinnovationen, wie z. B. Ambient Assisted Living (AAL)-, E-Health- und Telenursing-Technologien eine immer höhere Bedeutung zugemessen. Innovative Technologien bieten dabei die Möglichkeit, ältere Menschen in der Versorgung zu unterstützen oder ihnen bei Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Wohnumgebung zu ermöglichen und eine frühzeitige institutionelle Unterbringung zu verhindern oder zu verzögern. Darüber hinaus haben diese Technologien das Potenzial, formell und informell Pflegenden zu entlasten, sodass sie sich verstärkt auf die zwischenmenschliche und soziale Komponente in der Pflege konzentrieren können.

Konträr zu den zahlreichen Einsatzmöglichkeiten und den prognostizierten Vorteilen sind digitale Gesundheits- und Pflegeinnovationen, abgesehen von einigen auf dem Markt erhältlichen Einzelanwendungen sowie Prototypen in Pilot- und Forschungsprojekten, wenig verbreitet. Hierfür gibt es vielfältige Gründe, so wird beispielsweise das Fehlen von nachhaltigen Geschäftsmodellen als Erklärung für die geringe Verbreitung angeführt. Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang der Mangel an Wissen von Personen mit Assistenzbedarf, Pflegenden, Beratenden, potenziellen (Zwischen-)Händler*innen, Kommunen und Krankenkassen über den Nutzen und die Kosten der Produkte. Zudem gibt es bisher wenige Konzepte zur Integration von Gesundheits- und Pflegeinnovationen mit schon vorhandenen Angeboten für Personen mit Assistenzbedarf, sodass es an ganzheitlichen Konzepten für die Gestaltung von Stadträumen fehlt. Da die Studienlage bezüglich Faktoren, die auf die Implementierung von Gesundheits- und Pflegeinnovationen wirken, bislang als unzureichend bezeichnet werden kann, ist es das Ziel des Symposiums, die für eine erfolgreiche Implementierung derartiger Technologien nötigen Geschäftsmodelle zu diskutieren. Dabei sollen im Rahmen des Symposiums Geschäftsmodelle für AAL- sowie E-Health-Technologien, die Kosten sowie Nutzen von AAL-Technologien, die digitale Partizipation sowie neue Stadtentwicklungs-konzepte diskutiert werden.

S411-1 Ein Framework für die gesundheitsökonomische Evaluation von AAL-Technologien

M. Mähs

Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta,
Vechta

Einleitung: AAL-Technologien können ältere Menschen unterstützen, ein selbstbestimmtes, sicheres Leben in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu führen. Um den Nutzen und die Kosten dieser Technologien aufzuzeigen und somit die Verbreitung dieser Technologien zu erhöhen, können gesundheitsökonomische Evaluationen durchgeführt werden. Das Ergebnis einer derartigen Evaluation kann die Entscheidung unterstützen, die Technologie als Regelleistung der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung zu implementieren und deren Kosten zu erstatten. Die Evaluation von AAL-Technologien ist aufgrund des komplexen und innovativen Charakters dieser Technologien herausfordernd.

Methodik: Auf Basis von Literaturrecherchen und konzeptionell-theoretischer Vorarbeiten wurde ein Framework entwickelt, das eine Orientierung für eine strukturierte, entwicklungsbegleitende Evaluation von AAL-Technologien bietet.

Ergebnisse: Bei der Erstellung des Frameworks wurden Informationen aus nationaler sowie internationaler Forschung und aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen hinsichtlich der Evaluation von AAL-Technologien zusammengetragen, systematisiert, analysiert und zu einem Framework synthetisiert. Eine Evaluation, die sich am Framework orientiert, kann in frühen Entwicklungsstadien begonnen und entwicklungsbegleitend durchgeführt werden, um eine frühe Entscheidungsfindung zu unterstützen. Mit jeder Entwicklungsphase der Technologie kann auf diese Weise mehr Evidenz über deren Wirksamkeit, Kosten und Nutzen generiert werden. Die Entwicklung der Technologie und somit ebenso die Evaluation kann aufgegeben werden, wenn sich nach ersten Studien anhand des Prototyps kein Nutzen zeigt. Die Implementierungsentscheidung kann unter der Bedingung getroffen werden, dass nach dem Vertriebsbeginn der Technologie weitere Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsstudien, u. a. im Alltag der Nutzerinnen und Nutzer, durchgeführt werden.

Fazit: Abgesehen von den aus der Arbeit resultierenden Forschungsbedarfen konnte eine mögliche Vorgehensweise einer gesundheitsökonomischen Evaluation von AAL-Technologien erstmals gezeigt und anhand eines Frameworks illustriert werden. Diese kann zu einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Evaluationsstudien, bei denen das Framework angewendet wurde, beitragen.

S411-2 Entscheidungsunterstützungssystem zur fairen Verteilung von Effizienzgewinnen in Innovationsnetzwerken im AAL-Bereich

J. Bleja

Institut für die Digitalisierung von Arbeits- und Lebenswelten, Fachhochschule Dortmund, Dortmund

Einleitung: Die Zukunftsfähigkeit von Produkten und Dienstleistungen hängt immer häufiger davon ab, welche Unternehmen Kooperationen eingehen und wie stabil diese gestaltet sind. So bedarf es bspw. bei Innovationen im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme (AAL) häufig besonders umfangreicher Fachkenntnisse. Auch im Projekt Smart Care Service (EFRE.NRW) kommen daher Unternehmen aus unterschiedlichen Bereichen zusammen, um die Versorgung von Personen mit Assistenzbedarf sicherzustellen. Neben einer Vielzahl von Vorteilen, die durch die Zusammenarbeit entstehen können, bringt diese auch Herausforderungen mit sich. Eine davon ist die faire Verteilung der durch die Kooperation entstehenden Effizienzgewinne. Ziel ist es daher, ein Entscheidungsunterstüt-

zungssystem zur fairen Verteilung von Effizienzgewinnen in Innovationsnetzwerken im AAL-Bereich zu entwickeln.

Methodik: Vor der Entwicklung eines entsprechenden Entscheidungsunterstützungssystems wurde eine Bewertung spieltheoretischer Lösungskonzepte, wie den Shapley-Wert, τ -Wert, χ -Wert, Kern und die ACA-Methode zur fairen Verteilung von Effizienzgewinnen durchgeführt. Zur Identifikation von theoretischen, konzeptionellen Anforderungen erfolgte im ersten Schritt eine ausführliche Literaturrecherche. Anschließend wurden die Lösungskonzepte anhand der identifizierten Anforderungen mit der PROMETHEE Methode bewertet. Ergänzend zur theoretischen Anforderungsanalyse wurde eine qualitative Anforderungsanalyse aus der Sicht möglicher, späterer Anwender aus dem AAL-Bereich durchgeführt.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Auf Basis der Anforderungsanalyse konnte ein Katalog von Modell- und Praktikabilitätsanforderungen an das zu entwickelnde Entscheidungsunterstützungssystem generiert werden. Die Ergebnisse von PROMETHEE geben darüber hinaus einen Überblick, inwieweit die spieltheoretischen Verfahren die identifizierten Anforderungen erfüllen. Insbesondere der τ -Wert und χ -Wert weisen viele Vorteile im Gegensatz zu anderen Lösungskonzepten auf. Im Rahmen der Interviews wurde der Bedarf eines Entscheidungsunterstützungssystems in der Praxis noch einmal von den Befragten verdeutlicht. Aufbauend auf den Ergebnissen wurde ein erster Entwurf eines Entscheidungsunterstützungssystems zur Verteilung von Effizienzgewinnen erarbeitet. Dieser dient als wichtige Diskussionsgrundlage und kann Kooperationspartner dabei unterstützen, sich schon früh mit der Thematik auseinanderzusetzen.

S411-3 Gesundheitsförderung älterer Menschen in Städten mithilfe von AAL-Innovationen

S. Neumann

FB Wirtschaft, IDIAL, Fachhochschule Dortmund, Dortmund

Einleitung: Digitale und soziale Innovationen haben das Potenzial, die Gesundheit älterer Menschen in Städten zu fördern. Städte besitzen als Wohnort für ältere Bürger zahlreiche Vorteile, wie kurze Gehdistanzen und eine gute gesundheitliche Versorgungsstruktur. Zusätzlich sind Städte Innovationsorte, wovon ältere Menschen profitieren. Dennoch existieren Gesundheitsrisiken in Städten, zu denen unter anderem Stadtentwicklungsmaßnahmen, Emissionen und Lärm zählen. Stadtentwicklungsmaßnahmen sind Stressoren für ältere Menschen, da diese sich in besonderem Maße mit ihrem Quartier verbunden fühlen und sich an dahingehende Entwicklungen schlechter anpassen können. Innovationen können, z. B. im AAL-Bereich, die Gesundheit von Menschen in Städten fördern. Wie dies gelingen kann wird im Projekt Smart Care Service (EFRE.NRW) erforscht. AAL-Innovationen ermöglichen es länger im eigenen Zuhause und somit im Quartier leben zu können und kommen folglich den Bedürfnissen älterer Menschen entgegen. Dennoch ist es herausfordernd, ältere Menschen für digitale Gesundheitsförderung zu erreichen und eine Akzeptanz für Innovationen zu schaffen.

Methodik: Eine erweiterte Literatursuche wurde im übergeordneten Kontext der Gesundheitsförderung älterer Menschen im urbanen Raum durchgeführt. Hierbei waren vor allem aktuelle Publikationen im AAL-Bereich in Verbindung mit digitalen und sozialen Innovationen von Bedeutung. Ebenfalls wurden digitale Gesundheitskompetenzen älterer Menschen betrachtet.

Ergebnisse und Diskussion: Die Literaturrecherche ergab, dass das Gesundheitswesen in Stadtentwicklungsmaßnahmen eine untergeordnete Rolle einnimmt, jedoch unter großem Innovationsdruck steht. AAL-Technologien können die Gesundheit älterer Menschen fördern, andererseits ist der Zugang zur Zielgruppe erschwert und die Akzeptanz neuer Technologien im AAL-Bereich eine Herausforderung. Obwohl digitale Innovationen sich weitverbreiten, werden sie selten in der Versorgung älterer Menschen angewendet. Dies könnte mit einer stärkeren Implementierung von sozialen Innovationen, die das Ziel haben, langfristig Praktiken

zu verändern, gelingen. Hieran soll aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche angesetzt werden. Dazu werden Experteninterviews mit relevanten Stakeholdern durchgeführt, um aktuelle Chancen und Herausforderungen in der Implementierung von AAL-Innovationen in Städten zu ermitteln und Faktoren erarbeitet, die digitale Gesundheitskompetenzen älterer Menschen fördern.

S411-4

Urbane Resilienz – Potenziale im Quartier. Zur Übertragbarkeit des Modells „De Hogeweyk“ auf ein Bestandsquartier. Eine qualitative Vergleichsanalyse

F. Asche

FB Architektur/Sozialwissenschaften/IDiAL, Fachhochschule Dortmund, Dortmund

Einleitung: Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz fordert zukünftig neue Konzepte für die Gestaltung von Stadträumen. Das Quartier, im Sinne einer „15-Minuten-Stadt“ der kurzen Wege, gilt als Wunschwohn-umgebung auch für Menschen mit Demenz („aging in place“). Der öffentliche Raum spielt hierbei eine zentrale Rolle als Ort der Kommunikation sowie als Kontaktstelle zwischen privatem und öffentlichem Leben. Basierend auf einem Demenzbegriff als Behinderung und einem relationalen Raumbegriff zielt die Arbeit auf die Frage nach der Gestaltung eines urbanen Quartiers im universellen Design. Hierfür wird die Prüfung der Übertragbarkeit des Modells des Demenzdorfes/Pflegewohnquartiers „De Hogeweyk“ in Wesp auf ein Bestands-/Genossenschaftsquartier in Dortmund genutzt, um fehlende Indikatoren und Konzepte, zu generieren und zu diskutieren.

Methode: Der Zugang zum Feld erfolgte anhand explorativer qualitativer Methoden im Kontext einer kritischen Empirie. Auf der Basis multiperspektivischer Quartiersanalysen konnte die „area of homogeneity“ bestimmt und damit die Dimensionen der Vergleichbarkeit benannt werden. Der Frage nach der Übertragbarkeit wurde mit der raumorientierten Vergleichsanalyse (i. A. a. Vogelpohl) begegnet. Dort wurden verschiedene Perspektiven der Quartiersanalyse in zu vergleichenden Dimensionen exploriert und die Übertragbarkeit anhand identifizierter Zielkriterien überprüft. Die vulnerable Zielgruppe wurde indirekt, durch den Einbezug eines Raums der exklusiv von Menschen mit Demenz bewohnt wird, einbezogen.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Zur Beantwortung der Forschungsfrage half die Methode der Vergleichsanalyse, auf den ersten Blick verborgene Potenziale des Bestandsquartiers zu erfassen. Über die kontrastierende Vergleichsdimension wurde das Besondere des Modells „De Hogeweyk“ exploriert. Die Übertragbarkeit von Nutzungs- und Gestaltungskonzepten wurde durch verschiedene Analyseschritte ermöglicht, denen generalisierbare und vergleichbare Raumprozesse zugrunde lagen. Zusammenfassend konnten erste Indikatoren, unter Einbeziehung umweltpsychologischer Kriterien, für die Gestaltung urbaner Quartiere in einem universellen Design generiert werden. Auf dieser Grundlage könnten Bestandsquartiere als Orte der Versorgung und urbanen sozialen Resilienz neu gedacht werden. Eine weiterführende Praxisforschung startete 2021 mit dem transdisziplinären BMBF-Projekt „DEIN*ORT“ unter Einbeziehung lokativer Technik, unter fachwissenschaftl. Leitung der Autorin.

S412 „Die alte Klappe“ – invasive Therapie von Klappenvitien beim geriatrischen Patienten – im Spannungsfeld zwischen Kardiologie, Herzchirurgie und Geriatrie

Gemeinsame Sitzung der AG „Gerontokardiologie“ der DGK und der AG „Der alte Patient in der Herzchirurgie“ der DGTHG

Moderation: A. Simm¹, H. Rittger²

¹Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen, Klinikum Fürth, Fürth

Europaweit leider immer mehr zumeist ältere Menschen an Herzklappen-Erkrankungen. Bei einer schweren Herzklappenverengung (Stenose) oder -undichtigkeit (Insuffizienz) ist es oft nötig, die betroffene Herzklappe zu reparieren oder zu ersetzen. Neben der Weiterentwicklung in der Herzchirurgie mit zunehmend minimalinvasiven Verfahren, z. B. für die Rekonstruktion der patienteneigenen Herzklappe stehen katheterinterventionelle Verfahren zum Ersatz der Klappe immer mehr im Vordergrund. Das Risiko aller Eingriffe steigen mit dem Alter, der Multimorbidität und der Gebrechlichkeit/Frailty der Patienten. Daher ist dieses Patientengut von besonderer Bedeutung. In dieser Sitzung sollen geriatrische präoperative Risikoeinschätzungen, kardiologische und kardiochirurgische Therapieoptionen wie die postoperative Betrachtung in der Rehabilitation diskutiert werden.

S413 Digital inkludiert und trotzdem abgehängt: zum Entfremdungserleben in einer digitalisierten Gesellschaft

Moderation: M. R. Jokisch¹, A. Seifert²

¹Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten/CH

Wem der Zugang zur digitalen Welt versperrt bleibt, verzichtet nicht nur auf zusätzliche Angebote, sondern kann zunehmend eine soziale wie gesellschaftliche Exklusion erleben. Dabei ist die Nutzung digitaler Technologien für ältere Erwachsene nicht gleichzusetzen mit einer Inklusion. Fehlende digitale Kompetenzen und die Frage, wie digitale Technologien gewinnbringend für das eigene Altern eingesetzt werden können, stellen enorme Herausforderungen dar. Das Symposium geht der Frage nach, ob sich dieses Spannungsfeld auf die Zeit- und Zukunftsperspektive älterer Erwachsener auswirkt und Orientierungs- und Entfremdungsängste (Obsoleszenzerleben) befördert, die sich aus dem digitalen Wandel der Gesellschaft ergeben. Im ersten Vortrag wird von Jokisch et al. anhand einer repräsentativen Befragung von 3005 Personen ab 60 Jahren aufgezeigt, dass Obsoleszenzerleben mit den soziodemografischen Variablen, der Nutzung des Internets und digitalen Kompetenzen assoziiert ist und in Verbindung mit der Lebenszufriedenheit steht. Der Beitrag von Schmidt et al. betrachtet Assoziationen des Obsoleszenzerlebens mit technikbezogenen Indikatoren wie Nutzungsbreite, Einstellungen gegenüber Technik, Technikakzeptanz oder Technikperformanz anhand verschiedener Stichproben (mittleres bis höheres Alter, Menschen mit Mild Cognitive Impairment). Anschließend wird Alexander Seifert das subjektive Erleben von sozialer und gesellschaftlicher Ausgrenzung älterer Erwachsener genauer beleuchten. Geschlossen wird mit einem Vortrag von Even et al., in welchem Lernprozesse in der erstmaligen Nutzung eines kommerziellen Sprachassistenten untersucht werden und Potenziale zur digitale Teilhabe aufgezeigt werden.

S413-1

Zum Verlust der sozialen und gesellschaftlichen Integration in einer digitalisierten Gesellschaft: Einordnung des Obsoleszenzerlebens

M. R. Jokisch¹, A. Seifert², M. Doh³

¹Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten/CH; ³IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Die Digitalisierung stellt eine maßgebliche Triebfeder des gesellschaftlichen Wandels dar. Besonders ältere Erwachsene, die seltener Zugang und weniger Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien haben, können das Gefühl bekommen, nicht mehr Teil dieser Gesellschaft zu sein. Dies erfasst das Obsoleszenzerleben, ein Konzept aus der Lebensspannenpsychologie, das als allmählicher Verlust der sozialen und gesellschaftlichen Integration beschrieben wird. Die Studie identifiziert erstmals Risikogruppen älterer Erwachsener, die eine besonders hohe Obsoleszenz aufweisen und untersucht die Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit, dem Zugang zum Internet, den subjektiven Kenntnissen und der Internetselbstwirksamkeit.

Hierzu fand eine repräsentative Befragung in Deutschland mit 3005 Personen über 60 Jahren statt (72 Jahre, 46 % Männlich, 81 % Internetnutzer). Die älteren Erwachsenen wurden mittels eines CATI Verfahrens befragt. Zur Analyse wurde ein latentes Strukturgleichungsmodell erstellt. Bei 14 % der Gesamtstichprobe konnte ein hohe Obsoleszenz identifiziert werden. Diese Gruppe ist geringfügig älter, hat ein niedrigeres Einkommen, einen niedrigen Bildungsstatus und nutzt seltener das Internet. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass der subjektiven Gesundheit, dem Wissen über moderne Technologien und besonders der Internetselbstwirksamkeit eine bedeutsamere Rolle für ein höheres Obsoleszenzerleben beigemessen werden sollte. Zudem konnte ein negativer Zusammenhang zwischen dem Obsoleszenzerleben und der Lebenszufriedenheit identifiziert werden.

Insgesamt gab ein Großteil der Älteren an, eine geringe Obsoleszenz zu erleben, was als Indiz gewertet wird, dass sich diese Gruppe nicht exkludiert fühlt. Betroffen sind nicht nur „Offliner“, sondern auch jene, die Zugang zum Internet haben. Verbindungen zu Konzepten des subjektiven Alters und Einsamkeit sollen diskutiert werden.

S413-2

Orientierungs- und Entfremdungsängste: wie hängen Obsoleszenzerleben und Technikumgang im höheren Alter zusammen?

L. Schmidt¹, M. R. Jokisch², M. Doh³, H.-W. Wahl⁴

¹Differentielle Psychologie und Geschlechterforschung, Psychologisches Institut, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg; ⁴Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die Fähigkeit, sich in einem zunehmend technisierten Alltag zurechtzufinden, kann als wichtige Kompetenz für ein selbstständiges und autonomes Leben und Teilhabe an der Gesellschaft gesehen werden. Orientierungs- und Entfremdungsängste (Obsoleszenzerleben) könnten eine Barriere für den erfolgreichen Technikumgang darstellen, werden jedoch selten in diesem Kontext untersucht. In diesem Beitrag sollen Assoziationen des Obsoleszenzerlebens mit technikbezogenen Indikatoren wie Nutzungsbreite, Einstellungen gegenüber Technik, Technikakzeptanz in einer eher technikaffinen Stichprobe (SP1) sowie Beziehungen von kognitiven Fähigkeiten, Obsoleszenz und Technikperformanz (SP2) betrachtet werden.

Methode: SP1: N = 131 ältere Personen (M = 68 Jahre, Range 50–88, 33 % Frauen), die sich ehrenamtlich in Technikprojekten für Ältere engagieren,

wurden anhand etablierter Fragebögen zu o. g. technikbezogenen Konstrukten befragt. SP2: N = 80 Proband*innen (M = 73 Jahre, Range 58–88, 50 % Frauen, N = 39 mit Mild Cognitive Impairment; MCI) bekamen Aufgaben mit für sie neuen technischen Alltagsgeräten (z. B. E-Book Reader) gestellt, die Performanz wurde über Fehlerzahl und Bearbeitungszeit gemessen. In beiden Stichproben wurde das Obsoleszenzerleben nach Brandtstädter & Wentura (1994) erhoben (z. B.: „Das Leben wird für mich immer komplizierter und schwerer zu durchschauen.“).

Ergebnisse: SP1: Personen mit geringem Obsoleszenzerleben nutzten signifikant häufiger ein Smartphone und zeigten eine größere Online-Nutzungsbreite. Sie wiesen zudem eine höhere Innovationsorientierung und Technikakzeptanz auf und berichteten ein höhere allgemeine sowie internetbezogene Selbstwirksamkeit. SP2: Personen mit MCI machten mehr Fehler und brauchten länger für die Technikaufgaben, das Ausmaß der erlebten Obsoleszenz medierte dabei den Effekt von kognitivem Status (unbeeinträchtigt vs. MCI) auf die Technikperformanz.

Schlussfolgerung: Ein geringes Obsoleszenzerleben kann als Ressource für den Umgang mit (digitaler) Technik gesehen werden, selbst im hohen Alter oder bei vulnerablen Gruppen wie z. B. mit MCI. Mögliche kausale Wechselwirkungen sollten längsschnittlich sowie in Trainingsstudien untersucht werden.

S413-3

Subjektiv erlebte digitale Ausgrenzung bei jungen und älteren Erwachsenen

A. Seifert

Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten/CH

Alltagstechnologien wie Internet oder Smartphone sind allgegenwärtig. In der heute von Digitalisierung dominierten Gesellschaft können ältere Menschen neue Formen der sozialen Ausgrenzung erfahren, wenn sie technische Geräte und Dienstleistungen, die den Zugang zur digitalen Welt ermöglichen, nicht bzw. wenig nutzen. Zwar nutzen immer mehr ältere Personen das Internet, dennoch sind vor allem ältere und technikdistantere Personen besonders von einer potenziellen digitalen Ausgrenzung betroffen. Über diese subjektiv wahrgenommene digitale Ausgrenzung dieser Personengruppen ist allerdings nur wenig bekannt. Das Ziel dieser Studie war es, das subjektive Gefühl der digitalen Ausgrenzung zu untersuchen. Ende 2019 wurde hierfür in der Schweiz eine repräsentative Befragung in der Allgemeinbevölkerung ab 18 Jahren durchgeführt. Die Umfrage (N = 1604; Durchschnittsalter = 49 Jahre; 51 % weiblich; 22 % der Personen der gesamten Stichprobe 65 Jahre und älter) war als Onlineumfrage (CAWI, n = 1405) zusammen mit einer Telefonbefragung (CATI, n = 199) für Personen ohne Internetzugang konzipiert. Die Ergebnisse zeigten, dass nur 5 % der Befragten das Internet nicht nutzten; bei den über 65-Jährigen waren es jedoch 17 %. Unter der Gruppe der über 65-jährigen Personen berichteten 17 % dass sie Angst davor habe, den Kontakt zur Gesellschaft zu verlieren, wenn sie das Internet nicht mehr nutzen. 37 % der Studienteilnehmer berichteten von einem subjektiven Druck, technisch auf dem neuesten Stand zu sein, um sich sozial einbezogen zu fühlen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass digitale Technologien Gefühle der sozialen Ausgrenzung hervorrufen können.

S413-4

Unterstützte Lernprozesse von älteren Menschen im Umgang mit einem digitalen Sprachassistenten – Ergebnisse aus dem Projekt KI-Alter

C. Even¹, T. Hammann², V. Heyl³, C. Rietz², H.-W. Wahl¹, P. Zentel⁴, A. Schlomann¹

¹Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Institut für Erziehungswissenschaft (IFE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg; ³Psychologie in sonderpädagogischen Handlungsfeldern, Insitut für Sonderpädagogik, Pädagogischen Hochschule Heidelberg, Heidelberg; ⁴Institut für Präventions-, Inklusions- und Rehabilitationsforschung, LMU München, München

Im Projekt KI-Alter wird in vierwöchigen Feldstudien untersucht, welche Erfahrungen ältere Menschen in der erstmaligen Nutzung eines KI-gestützten digitalen Sprachassistenten (DSA) sammeln und welchen Mehrwert die Nutzung für den Alltag und die digitale Teilhabe älterer Menschen hat (Schlomann et al., 2021).

Die Technikaneignung der Teilnehmenden wird vom Projektteam durch ein modulares Schulungskonzept unterstützt, das evidenzbasiert auf Basis aktueller Forschung und einer Interviewstudie erarbeitet wurde (Schlomann et al., 2022): Nach einer anfänglichen persönlichen 1:1-Schulung stehen digitale und analoge Lernmaterialien zum weiteren selbstgesteuerten Lernen zur Verfügung (Lernvideos und eine zielgruppenspezifische schriftliche Anleitung).

Ergebnisse zu Abläufen und Herausforderungen individueller Lernprozesse ergeben sich aus der Triangulation von drei Datenquellen:

1. Hersteller-Metadaten zur Nutzung
2. Videoaufnahmen des direkten Umgangs mit dem DSA
3. Teilstrukturierte Interviews, die u. a. auch Probleme im Umgang und Lösungsstrategien erheben.

Dazu werden die Interviews inhaltsanalytisch untersucht und wiederkehrende (Miss-)Erfolge in der Nutzung auf Basis der Meta- und Videodaten sequenzanalytisch ausgewertet.

Erste Analysen der Metadaten und Videoaufnahmen der Nutzung ($n=3$) verweisen darauf, dass diese älteren Personen durch das unterstützte Lernsetting dazu befähigt werden, die technik-angepassten Ausdrucksweisen in den meisten Funktionsbereichen des DSA erfolgreich anzuwenden. Eine übergeordnete Bewertung des DSA für den Alltag und die digitale Teilhabe auf Basis der teilstrukturierten Interviews fiel in den bisher analysierten Fällen ($n=3$) jedoch ambivalent aus: Einerseits werden neue Alltagsroutinen und die leichte Sprachsteuerung des Geräts als positiv hervorgehoben, andererseits wird der DSA als „Spielerei“ eingestuft. Für Kernbereiche der digitalen Vernetzung werden zudem vorher etablierte Kommunikationswege über bereits erlernte Informations- und Kommunikationstechnologien weiterhin genutzt.

Literatur

1. Schlomann A, Even C, Hammann T (2022) How older adults learn ICT—guided and self-regulated learning in individuals with and without disabilities. *Front Comput Sci* 3:1–7
2. Schlomann A, Rietz C, Zentel P, Heyl V, Wahl H-W (2021) KI-basierte Sprachassistenten im Licht der Heterogenität von Altern: Das Beispiel geistige Behinderung. *Bild Erziehung* 74(3):296–312

S414 Palliativversorgung in ländlichen Räumen

Moderation: A. S. Esslinger¹, S. Schiel²

¹Fakultät Ganzheitliche Gesundheitswissenschaften, Hochschule Coburg, Coburg; ²Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum Fulda, Fulda

Die Gesundheitsversorgung ist heterogen (Sachverständigenrat 2014: 345). Angebote der Palliativversorgung sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (DHPV 2021). Dennoch ist der Versorgungsbedarf nicht gedeckt (RKI 2015: 336). Ein allgemeines Recht auf Palliativversorgung scheint nicht gegeben. Falls doch, für wen und wie müssen Palliativ

Care Programme gestaltet sein? Die ethische Frage einer palliativen adäquaten Versorgung ist zunächst zu erörtern; Versorgungs- und Gerechtigkeitsfragen zu klären (Beitrag 1).

Was Expert:innen über die regionale palliative Versorgungslage eines hessischen Landkreises denken, welche Herausforderungen und Möglichkeiten bestehen, allen Bürger:innen eine adäquate Versorgung zu gewähren, war Gegenstand einer qualitativen Analyse im Rahmen eines Projektes. Im Ergebnis wird deutlich, dass eine ambulante Versorgung als nicht ausreichend eingeschätzt wird und Versorgungsnetzwerke wichtig sind (Beitrag 2).

Die Kombination an Versorgungsformen SAPV-Teams mit Hospizen scheint den Befragten als geeignet, um Bedarfslagen adäquat abzudecken. Diese müssen zunächst konkret erfasst werden. Es gilt zu berücksichtigen, dass traditionelle Wertemuster der Bevölkerung einer notwendigen Inanspruchnahme professioneller Hilfe entgegenstehen (können). Entsprechende Kommunikation, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit wird nötig. Die Befragten benennen die Rahmenvereinbarung nach 39a Abs. 1, SGB V als zentral, die die Basis für Finanzierungsmöglichkeiten darstellt und zu einer konzeptionellen Vorgehensweise auffordert (Beitrag 3). Einen hohen Stellenwert nimmt das Netzwerkmanagement im Rahmen von Politik und Kostenträger ein. Kommunikation, und Teamarbeit werden zu wichtigen Elementen. Gute Lösungen sind im regionalen Raum klar abhängig vom politischen Willen lokaler Mandatsträger:innen und deren Einsicht darüber, einen entsprechenden Versorgungsauftrag umzusetzen. Folgende Themen gelten als wesentlich für eine gelungene Versorgung: (1) adressatengerechte und niederschwellige Angebotskommunikation, (2) Personalbeschaffung und -bindung, (3) Sicherung der Finanzierung, (4) Engagement enthusiastischer, geduldiger und wertschätzender Akteure für die Sache, (5) Kooperatives Handeln. Nach Abschluss des Projektauftrags startete der Landkreis, die Palliativversorgung anhand der Handlungsempfehlungen zu verbessern und ist zwischenzeitlich auf einem guten Weg. Ein Bericht hierüber wird ebenso Gegenstand des Vortrags sein (Beitrag 4).

S414-1

Palliativversorgung im ländlichen Raum – eine ethische Diskussion

S. Schiel¹, H. Bleses²

¹Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum Fulda, Fulda; ²Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda

Palliativversorgung als Menschenrecht, so wurde es in den „Fachgespräche[n] zur Vorbereitung der 9. Sitzung der UN Open Ended Working Group on Ageing (OEWG-A) 2018 gefordert (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2018; s. a. Busse u. Lütt 2020). Nach WHO 2020 erhalten weltweit von mehr als 40 Mio. Menschen (78 % aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen) mit palliativem Bedarf nur ca. 14 % palliativmedizinische Leistungen. Auch in Deutschland stehen die Leistungen nicht überall und nicht jedem in vollem Umfang zur Verfügung. Bestimmte Krankheitsbilder haben eher Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung als andere und es bestehen große regionale Unterschiede, was palliativmedizinische Versorgungsstrukturen betrifft. Patienten mit Malignomen scheint der Zugriff auf palliativmedizinische Versorgung am ehesten möglich zu sein (Bertelsmann Stiftung 2015). Gerade aber geriatrische Patienten sind oft unterversorgt. Der Fokus der palliativen Geriatrie liegt hierbei auf Menschen, die auf Grund der Aetas unter Symptomen der „Total Pain“ leiden. Auch sie verdienen es, adäquat palliativmedizinisch versorgt zu werden (Müller 2011).

Somit stellt sich die Inhomogenität der aktuell vorhandenen Palliativversorgung in mehreren Dimensionen dar: Sie ist abhängig von regionalen Strukturen (z. B. Stadt vs. Land), sektorenabhängig (ambulanz vs. stationär) und indikationsabhängig (z. B. Malignome vs. Nichtmalignome). Will man einem Menschenrecht des Zugangs zu Palliativversorgung gerecht werden, muss diese ausgeweitet werden: räumlich homogen und sektorenübergreifend und mit erweiterter Indikation. Insbesondere vor

dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft mit einer Zunahme an malignen und neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen ist der Fokus auf dieser Form der medizinischen Versorgung essenziell. Eine mehrdimensionale Ausweitung palliativmedizinischer Versorgungsmöglichkeiten hat medizinisch, pflegerisch und volkswirtschaftlich und nicht zuletzt ethisch höchste Relevanz. Dieser Entwicklung und Anforderungen müssen sich auch „Aus- und Weiterbildungsangebote in der Palliativmedizin [] stellen“, (Scherger et al. 2021) und in besonderer Weise Kompetenzen zur ethischen Sensibilität (Riedel 2021) für die Bedarfe von Personen in palliativen Situationen ausbilden. Gibt es also ein allgemeines Recht auf Palliativversorgung? Und wenn ja – für wen? Und wie müssen Palliativ Care Programme gestaltet sein? Darum soll es in diesem Beitrag gehen.

S414-2 Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 1) Motivation, Vorgehensweise und relevante Themenfelder

M. Lellwitz¹, J. Grösch², L. Rqia³

¹Sachbearbeiter f. Gesundheitsmanagement und Betriebliches Eingliederungsmanagement, Fachbereich Organisation, Personal, Schule und Sport, Stadt Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel; ²Gesundheitsberaterin, Bahn BKK, Frankfurt am Main; ³Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda

Die Gesundheitsversorgung ist generell heterogen in Deutschland (Sachverständigenrat 2014: 345). Zwar sind Angebote an Palliativversorgung in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (DHPV 2021), aber dennoch gilt nicht nur für Hessen, dass der palliative Versorgungsbedarf (noch) nicht gedeckt ist (RKI 2015: 336). Nur 10,7 % aller Verstorbenen im Jahr 2016 erhielten eine Palliativleistung (Ditscheid et al. 2020: 1504). Es wird mit einem Bedarf von 80–100 Betten je eine Million Einwohner gerechnet (Radbruch/Payne 2011b: 264). Eine Unterdeckung liegt auch im Vogelsbergkreis (Hessen) vor.

Was Expert:innen darüber denken, welche Herausforderungen und Möglichkeiten bestehen, allen Bürgerinnen und Bürgern auch in der letzten Lebensphase eine adäquate und individuell orientierte Versorgung gewährleisten zu können, ist Gegenstand einer qualitativen Analyse. Sie fand statt in den Monaten April–Juni 2021 und die generierten Leitfragen basieren auf den Ergebnissen einer strukturierten Literaturanalyse. Es wurden insgesamt 11 Personen auf Grundlage des qualitativen Untersuchungsdesigns befragt. Hierbei handelte es sich um Leitungen ambulanter Hospizdienste (vier Personen), Palliativmediziner:innen in unterschiedlichen Versorgungssettings (drei Personen) und leitende Mitglieder von Fachgesellschaften bzw. -stiftungen (vier Personen). Auf Basis der Vorgehensweise nach Mayring wurde das Interviewmaterial analysiert und aufbereitet.

Im Ergebnis wurden die Aussagen zu den Themenfeldern (1) Status Quo, (2) bestehenden Versorgungslücken, (3) Vergleich zwischen Stadt und Land, (4) Herausforderungen und Schwierigkeiten, (5) Stellenwert von Kooperationen und (6) Versorgungsmöglichkeiten strukturiert. Es wurde deutlich, dass eine hospizliche Versorgung flächendeckend gelingen kann, wenn haupt- und ehrenamtliche Akteure in der Versorgung kooperative Lösungen umsetzen, die in erster Linie dem Klientenwohl dienen. Bestehende Forschungslücken wurden insbesondere in Bezug auf die Wirksamkeit der Versorgungskonzepte, die Bedeutung gut funktionierender Netzwerkkoordination sowie Transparenz über bestehende Versorgungsstrukturen deutschlandweit gesehen.

S414-3 Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 2) Erfordernisse auf dem Land

L. Rqia¹, M. Lellwitz², J. Grösch³

¹Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda; ²Sachbearbeiter f. Gesundheitsmanagement und Betriebliches Eingliederungsmanagement, Fachbereich Organisation, Personal, Schule und Sport, Stadt Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel; ³Gesundheitsberaterin, Bahn BKK, Frankfurt am Main

Die demografische Entwicklung und eine zunehmende Relevanz onkologischer Erkrankungen im Alter (destatis 2021; HMSI 2020: 17; Simon et al. 2016: 1) sowie nicht-onkologischer sowie chronischer Erkrankungen generell (Radbruch/Payne 2011b: 264; Enderlein et al. 2017: 320) führen zu notwendigen Versorgungsangeboten bis in die letzten Lebensstage. Zudem nehmen Einpersonenhaushalte im Alter (und auch Zweipersonenhaushalte auf dem Land mit gebrechlichen Paaren) zu (Ober 2014: 57). Aufgrund der Gesundheitsprofile der Älteren sind Versorgungsbedarfe speziell und multiprofessionelle Palliativ-Care-Konzepte werden besonders wichtig (Comino et al. 2017: 12). Die professionelle Versorgung am Lebensende ist also geprägt durch ein multiprofessionelles Zusammenwirken vielfältiger Berufsgruppen. Betrachtet man Gesamtdeutschland, kann eine regionale Heterogenität bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungsangeboten erkannt werden und Bedarfsunterschiede existieren aufgrund der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualitäten und der generell variierenden Informiertheit und Kenntnisse über Versorgungsoptionen (Ditscheid et al. 2020: 1504)

Auf Basis von Desk Research und einer qualitativen Expert:innenbefragung (siehe auch Beitrag 1) mit 11 Akteur:innen wurden im Ergebnis verschiedene relevante Themenfelder offenbar. Einen zentralen Stellenwert nimmt das Management von Netzwerkaktivitäten im Rahmen von Politik und Kostenträger ein. Laut Aussagen der Expert:innen müssen Netzwerke strukturiert und koordiniert und insb. an den Schnittstellen gemanagt werden. „Netzwerken ist das A und O“ optimaler Versorgungslösungen. Kommunikation, „miteinander reden“ und Teamarbeit werden zu zentralen Elementen. Gut funktionierende Lösungen sind im regionalen Raum zudem eindeutig abhängig vom politischen Willen lokaler Mandatsträger:innen und deren Einsicht und Überzeugung darüber, einen entsprechenden Versorgungsauftrag umsetzen zu wollen. Angebote müssen dann adressatengerecht kommuniziert und die Bevölkerung niederschwellig informiert werden. Es wird von den Expert:innen tatsächlich eine relativ große Offenheit auf Kostenträgerseite gesehen. Die Orientierung an Rahmenverträgen hilft willigen Organisationen Angebote zu konventionalisieren.

Ein kritischer Erfolgsfaktor ist die Personalbeschaffung. Wenngleich die Arbeitsbedingungen in der Palliativversorgung als eher attraktiv gelten, ist es in ländlichen Regionen per se schwer fachlich qualifiziertes Personal zu finden und zu binden.

S414-4 Palliativversorgung im ländlichen Hessen – Ergebnisse einer Experte:innenbefragung (Teil 3) Handlungsempfehlungen und Umsetzung

A. S. Esslinger¹, S. Stahl², L. Rqia³

¹Fakultät Ganzheitliche Gesundheitswissenschaften, Hochschule Coburg, Coburg; ²Fachstelle für Gesundheitsversorgung, Landkreis Vogelsbergkreis, Lauterbach; ³Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda

Die Palliativversorgung in ländlichen Räumen ist weiter zu optimieren. Im Rahmen eines Desk Research und einer qualitativen Expert:innenbefragung mit elf Personen wurden von April bis Juni 2021 relevante Themenfelder identifiziert und im wissenschaftlichen Projekt für den Auftraggeber (Landkreis in Hessen) den politischen

Entscheidungsträger:innen und Leistungsakteuren die Ergebnisse rückgespiegelt. Auftrag war, nach Ermittlung des Status Quo der Versorgungsangebote, der Bevölkerungsstruktur und palliativer Bedarfslagen in der Region sowie der Erörterung von Best Practice, konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Im Ergebnis wird deutlich, dass alleine eine ambulante Versorgung den Expert:innen als nicht-ausreichend eingeschätzt wird und Versorgungsnetzwerke wichtig sind. Eine Kombination an Versorgungsformen auf Basis von SAPV-Teams, die in Hessen „recht gut“ ausgebaut sind mit Hospizen scheint den Expert:innen in der Fläche als geeignet, um Bedarfslagen adäquat abzudecken. Hierbei soll es neben stationären Hospizangeboten auch Tageshospizoptionen im Netz in der Region geben. Notwendig wird, sich entsprechend zu vernetzen und Kontakt zu bereits bestehenden Hospizen aufzunehmen. Die Bedarfslage im ländlichen Bereich ist konkret zu erfassen und auch zu berücksichtigen, dass traditionelle Wertemuster der Bevölkerung durchaus einer faktisch notwendigen Inanspruchnahme professioneller Hilfe entgegenstehen. Entsprechende Kommunikation, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit wird erforderlich. Die Befragten benennen den Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1, SGB V als zentral, der die Basis für Finanzierungsmöglichkeiten darstellt und zu einer konzeptionellen und klar strukturierten Vorgehensweise auffordert. Eine Organisation zu gewinnen, die die Aufgabe eines Fördervereins übernimmt und insb. Pflegekräfte zu finden, ist aus Best Practices-Einschätzungen leicht, weil die Arbeitsbedingungen in der Palliativversorgung als attraktiv geschildert werden. Generell werden abschließend als mögliche Hürden folgende genannt: (1) eine gesicherte Finanzierung, (2) Persönlichkeiten mit Enthusiasmus, Geduld und Wertschätzung zu finden, (3) Konkurrenzdenken (hierarchisches Denken vs. Kooperation) zu überwinden. Nach Abschluss des Projektauftrags startete der Landkreis, die Palliativversorgung anhand der Handlungsempfehlungen zu verbessern und ist zwischenzeitlich auf einem guten Weg. Die bisherigen Meilensteine werden entsprechend ebenso Gegenstand des Vortrags sein.

S415 Aktuelles aus der Interventionsforschung zur Stärkung der häuslichen Pflege

Moderation: K. Pfeiffer¹, M. Schäufele²

¹Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ²Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim

Im Symposium werden Ergebnisse aus zwei vom BMBF geförderten Studien präsentiert, in welchen multifaktorielle Interventionen zur Beratung von pflegenden Angehörigen und Stärkung häuslicher Pflegearrangements untersucht wurden.

Die Zielgruppen der beiden Interventionsstudien waren Hüft- und Beckenfrakturpatienten mit kognitiven Einschränkungen (OFCare Studie) und deren pflegenden Angehörigen sowie belastete pflegende Angehörige (BerTA Studie), die bei OFCare über zwei geriatrischen Rehabilitationskliniken (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg) bzw. bei BerTA durch zwei Pflegekassen (AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern) rekrutiert wurden. Beide Interventionen binden eine Pflegeberatung in eine multifaktorielle interdisziplinäre Intervention ein und sind Beispiele für Vernetzungsmöglichkeiten, die bislang kaum empirisch untersucht wurden.

Im ersten Beitrag (Hendlmeier) werden Ergebnisse der Beratung von pflegenden Angehörigen von Hüft- und Beckenfrakturpatient:innen vorgestellt. Im Rahmen der OFCare Intervention wurden parallel Freiwillige als Laienhelfer einbezogen. Die Erfahrungen aus der Rekrutierung und Begleitung dieser Freiwilligen im Rahmen der Studie werden im zweiten Beitrag (Schäufele) präsentiert. Im dritten Beitrag (Pfeiffer) werden erste Ergebnisse einer im Frühjahr 2022 abgeschlossenen randomisierten Interventionsstudie berichtet, in welcher eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) durch Pflegeberater:innen der teilnehmenden Pflegekassen mit einer optionalen telefonischen psychotherapeutischen Beratung kombiniert wurde. Der letzte Beitrag (Schulz) wirft einen Blick auf die Unterschiede

zwischen pflegenden Söhnen und Töchtern, die an der BerTA Studie teilnahmen.

S415-1 Pflegeberatung im häuslichen Umfeld bei Angehörigen von Hüftfrakturpatient:innen mit kognitiven Einschränkungen

I. Hendlmeier¹, K. Hauer², K. Pfeiffer³, M. Schäufele¹

¹Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim; ²Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Zielsetzung: Den Angehörigen älterer kognitiv eingeschränkter Hüftfrakturpatient:innen stellen sich nach Entlassung aus stationärer Reha oft neue Herausforderungen, ebenso kann sich bereits bestehendes Belastungserleben verstärken. Ziel der Untersuchung war es, Praktikabilität und Wirkungen einer poststationären komplexen Intervention im häuslichen Umfeld zu untersuchen, die neben einem körperlichen Training für die Patient:innen eine strukturierte Pflegeberatung einschließlich eines Problemlösestrainings – PLiP (Pfeiffer et al. 2017) für deren Angehörige umfasste.

Methodik: In einem RCT (OFCare Studie, Teilprojekt 3 des PROFinD2 Konsortiums: Förderung: BMBF; DRKS00008863) wurden die sorgenden Angehörigen (zeitlicher Aufwand >10,5 h pro Woche) zu Beginn der Intervention (t1) und nach 4 Monaten (t2) schriftlich zu Depression (CES-D), Betreuungskompetenz (Sense of Competence Questionnaire short; SCQ-short), pflegebezogener Lebensqualität (Carer-QoL), körperlichen Beschwerden (Giessener Gesundheitsbogen-Subskala Gliederschmerzen; GBB24-GS), negativer Problemorientierung (SPSI-R) und Freizeitzufriedenheit (Leisure Time Satisfaction; LTS) befragt.

Ergebnisse: Zu T1 konnten von den 192 teilnehmenden Patient:innen (N=97 in Intervention=IG, N=95 in Kontrollgruppe=KG) 94 sorgende Angehörige (mittleres Alter = 62 Jahre, Frauen: 64 %) eingeschlossen werden (N=53 in IG, N=41 in KG). 33 der 53 Angehörigen in der IG absolvierten die Intervention komplett, N=13 teilweise und N=7 zeigten keinen Beratungsbedarf. Die Werte in der CES-D, der LTS sowie im Carer-QoL-VAS hatten sich zu t2 in IG und KG signifikant verbessert, ohne zwischen den beiden Gruppen zu differenzieren. Im Hinblick auf den gewichteten Carer-QoL-Summenwert, die GBB24-GS und das SPSI-R zeigten sich im Verlauf weder in der IG noch in der KG Veränderungen ab. Die Betreuungskompetenz nahm in der IG zwar zu, verfehlte aber die Signifikanzgrenze. **Zusammenfassung:** Die innovative komplexe Intervention hat sich im häuslichen Umfeld als gut praktikabel erwiesen. Spezifische Wirkungen auf die sorgenden Angehörigen waren mittels des verwendeten Instrumentariums hingegen kaum festzustellen, signifikante Verbesserungen im Verlauf zeigten sich in einzelnen Skalen, jedoch gleichermaßen in der IG wie in der KG. Die Gründe dafür sind u. a. Stichprobengröße, Grad des Betreuungsaufwands und Belastung der Angehörigen.

S415-2 Potenziale des Einbezugs von Freiwilligen für die Betreuung und Teilhabeförderung älterer Menschen am Beispiel von Hüftfrakturpatient:innen mit kognitiven Einschränkungen

M. Schäufele¹, I. Hendlmeier¹, M. Groß², B. Abel³, K. Hauer⁴, K. Pfeiffer²

¹Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim; ²Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ³Robert Bosch Gesellschaft für Med. Forschung (RBMF), Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ⁴Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Zielsetzung: Hüft- und Beckenfrakturen sind für ältere Menschen oft mit negativen Auswirkungen auf Mobilität, soziale Kontakte und Selbststän-

digkeit im Alltag verbunden. Die dringend erforderliche Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität auch nach der Reha gelingt häufig nicht, vor allem, wenn kognitive Einschränkungen vorliegen. Ziel war es, erstmals Freiwillige in eine komplexe poststationäre Intervention zur Förderung körperlicher Aktivität und Teilhabe bei Hüftfrakturpatient:innen mit kognitiven Einschränkungen einzubinden und im Hinblick auf Möglichkeiten zur Förderung freiwilligen Engagements bei hochvulnerablen Gruppen zu evaluieren. Hintergrund dafür waren die jüngsten Reformen im SGB XI zur Förderung des Welfare- bzw. Pflegemixes im häuslichen Umfeld.

Intervention und Methodik: Im Rahmen der OFCare Studie (Teilprojekt 3 im PROFinD2 Konsortium; Förderung: BMBF; DRKS00008863) wurden freiwillige Helfer:innen geschult, um 2 × wöchentlich über 4 Monate ein einfaches körperliches häusliches Training bei den Frakturpatient:innen anzuleiten. Die fachliche Anleitung und Begleitung erfolgte durch das multiprofessionelle Team. Erhoben wurden Personmerkmale der Freiwilligen, Motivation (mittels Volunteer Function Inventory; VFI), Adhärenz und Voraussetzungen der Mitwirkung.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 80 Freiwillige geschult, $N=72$ befanden sich schließlich im Vermittlungspool (94,4 % Frauen; im Mittel 57,6 Jahre, 45,7 % berentet). Es gelang mehr Freiwillige als nötig zu gewinnen, so dass in das Training aller 95 Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen (MMSE 26–17; mittleres Alter = 85,8 Jahre) problemlos eine Freiwillige eingebunden werden konnte. Die Trainingsanleitung mit einem hohem Grad an Verlässlichkeit durchgeführt. Viele Freiwillige übten noch andere ehrenamtliche Tätigkeiten aus. Im Vordergrund ihrer Motivation stand Freude, „etwas für andere tun/etwas für „Bedürftige“ tun“ (Werte), eigenen Horizont erweitern (Erfahrung) und persönlicher Gewinn (Selbstwert). Von großer Bedeutung erwies sich zudem die Aufwandsentschädigung und die professionelle Begleitung des Einsatzes.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse zeigen, dass der sozialpolitisch intendierte Welfare- bzw. Pflegemix realisierbar ist und zuverlässige Arrangements ermöglicht. Sie geben Aufschluss über geeignete Rekrutierungsstrategien und Anreize zur Förderung und Aufrechterhaltung freiwilligen Engagements bei einer hochvulnerablen und im Umfang wachsenden Personengruppe.

S415-3

Beratung und telefonische Therapie für pflegende Angehörige (BerTA Studie)

K. Pfeiffer¹, C. Theurer², G. Büchele³, A. Babac⁴, G. Wilz²

¹Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ²Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena; ³Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁴Bereich Grundsatz Pflege/HKP, AOK Bayern, München

Hintergrund: In Deutschland werden etwa 3,3 Mio. ältere, pflegebedürftige Menschen überwiegend durch Angehörige zuhause versorgt. Es wird davon ausgegangen, dass die psychische Gesundheit bei knapp jeder zweiten Hauptpflegeperson aufgrund der pflegebedingten Herausforderungen beeinträchtigt ist (Barmer Pflegereport 2018). Vor diesem Hintergrund ist die Notwendigkeit niederschwelliger und ausdifferenzierter Beratungsangebote für diese Zielgruppe unbestritten.

Mit der der BerTA Studie (engl.: ReDiCare) wurden zwei bereits evaluierte methodische Ansätze aus der Pflegeberatung (PLiP) und psychotherapeutischen Beratung für pflegende Angehörige (Tele.TAnDem) kombiniert und in einer pragmatischen, vom BMBF geförderten Studie (FZ: 01GL1702, Registrierung: DRKS00014593, 2017–2022), auf seine Wirksamkeit untersucht.

Methodik: Hierfür wurden in einem randomisierten Design ein gestufter Beratungsansatz aus Pflegeberatung (§7a SGB XI) und optionaler psychotherapeutischer Beratung mit einer Kontrollgruppe (Regelversorgung plus monatliche Informationsbriefe zu pflegerelevanten Themen) verglichen. Die Rekrutierung und Pflegeberatung (max. 3 Monate) erfolgte durch Mitarbeiter:innen bzw. Pflegeberater:innen zweier Pflegekassen

(AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern), die psychotherapeutische Beratung (6 Monate) durch Verhaltenstherapeut:innen. Primärer Endpunkt waren depressive Symptome (ADS), zentrale sekundäre Endpunkte subjektive Körperbeschwerden (GEB-24), Pflegebelastung und pflegebezogene Selbstwirksamkeit (SCQ) sowie Fragen zu positiven Aspekten der Pflege (aus PAC) und Pflegequalität. Die Endpunkte wurden vor Randomisation, nach 3, 9 und 15 Monaten erhoben (Abschluss der Datenerhebung im Frühjahr 2022).

Ergebnisse und Diskussion: An der Studie haben insgesamt 445 pflegende Angehörige (89 % weiblich, $M=60$ Jahre, Spanne 32–87 Jahre) teilgenommen. Von diesen mittels Belastungsscreening ausgewählten pflegenden Angehörigen hatten 26 % bei der Baseline-Messung keine, 24 % eine leichte und 50 % eine signifikante depressive Symptomatik. Der Anteil an Pflegebedürftigen mit Demenz betrug 55 %. Im Anschluss an die Pflegeberatung erhielten 57 % der Teilnehmenden nach einem positivem Rescreening die telefonische psychotherapeutische Beratung.

Im Beitrag werden die zugrundeliegenden Methoden, Erfahrungen bei der Umsetzung und erste Ergebnisse der Auswertung präsentiert und der untersuchte gestufte Ansatz als mögliches zukünftiges Beratungsmodell diskutiert.

S415-4

Pflegende Söhne: Ein Vergleich mit pflegenden Töchtern

S. Schulz¹, C. Theurer¹, K. Pfeiffer², G. Wilz¹

¹Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena; ²Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Zielsetzung: Während sich der Anteil pflegender Söhne an der Gesamtzahl pflegender Angehöriger von 1998–2016 mehr als verdoppelt hat, ist der Forschungsstand zu dieser spezifischen Population nach wie vor begrenzt. Das Ziel dieser retrospektiven Datenauswertung war es, Unterschiede zu pflegenden Töchtern zu untersuchen.

Methodik: Für den Vergleich wurden Baseline Daten von 26 pflegenden Söhnen und 244 pflegenden Töchtern aus einer Interventionsstudie für belastete pflegende Angehörige (DRKS00014593) verwendet. Hierzu wurden beide Gruppen zunächst hinsichtlich demografischer Variablen, Zeit seit Aufnahme der Pflege, Umfang der geleisteten Pflege, Einschränkungen der (instrumentellen) Alltagsaktivitäten und kognitiven Funktionen der gepflegten Person mit t-Tests und Chi²-Tests verglichen. Im Anschluss wurden den 26 pflegenden Söhnen mittels Propensity Score Matching 26 hinsichtlich dieser Variablen ähnliche pflegende Töchter zugeordnet. Diese gematchte Gruppe wurde dann bezüglich depressiver Symptome (Allgemeinen Depressionsskala, ADS), Pflegebelastung und Selbstwirksamkeit (Teilskalen des Sense of Competence Questionnaire, SCQ), negativer Problemorientierung (Subskala des Social Problem Solving Inventory, SPSI-R:S NPO), positiven Aspekten der Pflege (Fragen aus der Positive Aspects of Caregiving Skala, PAC), zwei Teilskalen des Psychosocial Resource Utilization Questionnaire (PRUQ) und der Nutzung formeller Hilfen verglichen.

Ergebnisse: Die pflegenden Söhne hatten höhere Einkommen ($p < 0,001$), waren seltener verheiratet ($p < 0,01$) und pflegten Eltern, die kognitiv weniger stark eingeschränkt waren ($p < 0,05$) und weniger Unterstützung bei IADLs benötigten ($p < 0,05$). Sie unterschieden sich nicht signifikant von den 26 gematchten Töchtern hinsichtlich SCQ, SPSI-R:S NPO, PAC, PRUQ und der Nutzung formeller Unterstützungsangebote. Allerdings hatten die pflegenden Söhne deutlich niedrigere Depressionswerte ($M=18,5$ vs. $25,4$; $p < 0,05$) und bewerteten die geleistete Pflege insgesamt positiver (PAC).

Zusammenfassung: Neben einigen demographischen Unterschieden, pflegten die an der Studie teilnehmenden pflegenden Söhne insgesamt weniger beeinträchtigte Angehörige als die pflegenden Töchter. Werden die Söhne mit der zu diesen Variablen gematchten Subgruppe pflegender Töchter betrachtet, sind die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich depressiver Symptome nochmals deutlich größer als in repräsentativen Stichproben.

S416 Freie Vorträge – Training und Mobilität

S416-1

Auswirkungen eines heimbasierten körperlichen Trainings- und Aktivitätsprogramms bei älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nach Entlassung aus Rehabilitation: Eine randomisierte kontrollierte Studie

P. Ullrich¹, C. Werner¹, A. Schönstein², M. Bongartz², T. Eckert¹, R. Beurskens³, B. Abel¹, J. M. Bauer¹, K. Hauer¹

¹Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Campus Bielefeld, Fachhochschule des Mittelstands (FHM), Bielefeld

Hintergrund: Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weisen nach einem Rehabilitationsaufenthalt ein hohes Risiko für funktionelle Verluste, Mobilitätseinschränkungen und Institutionalisierung auf. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wurden die Auswirkungen eines speziell konzipierten Heimtrainings zur Verbesserung der körperlichen Funktion und Aktivität nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation auf die körperliche Leistungsfähigkeit, Aktivität und psychosoziale Faktoren untersucht.

Methoden: 118 Teilnehmer (durchschnittliches Alter 82,3±6,0 Jahre) mit kognitiver Einschränkung (MMSE: 23,3±2,4) führten nach ihrer Entlassung im häuslichen Umfeld ein 12-wöchiges Training mit 12-wöchiger Nachbeobachtungsphase durch. Die Intervention bestand aus einem individuell angepassten Kraft-, Gleichgewichts- und Gehtraining, unterstützt durch zielgruppenspezifische Motivationsstrategien, bestehend aus Hausbesuchen, Anrufen, Schrittzähler, Übungsposter, Trainingstagebüchern und individuellen Trainingszielen. Die Kontrollgruppe führte unspezifische Übungen in sitzender Position durch und erhielt Informationen zu gesunder Ernährung. Primäre Endpunkte waren die körperliche Leistungsfähigkeit (Short Physical Performance Battery) und die sensorbasiert erfasste körperliche Aktivität.

Ergebnisse: Die Interventionsteilnehmer wiesen gegenüber den Kontrollpatienten deutlich bessere Ergebnisse in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit auf (mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen 1,9 Punkte; 95 %-Konfidenzintervall: 1,0–2,8; $p < 0,001$), die auch nach der Nachbeobachtungsphase bestanden (1,3 Punkte; 95 % Konfidenzintervall: 0,4–2,2; $p < 0,001$). Keine Unterschiede gab es in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Darüberhinaus konnten die Sturzangst und das Aktivitätsvermeidungsverhalten nachhaltig reduziert werden, sowie die Life-Space Mobilität kurzfristig.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen die positive Effekte des zielgruppenspezifischen Heimtrainings mit klinisch bedeutsamen Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie Verbesserungen der Sturzangst und des sturzangstbedingten Vermeidungsverhaltens in einer Population durch mit hohem Risiko für Funktionsverluste und Institutionalisierung.

Schlüsselwörter: Krafttraining, Gleichgewichtstraining, poststationäre Versorgung, motorische Leistungsfähigkeit, körperliche Aktivität

S416-2

Erfassung der reaktiven dynamischen Balance – Welche Rolle spielt die Perturbationsrichtung bei älteren Menschen?

M. Hackbarth, J. Koschate, S. Lau, T. Zieschang

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Einleitung: Eine verminderte Gangstabilität unmittelbar nach einer Perturbation, ist ein Indikator für ein erhöhtes Sturzrisiko. Unabhängig vom Alter scheinen insbesondere medio-laterale (ML) Perturbationen die Gangparameter akut zu beeinflussen. Der Einfluss unterschiedlicher Perturbationsrichtungen auf die Gangstabilität bei älteren Erwachsenen mit und ohne Sturzgeschichte ist noch unklar.

Methoden: 30 ältere Erwachsene ohne (OA, ≥ 70 Jahre) und 29 ältere Erwachsene mit Sturzgeschichte (OAF, ≥ 70 Jahre) wurden während des Gehens auf einem Laufband nach ante-posterior (AP) und medio-lateral perturbiert (BalanceTutor®, Meditouch, Israel). Die Intensitäten der Perturbationen wurden zuvor individuell im Stand ermittelt und in zwei 6-minütigen Durchgängen bei präferierter Ganggeschwindigkeit durchgeführt. Bewegungen wurden mit einem markerlosen Motion-Capture-System (Azure Kinect, Microsoft, USA) erfasst und Schrittlänge (SL), Schrittweite (SW), Margin of Stability sowie die jeweilige Variabilität gemittelt über sechs Schritte vor und nach Perturbation als Marker für die Gangstabilität berechnet. Unterschiede vor und nach der Perturbation wurden mittels t-Test ($\alpha \leq 5\%$) und die Effektstärken mittels Cohen's d berechnet.

Ergebnisse: Unabhängig von der Gruppe und Störungsrichtung ist nach Perturbation die Standardabweichung in Schrittweite und Schrittlänge kleiner als vor Perturbation (alle $p < 0,001$). Bei OA hatte ML einen größeren Effekt auf die SW (SW:d=0,71; SL:d=0,51) und AP einen größeren Effekt auf die SL (SW:d=0,48; SL:d=0,70). ML und AP hatten für OAF stärkere Effekte auf SW (ML:d=1,09; AP: d=0,81) und SL (ML:d=1,21; AP:d=1,22) als für OA.

Diskussion: Alle Perturbationen hatten eine Verringerung der Variabilität in SW und SL als Marker für eine verbesserte Gangstabilität zur Folge. ML-Perturbationen zeigten einen stärkeren Effekt auf die Schrittweitenvariabilität und AP-Perturbationen auf die Schrittlängenvariabilität. Ein Perturbationstraining sollte somit nach den individuellen Defiziten der Patienten gestaltet werden.

S416-3

TIGER -Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg – Untersuchung der physischen Funktionalität

R. Kob, C. C. Sieber, E. Freiberger

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Fragestellung: Nach einem Krankenhausaufenthalt leiden viele betagte Patienten unter Einschränkungen der Funktionalität. Das Transitional-Care-Model (TCM) wurde entwickelt um diesen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu erleichtern, indem eine temporäre, strukturierte Betreuung durch geschulte Fachkräfte in dieser Zeit erfolgt. Bisher wurde aber noch kaum untersucht, ob diese Unterstützung zu einer Verbesserung der physischen Funktionalität führt.

Methodik: In der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie TIGER wurden Patienten rekrutiert, die stationär im Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg aufgenommen waren. Weitere Einschlusskriterien waren ein Alter von mindestens 75 Jahre, die Krankenversicherung bei der AOK Bayern, ein MMSE-Wert (Mini Mental State Examination) von mindestens 22 Punkten und die unmittelbare Entlassung ins häusliche Umfeld, das maximal 50 km vom Krankenhaus entfernt sein durfte. Die Patienten erhielten entweder in der Kontrollgruppe (KG) ein reguläres Entlassmanagement oder wurden in der Interventionsgruppe (IG) zusätzlich bis zu ein Jahr durch eine geriatrisch geschulte Fachkraft (Pfadfinder) zu Hause besucht und umfassend betreut. Die *Short Physical Performance Battery* (SPPB) und die *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs) wurden sowohl bei der Eingangsuntersuchung als auch am Ende der Intervention nach einem Jahr erhoben.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 244 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, davon 123 in der IG und 121 in der KG. Die Patienten waren

81,2 ± 4,5 Jahre alt und 56,1 % waren weiblich. Der SPPB-Summenwert bei der Eingangsuntersuchung lag bei 5,7 ± 3,8 (KG) und 5,2 ± 3,7 (IG), während der Wert der IADLs 6,3 ± 2,2 (KG) bzw. 6,0 ± 2,2 (IG) betrug. Im Vergleich der Differenzen der Messungen der Eingangs- und Abschlussuntersuchung zwischen den beiden Studiengruppen konnte weder für die SPPB (KG: 0,30 ± 2,85; IG: 1,00 ± 2,07; $p=0,18$) noch bei den IADLs (KG: -0,35 ± 0,89; IG: 0,12 ± 1,14; $p=0,24$) eine Verbesserung durch die Intervention nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung: Die Intervention nach TCM führte ein Jahr nach dem initialen Krankenhausaufenthalt nicht zu keiner Verbesserung der physischen Funktionalität. Dies könnte damit begründet werden, dass keine direkte Bewegungsintervention durchgeführt wurde und die Optimierung der Hilfsmittelversorgung, der Partizipationsmöglichkeiten und der medizinischen Betreuung, nicht ausreichend waren, um messbare Verbesserungen zu erzielen.

S416-4

Vergleich objektiver Trainingsdaten älterer Menschen vor und nach der pandemiebedingten Schließung von Sportangeboten – wieviel geht verloren und wie kann das ursprüngliche Niveau wieder erreicht werden?

J. Koschate¹, F. Otto-Sobotka², S. Lau¹, M. Hackbarth¹, T. Zieschang¹

¹Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ²Epidemiologie und Biometrie, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Die Schließung der organisierten Sportangebote im Rahmen der COVID-19 Pandemie führte zu einer Reduzierung körperlicher Aktivität. Insbesondere bei älteren Personen sind langfristige Folgen zu befürchten. Ziel der Untersuchung war die Beschreibung objektiver Trainingsdaten aus chipgesteuerten Fitnesszirkeln, als Surrogat für die körperliche Leistungsfähigkeit, vor und nach dem Lockdown während der ersten Pandemie-Welle 2020 in Abhängigkeit von der Trainingsintensität vor dem Lockdown.

Methode: Daten von 17.450 Teilnehmer:innen eines chipgesteuerten Fitness-Zirkels, die im Februar 2020 trainierten und nach dem Lockdown das Training wiederaufnahmen, wurden exportiert. Als wesentlicher Messwert wurde das kumulativ über 60 s bewegte Trainingsgewicht am Beinstrecker-Krafttrainingsgerät (leg score) bestimmt. Verglichen wurde die Veränderung des leg score zwischen den letzten drei Trainingseinheiten vor der Schließung und den ersten zehn Trainingseinheiten nach Wiederaufnahme des Trainings, sowie der letzten Trainingseinheit vor dem zweiten Lockdown ab November 2020. Mithilfe von Regressionsmodellen wurden Trainingsempfehlungen zur Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit abgeleitet.

Ergebnisse: Datensätze von 6353 älteren (65–95 Jahre) und 11.097 jüngeren Personen (45–64 Jahre) als Vergleichsgruppe, wurden in die Analysen eingeschlossen. Insbesondere Teilnehmer:innen, die vor dem Lockdown mit hoher Intensität trainiert hatten, verzeichneten Verluste im leg score (ältere Gruppe: -244 kg, jüngere Gruppe: -240 kg) und erreichten bis Oktober 2020 nicht ihr Ausgangsniveau ($p < 0,001$). Für den Wiederaufbau der Leistung im leg score waren 20–30 Wiederholungen mit mindestens 50 kg (Summe aus Heben und Loslassen) und 2–3 Trainingseinheiten pro Woche notwendig.

Schlussfolgerungen: Die Unterbrechung des Trainings in einem Fitnesszirkel mit kombiniertem Kraft- und Ausdauertraining schadete, unabhängig vom Alter, vor allem den Teilnehmer:innen, die mit hoher Intensität trainierten. Offenbar konnte intensives Fitness-Training nicht durch häusliches Training oder Aktivitäten im Freien kompensiert werden. Es werden Empfehlungen für intensives Krafttraining benötigt, die bei fehlendem Zugang zu Sportstätten auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können.

S416-5

Einfluss der Rollatornutzung auf Gehgeschwindigkeit, Balance und Armpendel

S. Lau¹, S. Hellmers², J. Koschate¹, M. Hackbarth¹, T. Zieschang¹

¹Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ²Abteilung Automatisierungs- und Messtechnik, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Mit zunehmendem Alter verändert sich der dynamische Gang. Gangparameter wie Schrittlänge oder Gehgeschwindigkeit verringern sich, um Gangunsicherheiten auszugleichen und die Balance zu wahren. Bislang gibt es wenig Evidenzen zum Zusammenwirken von Gangvariabilität, Balance und die Rolle des Armpendels bei älteren Personen mit Rollator. Ziel der Untersuchung ist daher der Vergleich dieser Variablen bei Personen mit und ohne Gangunsicherheit sowie Rollatornutzer:innen während des Gehens mit und ohne Rollator.

Methode: Drei Gruppen von zu Hause lebenden Personen ≥70 Jahren wurden untersucht: (1) GRoll: regelmäßiger Rollatorgebrauch (≥ 3 Monate, \emptyset mind. 1 h/d); (2) GUsi: subjektive Gangunsicherheit; (3) GNorm: keines der beiden anderen Kriterien. Zur Berechnung der Gangvariabilität, der statischen Balance (Sway) als auch der Amplitude des Armpendels wurden sowohl ein GaitRite[®] Sensorteppich, als auch Beschleunigungssensoren (APDM Opal) verwendet. Der Sway (Semi-Tandem) wurde als quadratischer Mittelwert (QM) in der koronalen und sagittalen Ebene aufgezeichnet. Proband:innen aller Gruppen liefen zwischen vier und acht Meter mit und ohne Rollator. Funktionalität wurde mittels der Short Physical Performance Battery (SPPB) erhoben. Die Datenerhebung dauert noch bis Ende Juni 2022 an.

Ergebnisse: Zum aktuellen Zeitpunkt wurden bereits 60 Personen eingeschlossen. Eine erste deskriptive Zwischenanalyse ergab mit $n=10$ je Gruppe ergab, dass GRoll (85,9 ± 4,4 Jahre, SPPB: 8 [6–11]) und GUsi (77,7 ± 5,1 Jahre, SPPB: 10 [8–12]) eine niedrigere Schrittzahl (Median 6,5 vs. 5,1) und eine höhere Gehgeschwindigkeit ($0,9 \pm 0,2 \text{ m}\cdot\text{s}^{-1}$ vs. $1,1 \pm 0,2 \text{ m}\cdot\text{s}^{-1}$) mit Rollator zeigten als ohne. GNorm (74,4 ± 2,7 Jahre, SPPB: 11 [10–12]) verschlechterte sich mit Rollator in beiden Parametern. Der QM beim Sway identifizierte GRoll als instabiler ($0,9 \pm 0,2^\circ$ vs. $0,6 \pm 0,2^\circ$). Weitere Ergebnisse, sowie Daten zum Armpendel werden präsentiert.

Diskussion: Der Zeitpunkt und Nutzen einer Rollatornutzung sollte gut abgewägt werden. Insbesondere bei gangsicheren älteren Personen verschlechterte sich die Gehgeschwindigkeit mit Rollator. Die Ergebnisse zur Rolle des Armpendels hinsichtlich der Gangökonomie stehen noch aus.

S422 Pneumologische Probleme ältere Menschen

Gemeinsames Symposium der AG Gerontopneumologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Moderation: H. Frohnhofen¹, M. Johnsen²

¹Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Pneumologie, St.-Marien-Hospital, Köln

In diesem Joint-Symposium sollen der aktuelle Stand des Wissens um pneumologische Probleme alter Menschen dargestellt, Lösungsstrategien erörtert und weitere Forschungsbedarf benannt werden.

Die häufigsten Erkrankungen der Atmungsorgane älterer Menschen sind die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und die Pneumonie. Von der Covid-Infektion waren vulnerable ältere Menschen besonders betroffen

mit häufig dramatischen Verläufen durch diese Infektion, aber auch durch Isolierungsmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen.

Schluckstörungen als häufiges geriatrisches Syndrom führen oft zu Infektionen des Atemtraktes. Diese müssen nicht nur früh erkannt und adäquat behandelt werden, sondern auch langfristig gemanagt werden.

Die Lungenfunktionsprüfung gehört zur Basisdiagnostik in der Pneumologie. Diese einfache diagnostische Methode ist bei einem erheblichen Teil älterer Menschen nicht mehr durchführbar. Daher müssen auch neue Beurteilungskriterien für eine Lungenfunktionsprüfung diskutiert werden, die den Problemen älterer Menschen Rechnung tragen.

Zahlreiche Medikamente beeinflussen Atmung und Respirationstrakt. Gerade im Kontext der Polypharmazie ist es wichtig, den Einfluss von Medikamenten auf den Atemantrieb einerseits und die Weite der Atemwege zu berücksichtigen, zumal das klinische Leitsymptom Luftnot mit dem Alter an Aussagekraft verliert.

S422-1

Covid und der ältere Patient

A. Schlesinger

Pneumologie, Marien-Hospital, Köln

Einleitung: Covid-19 bestimmte in kurzer Zeit als neue Infektionskrankheit eine Etablierung von Hygiene-, Diagnose und Therapiestandards, wie keine andere Erkrankung seit der Entdeckung von HIV. In folgender Übersicht stellen wir retrospektiv erhobene Daten der Covid-Pandemie vor, wobei der Fokus auf betagten Patienten liegt.

Analyse: Die Analyse betrifft den Zeitraum von März 2019 bis März 2022 und diskriminiert die einzelnen Covid-Subtypen, sowie deren Therapie und Outcome der registrierten Patientengruppen.

Während der Covid-19-Alpha-Subtyp-Dominanz wurden insgesamt 124 Patienten in unserem Pneumologischen Schwerpunkt behandelt. Davon waren 102 über 65 Jahre alt. Kein Patient war geimpft. Die Behandlung erfolgte seinerzeit mit Remdesivir und Steroiden. 41 betagte Patienten waren beatmet, wovon 32 verstarben.

Während der Covid-19-Beta-Variante wurden 102 Patienten vor Ort behandelt. Davon waren 86 über 65 Jahre alt. Davon verstarben 15 Patienten (davon hatten 13 keinen kompletten Impfstatus). Hier zeigte sich der Effekt in der Gabe der erhältlichen Antikörpertherapie, die bei insgesamt 56 betagten Patienten erfolgte.

Während der Delta-Variante wurden 78 vor Ort behandelt, davon 62 über 65. 60 Patienten wurden AK gegeben. 7 waren beatmet. Insgesamt verstarben zwei Patienten, die obendrein keinen Impfstatus vorweisen konnten.

Während der Omikron-Pandemie wurden bisher 76 Patienten behandelt, davon 45 Patienten über 65 Jahre, welche alle mit den AK behandelt wurden. 1 Patient war beatmungspflichtig; Keiner verstarb.

Schlussfolgerung: Betagte Patienten mit einer Covid-19-Infektion profitieren von einem kompletten Impfstatus, sowie einer frühzeitigen Gabe von Antikörpern. Hierbei kann die Letalität erheblich gesenkt werden.

S422-2

Schluckstörungen bei alten Menschen. Die Sicht des Pneumologen

S. Stieglitz

Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Intensivmedizin, Klinik für Innere Medizin I, Petrus-Krankenhaus Wuppertal, Wuppertal

Schluckstörungen sind häufige Probleme, nicht nur in der Geriatrie, sondern auch in der Intensiv- und Beatmungsmedizin. Die Ursachen können auf der Ebene der Sensorik, Motorik oder Koordination liegen. Entscheidend für die Relevanz der Schluckstörung ist nicht nur das Ausmaß der Aspiration, sondern auch die Effektivität der Hustenclearance zur Entfernung

eines Aspirats. Klinische Entscheidungsbäume helfen sowohl eine Unter- wie auch Überdiagnostik zu vermeiden.

S422-3

Lungenfunktion und ihre Messung bei Älteren und Hochbetagten

N. Netzer

Hermann Buhl Institut für Hypoxie- und Schlafmedizinforschung, Fachklinik Ghersburg für Geriatrische Rehabilitation, Bad Aibling

Bis zum Ende des letzten Jahrtausends waren die spirometrischen und bodyplethysmographischen Normwerte auf den jüngeren und mittelalten Erwachsenen sowie in der pädiatrischen Pneumologie auf Kinder definiert. Welche Lungenfunktionswerte für Erwachsene über 70 Jahre normal sind, musste weitestgehend in Bezug zu den normativen Werten der mittelalten Erwachsenen mit relativ frei gewählten Abschlägen vom Normwert geschätzt bzw. beurteilt werden. Z. B. entspricht ein FEV1 von 3,8 l bei einem FVC von 4,4 l bei einem 180 cm großen Mann um die 40 mit einem Gewicht bis 90 kg der Norm, so würde man bei einem 80-Jährigen auf Grund der veränderten Struktur der Lunge und Beschaffenheit des Thorax einen FEV1 von 3 l bei einem FVC von 3,8 l, sprich ein FEV1/FVC von 78 % gegenüber 86 % als absolut normal betrachten. Unter anderem die Rotterdamstudie mit der Ermittlung von Normwerten auch bei Erwachsenen bis 95 Jahre hat dies geändert, sodass uns derzeit aktuellere Normwerte zur Verfügung stehen bzw. in Graphiken mit Altersschablonen ablesbar sind. Bedenken müssen wir allerdings, dass die altersentsprechende Körperbeschaffenheit einem kontinuierlichen Wandel unterzogen ist und Normwerte daher wie Konfektionsgrößen immer wieder verändert werden müssen.

In einer kürzlich erschienenen polnischen Publikation zeigte sich, dass die Qualität der Lungenfunktionsmessung beim Hochbetagten in der Qualität unterschätzt wird. Die Fehlerquote ist klar höher als beim jüngeren Erwachsenen, aber dennoch sollten qualitativ gute Messungen auch beim Älteren mit möglicherweise etwas höherem Arbeitsaufwand angestrebt werden um eine vernünftige Einschätzung der klinischen Situation geben zu können und nicht jeden älteren Menschen automatisch mit einer COPD oder restriktiven Lungenfunktionsstörung zu stigmatisieren.

S422-4

Wechselwirkungen von Medikamenten auf die Atmung in Hypoxie bei älteren Menschen

N. Netzer

Hermann Buhl Institut für Hypoxie- und Schlafmedizinforschung, Fachklinik Ghersburg für Geriatrische Rehabilitation, Bad Aibling

Der Aufenthalt in luftigen Höhen zum Wandern, Bergsteigen, Skifahren oder einfach auf Reisen in Hochlandgebieten erfreut sich nicht nur bei sogenannten rüstigen, hochaktiven SeniorInnen großer Beliebtheit und hat in der Häufigkeit aufgrund des zunehmenden Wohlstands in den letzten Jahrzehnten linear zugenommen, auch körperlich weniger fitte Ältere und Hochbetagte gelangen mit gesteigerter Mobilität in Höhen über 2500 m oder sie befinden sich in einer äquivalenten Höhe in Flugzeugen bei Interkontinentalflügen.

Die Hypoxie führt hier zu einer veränderten Pharmakokinetik mit Anflutung bestimmter Substanzen durch Veränderungen an verschiedenen Cytochrom Enzymen, z. B. CYP P450, was einen Einfluss auf das kardiovaskuläre System haben kann, zum Anderen entstehen direkte Wechselwirkungen durch Medikamente auf die Atmung. Wir konnten z. B. in einer Beobachtungsstudie nachweisen, dass hypoxieinduzierte periodische Atmung bei Einnahme von β -Blockern bei wesentlich niedrigeren Höhen sprich Hypoxiegraden einsetzt, z. B. auf 2000 m, als bei einer Vergleichsgruppe ohne β -Blocker Medikation. Hier stellen wir diese und

weitere Wirkungen auf die Respiration bei Medikamenteneinnahme in der Höhe vor.

S423 Symposium der AG Sarkopenie und Osteoporose

Moderation: M. Drey, R. Schmidmaier

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Die Sarkopenie hat durch die Etablierung im ICD-10 im Jahr 2018 auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Die Osteoporose ist eine seit langem bekannte Erkrankung, deren Prävalenz ebenso wie die der Sarkopenie stark mit dem Alter zunimmt. Das Auftreten beider Erkrankungen im Sinne einer Osteosarkopenie ist für den Betroffenen gerade im Kontext der Alterstraumatologie von zunehmender Bedeutung. Die AG „Sarkopenie und Osteoporose“ möchte diesen Entwicklungen Rechnung tragen und mit dem Symposium eine Plattform bieten, neueste Erkenntnisse aus Klinik und Forschung in den beiden Bereichen zu präsentieren. Ziel wäre es insgesamt 6 Beiträge zu den beiden Schwerpunkten in diesem Symposium zu präsentieren.

S423-1

Definitionen der Sarkopenie nach EWGSOP 1 und 2 bei noch selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren – Daten aus dem Projekt „Netzwerk Gesund Aktiv“ (NWGA)

S. Hoffhuis¹, U. Dapp¹, D. Vinyard¹, S. Golgert¹, L. Neumann¹, R. Wirth², S. Otte¹, F. Stephan-Sump¹, U. Thiem¹

¹Medizinisch-Geriatrie Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg; ²Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Fragestellung: Die Sarkopenie wird zunehmend als Risikofaktor für negative Gesundheitsfolgen bei älteren Menschen erkannt. Die Vergleichbarkeit von Daten ist durch unterschiedliche Definitionen der Sarkopenie erschwert. Wir vergleichen durch Handkraft- und Bioimpedanzmessung definierte Sarkopenie nach Vorgaben der „European Working Group on Sarcopenia in Older People“ (Definitionen EWGSOP 1 und 2).

Methoden: In den Jahren 2017–2019 wurden noch selbständig lebende Seniorinnen und Senioren im Alter ≥ 70 Jahre gewonnen für ein Projekt zur Unterstützung der Selbständigkeit durch quartiersnahe Angebote der gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützung. Zu Projektbeginn wurden u. a. Handkraft (Martin Vigorimeter) und Parameter der Bioimpedanz (medical Body Composition Analyzer 515, Fa. seca, Hamburg) gemessen. Die Teilnehmenden wurden in ein Netzwerk mit Fallmanagement und unterstützenden Maßnahmen im Quartier eingebunden.

Ergebnisse: Bei insgesamt 685 Personen (450 Frauen, 65,7 %; Durchschnittsalter $80,1 \pm 5,2$ Jahre; Body-Mass-Index $27,9 \pm 4,8$ kg/m²) wurden folgende Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) erhoben: Handkraft (JAMAR Äquivalent) $24,4 \pm 7,9$ kg, Skelett-Muskel-Index (SMI) $7,12 \pm 1,5$ kg/m², appendikuläre Skelettmuskelmasse (ASM) $11,11 \pm 3,4$ kg/m², ASM-Index (ASMI) $3,99 \pm 1,0$ kg/m². Nach Handkraft bestand gemäß der Grenzwerte der EWGSOP 1-Definition bei 283 Senioren (41,3 %) Sarkopenieverdacht, gemäß der Grenzwerte der EWGSOP 2-Definition bei 153 Senioren (22,3 %). Gemäß der Grenzwerte nach EWGSOP 1 für die Bioimpedanzmessung (über SMI) bestand bei 261 Senioren (38,1 %) Sarkopenieverdacht, gemäß der Grenzwerte nach EWGSOP 2 bei 540 (78,8 %, über ASM) bzw. 672 Personen (98,1 %, über ASMI).

Nach EWGSOP 1-Definition hatten 135 Personen (19,7 %) eine Sarkopenie, nach EWGSOP 2-Definition 108 Personen (15,8 %, nach ASM) bzw. 150 Personen (21,9 %, nach ASMI). Aufgrund der hohen Anzahl Sarkopenieverdächtiger wurden die Definitionen der Sarkopenie nach EWGSOP 2 überwiegend über den Parameter Handkraft determiniert. Sarkopenie

nach EWGSOP 1 war mit Alter, Geschlecht und verschiedenen Angaben zur Funktionalität im Alltag assoziiert.

Zusammenfassung: Die Definitionen der Sarkopenie nach EWGSOP 1 und EWGSOP 2 definieren sehr unterschiedliche Gruppen von Personen. In dieser Stichprobe erscheinen die Grenzwerte für Handkraft und Bioimpedanz nach EWGSOP 1 sowie die daraus resultierende Gruppe von Sarkopenie-Patienten plausibler als die nach EWGSOP 2.

S423-2

Prognostische Bedeutung der EWGSOP 1 definierten Sarkopenie für noch selbständig lebende Seniorinnen und Senioren mit Risiko für funktionellen Abbau – Daten aus dem Projekt „Netzwerk Gesund Aktiv“ (NWGA)

S. Hoffhuis¹, U. Dapp¹, D. Vinyard¹, S. Golgert¹, L. Neumann¹, R. Wirth², S. Otte¹, F. Stephan-Sump¹, U. Thiem¹

¹Medizinisch-Geriatrie Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg; ²Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Fragestellung: Der durch Verlust an Muskelquantität und -qualität gekennzeichnete Zustand der Sarkopenie gilt als Risikofaktor für funktionellen Abbau und Tod bei älteren Menschen. Deutsche Daten zur Sarkopenie bei älteren, noch selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren mit Risiko für funktionellen Abbau liegen bislang kaum vor.

Methoden: Zwischen 2017–2019 wurden insgesamt 963 noch selbständig lebende Seniorinnen und Senioren im Alter ≥ 70 Jahre und mit Risiko für funktionellen Abbau nach LUCAS-Funktionsindex eingeschlossen in ein Projekt zur Unterstützung der Selbständigkeit durch quartiersnahe Angebote zur gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützung. Zu Projektbeginn erfolgten u. a. eine ärztliche Untersuchung sowie geriatrisches und psychosoziales Assessment. Die Teilnehmenden wurden in ein Netzwerk mit Fallmanagement und dem Angebot verschiedener unterstützender Maßnahmen im Quartier eingebunden und maximal 21 Monate nachverfolgt.

Ergebnisse: Insgesamt 685 Personen (450 [65,7 %] Frauen; Alter ≥ 80 Jahre: 342 [49,9 %]) wurden ausgewertet. Nach Handkraft- und Bioimpedanzmessung gemäß EWGSOP 1-Definition hatten 135 Personen (19,7 %) eine Sarkopenie. Sarkopenie war mit Alter, Geschlecht und verschiedenen Angaben zu instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens assoziiert, z. B. selbständiges Einkaufen, Kochen, Wäsche und Haushalt machen. Eine enge Assoziation fand sich auch zu kognitiven Fähigkeiten (nach DemTect), nicht aber zur psychischen Verfassung (nach PHQ). Bei 50 Teilnehmenden (7,3 %) lag zu Projektbeginn ein Pflegegrad (1–3) vor. Bei 149 Personen (21,8 %) wurde eine Neu- oder Höhereinstufung des Pflegegrads im Verlauf beobachtet. Insgesamt sind 46 Teilnehmende (6,7 %) im Verlauf verstorben. Für Personen mit Sarkopenie war das Risiko, zu versterben, deutlich erhöht (unadjustierte Odds Ratio [OR] für Tod im Verlauf: 3,08; 95 %-Konfidenzintervall [1,66; 5,72], adjustiert für multiple Confounder 1,91 [0,95; 3,85]). Sarkopenie war nicht mit der Neu- oder Höhereinstufung eines Pflegegrads assoziiert (unadjustierte OR: 1,11 [0,71; 1,73]).

Zusammenfassung: In dieser Stichprobe war die nach EWGSOP 1 definierte Sarkopenie mit verschiedenen Parametern der Funktionalität im Alltag, aber auch Alter und Geschlecht assoziiert. Personen mit Sarkopenie hatten ein deutlich erhöhtes Risiko, im Verlauf zu versterben.

S423-3

Behandlung geriatrischer Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz der Stadien KDIGO CKD 4–5(D) und Fragilitätsfrakturen

S. Martini, S. Schlüssel, A. Schaupp, C. Held, M. Drey, R. Schmidmaier

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Trotz ihres hohen Risikos für weitere Frakturen erhält die Mehrheit der Patienten mit CKD der Stadien 4–5(D) und vorhandenen Fragilitätsfrakturen keine spezifische Osteoporosetherapie. Die Therapie ist erschwert, da ein Großteil dieser Patienten auch an CKD-Mineral and Bone Disease (MBD) mit erhöhtem (high turnover) oder vermindertem (low turnover) Knochenumsatz oder Mischformen leidet.

Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung und Bewertung der Behandlungsoptionen geriatrischer Patienten CKD G4–G5(D) mit manifester Osteoporose. Für die Therapie der Osteoporose ist die Kenntnis des Knochenstoffwechsels von großer Bedeutung. Da der Knochenumsatz zu einem Großteil vom Ausmaß des Hyperparathyreoidismus abhängt, wird iPTH als Surrogatmarker verwendet. Der Goldstandard Knochenbiopsie ist in der Realität nicht praktikabel. In Ermangelung besserer Knochenumsatzparameter in dieser Kohorte analysierten wir die wenigen vorhandenen Studien, die Knochenhistologie und iPTH Werte bei CKD 4–5(D) Patienten korrelierten und Grenzwerte für high- und low-turnover Knochenumsatz definierten. Aufgrund der vorgestellten Daten möchten wir folgende Positionen zur Diskussion stellen:

1. Patienten mit CKD 4–5(D) und Fragilitätsfrakturen sollten auf das Vorliegen von CKD-MBD regelmäßig untersucht und bestmöglich behandelt werden.
2. Ziel sollte eine individualisierte Versorgung einer CKD-MBD sein. Hier sollten (Rest-)Nierenfunktion, Serum-Phosphatspiegel, Serum-Calciumspiegel, Vitamin D-Status, iPTH-Spiegel, Bicarbonat, Calciumaufnahme und eventuell von Histomorphometrie des Knochens mit einbezogen werden. Die Therapie sollte immer auch Lifestyle-Modifikationen mit einbeziehen.
3. Unter Risiko-/Nutzenabwägung sollte auf individueller Ebene mit Osteoporosepatienten mit CKD 4–5(D) auch eine spezifische Therapie besprochen werden. Hierzu folgende Überlegungen:
 - a. Das mittels iPTH-Assay gemessene PTH ermöglicht eine näherungsweise Bewertung des Knochenumsatzes und sollte in die Therapieauswahl einfließen.
 - b. Nach weitgehendem Ausschluss einer Low turnover Knochenerkrankung kann die Therapie mit Denosumab unter Beachtung der Kontraindikationen erwogen werden.
 - c. trotz derzeit fehlender Empfehlung für Bisphosphonate bei GFR-Werten <35 ml/min/1,73 m² KOF scheint das Gesamtrisiko-Nutzen-Verhältnis der Therapie mit Bisphosphonaten bei Patienten mit CKD G4–G5(D) nicht schlechter als bei der nierengesunden Bevölkerung zu sein.

S423-4

Einfluss des Hypogonadismus auf Sarkopenie und Osteoporose bei geriatrischen Patienten

S. Schlüssel, M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Endokrinologische Veränderungen im Alter spielen eine wesentliche Rolle in der Genese der Sarkopenie. Die Sexualhormone, insbesondere Testosteron wirken anabol auf die Muskulatur. Bei Männern führt das physiologische Altern zur Testosteronabnahme. Ab der dritten Lebensdekade fällt der freie Testosteronindex jährlich zwischen 0,4–2 % ab. Ein Testosteronmangel, Hypogonadismus, liegt bei einem freien Testosteron unter

243 pmol/l bzw. bei einem freien Testosteronindex unter 23 % vor. Die endokrine Regulation von Testosteron im Hoden unterliegt der Stimulation von luteinisierendes Hormon (LH) und follikelstimulierendes Hormon (FSH), die von den gonadotropen Zellen der Adenohypophyse sezerniert werden. Gemäß LH/FSH-Konstellation kann der Hypogonadismus in Subgruppen eingeteilt werden. Der Hypogonadismus wirkt sich vielfältig auf die Morbidität von Patienten aus und kann u. a. zur Osteoporose, Anämie, Sarkopenie, Insulinresistenz, Depression und Verminderung der kognitiven Fähigkeiten beitragen.

Ziel des Vortrages ist zum einen einen Überblick über die aktuelle Studienlage zum Hypogonadismus bei geriatrischen Patienten zu geben. Zusätzlich werden Daten unserer retrospektiven Querschnittsstudie ($n = ca. 150$ geriatrische Männer >65 Jahre) vorgestellt. Wie hoch ist Prävalenz des Hypogonadismus und der Subgruppen bei geriatrischen Männern? Welche Rolle spielt Testosteron in Bezug auf Osteoporose und Sarkopenie?

S424 Gerontologie und Geriatrie in Technikentwicklungsprozessen: Erfahrungen und Ideen für die Zukunft

Moderation: M. Grates¹, C. Kollwe²,

Diskutanten: C. Endter³, H. Künemund⁴, C. Müller⁵, C. Becker⁶

¹Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften, Fakultät 17 Sozialwissenschaften, Technische Universität Dortmund, Dortmund; ²Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg; ³Fakultät Sozialwissenschaften, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz; ⁴Empirische Altersforschung und Forschungsmethoden, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta; ⁵IT für die alternde Gesellschaft, Wirtschaftsinformatik und neue Medien, Universität Siegen, Siegen; ⁶Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Seit einigen Jahren wird das Thema „Alter und Technik“ in der Gerontologie und Geriatrie breit behandelt und diskutiert. Gerontologie und Geriatrie betreiben einerseits Grundlagenforschung, andererseits sind sie in anwendungsorientierten Projekten der Technikentwicklung involviert. In interdisziplinären Projekten übernehmen die beteiligten Gerontolog*innen verschiedene Aufgaben – von der Anforderungsanalyse über die Nutzerbeteiligung bis hin zu Usability Tests und Technikfolgenabschätzung. Dabei sind unterschiedliche Herangehensweisen zu beobachten, was auch auf die disziplinäre Vielfalt in der Gerontologie zurückzuführen ist. Zugleich stellt die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen in Technikentwicklungsprojekten oftmals eine Herausforderung dar.

Das Panel nimmt die Arbeit von Gerontologie und Geriatrie im Feld „Alter und Technik“ in den Blick. Diskutiert werden sollen bspw. folgende Fragen: Welche Rolle wird Gerontologie und Geriatrie in Technikentwicklungsprozessen als auch in der Erforschung des Nexus von Alter und Technik zugeordnet und zugeschrieben? Inwiefern hat diese Positionierung Einfluss auf die Forschung, die im Kontext solcher Projekte entsteht? Wie verorten sich Gerontolog*innen und Geriater*innen im komplexen Netz unterschiedlicher Interessen (z. B. Fördermittelgeber, Wirtschaft)? Wo liegen ggf. auch Grenzen gerontologischer und geriatrischer Beteiligung an Technikentwicklung und der damit verbundenen Forschung?

Der FA Kritische Gerontologie, der sich u. a. zum Ziel gesetzt hat, das eigene professionelle Handeln zu reflektieren, lädt mit diesem Panel alle Interessierten ein, die im Bereich „Alter und Technik“ forschen oder praktisch tätig sind. Gemeinsam soll diskutiert werden, wie die Rolle von Gerontologie und Geriatrie in Praxisprojekten als auch in der Forschung zum Thema „Alter und Technik“ geschärft werden kann. Mit welchen Kompetenzen und zu welchen Zwecken können Gerontologie u. Geriatrie Forschung in diesem Bereich sowie die Technikentwicklung bereichern? Deshalb ist dies kein klassisches Panel mit Vorträgen, sondern es geht darum, mithilfe interaktiver Methoden ins Gespräch zu kommen. Expert*innen aus der Geriatrie u. unterschiedl. Feldern der Gerontologie bereichern die Diskussion mit ihren Erfahrungen und Perspektiven: Prof. Dr. Clemens Becker (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart), Dr. Cordula Endter (Hochschule

S425-1 Pflegerische Angehörige 60+

F. Otto, D. Leddin

Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Hintergrund und Fragestellung: Etwa 80 % der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause von ihren Angehörigen allein oder mit Unterstützung eines Pflegedienstes versorgt. Etwa die Hälfte der Pflegenden sind 60 Jahre und älter und damit selbst von altersbedingten Gesundheitsstörungen betroffen. Die Studie geht der Frage nach, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen und welche psychosozialen Belastungen Pflegenden im Alter ab 60 Jahren aufweisen.

Methode: Die schriftliche Befragung von pflegenden Angehörigen erfolgte im Kontext der Beratung zu zielgruppenspezifischen stationären Vorsorge-/Reha-Maßnahmen (§§ 23, 40 SGB V) aus dem Landesprogramm „Zeit und Erholung für mich – Kurberatung für pflegende Angehörige in NRW“. Die Daten wurden deskriptiv und mittels Chi-Quadrat-Test ausgewertet.

Ergebnisse: Von 214 Pflegenden im Alter von 60–94 Jahren (Median 71) waren 83 % weiblich. Die Pflegebedürftigen waren Ehe-/Lebenspartner*innen (71,5 %), Eltern/Schwiegereltern (31,4 %), eigene Kinder (7,5 %) und entferntere Verwandte (3,3 %). 9 % der Befragten pflegten mehr als ein Familienmitglied. Die häufigsten Gesundheitsstörungen, die nach Angabe der Pflegenden seit Monaten oder seit Jahren bestanden, waren Erschöpfung (78,5 %), Rückenschmerzen (75,7 %), Schlafstörungen (74,8 %), ständige Müdigkeit (66,8 %), Niedergeschlagenheit (63,1 %), Unruhe und Angst (52,8 %). Als belastende Kontextfaktoren gaben die Pflegenden am häufigsten an: Hohe psychische Anforderung durch die Pflege (92,1 %), Überforderungssituation (73,4 %), ständiger Zeitdruck (67,8 %), soziale Isolation (62,1 %) und hohe körperliche Anforderung durch die Pflege (61,7 %). Jüngere Pflegenden (<71 Jahre) litten signifikant häufiger unter Rückenschmerzen ($p=0,002$) und Müdigkeit ($p=0,029$) sowie unter Zeitdruck ($p<0,001$) und mangelnder Unterstützung im Alltag ($p=0,031$) als die älteren Pflegenden.

Diskussion: Die Zahl der pflegenden Angehörigen ab 60 Jahren wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Die Pflege stellt hohe Anforderungen an die Betroffenen, wobei besonders die psychischen Belastungen zu beachten sind. Neben entlastenden Maßnahmen im Alltag können zielgruppenspezifische stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen zum Erhalt der Pflegefähigkeit und Gesundheit der pflegenden Angehörigen beitragen.

S425-2 How did I do? – Wie Personen ihre Berufskarrieren zwischen Arbeit und Care bewerten

W. Schmitz¹, L. Naegele¹, M. Heß²

¹Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta;

²Kompetenzzentrum Ressourcenorientierte Alter(n)sforschung (REAL), Hochschule Mönchengladbach, Mönchengladbach

Einleitung: Geschlechtsspezifische Erwerbsverläufe bestimmen seit längerem den Diskurs um Teilhabe am Arbeitsleben. Frauen, so zeigen Forschungen wiederholt, leisten (immer noch) mehr Care- und Sorgearbeit, was Vereinbarkeitsproblematiken zu Tage bringt die eine Reduktion/Unterbrechung von Erwerbskarrieren oder einen verfrühten Ruhestandsübergang bedingen können. Männlich geprägte Erwerbsverläufe sind im Gegenzug weniger disruptiv und zeichnet sich meist durch eine Vollerwerbstätigkeit aus die, bedingt durch die renten- und arbeitsmarktpolitischen Reformen der 2000er-Jahre, gegen Ende der Berufskarriere dann von einem politisch gewollten späten Ruhestand abgelöst wird. Letzteres trifft in zunehmenden Maßen auch auf Frauen zu, die sich aufgrund

des Fachkräftemangels sowie den vielfach diskutierten potenziell negativen Auswirkungen solcher „Teilzeitkarrieren“ einen zunehmenden gesellschaftlichen Druck gegenübersehen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie Personen diese unterschiedlichen Karrieren erlebt haben bzw. wie sie diese am Ende ihres Erwerbslebens bewerten? Werden s. g. „Teilzeitkarrieren“ als weniger zufriedenstellend wahrgenommen, weil Sie nicht dem Ideal einer Vollerwerbskarriere entsprechen, oder zeigt sich vielleicht, dass ein Berufsleben geprägt durch Care- und Sorgearbeit subjektiv trotzdem als erfüllt und positiv(er) gewertet wird? Diesen Fragen möchte das hier vorliegende Forschungspapier nachgehen.

Methodik: Für die Analysen werden retrospektive Daten der dritten Welle des Surveys of Health, Ageing and Retirement (SHARE) herangezogen. Zunächst bilden wir mit Hilfe von Sequenzanalysen die Erwerbstrajektorien von Befragten im Verlauf des Alters von 20–70 Jahren ab. In einem zweiten Schritt untersuchen wir mit logistischen Regressionsmodellen, inwiefern die Gesamtevaluation der eigenen Karriere durch die Erwerbstrajektorien erklärt werden können.

Ergebnisse: Erste vorläufige Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die Erwerbsbiographie von Frauen durch Unterbrechungen von Care- und Sorgearbeit sowie durch Teilzeitarbeit geprägt ist. Die Karriere der Männer hingegen ist hauptsächlich durch Vollzeitarbeit charakterisiert. Insbesondere diskontinuierliche Erwerbstrajektorien geprägt von Care- und Sorgearbeit sowie auch Teilzeitbeschäftigung hängen stark negativ mit der subjektiv empfundenen Zufriedenheit der eigenen Karriere zusammen. Im Kontrast dazu wird jedoch das Ideal der Vollerwerbskarriere als zufriedenstellend bewertet.

S425-3 You will take care of me when I am old – Pflegende Angehörige, zwischen wollen und müssen

M. Heß¹, L. Naegele², P. Stiemke³, W. Schmitz²

¹Kompetenzzentrum Ressourcenorientierte Alter(n)sforschung (REAL), Hochschule Mönchengladbach, Mönchengladbach; ²Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta; ³Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Einleitung und Fragestellung: Die Versorgung der stetig wachsenden Gruppe der vulnerable Älteren mit Pflegebedarf wird in Deutschland meist (noch) im familiären Umfeld geleistet. Dabei wirken neben der Frage ob überhaupt personelle und/oder finanzielle Ressourcen existieren um eine angemessene Pflege im Familienkreis leisten zu können auch gesellschaftliche Normen und Wertvorstellung, darüber wie die Versorgung älterer Angehöriger zu leisten ist, auf innerfamiliäre Pflegeentscheidungen. So ist beispielsweise in Gesellschaften mit stark ausgeprägte familiären Werten der Druck auf die Kinder groß, die Pflege der eigenen Eltern im Alter selbst zu übernehmen. Konträr dazu findet in Ländern mit weniger familiaristischen Werten die Inanspruchnahme von professioneller Pflege mehr Akzeptanz. Das vorliegende Forschungspapier, möchte daher den Einfluss eben diese gesellschaftlich geteilten Wert- und Normvorstellungen auf die Übernahme familiärer Pflege untersuchen und dabei neben individuellen Determinanten für Pflegeentscheidungen explizit Faktoren auf der Makro- bzw. auf Länderebene in den Blick nehmen. Besonderer Fokus liegt hier auf den Frauen, da diese (noch immer) mehrheitlich die Care- und Pflegearbeit im häuslichen Umfeld leisten.

Methodik: Zur Analyse wurde der European Values Survey (Welle 5) herangezogen, der u. a. die Frage beinhaltet „Erwachsene Kinder haben die Pflicht, ihre Eltern zu pflegen“ (abhängige Variable). Wir verwenden Multi-Level-Regressionen mit Individuen auf der unteren und Ländern auf der oberen Ebene. Erklärende Variablen auf der individuellen Ebene sind soziodemografische Merkmale (z. B. Geschlecht, Alter, Bildung etc.). Darüber hinaus wurden auf der Länderebene Variablen zur Messung der Einstellung zur Gleichstellung der Geschlechter, zur insgesamt wirtschaftlichen Entwicklung sowie zu den Ausgaben für die Langzeitpflege einbezogen.

Ergebnisse: Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass Personen mit höherer Bildung, Frauen und Erwerbstätige der Aussage, dass Kinder die Pflicht haben, für die Pflege ihrer Eltern zu sorgen, deutlich weniger zustimmen. Wir finden auch große Länderunterschiede in der Untersuchung. In Süd- und Osteuropa gibt es stärkere Zustimmung zur Frage ob Kinder ihre Eltern selber pflegen sollten, während diese in Nordeuropa geringer ist. West- und Zentraleuropa liegen in der Mitte.

S425-4 Einstellung zu und Nutzung von digitalen Assistenzsystemen in der Pflege

K. Barczik¹, N. Weinhold¹, S. Dingwerth², M. Heinz¹

¹CODIP Center for Digital Innovation & Participation, Technische Universität Dresden, Dresden; ²Oranienburg

Der demografische Wandel bringt zweierlei Herausforderungen für die Pflege mit sich. Zum einen werden Menschen immer älter, gleichsam steigen der Anteil und die absolute Zahl älterer Menschen, wodurch mehr Personen länger Pflege benötigen. Zum anderen sorgt der demografische Wandel dafür, dass weniger Pflegenden zur Verfügung stehen. Dieser Herausforderung kann mit digitalen Assistenzsystemen entgegengewirkt werden. Dazu beschäftigt sich dieser Beitrag mit der Einstellung zu und der Nutzung von digitalen Assistenzsystemen in der Pflege. Im Zentrum steht die Frage „Was verspricht der Technologieeinsatz für ältere Menschen, pflegendes Personal und Angehörige in der Pflege?“ Die Datenbasis bilden zwei standardisierte¹ Fragebogenstudien, eine aus dem ersten Quartal 2021 mit Pflegeemitarbeiter:innen ($n=97$) im ländlichen Raum und eine weitere ein Jahr später im städtischen Raum mit dem Fokus auf Berufsauszubildende ($n=62$). Die Fragebögen umfassen u. a. Angaben zur Pflegeeinrichtung, zur Nutzung und Nutzungshäufigkeit, zum erwarteten Aufwand sowie zu Pro- und Contra-Argumenten (aus persönlicher Sicht der Pflegekräfte sowie aus Sicht der Patient:innen). Die Resultate zeigen, dass sich Ausstattungs- und Nutzungsgrade digitaler Technologien in der Pflege auf einem äußerst geringen Niveau befinden und hauptsächlich im Dokumentationsbereich verwendet werden, Pflege- und Serviceroboter sind bisher kaum vorhanden. Die Vorteile werden vor allem im Zeitgewinn, der Reduzierung körperlicher Belastung und dem mobilen Zugriff gesehen, während die Bedenken vor allem die Sicherheit und das Fehlen menschlicher Zuwendung betreffen. Interessant ist die Differenz zwischen der Einstellung der Pflegekräfte zu digitalen Assistenzsystemen und der Fremdeinschätzung der Einstellung der Pflegebedürftigen, welche deutlich negativer ausfällt. Abschließend lässt sich sagen, dass weitere Studien zur Verbreitung und Einstellung nötig sind. Da die zwischenmenschliche Qualität einen hohen Stellenwert bei der Interaktion einnimmt, sind hier vor allem einführungsbegleitende Wirksamkeitsstudien von großem Interesse.

¹Der Fragebogen basiert auf einem Entwurf des Instituts für Sozialforschung und Technikfolgenabschätzung der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg und wurde adaptiert und gekürzt.

S425-5 Gesundheitsförderung und Prävention vor statt (nur) in der Pflege – Eine Initiative zur Verringerung des Pflegerisikos stellt sich vor

S. S. Wiloth¹, C. Rott¹, B. Kramer², A. Kruse¹, A. Kuhlmeier³, T. Stein³, S. Blüher³

¹Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit Baden-Württemberg (CPD-BW), Heidelberg; ³Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund: Durch Zuwächse bei der Lebenserwartung konzentriert sich der Pflegebedarf älterer Menschen nicht etwa auf einen kurzen Abschnitt vor dem Lebensende, sondern es ist eine Verlängerung des Zeitabschnitts

mit Pflegebedarf zu beobachten. Gleichzeitig sind rückläufige Pflegeresourcen und damit ein zunehmender Pflegenotstand zu vernehmen. Die schon heute deutlich erkennbaren Versorgungslücken werden sich trotz der aktuellen politischen Bemühungen zukünftig weiter vergrößern, wenn nicht gezielt Maßnahmen ergriffen werden, die ältere Menschen vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit schützen. Die Verringerung des individuellen Risikos für Pflegebedürftigkeit muss daher ein zentrales Anliegen darstellen.

Methode: Die 2019 durch das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg und das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin gegründete Initiative möchte Ansätze, welche unmittelbar mit der Frage nach Möglichkeiten der Vermeidung, Überwindung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit verknüpft sind, reflektieren, diskutieren und weiterentwickeln. Sie vertritt eine konkrete Position hinsichtlich des Konzepts der Pflegebedürftigkeit und verfolgt das Ziel, (1) für die Thematik stärker zu sensibilisieren, (2) diverse lebenslange Prozesse, die in Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit münden, umfassend zu analysieren und (3) eine langfristige Senkung der Pflegequoten nach den derzeit geltenden Kriterien der Pflegeversicherung zu erreichen.

Mögliche Ergebnisse: Durch einen regelmäßigen Dialog in einem interdisziplinären Netzwerk aus Wissenschaftlern, politischen Vertretern und relevanten Praxispartnern wird insbesondere die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen zum Thema gemacht. Mithilfe wissenschaftlicher Methoden werden Schutz- und Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit identifiziert sowie Instrumente zur Bestimmung und Interventionen zur Reduktion des Pflegerisikos entwickelt, evaluiert und implementiert. Durch die Stärkung internaler und Umweltressourcen kann der Einstieg in die Pflegebedürftigkeit signifikant verzögert bzw. verhindert werden.

Schlussfolgerung: Pflegebedürftigkeit ist kein unausweichliches Schicksal. Eine Senkung des Pflegerisikos und eine Verringerung der Pflegebedürftigkeit lässt sich aber nicht durch punktuelle Einzelmaßnahmen erreichen. Die Initiative setzt sich dafür ein, evidenzbasierte integrierte Ansätze zu konzipieren und erfolgversprechend umzusetzen.

S426 Freie Beiträge – Arbeit, Engagement, Wohlbefinden

S426-1 Wie entscheiden Menschen, ob sie im Rentenalter weiterarbeiten?

K. Torben-Nielsen, J. Bennett, M. Bütikofer

Institut Alter, Berner Fachhochschule, Bern/CH

Unsere Gesellschaft altert rasch. Auch wenn dies eine erfreuliche Errungenschaft ist, so wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) festhält, führt sie zugleich zu weitgehenden gesellschaftlichen Herausforderungen. Wenn die zahlenstarke Babyboom-Generation zwischen 2015–2035 ins Rentenalter kommt, verschärft sich der bereits bestehende Fachkräftemangel. Ausserdem wird die Nachhaltigkeit der staatlichen Altersvorsorge einer Prüfung unterzogen. Vor diesem Hintergrund erhält die fortgesetzte Erwerbstätigkeit nach Erreichen des Rentenalters besondere Aufmerksamkeit.

In der alternden Gesellschaft hat sich dieses Thema zu einem innovativen, internationalen Forschungsgebiet entwickelt. Die Forschungsergebnisse sind grob drei Ebenen zuzuordnen: die Makro-Ebene (inwiefern hat eine Person im Rentenalter noch Zugang zum Arbeitsmarkt?), die Meso-Ebene (welche Arbeitsmodelle kann der Arbeitgeber Arbeitnehmenden im Rentenalter anbieten?) und die Mikro-Ebene (was ist für Einzelne bei der Entscheidung für oder gegen die Erwerbstätigkeit im Rentenalter wichtig?). Im Fokus unseres Literaturreviews steht die Mikro-Ebene. Mit einer Suche in wissenschaftlichen Datenbanken wurde anhand von Schlüsselbegriffen

(z. B. *working after retirement, bridge employment*, u. s. w.) ein Korpus mit peer-reviewed Artikeln erstellt ($N=38$). Dabei fokussierte sich die Suche auf Artikel, die in den letzten fünf Jahren in europäischen Journals erschienen sind (2017–2021). Im September 2022 werden erste Ergebnisse der Literaturanalyse vorliegen. Diese vertiefte, qualitative Analyse zeigt auf, welche individuellen Faktoren die Entscheidung von Menschen rund um das Rentenalter beeinflussen, ihre Erwerbstätigkeit weiterzuführen oder zu beenden.

Die individuellen Einflussfaktoren verteilen sich in grossen Zügen auf fünf Hauptgebiete: soziales Umfeld, finanzielle Situation, persönliche Arbeitseinstellung und -gestaltung, Gesundheitszustand und frühere Lebensentscheidungen. Die Literaturanalyse stellt ein anschauliches Übersichtsdiagramm vor, das aufzeigt, welche Konstellation in den fünf Hauptgebieten eine Entscheidung pro oder kontra eine Weiterführung der Erwerbstätigkeit im Rentenalter vermuten lässt.

S426-2

Fördert ehrenamtliches Engagement das subjektive Wohlbefinden? Unterschiede zwischen Engagement in der Vor- und Nachruhestandsphase

M. Lühr

Psychologische Gerontologie, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta

Fragestellung: Bisherige Forschung lässt vermuten, dass ehrenamtliches Engagement vor allem bei älteren Erwachsenen das subjektive Wohlbefinden fördert. Ein häufig genannter Grund, warum ältere Erwachsene besonders von ehrenamtlichem Engagement profitieren, bezieht sich auf die veränderte Lebenssituation nach dem Eintritt in den Ruhestand. So könne der Eintritt in den Ruhestand dazu beitragen, dass eine für einen selbst sinnstiftende Tätigkeit verloren ginge und sich soziale Kontakte (insbesondere die mit Arbeitskolleg*innen) verringerten. Weil die ehrenamtliche Tätigkeit für solche Verluste kompensieren könne, ließe sich eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens durch ehrenamtliches Engagement vor allem dann erwarten, wenn sich eine Person im Ruhestand befindet. Diese Vermutung wurde empirisch allerdings kaum überprüft. In dieser Studie wurde untersucht, ob ehrenamtliches Engagement (Häufigkeit Freiwilligenarbeit) in der Nachruhestandsphase das subjektive Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der Freizeit) stärker fördert als in den Jahren vor dem Eintritt in den Ruhestand.

Methodik: Ausgewertet wurden Längsschnittdaten des Deutschen Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1984–2019 ($N=9043$). Mit Hilfe von Wachstumskurvenmodellen wurde der Verlauf von ehrenamtlichem Engagement und subjektivem Wohlbefinden in der Vorruhestandsphase (6 Jahre vor dem Jahr des Eintritts in den Ruhestand bis zum Jahr des Eintritts in den Ruhestand) und in der Nachruhestandsphase (Jahr des Eintritts in den Ruhestand bis 6 Jahre nach dem Jahr des Eintritts in den Ruhestand) modelliert. Mit multivariaten Wachstumskurvenmodellen wurde getestet, ob sich bei Personen mit einem stärkeren Anstieg des ehrenamtlichen Engagements in der Vor- bzw. in der Nachruhestandsphase im gleichen Zeitraum auch ein stärkerer Anstieg des subjektiven Wohlbefindens beobachten ließ.

Ergebnisse: Erste Analysen legen nahe, dass eine Zunahme ehrenamtlichen Engagements nur in der Nachruhestandsphase mit einem Anstieg der Lebenszufriedenheit im gleichen Zeitraum einhergeht. Dieser positive Zusammenhang war signifikant stärker als der Zusammenhang zwischen dem Verlauf des Engagements und dem Verlauf der Lebenszufriedenheit in der Vorruhestandsphase.

Schlussfolgerung: Weil es den Verlust der Erwerbsarbeit kompensieren kann, könnte ehrenamtliches Engagement vor allem in der Nachruhestandsphase zu einer Verbesserung der Lebenszufriedenheit der engagierten Person beitragen.

S426-3

Mentales Wohlbefinden älterer Menschen bei materieller und sozialer Vulnerabilität in europäischen Wohlfahrtsstaaten – der differentielle Einfluss sozialer Unterstützung

F. Micheel, A. Mergenthaler

Demografischer Wandel und Alterung, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB), Wiesbaden

Fragestellung: Mentales Wohlbefinden älterer Menschen kann durch materielle und soziale Vulnerabilität erheblich beeinträchtigt werden. In diesem Zusammenhang kommt soziale Unterstützung als Mediator in Betracht. In diesem Beitrag werden diese Zusammenhänge zwischen verschiedenen Typen des Wohlfahrtsstaats in europäisch-vergleichender Perspektive untersucht.

Daten und Methode: Die Datengrundlage bildet der European Quality of Life Survey (EQLS) aus dem Jahr 2016. Das Analysesample beinhaltet 7808 Personen im Alter von 65 Jahren und älter aus insgesamt 33 europäischen Ländern. Konfirmatorische Faktorenanalysen wurden als Messmodelle für mentales Wohlbefinden, materieller Deprivation und sozialer Exklusion sowie sozialer Unterstützung angepasst. Strukturgleichungsmodelle wurden zur Mediationsanalyse verwendet und nach Typen des Wohlfahrtsstaats stratifiziert.

Ergebnisse: Eine vollständige Mediation durch soziale Unterstützung lässt sich hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen materieller Deprivation und mentalem Wohlbefinden in den sozialdemokratischen (indirekter Effekt: $\beta = -0,093$; $p = 0,000$) und liberalen Wohlfahrtsstaaten (indirekter Effekt: $\beta = -0,209$; $p = 0,000$) beobachten. Bei Letzteren kann ein Suppressionseffekt der sozialen Unterstützung nicht ausgeschlossen werden. In den übrigen Typen des Wohlfahrtsstaates zeigt sich eine partielle Mediation. Im Hinblick auf soziale Exklusion ist lediglich in liberalen und mediterranen Wohlfahrtsstaaten eine partielle Mediation zu beobachten.

Diskussion: Der Zusammenhang zwischen mentalem Wohlbefinden und materieller sowie sozialer Vulnerabilität älterer Menschen unterscheidet sich nicht nur nach dem Grad der sozialen Unterstützung, sondern auch nach dem wohlfahrtsstaatlichen Kontext in verschiedenen europäischen Ländern. Interventionen zur Förderung gesunden Alterns sollten daher neben den individuellen Lebenszusammenhängen auch gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen berücksichtigen, wenn dies im Sinne des Prinzips der Subsidiarität geboten scheint.

S426-4

Ländliches Engagement als Faktor räumlicher Resilienz

B. Bertermann, S. Lechtenfeld, V. Reuter

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Räumliche Resilienz ist vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen in ländlichen Regionen von zunehmender Bedeutung. Eine wichtige Stütze der ländlichen Entwicklung ist in diesem Zusammenhang das ehrenamtliche Engagement, denn es fördert den sozialen Zusammenhalt, die Lebensqualität und die Sicherung der Daseinsvorsorge vor Ort. Zu den wesentlichen Trägern ländlichen Engagements zählen die Landfrauenvereine, die wie viele andere ehrenamtliche Organisationen mit verschiedenen Entwicklungen (u. a. Mitgliederrückgänge, demografiebedingte Verschiebungen in der Altersstruktur, Nachfolgeprobleme v. a. mit Blick auf Funktionsrollen) konfrontiert sind. Es zeigen sich zudem veränderte Erwartungen und Bedürfnisse der Engagierten wie der Wunsch nach flexibleren Engagementformen. Daraus ergibt sich die Frage, wie das vereinsgebundene Engagement zukunftsfest gestaltet und damit zu einem die Resilienz ländlicher Gemeinschaften stärkenden Faktor werden kann. Um die genannten Herausforderungen generationenübergreifend

anzugehen, wird die Perspektive der jungen als auch der älteren Land-Frauen eingebunden.

Im Rahmen des laufenden Forschungsprojektes „Ländliches Engagement im demografischen und sozialen Wandel: Status quo, Herausforderungen und Gestaltungsperspektiven am Beispiel der LandFrauen“ wurden 15 leitfadengestützte Interviews mit LandFrauen und 9 Expertengespräche mit Vertreter*innen unterschiedlicher Forschungsbereiche und der Engagementpraxis/-politik geführt. Daran schloss sich eine bundesweite standardisierte Online-Befragung der Mitglieder des Deutschen Land-Frauenverbandes an.

Die Ergebnisse geben Aufschluss über soziodemografische Merkmale der Engagierten, ihre Motive und die Art ihres Engagements. Ebenso liefern sie Hinweise auf (strukturelle) Rahmenbedingungen des Ehrenamts und Unterstützungsbedarfe. Daraus lassen sich Perspektiven der Weiterentwicklung u. a. mit Blick auf die Gestaltung des Generationenwechsels und Übergabeprozesse ableiten.

Im Vortrag wird beschrieben, welches Verständnis von Resilienz im ländlichen Raum zugrunde gelegt wird und wie regionale Resilienz im Zusammenhang zu ehrenamtlichen Engagement verortet wird. Anschließend werden erste Zwischenergebnisse aus den empirischen Untersuchungen zum weiblichen Engagement in ländlichen Räumen am Beispiel der Land-Frauen vorgestellt und es werden Schlussfolgerungen gezogen, wie organisationsgerahmtes Engagement als Ressource für regionale Resilienz gestärkt werden kann.

S426-5

Ungleichheiten im Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte: Der Beitrag von sozialer Teilhabe, materiellen Bedingungen und regionalen Charakteristika

A. Schmitz¹, M. Brandt²

¹Lehrstuhl Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften, Technische Universität Dortmund, Dortmund; ²Fakultät Sozialwissenschaften, Technische Universität Dortmund, Dortmund

Fragestellung: Finanzielle Absicherung und soziale Teilhabe sind für das Wohlbefinden zentral, jedoch ist anzunehmen, dass ältere Personen aus Regionen mit einem starken Bevölkerungsrückgang in zunehmendem Maße von materiellen Einschränkungen, schrumpfenden sozialen Netzwerken und einer mangelhaften öffentlichen Infrastruktur betroffen sind. Die Studie untersucht, inwiefern sowohl individuelle als auch regionale Charakteristika dazu beitragen, Ungleichheiten im Wohlbefinden der älteren Bevölkerung zu untersuchen.

Methodik: Anhand von Mehrebenenmodellen untersuchen wir Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden (gemessen an der allgemeinen Lebenszufriedenheit), sozialer Teilhabe, materiellen Bedingungen und regionalen Charakteristika. Dazu werden Mikrodaten des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) mit Makrodaten zu regionalen Charakteristika (Bevölkerungsrückgang, öffentliche Infrastruktur und wirtschaftliche Entwicklung) kombiniert.

Ergebnisse: Unsere vorläufigen Analysen deuten darauf hin, dass ein erheblicher Teil der Ungleichheiten im Wohlbefinden auf regionale Unterschiede im Grad des Bevölkerungsrückgangs zurückgeführt werden kann, wozu zum einen eine mangelhafte soziale Teilhabe und finanzielle Absicherung auf individueller Ebene beitragen. Zum anderen sind regionale Unterschiede in der Pflege- und Gesundheitsinfrastruktur für das Wohlbefinden entscheidend – vor allem für ältere Personen, die finanzielle und soziale Unterstützung benötigen.

Zusammenfassung: Der regionale Bevölkerungsrückgang kann sich aufgrund von materiellen Einschränkungen, geringer sozialer Teilhabe und fehlender öffentlicher Infrastruktur nachteilig auf das Wohlbefinden Älterer auswirken. Im nächsten Schritt sollen Unterschiede auf Länderebene untersucht werden, indem wir Deutschland und Polen vergleichen, zwei Länder, die erhebliche Unterschiede in Bezug auf die wirtschaftliche und

soziale Situation der älteren Bevölkerung aufweisen. Wir vermuten, dass der regionale Bevölkerungsrückgang das Wohlbefinden in Polen stärker beeinträchtigt, da ältere Menschen dort stärker auf informelle Unterstützung und individuelle Ressourcen angewiesen sind.

Poster

P01

Einfluss von sozialer Teilhabe auf Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität in einer neurogeriatrischen Kohorte

E. Janke, J. Geritz, J. Welzel, P. Ettl, F. Beyer, M. Elshehabi, J. Rave, W. Maetzler
Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Hintergrund: Mehrere Studien beschreiben einen direkten Zusammenhang zwischen sozialer Aktivität/Teilhabe und kognitiven Funktionen, was nahelegt, dass sich soziale Interaktion positiv auf das kognitive Leistungsvermögen auswirkt. Dies wird auch durch tierexperimentelle Daten gestützt. Es liegt nahe, dass soziale Aktivität/Teilhabe auch zu besserer Aufmerksamkeit und Konzentration beiträgt. Der Einfluss von sozialer Aktivität/Teilhabe auf verschiedene Komponenten der Aufmerksamkeit und der kognitiven Flexibilität in einer (neuro)geriatrischen Kohorte wurde unseres Wissens nach bis dato nicht genauer untersucht.

Fragestellung: Besteht eine Assoziation zwischen sozialer Aktivität/Teilhabe und den oben genannten kognitiven Leistungen in einer akutstationär behandelten neurogeriatrischen Kohorte?

Methodik: Für die Analyse wurden Daten von 245 akutstationär behandelten neurogeriatrischen PatientInnen (76 ± 7 Jahre, 46 % weiblich) aus der seit 2017 laufenden, prospektiven explorativen Studie *COgnitive and Motor interactions in Older polulationNs* (ComOn) herangezogen. Zur Bestimmung der selektiven Aufmerksamkeit wurde der *Alters-Konzentrations-Test* (AKT), und zur Bestimmung der geteilten Aufmerksamkeit und kognitiven Flexibilität der *Trail Making Test* (TMT, Teil A und B) in das Assessment aufgenommen. Die soziale Teilhabe und Aktivität wurde mit dem *Nürnberger-Alters-Alltagsskala* (NAA) und den *Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens* (IADL) erfasst. Die Assoziation zwischen den genannten Parametern wird mittels multipler Regressionsanalysen, unter Einbezug von potenziellen Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Depressivität, Bildung, und körperlicher Aktivität, berechnet werden.

Erwartungen und Ausblick: Wir gehen davon aus, dass in einer akutstationär behandelten neurogeriatrischen Kohorte eine direkte Assoziation zwischen sozialer Aktivität/Teilhabe und verschiedenen Komponenten der Aufmerksamkeit und der kognitiven Flexibilität nachzuweisen ist. Sollte die Hypothese bestätigt werden, ergeben sich daraus potenziell relevante Aspekte, die in die umfassende therapeutische Behandlung mit aufgenommen werden können. Falls die Hypothese nicht bestätigt werden kann, können sich daraus Fragen zum Einfluss von neurologisch bedingter Pathologie auf diese Assoziation ergeben, die nachfolgend auf Diagnoseebene weiter untersucht werden können.

P02

Zwei Jahre Universitäre Altersmedizin – eine Analyse der Effizienz der geriatrischen Komplexbehandlung

T. Osterholt¹, A. M. Meyer², J. Barenbrock¹, L. Völker¹, M. C. Polidori Nelles², T. Benzing¹, P. T. Brinkkötter¹

¹Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln; ²Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: An der Universität zu Köln wurde 2019 erstmalig eine universitäre Altersmedizin etabliert. Hintergrund ist, dass sich insbesondere für Patienten mit Dialysepflichtigkeit, komplexen Tumorthapien, Besied-

lung mit multiresistenten Erregern oder ausgeprägter Multimorbidität eine Versorgungslücke hinsichtlich akutgeriatrischer Versorgung darstellt. Unklar ist, ob eine geriatrische Komplexbehandlung im speziellen Patientenkollekt einer Universitätsklinik erfolgreich durchgeführt werden kann.

Methoden: In einer retrospektiven Kohortenanalyse wurden alle Patienten, die im Rahmen der allgemeinen Heilsfürsorge eine geriatrische Komplexbehandlung erhalten hatten, untersucht. Diese erhielten ein umfassendes geriatrisches Assessment (engl. comprehensive geriatric assessment) bei Aufnahme und Entlassung. Die Entwicklung der unterschiedlichen Domänen bei Aufnahme und Entlassung wurden mittels Wilcoxon-Signed-Rank-Test verglichen. Um den Effekt der geriatrischen Komplexbehandlung im universitären Bereich mit einer konventionellen, nicht geriatrischen Station zu vergleichen, wurde mit einer historischen Kohorte eine Multiple Regression mittels Rückwärtsselektion sowie eine Matched-Pair-Analyse durchgeführt und die Effekte auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (engl. Activities of Daily Life (ADL)) verglichen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 340 Patienten im Rahmen einer geriatrischen Komplexbehandlung behandelt. Es zeigt sich eine signifikante Verbesserung in den Domänen der Aktivitäten des täglichen Lebens (BI, ADL nach Katz, FIM), der Mobilität (DEMMI & TUG), der Depressionen (GDS) sowie der Kognition (MMST) (je $p < 0,001$). In Subgruppenanalysen können unabhängig von der Dauer der Komplexbehandlungen Verbesserungen im Bereich der ADL gezeigt werden. Im Vergleich mit einer historischen Kohorte findet sich eine signifikante Verbesserung der ADL bei Entlassung durch die geriatrische Komplexbehandlung erhalten haben. Kongruent findet sich in der multiplen Regression eine signifikante Verbesserung der ADL bei Entlassung durch die geriatrische Komplexbehandlung (ADL_{Katz}: 2 (IQR: 2–4) vs. 4 (IQR: 2–5), $p < 0,001$)

Schlussfolgerung: Bei Patienten mit komplexen Erkrankungen, die einer universitären Behandlung bedürfen, lassen sich durch die geriatrische Komplexbehandlung deutliche Verbesserungen in mehreren Domänen erzielen. Vergleichen mit einer historischen Kontrollgruppe ohne geriatrische Behandlung zeigt sich eine Verbesserung der ADL bei Entlassung.

P03

Prevalence of nutritional risk and its impact on functional outcome in geriatric rehabilitation inpatients: a retrospective study

R. Speer¹, N. Pfeifer², M. Gosch¹

¹Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg; ²Klinik für Geriatrie, Rheinland Klinikum-Elisabeth Krankenhaus, Grevenbroich

Poor nutritional status and functional impairment are common in geriatric inpatients. Although nutritional status is associated with functional dependence and rehabilitation outcome in several diseases, this association remains unclear inpatients aged 75 or older, with geriatric complex rehabilitation (GCR). Geriatric Nutrition Risk Index (GNRI) is a proven method to identify patients with malnutrition risk. On the one hand, the improvement of functional abilities influences the autonomy of those affected and, on the other hand, thus directly influences the place of discharge after completion of inpatient treatment. The aim of this study was to investigate the prevalence of nutritional risk and its impact on rehabilitation outcome and length of stay (LOS) in older inpatients who required GCR. This was a retrospective monocentre cohort study including 161 patient medical records ($m = 56\%$; age: 84.1 ± 5.0 y). Nutrition risk was assessed using GNRI within 72 h after admission. Activities of daily living and functional performance were used as a measure of rehabilitation outcome, assessed by Barthel Index (BI). The Mann-Whitney U test were performed to compare both groups—non risk patients (nRP) and risk patients (RP). A Spearman rank correlation test was performed to investigate relationship between BI Change and GNRI. Linear regression examined GNRI prediction on LOS. The prevalence of nutritional risk was 55,6% at admission. The average improvement in BI during rehabilitation was 37,5% greater in patients without nutritional risk, compared to those with nutritional risk

(mean 22 ± 19 vs. 16 ± 17 ; $p = 0.03$). Spearman's rank correlation showed a sig. association between GNRI and BI change ($p = 0.047$). Linear regression analysis showed GNRI predicted the length of stay ($p = 0.019$). 83% of RP received nutritional counselling and complementary nutritional intervention during their inpatient stay, as did 47% of nRP at the time of admission. The risk difference ratio of being discharged home was 15% lower, if there was no nutritional risk at time of admission ($r = 15$). Almost half of the older adults who underwent GCR had a nutritional risk at admission, who mostly required nutritional intervention. Meanwhile 47% of nRP also needed nutritional support. Nutritional risk was associated with functional recovery, predicted LOS and affected place of discharge.

P04

Tablet-basiertes Kraft- und Gleichgewichtstraining für ältere Erwachsene: Übersetzung der „Keep On Keep Up“-App

K. Gordt-Oesterwind¹, M. J. Böttinger², E. Litz³, C.-P. Jansen⁴, J. M. Bauer³, S. Steib⁵, C. Becker⁴

¹Unit Digitale Geriatrie, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Heidelberg;

²Netzwerk Altersforschung (NAR), Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg;

⁴Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ⁵Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Digitale Interventionen sind eine neue, vielversprechende Möglichkeit, Sturzpräventionsprogramme kostengünstig für viele Senioren unabhängig von ihrer Mobilität, ihrem Wohnort oder ihrer zeitlichen Verfügbarkeit zugänglich zu machen. Da es bisher noch keine evidenzbasierte, digitale Intervention für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention für den deutschsprachigen Raum gibt, besteht hier großer Handlungsbedarf.

Methodik: Nach der Übersetzung und kulturellen Anpassungen der an der Universität Manchester entwickelten App „Keep On Keep Up“ (KOKU) wurden erste Usability-Tests mit zuhause lebenden älteren Erwachsenen (> 67 Jahre) durchgeführt. KOKU beinhaltet verschiedene Übungen basierend auf den evidenzbasierten, analogen Sturzprogrammen Otago/FaME sowie Spiele mit edukativem Charakter hinsichtlich gesunder Ernährung sowie Sturzrisikofaktoren im häuslichen Umfeld. Die älteren Erwachsenen sollen KOKU zu Hause im Selbsttraining mindestens drei Mal pro Woche nutzen. Im Anschluss daran werden die Nutzer mit Hilfe von Fragebogen und in Fokusgruppen zu ihren Erfahrungen und Eindrücken mit der App befragt.

Ergebnisse: Die qualitativen Daten werden hinsichtlich der generellen Einstellung zur App, Benutzerfreundlichkeit, Darstellung und Verständlichkeit der Übungen, Beurteilung der weiteren Nutzungsabsicht der App (technische Barrieren; Flexibilität der Nutzung; App versus analoges Training) ausgewertet.

KOKU wird von den Nutzern als ansprechend, unterhaltsam und verständlich bewertet. Die Nutzer empfinden die zeitliche und räumliche Flexibilität des Trainings als positiv und beschreiben, dass sich durch die Verwendung der App ihre Unsicherheiten bei verschiedenen alltäglichen Aktivitäten reduzieren.

Zusammenfassung: Diese ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass digitale Interventionen eine gute Ergänzung zu analogen Formaten sind, wie beispielsweise der poststationären oder sekundärpräventiven Rehabilitation, um die Trainingshäufigkeit und -intensität der älteren Erwachsenen zu steigern.

Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen sind weitere Anpassungen hinsichtlich der Handhabung, der Verständlichkeit der App sowie der Übungsauswahl geplant, die den Uptake und die Adhärenz der App-Nutzung unterstützen.

P05

Kasuistik: Hypokalzämie bei Fasten, Exsikkose und Hypomagnesiämie

C. Bobrowski

Interdisziplinäres Komplexbehandlungszentrum/Geriatrie, Krankenhaus am Crivitzer See, Crivitz

Fragestellung: Eine 79-jährige Patientin war nach Pneumonie und rechtsführender kardialer Dekompensation zunächst in die Häuslichkeit entlassen worden. Dort bestand eine erhebliche, bisher nicht bekannte Immobilität, so dass eine zügige stationäre Aufnahme zur geriatrischen Komplexbehandlung indiziert wurde. Das Gehen sei ihr kaum noch möglich gewesen, sie hätte darüber hinaus eine erhebliche „Trinkunlust“ gehabt und kaum noch gegessen.

Befund: Verminderter Hautturgor, ausgesprochen trockene enorale Schleimhäute, Klopfschmerzen über der Wirbelsäule. Die Patientin war wach und orientiert, aber psychomotorisch verlangsamt.

Labor bei Aufnahme: Kalzium: 1,45 mmol/l (2,20–2,65); ionisiertes Kalzium: 0,70 mmol/l (1,12–1,32) Kalium: 2,91 mmol/l (3,50–5,10); Kreatinin: 138 mmol/l (35–80); 25.OH-Vitamin-D: 18,0 nmol/l (75,1–250); Albumin: 28 g/l (35–52). Das korrigierte Kalzium betrug 1,75 mmol/l. Das Parathormon (PTH) war mit 20,2 ng/l (10,0–57,0) niedrig-normal. Im EKG bekanntes Vorhofflimmern, sowie präterminaler T über I, II, III, avF, V3–V6.

Methodik: Darstellung der Kasuistik.

Ergebnisse und Verlauf: Hausmedikation: Edoxaban, Bisoprolol, Torasemid, Digitoxin, Simvastatin, Metformin, Escitalopram und Mirtazapin. Darüber hinaus Pantoprazol (wofür keine gesicherte Indikation erkennbar war). Die Abdomen-Sonographie zeigte eine ausgeprägte Hypovolämie. Ein Langzeit-EKG zeigte keine ventrikulären Rhythmusstörungen.

Es wurden Kalzium und Kalium als Brausetablette substituiert. Bei Zeichen der Exsikkose wurde das Torasemid zunächst pausiert und es wurde ein Trinkprotokoll gefertigt. Im Verlauf war eine Hypomagnesiämie von 0,30 mmol/l (0,77–1,03) auffällig.

Verlauf: Die Zieltrinkmenge von 1,5 Litern wurde während des Aufenthalts erreicht. Unter Substitution von Kalium, Magnesium, Kalzium und Vitamin D normalisierten sich die Kalzium-Werte, bei Entlassung lag der Wert bei 2,20 mmol/l.

Zusammenfassung: Die Bestimmung des Albumins ist u.E. in der Geriatrie obligat und ist darüber hinaus für den Ausschluss oder Beweis einer Hypokalzämie essenziell. Das niedrig-normale Parathormon passte nicht zum Vitamin D-Mangel. Die Hypomagnesiämie jedoch hemmt die PTH-Sekretion, so dass die Hypokalzämie – bei gleichzeitig bestehendem Nahezu-Fasten – erklärt ist. Die Patientin hatte bei Aufnahme drei Substanzen, die zur Hypomagnesiämie führen: Pantoprazol, Digitoxin und Torasemid. Die Hypomagnesiämie nebst Multimedikation und Fasten erklären die ausgeprägte Hypokalzämie.

P06

Adaption eines aktiven Mensch-Maschine-Pflege-Exoskeletts

F. Müller, S. Strube-Lahmann, B. Naumann

Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Fragestellung: Pflegende sind in ihrem Arbeitsalltag oft starken körperlichen Belastungen ausgesetzt. Rückenbeschwerden zählen dabei zu den häufigsten Gründen für deren Arbeitsunfähigkeit. Hilfsmittel zur Entlastung, wie z.B. Lifter, werden oft nur begrenzt eingesetzt. Mit Blick auf die stetige Zunahme pflegeempfangender Menschen und den Fachkräftemangel, ergibt sich ein Bedarf an effektiven Unterstützungssystemen für den Pflegebereich. Ziel des Projektes ist die Adaption eines bestehenden aktiven Exoskeletts an die Rahmenbedingungen der Pflege, mit dem Ziel Pflegende zu entlasten und zu schützen.

Methodik: Nach umfassender Recherche sowie Workshops und Befragungen in verschiedenen Settings der Pflege (Klinik, Pflegeheim) wurden Anforderungen, Unterstützungsbedarfe u.a. relevante Aspekte (z.B. Komfort, Sicherheit) aufgenommen und für die technische Weiterentwicklung des Exoskeletts zur Ausrichtung an die Pflege aufbereitet. Mithilfe von Experteninterviews wurden entsprechende Anwenderpersonas skizziert. Zudem erfolgte ein mehrtägiger Feldtest des Exoskeletts unter Beobachtung und anschließender Probandenbefragung mittels Fragebogen.

Ergebnisse: Für einen Einsatz im Pflegebereich ist das (Brust-)Gurtsystem an weibliche Nutzende anzupassen und mit einer Anti-Rutsch-Beschichtung zu versehen. Auch die Breite und das Gewicht des Modells sind für eine bessere Akzeptanz zu reduzieren. Zudem steht die Nutzerakzeptanz in Beziehung zu den Erwartungen an das Exoskelett (spürbare Entlastung) und der individuellen Technikeinstellung der Anwendenden. Als für das System geeignete Tätigkeiten zeichnen sich v.a. die Grundpflege und der Patiententransfer ab. Zur Erhöhung der Akzeptanz seitens Pflegeempfangender werden Griffe für ein höheres Sicherheitsempfinden modelliert.

Zusammenfassung: Aktuell wird das Exoskelett auf Grundlage der Forschungsergebnisse weiterentwickelt, mit dem Ziel Pflegende zu entlasten und Rückenerkrankungen vorzubeugen sowie eine bedarfsgerechte Mobilisation pflegeempfangender Menschen zu gewährleisten. Der erfolgreiche Einsatz des Exoskeletts erfordert u. U. auch eine Neugestaltung von etablierten Abläufen im Pflegealltag. Ferner wird ein 5-Stufen-Anwenderschulungskonzept zur Erhöhung der Sicherheit und Akzeptanz sowie den bedarfsgerechten Einsatz in der Pflegepraxis erstellt.

P07

Dysphagie und Malnutrition: sektorenübergreifende Diagnostik in der geriatrischen Institutsambulanz (GIA)

J. Dowideit

Klinik für Geriatrie, AMEOS Klinikum Middelburg, Middelburg

Die im Alter so häufige Dysphagie ist ebenso wie die mit ihr assoziierte Mangelernährung in Kliniken und vor allem in der ambulanten Medizin bislang absolut unterdiagnostiziert. Aspirationen und in der Folge Aspirationspneumonien treten im Alter und bei Schlaganfällen, Morbus Parkinson oder Demenz bei bis zu 50 % der Betroffenen auf. Die durch Entzündung und Mangelernährung begünstigte „Frailty“ ist mit verschlechterter Lebensqualität und verkürzter Lebensdauer verbunden. Eine zielgerichtete Diagnostik des Schluckens in einer spezialisierten geriatrischen Institutsambulanz (GIA) auf Zuweisung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten steht für innovative sektorenübergreifende Medizin, mit der mittels geriatrischem Knowhow Schluckstörungen und deren Schweregrad und damit klinische Bedeutung nachgewiesen und ebenso wichtig eine Dysphagie auch ausgeschlossen werden kann. Mit Hilfe der hier ausgesprochenen Therapieempfehlungen vermag der niedergelassene Arzt den Patienten zielgerichtet zu behandeln. Die ersten Patienten sind jetzt in der landesweit ersten GIA im AMEOS Klinikum Middelburg mit äußerst interessanten Resultaten untersucht worden.

Dabei zeigen sich sowohl bei den zugewiesenen Patienten als auch bei den gefundenen Ursachen einer Dysphagie bemerkenswerterweise Schwerpunkte, die gegenüber denen bei stationär geriatrisch behandelten differieren.

P08

Die Wirksamkeit der Ganzkörper-Elektromyostimulation auf Funktionalitätsmaße gebrechlicher Senioren

D. Schöne¹, J. Bloeckl², R. Kob³, M. Kohl⁴, T. Bertsch⁵, W. Kemmler¹

¹Osteoporose-Forschungszentrum, Institut für medizinische Physik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen; ²Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen; ³Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ⁴Institute of Precision Medicine, Hochschule Furtwangen, Furtwangen im Schwarzwald; ⁵Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin, Institut für Klinische Chemie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Fragestellung: Ganzkörper-Elektromyostimulationstraining (EMS) ist definiert als simultane, trainingswirksame Stimulation aller großen Muskelareale. Die Studie untersuchte, ob ein 4-monatiges EMS wirksam ist, um funktionelle Parameter bei gebrechlichen Senioren positiv zu beeinflussen.

Methodik: Eingeschlossen wurden 54 Teilnehmer (TN) aus dem Setting „Betreutes Wohnen“ (Ø 82,3 ± 6,3 Jahre; 82 % weiblich). Einschlusskriterien waren (i) Alter ≥ 65 Jahre, (ii) Gebrechlichkeit (≥ 5 Punkte Tilburg Frailty Indicator), (iii) Gehfähigkeit mit oder ohne Gehhilfe. Per Blockrandomisierung wurden die TN verdeckt der Interventions- (IG) oder der Kontrollgruppe (KG; gleiche soziale Kontaktzeit) zugeordnet.

Die IG trainierte EMS (85 Hz, 350 µs, 6 s Stimulation, 4 s Pause) für 16 Wo (1–2/Wo à 20 min) mit hoher Intensität (Borg CR-10 6–7) in Kombination mit langsamen Kraft- und Gleichgewichtsübungen unter 1:1 Supervision. Vor und unmittelbar nach der Intervention wurden die Short Physical Performance Battery (SPPB) sowie der Timed-Up & Go Test (TUG) erhoben. Die SPPB misst Gleichgewicht, Gang und den Sitz-Stand Transfer. Jede Domäne wird mit 0–4 Punkten bewertet und ein Summenscore berechnet (0–12 Punkte). Der TUG misst die Zeit, die benötigt wird, von einem Stuhl aufzustehen, 3 m zu gehen, zu wenden, zurückzugehen und sich wiederhinzusetzen.

Zwischengruppenunterschiede wurden per Kovarianzanalyse (adjustiert für den jeweiligen Wert der Eingangsuntersuchung) nach multipler Imputation als Intention-to-treat analysiert.

Ergebnisse: Acht TN (15 %), davon $n = 5$ in der IG (18,5 %) brachen die Studie ab; bei einem TN war der Grund eine allgemeine Schwäche als EMS-bezogene unerwünschte Nebenwirkung. Die Adhärenz betrug 90 %.

Nach 16 Wo ergab sich ein signifikanter Zwischengruppeneffekt für den SPPB Score ($F[1, 41,46] = 24,20$ $P < 0,001$) sowie für die TUG Zeit ($F[1, 40,96] = 7,31$ $P < 0,01$).

Während der SPPB Score in der KG identisch blieb (prä Ø 7,3 ± 2,9; post Ø 7,3 ± 3,0), verbesserte sich die IG um 2,6 Punkte substanzial (prä Ø 7,1 ± 2,9; post Ø 9,8 ± 2,6). Kein TN in der IG verschlechterte sich, 18 % blieben unverändert und 82 % verbesserten ihren SPPB Score um mind. 1 Punkt.

Im TUG verschlechterte sich die KG minimal (prä Ø 14,2 ± 4,1; post Ø 14,5 ± 6,7), während sich die IG um 3,1 s verbesserte (prä Ø 15,6 ± 5,0; post Ø 12,5 ± 4,3).

Zusammenfassung: Sechzehn Wochen EMS erscheinen wirksam zur klinisch relevanten Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit von gebrechlichen Senioren.

P09

Inappetenz während Phase von Krankheit im Alter

T. A. Stegner¹, P. Bergmann², J. Geritz³, S. E. Loriani Fard², K. Wendenburg¹, H. Schulz³, W. Maetzler³, C. Maetzler³

¹Klinik für Innere Medizin I, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel;

²Internistische Altersmedizin, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel;

³Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Appetit und Hungerempfinden alter PatientInnen: Frailty ist ein geriatrisches Syndrom, das sich durch unfreiwilligen Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Immobilität, Erschöpfung und Inaktivität beschreiben lässt. Erkrankt ein Mensch, der bereits von physiologischen Veränderungen des Alters betroffen ist, zusätzlich akut, ist dieser aufgrund von Immobilisierung und Mangelernährung besonders durch Frailty und Abhängigkeit bedroht. In dieser vulnerablen Phase kann die *Inappetenz im Alter* (Anorexia of Aging) die katabole Stoffwechsellage befördern und die Prognose weiter verschlechtern.

Die Zielsetzungen der klinischen Studie „*Appetite and its Loss in the Elderly*“ (APPOSTELLY) ist es, (a) das Appetit- und Hungerempfinden dieser PatientInnen-Gruppe und ihr Essverhalten zu beschreiben, und (b) vorhandene Tools zu ihrer Messung zu evaluieren.

Die APPOSTELLY-Studie untersucht als Modulprojekt einer explorativen, prospektiven, multizentrischen Studie akutgeriatrische PatientInnen im Rahmen einer frührehabilitativen Komplexbehandlung (14–21 Tage). Auf der Station für internistische Altersmedizin und Neurogeriatrie werden durch unterschiedliche Instrumente das subjektive Appetit- und Hungerempfinden (mittels visueller Analogskalen) und die aufgenommene Nahrungsmenge der Hauptmahlzeiten (mittels Fotodokumentation) analysiert. An zwei Testzeitpunkten (T1, T2) zu Beginn und Ende des Behandlungszeitraums wurden bis dato $N = 80$ PatientInnen (75+ Jahre, zur selbstbestimmten oralen Nahrungsaufnahme fähig) erfasst. Durch ein (neuro)geriatrisches Assessment inkl. Anamnese, Bioimpedanzmessung und einen zahnmedizinischen Status kann das Essverhalten in einen breiten klinischen Kontext eingebettet werden.

Die präzise Erfassung der aufgenommenen Energie, ihre Aufschlüsselung nach Nährstoffen und die Verbindung dieser Daten mit Komorbiditäten, geriatrischem Assessment und Biometrie soll helfen, die Energiebilanz und die Entstehung möglicher Defizite zu beschreiben.

Mit einem besseren Verständnis des Appetit- und Hungerempfindens und des resultierenden Essverhaltens könnte es gelingen, die Ernährung im Krankenhaus besser auf die Bedürfnisse alter, akut erkrankter PatientInnen abzustimmen und schließlich den Eintritt in die Phase von Gebrechlichkeit und Abhängigkeit zu verzögern.

P10

Seltene Ursache einer häufigen Störung (Fallbericht e. profunden Hyponatriämie mit hypoaktivem Delir bei postoperativer NNR-Insuffizienz)

H. Zöllner-Kojnov¹, S. L. Shah²

¹Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ²Geriatrische Rehabilitation, Winkelwaldklinik Nordrach, Nordrach

Im Beitrag wird anhand eines **case reports** (90-jähr. Pat. mit postoperativer NNR-Insuffizienz und akuter profunder (112 mmol/l) Hyponatriämie und Delir) eine der selteneren endokrinologischen Ursachen für Hyponatriämie beschrieben. Die Patientin befand sich aufgrund eines orthopädischen Leidens in akutmed. Behandlung unserer Abteilung Orthogeriatrische. Ergänzend zum akuten Verlauf werden spätere klinische Befunde (Verlauf nach 6 und 12 Monaten) angegeben.

Neben der konkreten Fallbeschreibung wird ein für den klinischen Alltag praktikables **diff.-diagn. Schema** zum Komplex Hyponatriämie/SIADH vorgeschlagen, welches gezielt auf die Besonderheiten *geriatrischer* Patienten ausgerichtet ist.

Das Risiko für Hyponatriämie ist mit dem Alter assoziiert. Die Ursachen von Hyponatriämien können sehr vielfältig sein, die Bandbreite ist (abgesehen von häufigen meist auf den ersten Blick erkennbaren pharmakologischen Auslösern) ausgesprochen weit. Ergänzend wird hier eine **Analyse** der Hyponatriämie-Ursache bei 110 *geriatrischen* Patienten in einer orthogeriatrischen Abteilung eines Klinikums der Schwerpunktversorgung in der Region Mittlerer Oberrhein dargestellt.

Abschließend stellen wir Positionen zur **Diskussion**, welche eine teilweise differente Wahrnehmung und Handling der häufigsten Störung des Elekt-

rolyt- und Wasserhaushaltes im Bereich der Akutmedizin und der Geriatrischen Rehabilitationsmedizin aufzeigen.

Zusammenfassung: Hyponatriämien sind sehr häufige Störungen (betreffen 10–20 % der Patienten in der Klinik), die Prävalenz profunder Hyponatriämien liegt bei ca. 1 %. Entscheidend für die Symptomatik und die Prognose ist in erster Linie die Geschwindigkeit des Auftretens der Hyponatriämie und weniger die messbare Ausprägung. Hyponatriämie ist eine der möglichen Ursachen für postoperative Delirien und Stürze. Trotz Verbesserung der Therapieoptionen handelt es sich bei Hyponatriämien im klinischen Alltag (abseits der häufigen Ursachen) oft um differentialdiagnostisch und therapeutisch herausfordernde Konstellationen. Leider erfolgt nicht in allen Fachabteilungen eine zufriedenstellende bzw. zeitgerechte Diagnostik und Therapie.

P11

Fitness for use von geriatrischer Routedokumentation für die Entwicklung prädiktiver Modelle im Kontext der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

J. Unterkofler¹, J. Bienzeisler², T. Laurentius³, R. Röhrig², C. Bollheimer³

¹Zentrum für klinische Akut- und Notfallmedizin, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Institut für Medizinische Informatik, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ³Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen

Fragestellung: Die geriatrischen Assessments sind die Grundlage des Therapiekonzepts im Rahmen der stationären frührehabilitativen Komplexbehandlung und ermöglichen eine Einschätzung des individuellen Funktionsniveaus zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Diskrimination und die prognostische Güte der geriatrischen Assessments wurden bislang in vergleichsweise kleinen Kohorten insbesondere im Kontext onkologischer oder kardiovaskulärer Fragestellungen untersucht.

Das Ziel dieser Arbeit ist die Eignung von Routedokumentation (Real World Data) für die Evaluierung der prognostischen Güte des multimodalen Assessments anhand von gängigen Datenqualitätsdimensionen (Vollständigkeit, Korrektheit, Konkordanz, Plausibilität) als Outcome zu untersuchen.

Methodik: Nach Erhalt eines positiven Ethikvotums (Ethikkommission der RWTH Aachen, Vo-Nr. 159-21) wurde eine retrospektive Analyse der Routedokumentation aus dem Klinischen Informationssystem GeriDoc (GiB-DAT) sowie dem Abrechnungsdatensatz nach § 21 KHEntgG durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patient*innen in stationärer Behandlung zwischen 01.01.2018 und 30.06.2020 mit der Kodierung OPS 8-550. Für die Prüfung der Plausibilität wurde exemplarisch die Klassifikatorperformance des dokumentierten Frailty Scores nach Fried >4 für die Vorhersage von Krankenhausletalität oder reguläre Entlassung des jeweiligen Krankenhausaufenthalts betrachtet.

Ergebnisse: Es wurden 2122 Fachrichtungsaufenthalte exportiert, wovon 1790 Krankenhausaufenthalte (Fälle) gemeinsam mit dem § 21-Datensatz analysiert werden konnten. 891 Fälle lagen vollständig vor. Die AUC der ROC-Curve für die Klassifikatorperformance eines Frailty-Scores >4 lag für Krankenhausmortalität bei 0,49 (95 %-Konfidenzintervall (KI) 0,45–0,52) und für reguläre Entlassung bei 0,55 (KI 0,52–0,59).

Zusammenfassung: Es konnte gezeigt werden, dass eine Validierung der geriatrischen Assessments mit Real World Data aus der Routedokumentation notwendig ist, um deren Aussagekraft bewerten zu können. Es sind weitere Studien, ggf. multizentrische Studien erforderlich. Hierzu könnten etablierte Strukturen aus der Medizininformatik-Initiative oder die AKTIN-Infrastruktur genutzt werden.

P12

Die Wirksamkeit der Ganzkörper-Elektromyostimulation auf Gebrechlichkeit im Alter

J. Bloeckl¹, R. Kob², M. Kohl³, T. Bertsch⁴, W. Kemmler⁵, D. Schöne⁵

¹Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen; ²Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ³Institute of Precision Medicine, Hochschule Furtwangen, Furtwangen im Schwarzwald; ⁴Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin, Institut für Klinische Chemie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg; ⁵Institut für medizinische Physik, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Fragestellung: Ist ein 4-monatiges Ganzkörper-Elektromyostimulations-training (WB-EMS) wirksam, um Frailty-Indices bei älteren Menschen positiv zu beeinflussen?

Methodik: Eingeschlossen wurden N = 54 Teilnehmer (TN) aus dem Setting „Betreutes Wohnen“ (Ø 82,3 ± 6,3 Jahre; 82 % weiblich). Einschlusskriterien waren (i) Alter ≥ 65 Jahre, (ii) Frailty (≥ 5 Punkte im Tilburg Frailty Indicator), (iii) gehfähig mit oder ohne Gehhilfe. Per Blockrandomisierung wurden die TN verdeckt der Interventions- (IG) oder der Kontrollgruppe (KG; gleiche soziale Kontaktzeit) zugeordnet. WB-EMS erfolgte über 16 Wo (1–2/Wo à 20 min, bipolar, 85 Hz, 350 µs, 6 s Impuls, 4 s Pause) in Kombination mit langsamen Kraft- und Gleichgewichtsübungen unter 1:1 Supervision. Vor und nach 16 Wo wurden der Tilburg Frailty Indicator (TFI), Frailty Index (FI) und Fried Phänotyp (FP) erhoben. Der biopsychosoziale TFI besteht aus 15 Items (0–15) mit einer Frailty-Schwelle ≥ 5. Der auf dem Defizit-Akkumulationsmodell beruhende FI wurde aus 46 Variablen gebildet mit einer Frailty-Schwelle ≥ 0,25 (Summenwert dividiert durch 46). Der FP erhebt 5 Kriterien (Gewichtsverlust, Erschöpfung, körperliche Aktivität, Gehgeschwindigkeit, Muskelkraft); die Summe wird berechnet (0–5) und TN in robust (0 Kriterien), prefrail (1–2) und frail (3–5) kategorisiert. Zwischengruppenunterschiede wurden per Kovarianzanalyse (adjustiert für den Wert der Eingangsuntersuchung) nach multipler Imputation als Intention-to-treat analysiert. Das relative Risiko (RR) mit 95 % Konfidenzintervallen für FP Veränderungen wurde Per Protokoll berechnet.

Ergebnisse: Acht TN (15 %), davon n = 5 in der IG (18,5 %) brachen die Studie ab; bei einem TN war der Grund eine allgemeine Schwäche als EMS-bezogene unerwünschte Nebenwirkung. Die Adhärenz betrug 90 %. Nach 16 Wo ergaben sich signifikante Gruppeneffekte für den TFI (F[1, 44,14] = 13,81; p < 0,001), FI (F[1, 42,00] = 5,94, p = 0,02) und FP_{Summe} (F[1, 43,94] = 8,69; p < 0,01). Während die KG im TFI (prä Ø 7,1 ± 2,0; post Ø 7,1 ± 2,4), FI (prä Ø 0,29 ± 0,09; post Ø 0,28 ± 0,10) und FP (prä Ø 1,7 ± 1,1; post Ø 1,5 ± 1,2) minimale Veränderungen aufwies, zeigte die IG in allen Indices (TFI: prä Ø 7,1 ± 1,9; post Ø 5,1 ± 2,4; FI: prä Ø 0,30 ± 0,10; post Ø 0,26 ± 0,10; FP: prä Ø 1,6 ± 1,1; post Ø 0,7 ± 0,9) substantielle Veränderungen. Im Vergleich zur KG war die Wahrscheinlichkeit sich im FP zu verbessern in der IG 3-fach höher (RR: 3,27 [1,238; 8,655]).

Zusammenfassung: Sechzehn Wochen WB-EMS erscheinen wirksam, um Frailty bei älteren Menschen zu verbessern.

P13

Genderaspekte bezüglich der gesundheitlichen Konstitution hospitalisierter geriatrischer Patienten

S. Czelustek

Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Bad Kissingen

Hintergrund: Seit einigen Jahren wird den medizinischen Unterschieden von Männern und Frauen in der Forschung mehr Bedeutung eingeräumt. Zu diesen zählen unterschiedliche Symptome, verschiedene Wirkung von Medikamenten, Unterschiede in der Behandlung und dem gesundheitsbezogenen Verhalten. Geriatrische Patienten waren den Großteil ihres Lebens mit einer Medizin konfrontiert, die diesen Fokus noch nicht hatte. Gleichzeitig zeigt sich bei ihnen einer der deutlichsten und am längsten bekannten Unterschiede, der Unterschied in der Lebenserwartung. Des-

halb stellt sich die Frage, ob man bei geriatrischen Patienten Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand, aber auch in der Behandlung im Krankenhaus feststellen kann.

Material und Methoden: Die Daten wurden anhand von Akten von 297 Patienten der Klinik für Geriatrie des Klinikum Nürnbergs erfasst. Eingeschlossen wurden alle Patienten, die älter als 65 Jahre waren. Die Stichprobe umfasste 181 Frauen und 116 Männer. Erhoben wurden der Gesundheitszustand, die soziale Situation und Parameter zu Behandlung und Therapie im Krankenhaus. Der Gesundheitszustand wurde anhand verschiedener Scores (Charlson Comorbidity Index, Cumulative Illness Rating Scale, Barthel-Index, Clinical Frailty Score, Parker Mobility Score) erfasst. Die Medikation wurde mit den START/STOPP-Kriterien bewertet. Weitere 5 untersuchte Parameter waren unter anderem Versorgungssituation, familiäre Situation, Unterbringung nach dem Krankenhausaufenthalt.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass Frauen häufiger allein lebten, beziehungsweise verwitwet waren. Männer zeigten zumindest teilweise eine höhere Komorbidität, wurden aber gleichzeitig eher unterbehandelt, während Frauen überbehandelt wurden. Männer hatten deutlich häufiger einen Pflegegrad. Keine Unterschiede zeigten sich im Altersdurchschnitt, in Scores für Mobilität und Alltagsfähigkeiten.

Conclusio: Signifikante Unterschiede zeigten sich in sehr wenigen Parametern. Die Aussage, dass ein Geschlecht im Gesundheitszustand und der Möglichkeit, den Alltag ohne Hilfe zu bewältigen, sich stark vom anderen unterscheidet, lässt sich so nicht bestätigen. Gleiches gilt in Bezug auf Unterschiede in der Behandlung während des stationären Aufenthalts.

P14

Erkennen von kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus

K. Geschke, A. Fellgiebel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz

Fragestellung: Während eine Prüfung des kognitiven Status von Patient:innen in der Gerontopsychiatrie und Geriatrie zum Standard gehört, bleiben in anderen Krankenhausfachbereichen kognitive Störungen meistens unerkannt bzw. nicht ausreichend beachtet. Gleichzeitig lässt erst das Wissen über eine vorliegende Demenz oder andere relevante kognitive Beeinträchtigungen besondere Bedürfnisse dieser Patienten bei der Pflege, Betreuung und Behandlung berücksichtigen.

Methodik: In Rheinland-Pfalz wurden unter naturalistischen Bedingungen im Rahmen des Projektes „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ in neun Akutkrankenhäusern mit dem 3-Wörter-Uhrentest deutlich kognitiv beeinträchtigte Patient:innen von Pflegekräften identifiziert.

Ergebnisse: Das kognitive Screening wurde als machbar und nützlich bewertet. Die identifizierten Patient:innen hatten ein erhöhtes Risiko für Komplikationen während der stationären Behandlung. Ergänzend wurde ein zweistufiges Screening-Verfahren für ältere Patient:innen entwickelt, um die mit kognitiver Beeinträchtigung verbundenen Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes vorherzusagen.

P15

Logopädische Frühstücksgruppe für gerontopsychiatrische Patient*innen

M. Gauch, K. Geschke, I. Heinrich

Logopädie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz

Hintergrund: Ein systematischer Review von Abdelhamid et al. (2016) zeigt inwiefern Gruppenangebote durch die natürlichen psychosozialen Aspekte von Essenssituationen kommunikative Fähigkeiten, Genuss und Lebensqualität von gerontopsychiatrischen Patient*innen verbessern können. Eine Studie von Santo Pietro und Boczko (1998) zeigt positive Effekte des sogenannten *Breakfast Clubs* auf die Bereiche Kommunikation,

Autonomie, Interesse, Aktivität, Wohlbefinden und prozedurales Gedächtnis.

Methode: In Anlehnung an den *Breakfast Club* wurde die *Logopädische Frühstücksgruppe für gerontopsychiatrische Patient*innen* konzipiert. Über die Ergebnisse von Santo Pietro und Boczko (1998) hinaus soll eine Verbesserung von Genuss und Lebensqualität sowie die Früherkennung und Prävention von Dysphagien ermöglicht werden. Durch Essenszubereitung und gemeinschaftliche Nahrungsaufnahme werden verschiedene Sinneskanäle stimuliert. Um sprachliche Fähigkeiten zu aktivieren, werden verschiedene Hinweisreize eingesetzt. Frühstücksrezepte werden nach den Vorlieben der Patient*innen sowie den geeigneten Kostformen ausgewählt und frisch zubereitet. Das Setting der Frühstücksgruppe orientiert sich am häuslichen Umfeld der Zielgruppe. Die Gruppentherapie findet für bis zu vier Patient*innen wöchentlich (à 50 min) auf der gerontopsychiatrischen Station (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz) statt. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine Kooperationsfähigkeit, die Möglichkeit zur selbstständigen Nahrungsaufnahme und der Ausschluss einer schweren Dysphagie (nach *Dysphagie Screening Tools Geriatrie* und *Gugging Swallowing Screen*).

Ergebnisse: Es konnte gezeigt werden, dass die *Frühstücksgruppe* im vorliegenden Setting nach aktuellem Konzept durchführbar ist. Einzelfallbeobachtungen zeigen positive Auswirkungen auf die Bereiche Kommunikation, Autonomie, Interesse und Aktivität. Auch sozialer Rückzug kann reduziert und das Wohlbefinden gesteigert werden. Nach logopädischer Einschätzung erleichtert die Gruppe die Früherkennung und Prävention von Dysphagien.

Diskussion/Fazit: Um psychosoziale Auswirkungen der Gruppenteilnahme standardisiert erfassen zu können, muss zukünftig eine Evaluation mittels standardisierter quantitativer Fragebögen erfolgen. Vorher-Nachher-Untersuchungen der Bereiche Kommunikation und prozedurales Gedächtnis könnten bisher beobachtete Einzelfall-Effekte objektivieren.

P16

Prävention im Alter: Lohnt sich das noch? Langzeiteffekte des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zu Tod und behinderungsfreiem Überleben über 20 Jahre in der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS)

U. Dapp¹, L. Neumann¹, S. Golgert¹, D. Vinyard¹, U. Thiem¹, W. von Renteln-Kruse¹, C. E. Minder²

¹Medizinisch-Geriatriische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg; ²Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universität Zürich, Zürich/CH

Fragestellung: Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) im Jahr 2015 steigen auch die Erwartungen an eine Wirksamkeit gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen. Bereits mit Wiedereinsetzen des im Verlauf zum PrävG erweiterten Präventionsparagrafen (§ 20 SGB V) im Jahr 2000 wurde das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ gemäß der WHO Prinzipien zur Stärkung gesundheitlicher Reserven (Gesundheitsförderung) sowie zur Risikoreduktion vor Einsetzen von Krankheit (Primärprävention) entwickelt. Die Untersuchung der Wirksamkeit dieses strukturierten Programms umfassender gesundheitsfördernder Maßnahmen bei einer Population von 60-jährigen und älteren Personen wird vorgestellt.

Methodik: Die Kleingruppen-Intervention wurde im Rahmen der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) an einem geriatrischen Zentrum durch ein vierköpfiges Gesundheitsberater-Expertenteam mit alterswissenschaftlicher Expertise (Geriatrie, Physiotherapie, Ökotrophologie, Sozialpädagogik) mit 60-jährigen und älteren, selbstständig lebenden Menschen, alle ohne Pflegestufe/-grad gemäß MDK-Pflegebedürftigkeits-Begutachtung, durchgeführt. Überleben und behinderungsfreies Überleben über 20 Jahre wurde mittels Kaplan-Meier Kurven und hazard ratios

beurteilt. Für ggf. vorkommende Ungleich-Verteilungen bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, chronische Krankheiten, Funktions-Status wurde mit multivariaten Cox Regressionen adjustiert. Tests wurden auf dem 5 % Signifikanz-Niveau (2-seitig) durchgeführt. Die Präzision von Schätzern wurde mittels 95 % Konfidenz Intervallen (95 % KI) beurteilt.

Ergebnisse: Die Kleingruppen-Veranstaltung wurde von den Mitgliedern der LUCAS Kohorte gut akzeptiert: Die Interventionsgruppe zeigte eine Teilnahme-Rate von 62,5 %. Die Gesundheitsförderung in kleinen Gruppen zeigte Wirksamkeit: Die Teilnehmenden lebten im 20-Jahresverlauf nicht nur signifikant länger, sondern auch signifikant länger ohne Behinderung, d. h. ohne Pflegestufe/-grad als die Nicht-Teilnehmenden. Auch nach Adjustierung erwiesen sich beide Befunde als statistisch signifikant. **Zusammenfassung:** Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ zeigte hohe Akzeptanz und Wirksamkeit bei selbstständig lebenden älteren Menschen. Es ist geeignet, die Gesundheit älterer Menschen ohne Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, – d. h. von Personen mit hohem Grad funktionaler Fähigkeiten – langfristig zu erhalten und zu stärken.

P17

Neue Behandlungsformen in der hausärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit: interprofessionelle, strukturierte Handlungsempfehlungen in Pflegeheimen

M. Ott¹, R. Kucher², S. Deininger², E. Farin-Glattacker³, B. A. Brühmann³, B. Rosales Sauer⁴, N. Hinrichs⁵, I. Natterer¹, S. Voigt-Radloff³, B. Heimbach¹, C. Maurer¹

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ²Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart; ³Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ⁴Leitung Forschung und Entwicklung, nubedian GmbH, Karlsruhe; ⁵Produkt- und Projektmanager, nubedian GmbH, Karlsruhe

Einleitung: Neuere Studien zeigen, dass medizinische Komplikationen und Klinikeinweisungen bei adäquater Intervention im Pflegeheimalltag vermieden werden können. Behandlungspfade für die Pflegeteams und Hausärzt*innen in Pflegeheimen helfen die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnenden zu verbessern, doch deren Existenz ist begrenzt [1–4].

Das ZGGF entwickelte im Rahmen des Innovationsfond-Projekts CoCare „coordinated medical care“ für Pflegeheime spezifische Handlungsempfehlungen. Ziel war es die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnenden zu verbessern und eine Reduktion vermeidbarer Klinikeinweisungen zu erreichen.

Methode: Durchführung von Experteninterviews, Fokusgruppen mit Hausärzt*innen und Pflegefachkräften zu vier häufigen Problemfeldern im Pflegeheimalltag durch das ZGGF. Auf Basis von S3-LL, nationalen/internationalen Health Technology Assessments, systematischen Reviews wurden 4 strukturierte Behandlungspfade (B-Pfade) zu Themen wie Schmerz im Alter, anhaltendes und akutes herausforderndes Verhalten, Polymedikation, kurativ-palliativer Übergang erstellt und in 1-Tages Seminaren den CoCare-Teilnehmern*innen vermittelt. Durch Audits wurde deren Anwendung durch das ZGGF unterstützt und die Adhärenz zu den B-Pfaden ermittelt. Neben den fokussierten Themen wurden spezifische Empfehlungen (Psychopharmaka-Monitoring, Risiken von Analgetika, Medikamenten-Interaktionen, Medikamenten-check, Notfallplanung, off-label-use) entwickelt, in die B-Pfade integriert, als pocket guides und digital zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse: Es werden die entwickelten B-Pfade sowie deren Anwendung in 30 Pflegeheimen vorgestellt und diskutiert.

Literatur

1. Bohnet-Joschko S, Valk-Draad M-D et al Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations. Publication date 2021-11-10. <https://f1000research.com/articles/10-1223>

2. Ouslander JG et al (2010) Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc* 58(4):627–635
3. Loeb M et al (2006) Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA* 295(21):2503–2510
4. Krause O et al (2019) Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *BMC Geriatr* 19(1):24

P18

Optimierung der geriatrischen Versorgung im ländlichen Raum am Beispiel des östlichen Hochsauerlandes

P. Enste, E. Cramer, J. Wielga

Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule, Gelsenkirchen

Hintergrund: In vielen ländlichen Regionen in Deutschland wird die Bevölkerungszahl in den nächsten Jahren weiter abnehmen. Gleichzeitig steigt allerdings auch die Anzahl an alten und hochbetagten Menschen in diesen Regionen, so dass damit zu rechnen ist, dass der geriatrische Versorgungsbedarf kontinuierlich steigen wird. Dies gilt für die stationäre Akut-Versorgung, die hausärztliche Versorgung und die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Klinikschließungen, mangelnde Attraktivität von Landarztpraxis und zunehmender Fachkräftemangel stellen die Sicherstellung der Versorgung vor allem in ländlichen Regionen vor große Herausforderungen. Der Beitrag zeigt auf, wie eine langfristig gesicherte sektorübergreifende Versorgung im östlichen Hochsauerland aussehen kann.

Methode: Auf der Basis von sekundären Datenanalysen wurde zunächst die Ist-Situation bezüglich Bevölkerungsentwicklung und indikationsspezifische Versorgungsbedarfe und -angebote dargestellt. Hierzu wurden die Bevölkerungsprognosen und Pflegestatistiken des statistischen Landesamt NRW, KV-WL Daten zur hausärztlichen Versorgung und Qualitätsberichte der Krankenhäuser der Region analysiert. Im Anschluss wurden Prognosemodelle für Versorgungsbedarfe erstellt. Im letzten Schritt wurde ein Zukunftskonzept entwickelt, das mit einem Expertengremium mit Akteuren aus der Region diskutiert wurde.

Ergebnisse: Die Analyse zeigt, dass die Anzahl der erwerbsfähigen Personen abnehmen wird, während die Anzahl der älteren und hochbetagten Menschen deutlich zunehmen wird. In der ambulanten und stationären Pflege entsteht dadurch ein Mehrbedarf von jeweils deutlich mehr als 20 %, der von dem momentanen Angebot nicht abgedeckt werden kann. Gleichzeitig zeigt sich, dass ein großer Teil an Hausärzten in der Region vermutlich in den nächsten 5–10 Jahren in den Ruhestand gehen wird, so dass eine langfristige hausärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Eine Grundversorgung ist durch die Kliniken in der Region gesichert, muss aber auf das geriatrische Setting angepasst werden.

Schlussfolgerungen: Eine erste Konsequenz ist in einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Angeboten zu sehen. Hierbei bieten sich zudem Kooperation mit Spitzenversorgern in der näheren Umgebung an. Ein weiterer Schritt ist in dem Ausbau von ambulanten Angeboten durch die Krankenhäuser zu sehen, natürlich nur dort, wo keine Konkurrenz zu den Angeboten niedergelassener Ärzteschaft zu erwarten ist.

P19

Telemedizin für ältere Menschen mit chronischer Erkrankung – Langzeiteffekte einer telemedizinisch unterstützten Lebensstilintervention für Menschen mit Diabetes Typ 2

A. Dunkel¹, M. Wunderlich², S. Zank³, M. C. Polidori Nelles⁴, C. Woopen⁵

¹NRW Forschungskolleg GROW, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ²Generali Health Solutions GmbH, Köln; ³Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ⁴Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; ⁵Forschungsstelle Ethik, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Typ 2 Diabetes (T2 DM) ist eine Erkrankung mit stark steigender Prävalenz und betrifft insbesondere zahlreiche ältere Menschen. In der Behandlung spielt neben der medikamentösen Therapie vor allem eine Verbesserung des Lebensstils eine entscheidende Rolle. Zahlreiche Studien konnten die Wirksamkeit solcher Interventionen auf die Blutzuckerkontrolle bereits belegen, insbesondere im Bereich kurzfristiger Effekte. Die Ergebnisse hinsichtlich anderer Parameter ebenso wie zu Langzeiteffekten sind allerdings noch weniger belegt und teils inkonsistent. Es wird vermutet, dass für langfristige Effekte insbesondere die Interventionsintensität (z. B. durch Interventionsdauer und Kontaktfrequenz) eine große Rolle spielt.

Methoden: Um die Langzeiteffekte einer Lebensstilintervention mit längerer Interventionsdauer zu untersuchen, wurde in Kooperation mit einer privaten Krankenversicherung eine Follow-Up-Erhebung zu einer zweiarmigen, randomisierten Interventionsstudie durchgeführt. Für die Follow-Up Untersuchung konnten insgesamt 90 Teilnehmer:Innen eingeschlossen werden, die sich auf die Interventionsgruppe ($N=47$, Ø-Alter: $59,7 \pm 6,67$) und die Kontrollgruppe ($N=43$, Ø-Alter: $58,5 \pm 7,49$) aufteilen. Die eigentliche Intervention verlief über einen Zeitraum von 12 Monaten, in denen die Teilnehmer der Interventionsgruppe von einem Telefoncoach begleitet und telemedizinisch unterstützt wurden, während die Kontrollgruppe die Regelversorgung erhielt. Die Intervention zeigte Verbesserungen des Selbstmanagements, der Selbstwirksamkeit, des HbA1c-Wertes und des BMI in der IG. Die Follow-Up Erhebung erfolgte nach 24 Monaten. Im Zeitraum von Interventionsende bis zur Follow-Up Erhebung erhielten beide Gruppen nur die Regelversorgung.

Ergebnisse: Die Interventionsgruppe wies ein Jahr nach Interventionsende noch immer einen signifikant besseren HbA1c-Wert ($t(86) = 2,668$; $p = 0,009$) sowie ein besseres Selbstmanagement-Verhalten ($t(86) = -2,679$; $p = 0,009$) und eine bessere diabetesbezogene Selbstwirksamkeit ($t(73,17) = -2,327$; $p = 0,023$) im Vergleich zur Kontrollgruppe auf, auch wenn tendenziell eine Rückentwicklung der Effekte erkennbar war. Die Interventionserfolge hinsichtlich des BMIs konnten in der Interventionsgruppe nicht aufrechterhalten werden.

Zusammenfassung: Bei einer Interventionsdauer von 12 Monaten konnten auch ein Jahr nach Beendigung der Intervention statistisch signifikant bessere Werte in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden.

P20

Initiative patientenorientierte Altersmedizin (IPA®). „Klug-Behandeln“ – Expertenkonsens zum Umgang mit Polypharmazie

B. R. Metz¹, H. Frohnhofer², K.-G. Gaßmann³, M. Johnsen⁴, M. Schwab⁵, C. Grabenbauer⁶

¹Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ²Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ³Medizinische Klinik III und Geriatrische Rehabilitation, Geriatrie-Zentrum Erlangen, Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen; ⁴Akutgeriatrie, St.-Marien-Hospital, Köln; ⁵Geriatrisches Zentrum Würzburg, Bürgerspital, Würzburg; ⁶Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden

Einleitung: Polypharmazie – definiert als die dauerhafte Verordnung von fünf und mehr Präparaten gleichzeitig – ist häufig bei älteren Menschen anzutreffen. Polypharmazie ist assoziiert mit zahlreichen Problemen wie funktionelle oder kognitive Einschränkungen, Sturz, Pflegebedürftigkeit oder Tod.

Für die Verordnung von Medikamenten bei älteren Menschen sind zahlreiche Instrumente verfügbar, die spezifische Aspekte der Verordnung adressieren. Eine alltagspraktische, zeitökonomisch und leicht umsetzbare Empfehlung fehlt bisher.

Methodik: In einer Expertenrunde wurde die Problematik der Polypharmazie diskutiert, eine Rangliste von sieben in der Regel erforderlichen und sieben als kritisch zu wertende Präparate konsentiert. Zudem wurden Hemmnisse für eine Umsetzung und Implementierung im klinischen Alltag benannt.

Ergebnisse: Die Expertengruppe erstellte einen Pocket-Guide mit dem Titel „Klug Behandeln“. Der Pocket-Guide umfasst begründete Vorschläge für einen strukturierten Abklärungsprozess, einen Behandlungskorridor und Folgeuntersuchungen. Als kritische Medikamentengruppen („critical seven“), deren Indikation konkret geprüft werden sollte, werden Diuretika, Protonenpumpenhemmer, nicht steroidale Antiphlogistika, Opiate, Medikamente mit anticholinergen Effekten, Neuroleptika und Benzodiazepine genannt. Die Gruppe der günstigen Medikamente („beneficial seven“) umfasst die Osteoporosetherapeutika, ACE-Hemmer, Antidepressiva, Antikoagulanzen und Laxanzien. Die alltagspraktischen Hemmschwellen gegenüber einer Modifikation der Verordnung werden zusammen mit einer Lösungsstrategie aufgeführt.

Schlussfolgerung: Der Pocket-Guide „Klug Behandeln“ wurde für die klinische Routine konzipiert und soll als alltagstaugliches Instrument dem Umgang mit einer Polypharmazie erleichtern. Eine prospektive Validierung dieses Ansatzes steht noch aus.

P21

Effekte auf Selbständigkeit und Mobilität in der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation – eine Beobachtungsstudie über 10 Jahre

B. Heimbach¹, E. Dreher¹, L. Frings¹, C. Maurer¹, S. Voigt-Radloff²

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg; ²Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg

Einleitung: Neuere Übersichtsarbeiten zeigen, dass Rehabilitation Mobilität und Selbständigkeit bei geriatrischen Patienten verbessern kann [1–3]. Multiprofessionelle ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) verortet an universitären Geriatriezentren stellen dazu ein mögliches Versorgungsmodell dar. Dieses AGR-Modell wird seit 2008 am ZGGF des Universitätsklinikums Freiburg umgesetzt. Ziel unserer Beobachtungsstudie ist es, Rehabilitationsverlauf und -ergebnisse der Patienten aus den letzten 10 Jahren zu untersuchen.

Methodik: In einem Eingruppen-prä/post-Design wurden die Daten der von 2008–2019 rehabilitierten Patienten retrospektiv analysiert. Einschussfähig waren Patienten (60+) aus dem Raum Freiburg, für die eine AGR gemäß Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von 2004 indiziert und von den Kostenträgern genehmigt war. Sie erhielten mindestens zwei unterschiedliche Behandlungseinheiten aus Physiotherapie, Massage, Ergotherapie oder Logopädie sowie eine weitere Therapie je nach Indikation (kognitive Therapie, Soziale, Ernährungs- oder Inkontinenzberatung u. a.).

Mobilitätsmaße waren der Tinetti-Test (TT) und der Timed-Up-and-Go (TUG). Selbständigkeit wurden mit den mit dem Barthel-Index (basale Alltagsverrichtungen) und dem Assessment nach Lawton & Brody (hauswirtschaftliche Alltagsverrichtungen) gemessen. Alle Maße wurden vor und direkt nach der AGR erhoben und mittels gepaarten t-Tests verglichen.

Ergebnisse: 712 Patienten im Alter von $79,2 \pm 6,2$ Jahren absolvierten die AGR. TUG und TT zeigten sich nach AGR signifikant verbessert ($t = 14,9$

bzw. 22,3; jeweils $p < 0,001$). Ebenso waren Barthel-Index und Assessment nach Lawton & Brody signifikant verbessert ($t = 23,3$ bzw. $14,5$; jeweils $p < 0,001$).

Diskussion: In dieser Beobachtungsstudie verbessern sich Mobilität und Selbständigkeit nach AGR deutlich. Die Ergebnisse sollen mittels zukünftiger prospektiver kontrollierter Studien überprüft werden.

Literatur

1. Nordström P et al (2018) Effects of geriatric team rehabilitation after hip fracture: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Dir Assoc* 19(10):840–845
2. Tricco AC et al (2017) Comparisons of interventions for preventing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 318(17):1687–1699
3. Bachmann S et al (2010) Inpatient Rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 340:c1718

P22

LiA – Lebenspraktische Fähigkeiten im Alter – curriculare und didaktische Standards

S. Präßler, S. Lauber-Pohle

Institut für Erziehungswissenschaft, Philipps-Universität Marburg, Marburg

Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF) stellen neben Orientierung und Mobilität (O&M) das zweite zentrale Thema für rehabilitative Schulungen bei Blindheit und Sehbehinderung dar. Sie umfassen Themen wie Alltagsorganisation, Haushaltsführung, Ernährung, Körperpflege, Kleidung aber auch soziale Teilhabe und Kommunikation. Daher ist LPF im Sinne einer selbstständigen Lebensführung und einer Vermeidung von Verletzungsrisiken als eigenständiges Schulungsthema gerade im höheren Erwachsenenalter wichtig.

Das Projekt „LiA“ beschäftigt sich mit der Formulierung möglicher Adaptionen der didaktischen und curricularen Schulungskonzepte von LPF für Menschen im höheren Lebensalter mit einer langjährigen sehenden Vorerfahrung. Im Beitrag werden die zentralen Ergebnisse des Projektes vorgestellt, welche aus einer Online-Tagung sowie Online-Befragungen und qualitativen Interviews mit Fachkräften für Rehabilitation, (ehrenamtlich) Beratenden und mit blinden und sehbehinderten Senior*innen generiert wurden.

Im Fokus steht die Verzögerung des Vulnerabilitätsprozesses durch eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung bei Erblindung oder Sehbeeinträchtigung im Alter und wie ansprechende Angebote im Bereich LPF als eine (externe) Ressource dazu beitragen können, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter zu erhalten und damit Resilienz zu stärken.

P23

Lebenslanges Lernen und ältere Beschäftigte

N. Penning¹, M. Reichert²

¹Sozialwissenschaftliche Fakultät, Technische Universität Dortmund, Dortmund; ²Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung, Institut für Soziologie, Universität Dortmund, Dortmund

Fragestellung: Alternde Gesellschaften stellen insbesondere die Arbeitswelt vor Herausforderungen und erhöhen den Druck auf die sozialen Sicherungssysteme, weshalb in diesen Gesellschaften der Bedarf einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit besteht. In diesem Zusammenhang spielt lebenslanges Lernen eine wichtige Rolle, denn die Anhebung des Niveaus von lebenslangem Lernen wird als zentral für die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer*innen angesehen (Walker, 1997; Hyde und Phillipson, 2015). Zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit bedarf es eine umfassende Unterstützung des lebenslangen Lernens wäh-

rend des gesamten Lebenslaufs, jedoch sind Möglichkeiten und die Inanspruchnahme oft ungleich verteilt.

Methodik: Ein wesentlicher Bestandteil des Forschungsprojekts EIWO (Exclusion and Inequality in Late Working Life) bilden 100 qualitative, problemzentrierte Interviews, die in Deutschland, Schweden, Polen und Großbritannien durchgeführt (25 Interviews in jedem Land) und nach der thematischen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) ausgewertet wurden. Dadurch wird die individuelle Perspektive älterer Arbeitnehmer*innen eingenommen, durch die Einblicke ermöglicht werden, wie lebenslanges Lernen die Prävention und/oder Bewältigung von Exklusionsrisiken im Verlauf des Arbeitslebens beeinflusst. Die Stichprobe besteht aus Frauen und Männern im Alter von über 55 Jahren, die entweder angestellt oder selbständig, arbeitslos oder im Ruhestand weiterhin berufstätig sind.

Ergebnisse: Die auf Deutschland bezogenen Ergebnisse verweisen auf unterschiedliche Motivation und Erfahrungen, die ältere Arbeitnehmer*innen im Verlauf ihres Arbeitslebens in Bezug auf lebenslanges Lernen machen. Zu den positiven Erfahrungen zählen u. a. die Übernahme der Kosten für die Weiterbildung durch den Arbeitgeber sowie die Eröffnung neuer beruflicher Möglichkeiten und Orientierung. Herausfordernd sei jedoch – so ein Großteil der Interviewpartner*innen – dass eine hohe Eigeninitiative erforderlich ist, um an lebenslangem Lernen teilzunehmen.

Zusammenfassung: Investitionen in lebenslanges Lernen tragen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer*innen bei. Die Teilnahme an lebenslangem Lernen kann positive Auswirkungen auf das späte Erwerbsleben haben. Um jedoch Exklusion im späten Erwerbsleben zu vermeiden, ist es notwendig, ein breites Angebot zu schaffen, um auch Personen ohne hohe Eigeninitiative zu erreichen und eine Teilnahme an Angeboten zu ermöglichen.

P24

Gut geschlafen – nicht gestresst? Bidirektionale Zusammenhänge zwischen Schlafqualität, negativem Affekt und Stressreaktivität im Alltag

A. J. Lücke¹, C. Wrzus¹, D. Gerstorff², U. Kunzmann³, M. Katzorreck⁴, K. Kolodziejczak², N. Ram⁵, C. Hoppmann⁶, O. Schilling¹

¹Abteilung für psychologische Altersforschung, Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Institut für Psychologie, Lebenswissenschaftliche Fakultät, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin; ³Institut für Psychologie, Universität Leipzig, Leipzig; ⁴Leipzig; ⁵Psychology, Stanford University, Stanford/USA; ⁶Psychology, University of British Columbia, Vancouver/CND

Fragestellung: Bidirektionale Zusammenhänge zwischen Schlafqualität und emotionalem Erleben sind komplex und noch nicht gut untersucht – besonders im hohen Alter. Weil bisherige Forschung nur selten die Rolle von Stressoren berücksichtigt hat, untersuchen wir, ob Schlafqualität direkt mit negativem Affekt am nächsten Tag zusammenhängt oder indirekt über stärkere emotionale Reaktionen auf Stressoren (Stressreaktivität).

Methodik: Über sieben Tage hinweg, bewerteten 325 ältere Erwachsene (61–90 Jahre, 49 % Frauen) jeden Morgen ihre Schlafqualität und berichteten sechsmal täglich über ihren aktuellen negativen Affekt sowie über Stressereignisse. Mithilfe von Mehrebenen-Strukturgleichungsmodellen wurde analysiert, inwieweit Schlafqualität allgemeinen negativen Affekt oder Stressreaktivität über den Tag – und umgekehrt diese die Schlafqualität in der folgenden Nacht – vorhersagt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Erwachsene nachdem sie schlechter als gewöhnlich geschlafen hatten, mehr negativen Affekt, aber nicht stärkere Stressreaktivität berichteten. Umgekehrt berichteten sie nach Tagen mit stärkerer Stressreaktivität schlechtere Schlafqualität, aber nicht nach Tagen mit erhöhtem allgemeinem negativen Affekt.

Zusammenfassung: Es scheint, als hinge Schlafqualität eher subtil mit allgemeinerem emotionalen Wohlbefinden zusammen als mit erhöhter Stressreaktivität. Umgekehrt scheint es möglich, dass insbesondere verstärkte Stressreaktivität mit schlechterem Schlaf in der folgenden Nacht zusammenhängt, während allgemeiner negativer Affekt dazu nicht stark genug sein könnte. Betrachtet man die Stressreaktivität als Indikator

von Emotionsregulation beim Umgang mit Stressoren, so scheint somit schlechter Schlaf eher das allgemeine emotionale Wohlbefinden zu beeinträchtigen, nicht aber die Emotionsregulation, während misslingende Emotionsregulation am Tage den nächtlichen Schlaf beeinträchtigt.

P25

SmartVERNETZT: Entwicklung einer Aktivitäts-App (angelehnt an PRISM) zur Förderung sozialer Partizipation und Reduktion von Einsamkeit

N. Memmer, A. Schlomann, H.-W. Wahl

Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Eine Möglichkeit, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern, besteht in der Förderung der sozialen Partizipation auf der Mikro- und Makroebene. In den USA konnte die digitale Anwendung PRISM (Personalized Reminder Information and Social-Management System), welche in einem iterativen Designprozess von Forscher:innen des Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE) entwickelt wurde, bei älteren, alleinlebenden Menschen (ab 65 Jahren) ohne Interneterfahrung, positive Effekte auf das Wohlbefinden, die wahrgenommene soziale Unterstützung und eine Reduktion der Einsamkeit erreichen (Czaja et al. 2017).

In Anlehnung an PRISM wurde smartVERNETZT als Teil des SMART-AGE Projekts in Zusammenarbeit mit CREATE und Akteuren aus den Städten Mannheim und Heidelberg an die deutsche Kultur angepasst und systematisch für ein heterogenes Kollektiv von Älteren mit digitalen Grundkenntnissen weiterentwickelt. Die enthaltenen Funktionen (E-Mail, Kalender, Video Chat, soziale Netzwerke, Informationen zu Bildungs- und Freizeitangeboten) haben das Ziel, die soziale Vernetzung, die lokale Integration und die Teilnahme an Freizeitaktivitäten (analog und digital) im höheren Alter zu fördern. Zudem bietet die App verschiedene digitale (Lern)Spiele einschließlich gezielter kognitiver Stimulation, Wissen zu verschiedenen Themenbereichen insbesondere Gesundheit und Informationen speziell zu in den beiden Zielgemeinden vorhandenen Ressourcen, an.

Die App wird im Rahmen von SMART-AGE in einer komplexen Interventionsstudie ab Herbst 2022 in zwei sozio-strukturell unterschiedlichen Kommunen, Heidelberg und Mannheim, eingesetzt und über zwei Jahre in einem Mixed-Method Ansatz evaluiert. Die Stichprobe wird etwa 1000 Teilnehmer:innen im Alter von 67 Jahren und älter umfassen, die in Privathaushalten leben und über digitale Grundkenntnisse verfügen. Mehrwert der Studie wird auch die Erfassung von Nutzungsdaten sein, welche Einblicke in Zeitpunkt, Dauer und Variabilität der Nutzung geben und somit zum einen direkte Rückschlüsse des spezifischen Nutzungsverhalten auf Effekte der Lebensqualität ermöglicht und zum anderen das individuelle Nutzungsverhalten über einen längeren Zeitraum einer Analyse zugänglich macht.

Dieser Beitrag gibt einen Einblick in den Designprozess und Inhalte der smartVERNETZT App. Auch können erste Ergebnisse der aus Pandemiegründen erst Mitte Mai 2022 beginnenden Pilotstudie mit insgesamt 20 Teilnehmer:innen einbezogen werden.

P26

Internetnutzung in der zweiten Lebenshälfte: Wie haben sich Geschlechterungleichheiten zwischen 2014 und 2021 verändert?

M. Bünning¹, A. Schlomann², N. Memmer², H.-W. Wahl²

¹Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; ²Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Das Internet ist mittlerweile zentraler Bestandteil des Alltagslebens und wird von immer mehr Menschen als Medium zur Kommunikation, Un-

terhaltung, für finanzielle Transaktionen und Einkäufe genutzt. Doch der Zugang zu diesen Onlineresourcen ist nach wie vor sozial strukturiert – insbesondere nach Alter und Geschlecht – und wer keinen Zugang zum Internet hat, ist zunehmend von sozialer Exklusion bedroht. Neben dem Zugang zum Internet als „First Level Digital Divide“ wird zunehmend auch ein „Second Level Digital Divide“ in den Blick genommen, der unter anderem Ungleichheiten in Art und Umfang der Internetnutzung umfasst. Dieser Beitrag untersucht daher, wie sich der Zugang zum Internet und die Nutzung des Internets für verschiedene Zwecke bei Männern und Frauen in der zweiten Lebenshälfte in den vergangenen acht Jahren entwickelt haben und geht auch der Frage nach, welche Rolle die Corona-Pandemie in diesem Zusammenhang gespielt hat. Analysen auf Basis des Deutschen Alterssurveys mit 21.505 Beobachtungen von Männern und Frauen in der Altersspanne von 46–90 Jahren zu vier Messzeitpunkten von 2014–2021 zeigen, dass immer mehr ältere Männer und Frauen Zugang zum Internet haben und sich Geschlechterunterschiede im Internetzugang in den vergangenen acht Jahren angeglichen haben. Auch die Nutzung des Internets für alle betrachteten Zwecke nahm sowohl für ältere Männer als auch ältere Frauen zu, was teilweise mit einem Abbau von Geschlechterungleichheiten einherging. So ließen sich 2021 über die gesamte Altersspanne keine Geschlechterungleichheiten in der Internetnutzung für Unterhaltung feststellen. Zudem nutzen erstmals über die gesamte Altersspanne mehr Frauen als Männer das Internet, um mit Freunden und Verwandten in Kontakt zu bleiben. Jedoch nutzen ältere Männer das Internet nach wie vor häufiger als ältere Frauen für finanzielle Transaktionen und Einkäufe. In Bezug auf die Frage nach der Rolle der Corona-Pandemie, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Pandemie tendenziell zu einem Abbau von Geschlechterungleichheiten in der Internetnutzung beigetragen hat. Somit zeigt der Beitrag, dass Alter und Geschlecht zentrale Dimensionen in der Analyse des Digital Divide bleiben und neben dem Internetzugang auch die Nutzung des Internets für verschiedene Zwecke betrachtet werden muss, um ein differenziertes Bild zu erhalten.

P27

Zusammenhänge zwischen Altersbildern und Eigenschaften sozialer Netzwerke bei älteren Erwachsenen

F. Meyer-Wyk, A. Blawert, A. Richter, S. Wurm

Abteilung für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Die Auswirkungen positiver Altersbilder auf ein gesundes Älterwerden sind bereits gut belegt. Weniger Wissen besteht über die Assoziationen von Altersbildern und sozialen Faktoren. Der bisherige Forschungsstand legt einen wechselseitigen Einfluss zwischen Altersbildern und dem Sozialleben älterer Menschen nahe. In dieser deskriptiven Studie werden die Zusammenhänge von strukturellen und funktionalen Netzwerk-Eigenschaften und zwei Dimensionen von Altersbildern untersucht.

Diese Studie basiert auf Daten von 3851 älteren Erwachsenen (65–93 Jahre alt, 45,6 % Frauen) des Deutschen Alterssurveys von 2008. Zwei Altersbilder-Skalen wurden zur Messung des altersbezogenen Erlebens sozialer Verluste bzw. persönlicher Weiterentwicklung verwendet (Agecog-Skalen). Als strukturelle Eigenschaften des Netzwerks wurden die Anzahl der als wichtig benannten Personen mit regelmäßigem Kontakt (Netzwerkgröße) untersucht, die Anzahl an sozialen Rollen (Rollendiversität; Cohen's Social Network Index) sowie die Anzahl an repräsentierten Altersgruppen (Altersdiversität) im Netzwerk. Als funktionale Netzwerk-Eigenschaften wurden die empfundene Verbundenheit zu den Netzwerkkontakten, Einsamkeit (6-Item Einsamkeitsskala) und die Anzahl an gemeinschaftlich ausgeübten Aktivitäten in den letzten zwölf Monaten (soziale Aktivität) untersucht. Im ersten Schritt wurden zunächst bivariate Zusammenhänge zwischen Netzwerk-Eigenschaften und Altersbildern analysiert.

Das Altersbild sozialer Verluste war negativ und gering mit Verbundenheit ($r = -0,206$; $p < 0,001$) assoziiert, positiv und moderat dagegen mit Einsamkeit ($r = 0,481$; $p < 0,001$); es wurde kein linearer Zusammenhang mit der Netzwerkgröße gefunden ($r = -0,047$; $p = 0,014$). Für die Wahrnehmung persönlicher Weiterentwicklung im Alter konnte ein schwacher, positiver Zusammenhang mit sozialer Aktivität gefunden werden ($r = 0,215$; $p < 0,001$) sowie ebenfalls mit geringerer Einsamkeit ($r = -0,210$; $p < 0,001$). Strukturelle Charakteristika wie Rollendiversität ($r = 0,094$; $p < 0,001$ bzw. $r = -0,047$; $p = 0,014$) und Altersdiversität ($r = 0,084$; $p < 0,001$ bzw. $r = -0,003$; $p = 0,892$) waren nicht linear mit dem Bild persönlicher Weiterentwicklung im Alter bzw. sozialen Verlusten assoziiert.

Im Vergleich zu strukturellen Netzwerk-Eigenschaften zeigen sich für funktionale Eigenschaften stärkere Zusammenhänge mit Altersbildern. In weiteren Schritten werden diese Zusammenhänge unter Hinzunahme weiterer Kovariablen in multiplen Regressionsmodellen longitudinal untersucht.

P28

Anforderungen in der Pflege auf Distanz. Eine qualitative Analyse der distance-caregiving-Triade

F. Bünning, A. Budnick

Altersforschung, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Fragstellung: Das Pflegearrangement *distance caregiving* und dessen Akteur:innen sind in der Altenpflegeforschung unterbeforscht. Die Bedarfe der beteiligten Triade (*Pflegebedürftige:r – distance caregiver – formell/informell unterstützende Personen vor Ort*) wurden bisher vernachlässigt und nicht zueinander in Beziehung gesetzt. Ziel der Studie *ROAD – caregiving from A Distance* ist es daher, ein Modell zu *distance caregiving* mit Empfehlungen zur zuverlässigen Gestaltung für alle Beteiligten zu entwickeln. Folgende Fragstellung ist dafür leitend: *Welche Anforderungen stellen Akteur:innen im Pflegearrangement distance caregiving aneinander?*

Methodik: Dazu werden die Erwartungen und Bedarfe der Akteur:innengruppen anhand eines qualitativen Mehrmethodendesigns explorativ herausgestellt. Die Datengrundlage bilden 60 problemzentrierte Leitfaden- und Expert:inneninterviews ($n = 20$ zusammenhängende Triaden). Die zentralen Leitfragen beinhalten u. a. die Alltagsstruktur der Akteur:innen, die sozialen Interaktionen und deren Bewertung, genutzte und gewünschte technische Unterstützungssysteme sowie Vorstellungen eines idealen Pflegearrangements. Weiterhin werden die *soziale Unterstützung (F-SozU K-6)* und die *Belastung (Häusliche-Pflege-Skala [kurz])* abgefragt. Das Sample wird heterogen zusammengestellt (Selektion der *distance caregiver* nach Alter, Geschlecht, Bildung, Berufstätigkeit, Familienstand und Wohngegend [Stadt/Land]; für den:die Pflegebedürftige:n analog zzgl. des Pflegegrades). Die erhobenen Daten werden anhand der phänomenologischen Analyse nach Mayring ausgewertet. In einer anschließenden Ergebnis-Triangulation werden die Erwartungen der einzelnen Akteur:innengruppen zueinander in Beziehung gesetzt und dies im Zusammenhang mit deren Belastungsempfinden reflektiert.

Ergebnisse: Als Ergebnisse werden (1a) verschiedene Diskrepanzen und Kongruenzen zwischen den Anforderungen der Akteur:innengruppen sowie (1b) der Einfluss der durch das Sample selektierten soziodemografischen Merkmale erwartet. (2) Soziale Unterstützung, Belastung und kulturelle (intergenerationelle) Aspekte werden ebenfalls berücksichtigt.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse der Arbeit dienen dazu, Empfehlungen zur zuverlässigen Gestaltung des Pflegearrangements bedarfsgerecht anzupassen. Insbesondere der hier verfolgte interpersonelle Ansatz stellt die besondere Rolle und Herausforderungen der Distanz in der Triade im Pflegearrangement *distance caregiving* heraus.

P29

Empirische Evidenz von Bildungsungleichheiten für die erfolgreiche Lebensführung Hochaltriger anhand von Strukturgleichungsmodellen auf der Basis der Hochaltrigenstudie NRW80+

M. Plugge¹, M. Ates²

¹Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Wirtschaft- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ²NRW Fortschrittskolleg Wohlbefinden bis ins hohe Alter, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Der Ausgangspunkt zur Anpassung des Konzepts des erfolgreichen Alterns für das hohe Alter ist der Vergleich objektiver und subjektiver Kriterien in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Ein für Hochaltrige angepasstes Konzept des erfolgreichen Alterns benötigt unterschiedliche Schwellenwerte und funktional äquivalente Indikatoren, um den *Erfolg* dieser Altersgruppe zu bewerten. Ein alternatives Konzept des erfolgreichen Alterns speziell für Hochaltrige ist das Konzept der gelingenden Lebensführung. Dieses umfasst objektive und subjektive Indikatoren und Person-Umwelt-Konstellationen anhand der Konstrukte „funktionale Lebensqualität“, „soziale Einbettung“, „Anomie“, „Valuation of Life“ und „positives Alternserleben“. Bislang ist empirisch nicht überprüft, welche Ungleichheit verstärkenden Bedingungen für die gelingende Lebensführung der Hochaltrigen eine Rolle spielen. Hierfür wird am Beispiel von Bildungsungleichheiten untersucht, ob es ein Muster medierender Merkmale gibt, die den Einfluss des Bildungsgradienten auf die erfolgreiche Lebensführung im hohen Alter verändern.

Methodik: Empirische Analysen eines repräsentativen Querschnittsdatensatzes der Hochaltrigen in Nordrhein-Westfalen (NRW80+, $N = 1863$) stellen anhand von Strukturgleichungsmodellen eine Alternative zu klassischen Messungen der Kriterien erfolgreichen Alterns dar. Bildungsungleichheiten werden gemäß der internationalen Klassifikation (ISCED) in die Kategorien „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ unterteilt.

Ergebnisse: Die Strukturgleichungsmodelle zeigen signifikante Bildungsunterschiede in Bezug auf die Indikatoren der gelingenden Lebensführung im hohen Alter. Darüber hinaus wird dieser Zusammenhang bezüglich der vier Mediatoren in einigen Modellen partiell signifikant. Hierzu zählen zum einen später im Lebensverlauf erworbene Ungleichheitsmerkmale wie „Vermögen“ (I) und „Gesundheitskompetenz“ (II) sowie „soziale Unterstützung geben“ (III) als sinnstiftende aktive Aufgabe im Alter und „internales Kontrollerleben“ (IV) als psychologisches Merkmal der Hochaltrigen. Trotz dieser teilweise signifikanten Mediatoren bleiben Bildungsungleichheiten ein relevanter Prädiktor für die erfolgreiche Lebensführung der Hochaltrigen, sodass möglicherweise Bildungsjahre im jungen Alter einen resilienten Einfluss für die Lebensführung im hohen Alter aufweisen.

P30

Das Wertschätzungsempfinden pflegender Angehöriger innerhalb unserer Gesellschaft – eine qualitative Inhaltsanalyse

E. Hinz

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragstellung: Das Deutsche Pflegesystem ist stark vom Familialismus geprägt und weist daher insbesondere den Angehörigen von pflegebedürftigen Personen eine große Bedeutung zu. Die pflegenden Angehörigen (pA) stellen die größte Gruppe der Pflegenden dar und sind somit von entscheidender Relevanz für die Aufrechterhaltung eines funktionierenden Pflegesystems, was insbesondere in Hinblick auf den demografischen Wandel und dem dadurch zu erwartenden Zuwachs pflegebedürftiger Menschen zum Tragen kommt. Trotz dieser zentralen Bedeutung bleibt ihre Leistung oft ungewürdigt. Dabei ist gerade die entgegengebrachte Würdigung in Form von Anerkennung bzw. Wertschätzung ein funda-

mentales Element zur Stärkung der Resilienz pA. In der Interviewstudie wird schwerpunktmäßig aus Sicht der pA untersucht, in welchem Ausmaß sie sich in den Ebenen Familie, Gesellschaft und Politik wertgeschätzt fühlen. Dabei wird auch die Frage nach den Ursachen beleuchtet. Ziel ist es dabei, ein umfassendes Bild zum Wertschätzungsempfinden pA zu erhalten.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird mit sechs pA jeweils ein leitfadengestütztes Tiefeninterview zur Erfassung ihres Wertschätzungsempfindens für ihre Leistung durchgeführt. Die Leitfragen orientieren sich dabei an der Anerkennungstheorie von *Axel Honneth* und dessen drei differenzierten Ebenen der Anerkennung: Familie, Gesellschaft und Politik. Anschließend werden die Interviews im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an *Udo Kuckartz* analysiert. Dabei wird die Analysesoftware MAXQDA verwendet.

Zu erwartende Ergebnisse: Es ist zu erwarten, dass die pA die ihnen entgegengebrachte Wertschätzung in den jeweiligen Ebenen unterschiedlich empfinden. So lässt sich bspw. eine tiefere verbundene Wertschätzung in der Anerkennungsebene der Primärbeziehungen wie Familie und Partnerschaft vermuten als in der gesellschaftlichen und politisch-rechtlichen Ebene.

Zusammenfassung: Mit Hilfe einer Interviewstudie wird das Wertschätzungsempfinden der pA in Bezug auf ihre Rolle und Leistung in den jeweiligen Ebenen der Anerkennungstheorie nach *Honneth* analysiert. Das dadurch erlangte Wissen ist ausschlaggebend, um das Wertschätzungsempfinden pA gezielter stärken zu können und so dessen Resilienz zu fördern.

P31

Erfahrungen älterer Menschen mit dem Wegfall von Gottesdiensten während der ersten Welle der Coronapandemie

A. Kenkmann, J. Burkard

Campus Benediktbeuern, Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern

Freizeitaktivitäten verändern sich im Alter. Während der Besuch von Vereinen und sportlichen Aktivitäten mit zunehmendem Alter abnimmt, bleibt die Teilnahme am Gottesdienst für ältere Menschen vielfach von zentraler Bedeutung. In dem Lockdown während der ersten Welle der Coronapandemie wurde jedoch auch diese unterbunden. Das Ziel der Studie war es, die Erfahrungen religiöser älterer Menschen hinsichtlich der Pandemieerfahrungen und der Nutzung von Gottesdienstalternativen zu untersuchen. Hierzu wurden 12 Personen im Alter von 67–94 Jahren aus drei Kirchengemeinden im Bistum Augsburg in Telefoninterviews noch während des Lockdowns befragt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ältere Menschen die Teilnahme am Gottesdienst vermissen, sich aber mit alternativen Formaten, wie Gottesdiensten im Fernsehen, Radio und im Internet gut arrangieren konnten. Auch verstanden sich die Studienteilnehmenden nicht als passive Empfänger*innen von Hilfe, sondern konnten vielfach noch andere Menschen unterstützen. Neben Erkenntnissen zu Krisenresilienz von älteren Menschen bietet die Studie praktische Hinweise zur Unterstützung von religiösen Bedürfnissen dieser Altersgruppe.

P32

Partizipation und Integration der älteren Generation an Bildung durch digitale Lösungen

M. Heß¹, N. Klösges², S. Verleysdonk-Simons²

¹Kompetenzzentrum Ressourcenorientierte Alter(n)sforschung (REAL), Hochschule Mönchengladbach, Mönchengladbach; ²Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach

Mit der Covid-19 Pandemie, die zu einer (temporären) flächendeckenden Umstellung von Präsenz- auf Digitalehre in allen Bildungseinrichtungen führte, wurden auch viele der Gasthörerprogramme an Hochschulen auf digitale Angebote umgestellt. Jedoch stellt sich die Frage, wie die Motivation, solche digitalen Lösungen der Bildungsvermittlung zu nutzen, bei älteren Menschen, die den Großteil der Gasthörenden ausmachen, aussieht und wie (digitale) Gasthörerprogramme gestaltet werden müssen, um auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können.

An der Hochschule Niederrhein wurde mit Beginn der Covid-19 Pandemie das Gasthörerprogramm FAUST (HOCHSCHULE FÜR ALTE UND STUDIERENDE) kurzfristig auf digitale Lehre umgestellt unter dem Namen FAUSTakut. Um die nicht digital-affinen Gasthörenden zu unterstützen, wurden Einführungskurse in die digitale Lehre angeboten. Weiterhin wurden Feedbackgespräche und eine Online-Umfrage zu den Erfahrungen mit und Einstellungen zu der digitalen Lehre durchgeführt.

Allgemein konnte festgestellt werden, dass sich die Zahl der Gasthörenden mit Umstellung auf die digitale Lehre deutlich reduziert hat. Die Feedbackgespräche und die online Umfrage ergaben ein heterogenes Bild. In der Auswertung zeigte sich, dass die digitale Lehre zu mehr Flexibilität und Zeitersparnis geführt und darüber hinaus mehr Teilhabe ermöglicht hat, da sich für viele nicht mobile Menschen erst durch die Digitalisierung Angebote aus den jeweils anderen Standorten der Hochschule erschlossen. Zum anderen vermissen die Gasthörenden die fehlenden Austauschmöglichkeiten zu anderen Gasthörenden, Studierenden und Dozierenden sowohl vor, während als auch nach den Veranstaltungen. Besonders der soziale Aspekt ist neben dem Wunsch nach Bildung einer der benannten Hauptgründe, warum sich Menschen für eine Gasthörerchaft entscheiden. Außerdem wurden noch Unsicherheiten im Umgang mit der Technik als Kontraargument für die digitale Lehre angegeben.

Erste Erkenntnisse sind, dass nach Rückführung in den Präsenzunterricht an Hochschulen, eine Kombination aus Präsenz- und digitaler Lehre fortgeführt werden sollte. Des Weiteren helfen Schulungen für nicht digital-affine Menschen, die Hemmschwellen zu überwinden und sich neuen Formaten zu öffnen. Die Ergänzung durch digitale Lernplattformen und Mediatheken unterstützen nachhaltiges Lernen.

P33

Digitale Kluft im Alter nimmt deutlich ab – Entwicklung und Determinanten der Internetdiffusion im Alter zwischen 2002–2021

M. Doh, J. Schlichting

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg

Das Internet gilt als Schlüsselmedium der digitalen Transformation. Laut der ARD/ZDFOnlinestudie 2021 gelten 67 Mio. Personen ab 14 Jahren als Online:innen, die zumindest selten das Internet nutzen; 19 Mio. davon sind Personen ab 60 Jahren (Beisch & Koch, 2021). Die größten Zuwachsraten seit 2019 zeigten sich mit 2,3 Mio. Personen in der Altersgruppe ab 70 Jahren – was auch in Zusammenhang mit der Covid19-Pandemie stehen kann. Gleichwohl besteht weiterhin ein unterschiedliches Diffusionsniveau in den Altersgruppen wie auch nach soziodemographischen Merkmalen.

Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Medienstudie „(N)Onliner-Atlas“, die im Rahmen des D21-Digital-Index von der Initiative D21 seit 2002 jährlich für Personen ab 14 Jahren erhoben wird ($N = 16.000–50.000$), werden Sonderanalysen zur Altersgruppe ab 60 Jahren präsentiert. Dabei sind auch differenzierte Aussagen zu den Altersgruppen 70–79 Jahre und ab 80 Jahren möglich.

Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden:

1. Welche soziodemographischen Merkmale beeinflussen aktuell die Diffusion des Internets im Alter?
2. Wie entwickelt sich die prädiktive Bedeutung dieser soziodemographischen Einflussfaktoren im Verlauf von 2002–2021?

3. Welchen Entwicklungsverlauf hat die digitale Kluft zwischen 2002 und 2021 genommen?

Die Ergebnisse demonstrieren zwischen 2002 und 2021 eine überdurchschnittliche Diffusionsentwicklung in allen Altersgruppen ab 60 Jahren. Besonders im hohen Alter fand seit 2019 ein großer Zuwachs statt. Die multivariaten logistischen Regressionsmodelle unterstreichen eine konstante Bedeutung soziodemografischer Merkmale wie Bildungs- und Einkommensstatus, Haushaltsgröße und REgion (alte/neue Bundesländer), wobei der Prädiktor Alter zusätzliche Varianz aufklärt.

Ein für die Gesamtstichprobe erstellter Digitaler Kluft Index, gebildet aus den internetdistanten Personengruppen mit einem Alter ab 60 Jahren, einem niedrigen Bildungs- und Einkommensstatus und Frauen zeigt auf, dass die Digitale Kluft seit 2002 kontinuierlich zurückging – der Indexwert stieg von 53 auf 88 (Referenzwert 100 = Anteil Onliner ab 14 Jahren). Dabei konnte zwischen 2020 und 2021 die größte Steigerungsrate (plus 5 Indexpunkte) seit 2002 konstatiert werden. Verantwortlich hierfür waren überdurchschnittliche Zuwachsraten in der Altersgruppe ab 60 Jahren und in der Personengruppe mit formal niedriger Bildung. Die Befunde verweisen damit auf einen pandemiebedingten Periodeneffekt.

P34

Dabei sein ist alles?! Digitale und soziale Teilhabe älterer Menschen in Magdeburg Nord

M.-C. Schoeffel

Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg

Theoretischer Hintergrund: Soziale Teilhabe wird als grundlegende Voraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein verstanden. Im heutigen Zeitalter ist die soziale Teilhabe nicht nur im Kontext des gemeinschaftlichen Zusammenlebens zu bemessen, sondern auch in Bezug auf die Digitalisierung, vor allem, wenn es um die Autonomie älterer Menschen geht. Herausforderungen wie fehlende finanzielle Ressourcen oder ein formal niedriger Bildungsabschluss können dabei gleichermaßen als Barrieren betrachtet werden.

Methodik: Die zu absolvierende Masterarbeit im Studiengang „Soziale Arbeit in der alternden Gesellschaft“ an der Hochschule Magdeburg Stendal beschäftigt sich mit der Frage, wie digitale Teilhabe in sogenannten benachteiligten Stadtteilen Magdeburgs gelingen kann. Im Rahmen einer qualitativen Datenerhebung der Masterarbeit, werden insgesamt acht bis zehn leitfadengestützte Interviews mit Expert:innen und älteren Menschen (ab 65 Jahre) aus dem Stadtgebiet Magdeburg Nord geführt, die Berührungspunkte mit der Thematik der digitalen Teilhabe haben. Die Interviews werden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Unterschiedliche Herausforderungen können die digitale Teilhabe im Alter erschweren und zu subjektiv empfundenen Einschränkungen im Alltag führen. Verschiedenste Unterstützungs- und Hilfsangebote können diese ermöglichen und ein Gefühl der Ausgrenzung durchbrechen oder verhindern.

Diskussion: Benachteiligungen im analogen Raum können sich in der digitalen Welt fortsetzen. Sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren tragen dazu bei, dass die Nutzungs-, Beteiligungs- und Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Medien im Alter unterschiedlich ausgeprägt sind. Es gilt zu diskutieren, inwieweit soziale und digitaler Teilhabe in Wechselwirkung miteinander stehen und in welchem Maß mit digitalen Medien eine inkludierende bzw. exkludierende Wirkung für ältere vulnerable Menschen einhergeht.

P35

Altersdiskriminierung und die Theorie der trilemmatischen Inklusion – Anregungen aus den Disability Studies für die Gerontologie

L. Reifert

FB SGM, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg

Das gesellschaftliche Verständnis von Behinderung wird durch verschiedene Modelle von Behinderung geprägt, wobei eigene Modelle durch die Disability Studies entwickelt wurden (vgl. Hirschberg 2022). In diesen Modellen finden sich Parallelen zur Diskriminierung älterer Menschen, welche sich auch empirisch anhand von Gruppendiskussionen mit älteren Menschen (65+) des Projektes AWiSA – Altersgerechtes Wohnen in Sachsen-Anhalt (gef. durch EFRE und Land Sachsen-Anhalt 2019–2022) zeigen. In den Gruppendiskussionen, welche mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet wurden, haben ältere Menschen über ihre Wohnwünsche und -sorgen sowie Umzugsbereitschaften diskutiert. In der Auswertung zeigte sich die Heterogenität der Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden und ihrer Altersbilder. Alter und damit einhergehende Herausforderungen werden in den Gruppengesprächen eher anhand der anderen Anwesenden zu verhandeln versucht, als dass dies über einen Selbstbezug geschehen würde: „Zum Beispiel bei Schmidts hier, das ist ... ich meine, die können jetzt ihr Haus vom Alter nicht mehr umbauen“. Zudem lassen sich im Material wiederholt Aussagen wie „bis es nicht mehr geht“ finden, obwohl die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen zum Teil bereits mit beträchtlichen Einschränkungen leben. Dies zeigt, dass sich die Teilnehmenden zum Teil gar nicht als Teil der Zielgruppe „ältere Menschen“ definieren (wollen), was auf die Stigmatisierung von Alter und damit einhergehende Diskriminierungserfahrungen hindeuten kann. Vor dem Hintergrund verschiedener Modelle von Behinderung bzw. darauf basierender Strategien für Inklusion hat Mai-Anh Boger (2019) die Theorie der trilemmatischen Inklusion entwickelt. Boger zufolge stehen Versuche, verschiedene Diskriminierungsformen abzubauen, vor einem Trilemma, da sich verschiedene Strategien für Inklusion gegenseitig ausschließen. Konkret untersucht Boger dies anhand von drei Basissätzen, nach denen sich Inklusion als Empowerment, als Normalisierung oder als Dekonstruktion beschreiben lässt. Unter theoretischer Bezugnahme auf das Inklusionstrilemma und anhand des empirischen Materials aus den Gruppendiskussionen soll mit dem Poster aufgezeigt werden, dass und wie sich ältere Menschen als Altersdiskriminierung-Erfahrende innerhalb des Trilemmas der Inklusion bewegen und inwiefern dies unter Berücksichtigung verschiedener Modelle von Behinderung aus den Disability Studies neue Anregungen für die soziale Gerontologie bringen kann.

P36

Zu alt für die digitale Teilhabe? Charakteristika von hochaltrigen Internet-Einsteiger:innen

G. Rennoch¹, A. Schломann², S. Zank³

¹NRW Forschungskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln; ²Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: In einer Zeit zunehmender Digitalisierung spielt das Internet im Alltag vieler Menschen eine essentielle Rolle. Die Zahl der Internetnutzer:innen nimmt jedoch mit steigendem Lebensalter ab. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie wichtig die digitale Teilhabe insbesondere für hochaltrige Menschen ist. Die Nutzung des Internets ermöglicht ihnen neue Formen der Kommunikation und stellt ein Medium zur Informationsrecherche und Nutzung digitaler Services dar.

Fragestellung: Gibt es Menschen, die im hohen Alter noch mit der Internetnutzung beginnen? Unterscheiden sich diese von Nichtnutzer:innen (Offline:innen)?

Methodik: Längsschnittdaten der ersten zwei Wellen der repräsentativen Hochaltrigen-Studie NRW80+ ($N=912$; $M_{\text{Alter}}=85,73$) werden genutzt, um Veränderungen in der Internetnutzung der Hochaltrigen zu analysieren. Die Datenerhebung erfolgte in den Jahren 2017/2018 und 2019/2020 mit einem mittleren Abstand von 22 Monaten. Mittels deskriptiver Datenanalyse werden Unterschiede zwischen Internet-Einsteiger:innen und Offliner:innen in demografischen, gesundheitlichen und sozialen Aspekten aufgezeigt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass 17% der Hochaltrigen in Nordrhein-Westfalen das Internet über beide Erhebungswellen hinweg nutzen, während 78% dauerhaft offline sind. Die Quote der Internet-Einsteiger:innen von Welle 1 zu Welle 2 liegt bei 3% (27 Personen). Die Internet-Einsteiger:innen sind im Durchschnitt jünger ($M=83,06$; $SD=2,46$) als die Offliner:innen ($M=86,24$; $SD=4,23$). Sie weisen zudem eine höhere funktionale Gesundheit auf ($M=1,85$; $SD=0,29$) als die Offliner:innen ($M=1,27$; $SD=0,71$) und geben anderen häufiger soziale Unterstützung ($M=0,71$; $SD=0,31$; Offliner:innen: $M=0,48$; $SD=0,32$).

Zusammenfassung: Die deskriptiven Ergebnisse zeigen auf, welche Merkmale sich möglicherweise günstig auf einen Einstieg in die digitale Welt im hohen Lebensalter auswirken und bieten eine Forschungsgrundlage für weitere Analysen. Durch das Erlangen fundierten Wissens in diesem Bereich ist es möglich, hochaltrige Menschen auf dem Weg in die Digitalisierung zielgruppenspezifisch zu unterstützen.

P37

Delirmanagement im Krankenhaus – Empfehlungen pflegerischer Maßnahmen zur Prävention und Behandlung eines Delirs

N. Lexa

Würzburg

Fragestellung: Diese Abschlussarbeit beschäftigt sich mit der Frage wie pflegerische Maßnahmen zur Prävention und Behandlung eines Delirs im Rahmen des Delirmanagements im Krankenhaus eingesetzt werden können. Im Alter nehmen funktionelle und kognitive Einschnitte zu. Merkmale wie Alter ab 65 Jahren, Multimorbidität und Polypharmazie sind kennzeichnend. Die Vulnerabilität multimorbider Patienten steigt an und geht mit einem erhöhten Delirrisiko einher. Das Delir ist ein akut auftretender Verwirrtheitszustand, der mit Störungen der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins und der Kognition auftritt. Statistische Daten zeigen, dass die Gruppe der Menschen ab 65 Jahren seit 1990 stetig zunimmt und folglich auch das Delirrisiko. In Anbetracht der Folgen ist ein effektives und effizientes Delirmanagement wichtig.

Methodik: Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte in den Datenbanken PubMed, GeroLit und Cochran Library. Kriterien für die Auswahl der Literatur waren das Erscheinungsjahr (2014–2022) sowie die Veröffentlichung in deutscher und englischer Sprache. Außerdem wurden Literaturangaben in vorliegenden Artikeln auf verwendbare Literatur überprüft. Die gefundene Literatur wurde auf ihre Relevanz und ihre Aussagekraft kritisch überprüft. Dazu wurden Überschrift, Abstrakt, Einleitung und Zusammenfassung der gefundenen Literatur auf ihre inhaltliche Eignung beleuchtet. Es wurden fünf internationale Leitlinien hinsichtlich der pflegerischen Maßnahmen überprüft.

Ergebnisse: Neben dem Einsatz eines Screenings z. B. DOS zur Einschätzung des Delirrisikos sollten beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Orientierung/Re-Orientierung, der kognitiven Aktivierung, der Mobilität sowie des Schlaf-/Wachrhythmus geschaffen werden. Ein Ernährungs-, Flüssigkeits- und Schmerzmanagement muss auch erfolgen. Für ein effektives Delirmanagement ist eine Edukation des Gesundheitspersonals wichtig. Diese Arbeit hat evidenzbasierte und praxisorientierte Empfehlungen für die pflegerische und nicht-pharmakologische Prävention und Therapie des Delirs entwickelt.

Zusammenfassung: Das Delirmanagement trägt zur Verbesserung der Versorgung delirgefährdeter und deliranter Personen bei. Dadurch wird eine adäquate Einschätzung eines Delirrisikos ermöglicht. Die Planung und Durchführung präventiver und therapeutischer Maßnahmen erfolgt zeitnah. Dies trägt zur Verhinderung eines Delirs bzw. zu dessen Abmilderung bei.

P38

Sicheres Fahrradfahren im Alter (SiFar) – eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie

H. M. Siebentritt, V. Keppner, S. Krumpoch, E. Freiburger, R. Kob

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Hintergrund: Mit zunehmender Beliebtheit des Fahrradfahrens verzeichnet das statistische Bundesamt eine steigende Zahl an Fahrradunfällen, die bei älteren Menschen ab 65 Jahren häufig schwerwiegende Folgen haben. Bisher fehlen evaluierte Trainingskonzepte, die die Sicherheit des Fahrradfahrens fördern und körperliche sowie psychosoziale Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigen.

Methodik: Die randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie SiFar hat deshalb zum Ziel, die Fahrradfahrkompetenz älterer Menschen durch ein strukturiertes Trainingsprogramm zu verbessern. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgt im Zeitraum Juni 2020–April 2022. Eingeschlossen werden im Großraum Nürnberg lebende Personen ab 65 Jahren, die (1) auf ein Pedelec umsteigen oder (2) wieder mit dem Fahrradfahren beginnen oder (3) sich unsicher beim Fahrradfahren fühlen. Die Randomisierung in die Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) erfolgt stratifiziert nach Geschlecht und Fahrradtyp. Die Intervention besteht aus 8 Einheiten à 60 min, die wöchentlich draußen von Fahrradtrainer:innen durchgeführt werden und fahrradbezogene motorische Grundkompetenzen adressieren (z. B. Gleichgewicht, Kraft, Fahrradfertigkeiten und -techniken). Die Fahrradfahrkompetenz, operationalisiert anhand der Fehleranzahl in einem standardisierten Fahrradparcours, wird vor (T0) und nach (T1) dem Interventionszeitraum in beiden Gruppen gemessen. Der Parcours bildet verkehrsrelevante Fähigkeiten (Kurvenfahren, Spurhalten, Auf- und Absteigen, Linksabbiegen, Zielbremsen) ab.

Erwartete Ergebnisse und Schlussfolgerung: Es wird erwartet, dass sich die Fahrradfahrkompetenz der IG im Vergleich zur KG verbessert. Dazu wird eine Regressionsanalyse mit der Fehlerdifferenz (T1–T0) als abhängige Variable und der Gruppenzugehörigkeit als unabhängige Variable durchgeführt, adjustiert für Geschlecht und Fahrradtyp. Die Ergebnisse liegen mit Ende des letzten Interventionszyklus (August 2022) vor. Bei nachgewiesener Wirksamkeit könnte das SiFar-Konzept durch sein Train-the-Trainer-Vorgehen und bestehende Vereinskoooperationen großflächig implementiert werden.

P39

Die Bedeutung eines Sorgenetzwerkes zur Verbesserung der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase – Caring Community Köln unter Pandemiebedingungen

L. Valerius¹, A. L. Herrler¹, J. Strupp², F. Schulz-Nieswandt³, R. Voltz²

¹NRW Forschungskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln; ²Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Köln, Köln; ³Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Fragestellung: Wie hat die COVID19-Pandemie die Einstellung der Menschen zu der Idee von Caring Community verändert und welchen Einfluss hat sie auf den Community-building Prozess?

Methodik: Es wurde ein qualitativer Onlinesurvey durchgeführt, an dem 63 Bürger:innen und Aktive des Projekts Caring Community Köln teilge-

nommen haben. Die Ergebnisse wurden mittels thematischer Analyse ausgewertet.

Ergebnisse: Vorläufige Ergebnisse zeigen eine veränderte Wahrnehmung der Menschen hinsichtlich ihrer Einstellungen gegenüber todesbezogenen Themen. Pandemiebedingt sehen sich viele Menschen stärker mit Themen rund um die letzte Lebensphase, Krankheit, Tod und Trauer konfrontiert. Die Bedeutung von vertrauten Beziehungen im familiären und außer-familiären Kontext wurden stärker und als bedeutsamer wahrgenommen. Damit einhergehend nimmt auch die Solidarität und Hilfsbereitschaft innerhalb von Netzwerken (etwa im nachbarschaftlichen Kontext) im Sinne einer Hilfe auf Gegenseitigkeit zu. Durch die pandemiebedingte Verlangsamung des Lebensrhythmus empfinden viele Menschen eine stärkere Achtsamkeit im Alltag sowie eine zunehmende Besinnung gegenüber persönlich relevanten Themen.

Zusammenfassung: Die COVID19-Pandemie zeigt eine Zunahme des Verständnisses des sozialen Nutzens der Netzerkennung sowie die große Bedeutung von sozialraumorientierten Initiativen wie Caring Community Köln: Nachbarschaft, Netzwerke und Solidarität haben immer schon eine Rolle gespielt; durch die Pandemie sind sie noch einmal bewusster geworden. Größere Aufmerksamkeit sollte auf die Verstärkung einer sozialraumorientierten Versorgung sowie auf nachhaltige Versorgungsnetzwerke (unter Beachtung räumlicher Disparitäten) gelenkt werden.

P41

Assoziation zwischen postprandialen GDF15 Konzentrationen und Appetit bei älteren Frauen

C. Herpich¹, S. Lehmann², B. Kochlik², U. Haß², U. Müller-Werdan¹, K. Norman¹

¹Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung (DIfE) Potsdam – Rehbrücke, Nuthetal

Fragestellung: Der *growth differentiation factor 15* (GDF15) ist ein Stresssignal, welches unter anderem durch Proteinrestriktion induziert werden kann und mit einer reduzierten Nahrungsaufnahme (Anorexie) assoziiert ist. Anorexie, eine unzureichende Proteinaufnahme sowie hohe GDF15 Konzentrationen, sind häufig im Alter vorzufinden. Bisher ist allerdings unklar, ob postprandiale Veränderungen der GDF15 Konzentrationen den Appetit beeinflussen.

Methodik: Bei einem vierstündigen Mahlzeitentest wurden Plasma GDF15 Konzentrationen nach Dextrose- (50 g) oder Proteinaufnahme (77 Energieprozent Protein) im zeitlichen Verlauf mittels ELISAs bestimmt. Der Appetit wurde dabei im Verlauf des Mahlzeitentests über eine visuelle Analogskala (VAS) ermittelt (0: kein Appetit, 10: großer Appetit). Dabei wurden Unterschiede zwischen gesunden, älteren ($n=20$; $73,7 \pm 6,30$ Jahre) und jüngeren ($n=20$; $25,7 \pm 4,39$ Jahre) Frauen mittels *repeated measures* ANOVA untersucht. Die postprandiale Veränderung von GDF15 und des Appetits wurde mittels inkrementeller Fläche unter der Kurve (iAUC) erfasst.

Ergebnisse: Bei jüngeren Frauen hatte die Art der Mahlzeit keinen Einfluss auf die postprandialen GDF15 Konzentrationen ($p=0,515$) oder den Appetit ($p=0,366$). Bei älteren Frauen beeinflusste die Art der Mahlzeit jedoch signifikant den Verlauf von GDF15 ($p=0,026$) und des Appetits ($p=0,014$). Nur die Dextroseaufnahme führte bei älteren Frauen zu höheren GDF15 Konzentrationen am Ende des Mahlzeitentests ($p < 0,001$). Nach Dextroseaufnahme war jedoch die Zunahme des Appetits (iAUC) geringer, je größer der Anstieg der GDF15 Konzentrationen (iAUC) war ($r=-0,681$, $p=0,030$). Nach Proteinaufnahme blieb der Appetit bei älteren Frauen konstant, während sich ein Anstieg des Appetits bei jüngeren Frauen in den letzten zwei Stunden des Mahlzeitentests ($p=0,022$) zeigte. **Schlussfolgerung:** Ältere Frauen wiesen höhere nüchtern GDF15 Konzentrationen auf als jüngere Frauen und nur bei älteren Frauen beeinflusste die Art der Testmahlzeit die postprandialen GDF15 Konzentrationen. Dextroseaufnahme war bei älteren Frauen mit einem Anstieg von GDF15 und Appetit assoziiert. Dieser Anstieg des Appetits war jedoch ausgeprägter, je niedriger die postprandiale Zunahme der GDF15 Konzentrationen war,

was potenziell auf die anorektische Wirkung von GDF15 in diesem Kontext hindeuten könnte.

P42

Entwicklung eines methodologischen Frameworks zur Erfassung von Nichtstun und mentalen Reflexionsprozessen bei älteren Erwachsenen im Kontext des Verbundprojektes SMART-AGE

J. Ewert

IAW, Universität Frankfurt am Main, Paderborn

Was tun wir eigentlich, wenn wir scheinbar gerade *nichts* tun? Diese Frage wurde in den Sozialwissenschaften bislang selten adressiert, obwohl sie – besonders im Hinblick auf ältere Menschen – spannend ist. Zum einen, weil sich für Personen nach dem Ende ihres Erwerbslebens neue Zeitfenster für das Nichtstun auftun, zum anderen, weil die Forschung unter dem Paradigma des „Aktiven Alterns“ häufig das Tun in den Fokus rückt und damit das Nichtstun aus dem Blick verliert. Forschungsbefunde zeigen aber, dass das Nichtstun förderlich für mentale Prozesse in jedem Lebensalter ist. Eine dieser mentalen Prozesse ist die Reflexivität, die als konstitutiv für die Entscheidungsfindung angesehen wird und als unerlässlich dafür, eigene Ziele vor dem Hintergrund struktureller Gegebenheiten zu verhandeln. Dieser Beitrag stellt daher die Frage, wie sich das Zusammenspiel von Nichtstun und Reflexionsprozessen im Alltag älterer Menschen empirisch darstellt und methodologisch abbilden lässt. Eine Zuspitzung erfährt diese Frage vor dem Hintergrund der Digitalisierung – Verändert sie die Art und Weise wie wir Nichtstun? Beeinflusst sie den Zusammenhang zwischen Nichtstun und Reflexion? Diesen Forschungsfragen wird im Rahmen des Forschungsprojektes SMART-AGE mittels eines explorativen Mixed-Methods-Designs nachgegangen. Dazu werden von etwa 100 Personen sensorbasierte Daten zum Alltagsverhalten (Environmental Momentary Assessment) und Informationen zum Thema Nichtstun (Reflexivitätstyp und Reflexivität als innere Konversation) erfasst. Im Beitrag wird ein methodologisches Framework zur Erfassung des Nichtstuns und seinem Zusammenhang mit Reflexionsprozessen diskutiert. Weiterhin werden erste explorative Befunde aus qualitativen Pretests vorgestellt. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, die Rolle des Nichtstuns und Reflexionsprozesse bei älteren Erwachsenen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Digitalisierungsprozesse besser zu verstehen.

P43

Medikamentenadhärenz neurogeriatrischer Patient*innen: Erkenntnisse aus der NeuroGerAd Studie

A. Schönenberg¹, H. Mühlhammer², U. Teschner², T. Prell¹

¹Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Jena; ²Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Jena

Medikamentenadhärenz ist ein Kernfaktor in der Gesundheitsversorgung und -forschung, da es mit Hospitalisierung, Krankheitsverlauf und Lebensqualität verknüpft ist. Insbesondere im höheren Lebensalter und bei chronischen Erkrankungen sind Adhärenz und Gesundheitsverhalten der älteren Menschen von enormer Bedeutsamkeit für den Behandlungserfolg. In der NeuroGerAd Studie wurden umfassende Daten zu 910 älteren Patient*innen (Alter $M=70,1$ $SD=8,6$) mit neurologischen Erkrankungen (Parkinson/Bewegungsstörungen, Epilepsie, zerebrovaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen) gesammelt. Dazu gehören neben Medikamentenadhärenz und soziodemografischen Informationen Depression, Kognition, Lebensqualität, Persönlichkeit, Arztzufriedenheit und Gesundheitsverhalten.

Mithilfe von explorativen (Netzwerk-, Cluster-, Faktorenanalysen) und konfirmatorischen Analysen sowie Regressions- und Mediationsanalysen

wurden Subtypen von Nonadhärenz identifiziert (willentliche Modifikation von Medikamenten, mangelndes Wissen, und Vergesslichkeit) und ihre Prädiktoren sowie Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität analysiert. Ein besonderer Fokus lag hierbei auf Depression und Polymedikation, die in den Analysen als wichtigste Einflussfaktoren für Nonadhärenz identifiziert wurden. Ein weiteres Augenmerk lag auf dem Overlap von intentionaler und nicht-intentionaler Adhärenz. In Zusatzerhebungen bei den NeuroGerAd Teilnehmenden wurde der Einfluss von Depression, Resilienz und Kontrollempfinden auf gesundheitsbezogene Erwartungen bei älteren Menschen untersucht. Da die Beziehung zum Arzt in vielen Studien als wichtiger Einflussfaktor für Adhärenz identifiziert wurde, wurden darüber hinaus die Erwartungen und Wünsche älterer Menschen bezüglich ihrer Hausarzttermine erhoben.

Diese Erkenntnisse zu Medikamentenadhärenz bei älteren Menschen mit neurologischen chronischen Erkrankungen hängen eng zusammen sich mit weiteren gerontologischen Themen wie Erwartungen an das Altern, Kognition und Kontrollüberzeugungen. Die Daten der NeuroGerAd Studie sind frei verfügbar, sodass auf der Basis der Präsentation eigene Forschungsideen generiert, diskutiert und analysiert werden können.

P44

e20-ball-test: a new electronic device to explore fine motor skills

U. Kuipers

Geriatric, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Bad Oldesloe

Introduction: The manufacture of an electronic device is described to explore fine motor skills.

Methods: Hardware: The device contains following modules: power supply, processor, non-volatile memory, timer, real time clock, 20-ball-panel, TFT-display, front panel. The processor is a PIC18F4550 microcontroller and communicates via I2C-lines. Housing, front panel, 20-ball-panel, all circuit boards are custom made.

Software and IDE: Integrated Development Environments (IDE) for microcontroller (manufacturer MikroElektronika, programming language MikroC Pro in Microsoft Windows surrounding) are used to program an 8-bit-microcontroller PIC18F4550.

To transform data to Microsoft Windows OS a program ("e20ball_readout.exe") was developed. The IDE is Embarcadero® Delphi 10.1 Berlin, programming language Pascal.

Results: The specifications for the "Rules for the development of electronic assessments on hospital wards" (see previous poster) are observed.

Security: The device was checked by a medical equipment officer. The medical power supply is short circuit resistant. There are not hot parts inside. Maximal voltage inside is 5 V.

No data loss at power off: Memory is non-volatile without power (FRAM)

Open documentation: circuit documentation, program source full available, data format full open

Hardware repairable: no special electronic parts, housing, front panel, 20 ball panel are custom made, full access to layout, circuit board, interfaces, description of function

Practicability: Portability: well (5 kg):

Hygiene: yes (steel balls, ball-panel removable, easy to clean)

Operation easy to learn: yes (only 6 keys at front panel)

Short start to ready time: yes (1.0 s)

Measurement time: short (30–120 s)

Quick read out of results: yes (basic results direct readable from screen)

Conclusion: From 2017–2022 a new electronic device "e20-ball-test" is conceptualized and created de novo from scratch and realized. It meets the requirements for use in a medical environment.

Keywords: Assessment, fine motor skills, geriatrics, electronic device

P45

e20-Ball-Test: Electronic assessment of fine motor skills–Evaluation

U. Kuipers

Geriatric, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Bad Oldesloe

Introduction: Fine motor skills are essential for self-sufficiency at home. We need fine motor skills for dress up, eat, write, close knobs and zippers, open boxes, turn screws and so on. In geriatrics there were few attempts to assess fine motor skills. Examples are "20 Cent Test", "The Timed Test of Money Counting" and "Archimedes spiral-drawing Test". After design and construction a new developed electronic device (see previous posters) here follows the evaluation.

Design, Setting and Participants: Cohorts of geriatric patients were selected: A: Reference group: no peripheral or central disturbances in hand functions B: Patients with peripheral disturbances in hands and arms (arthritis, contractures, pain in joints of hand or arm) C: Patients with central disturbances (after stroke, Parkinson syndrome, dementia)

Test: Before each run 20 steel balls (diameter 25 mm) are placed on 3 pin places, each ball on 3 pins. The patients are informed about the purpose, were instructed and made a trial run.

Run: a trial run was performed, then the test runs followed: remove the balls clockwise, counterclockwise, with dominant hand, with non dominant hand

Recording and storage: Data were recorded in non-volatile FRAM, results are viewed on screen graphically during the measurement and offline in table form, transferred to Laptop (Microsoft Windows 10 OS) in ASCII-Format. Data transfer to MS Excel, MS Word and SPSS is possible.

Results: Device properties:

weight: 5 kg,

switch on to ready: 3 s

save: medical power supply, all voltage ≤ 5 V, no hot parts simple

operation: very few controls, one rotary switch for modes (set real time clock, prepare/record, readout memory) and four push buttons, intelligent programmable TFT-Display showed actual status.

A: Reference group: 27 s dominant hand, 30 s non dominant hand

B: peripheral handicap: results follow

C: ZNS handicap: results follow

Keywords: Fine motor skills, assessment, stroke, parkinson disease, arthritis

P46

Erfassung von Life-Space-Mobilität: Eine systematische Übersicht über Fragebögen und ihre psychometrischen Eigenschaften

P. Ullrich, C. Werner, B. Abel, M. Hummel, J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Life-Space Mobilität (LSM) als das Maß für die Ausdehnung der Mobilität in der räumlichen Umgebung kann als Schlüssel für erfolgreiches Altern angesehen werden und ist zu einem wichtigen Konzept in der Gerontologie und Geriatrie geworden. Die Auswahl eines geeigneten Instruments zur Erfassung der LSM ist wichtig, um ältere Personen mit hohem Risiko für Einschränkungen der LSM zu identifizieren und um Interventionen initiieren, anpassen oder evaluieren zu können.

Ziel: Ziel der Studie war, LSM-Fragebögen systematisch zu identifizieren, beschreiben und analysieren hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften. Zudem lag ein Fokus auf der Verfügbarkeit von Fragebögen in deutscher Sprache.

Methoden: Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, PsycINFO, Cochrane Library, CINAHL und Web of Science durchgeführt. Passende bis August

2021 publizierte Studien zu psychometrischen Eigenschaften von LSM-Fragebögen wurden eingeschlossen und gemäß der CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) Richtlinien einer qualitativen Bewertung unterzogen.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche ermittelte 37 Validierungsstudien für 13 verschiedene LSM-Fragebögen. Es bestand eine große Heterogenität sowohl in Bezug auf die methodische Qualität als auch auf den Umfang der Validierungen. Basierend auf ihrer umfassenden Validierung und qualitativ hochwertigen Ergebnissen sind vier Fragebögen hervorzuheben: University of Alabama at Birmingham-Life-Space Assessment (UAB-LSA), Life-Space Assessment in Persons with Cognitive Impairment (LSA-CI), interview- und proxy-basierte Versionen des Life-Space Assessment in Institutionalized Settings (LSA-IS). Diese sind alle in deutscher Sprache verfügbar.

Diskussion: Das systematische Review liefert eine kompakte Übersicht über verfügbare LSM-Fragebögen und ihre psychometrischen Eigenschaften. Als besonders geeignet zur Erfassung der LSM haben sich der UAB-LSA und der LSA-CI für kommunale Settings und der interview- oder proxy-basierten LSA-IS für institutionale Settings erwiesen.

Schlagwörter: Diagnostik/Selbstbericht, Systematisches Review, Altern, Mobilitätseinschränkungen

P47

Gebrechlichkeit bei Pflegeheimbewohnern – Ein Vergleich von FRAIL-NH und Clinical Frailty Scale

F. Grosshauser¹, D. Schöne², E. Kiesswetter¹, C. C. Sieber¹, D. Volkert¹

¹Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ²Institut für medizinische Physik, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Fragestellung: Zur Erkennung von Gebrechlichkeit (Frailty) bei Bewohnern in Pflegeheimen (PH) wurde die FRAIL-NH-Skala entwickelt. Daneben ermöglicht die Clinical Frailty Scale (CFS) eine rasche Einschätzung, diese ist in PH jedoch nicht etabliert. Ziel war daher, die beiden Tools hinsichtlich Frailty-Prävalenz und prädiktiver Validität für unerwünschte Gesundheitsereignisse zu vergleichen.

Methodik: In einer prospektiven Kohortenstudie wurde Frailty bei 246 deutschen PH-Bewohnern (83,6 ± 8 Jahre, 67 % weiblich) mit der FRAIL-NH (nicht gebrechlich (0–1), gebrechlich (2–5), sehr gebrechlich (6–14 Punkte (P))) und der CFS (nicht gebrechlich (1–4), leicht/mäßig gebrechlich (5–6), sehr gebrechlich (7–9 P)) erfasst. Die Übereinstimmung zwischen den Tools wurde durch Spearman-Korrelation, Fläche unter der ROC-Kurve (AUC, mit 95 %-Konfidenzintervall (CI)), Sensitivität und Spezifität mir der sehr gebrechlichen Kategorie von FRAIL-NH als Referenzstandard untersucht. Vierteljährlich wurden 12 Monate lang Tod, Krankenhauseinweisungen und Stürze erfasst. Es wurden multivariate Cox- und logistische Regressionsmodelle erstellt, Hazard Ratios (HR) bzw. Odds Ratios (OR) mit 95 % CIs berechnet.

Ergebnisse: Laut FRAIL-NH waren 71 % sehr gebrechlich, 26 % gebrechlich, 3 % nicht gebrechlich, laut CFS waren 66 % sehr gebrechlich, 27 % leicht/mäßig und 7 % nicht gebrechlich. Beide Skalen korrelierten signifikant ($r_s = 0,78$; $p < 0,001$). Die AUC betrug 0,92 (0,88–0,96). Bei einem CFS-Cut-off von 7 Punkten betrug Sensitivität und Spezifität 0,90 bzw. 0,92. Die jeweils gebrechlichste Gruppe hatte ein erhöhtes Sterberisiko (FRAIL-NH HR = 2,19 (1,21–3,99); CFS HR = 2,56 (1,43–4,58)) und häufiger eine Krankenhausaufnahme (FRAIL-NH OR = 1,95 (1,06–3,58)); CFS OR = 1,79 (1,01–3,20)) im Vergleich zu weniger gebrechlichen Bewohnern. Beide Tools waren nicht in der Lage, Stürze vorherzusagen.

Zusammenfassung: Beide Instrumente zeigen trotz unterschiedlicher Ansätze und Inhalte eine gute Übereinstimmung und können das Risiko von Mortalität und Krankenhausaufenthalten ähnlich gut vorhersagen. Aufgrund dieser Erkenntnisse sowie der einfachen und schnellen Anwendung erscheint die CFS als gute Alternative zu FRAIL-NH, um Gebrechlichkeit in Pflegeheimen zu erfassen.

P48

The impact of optimization of drug therapy on cognitive capacity in older patients: A systematic review

F. Pazan, M. Wehling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim

Cognitive decline is often seen in older adults. Many studies have shown the negative effect of polypharmacy (5 or more daily medications) and inappropriate pharmacotherapy on older adult's cognitive abilities. For example, the use of benzodiazepines or antimuscarinics in geriatric patients is known to cause drug-induced cognitive impairment. In this study, we aim to systematically review evidence from randomized controlled trials (RCT) on the impact of optimization of drug treatment on cognitive capacity in older people. A broad definition of optimization of drug therapy including utilization of listing approaches was used. A systematic review was conducted using MEDLINE and Web of Science. Only RCTs on the impact of optimization of drug treatment on measures of cognitive capacity in older people were included and single drug interventions were excluded. The final results are going to be summarized. Over 2500 articles were found. So far, over 15 studies met the inclusion criteria and in about 50% of these studies a positive impact on cognitive capacity was shown. Our preliminary results show that the total number of existing RCTs evaluating the impact of drug optimization on cognitive abilities is low and the available studies are heterogenous. Additional RCTs are necessary to examine the impact of drug optimization methods on cognitive capacity.

P49

Initiative patientengerechte Altersmedizin (IPA): „Sturzgefahr im Alter – Sturzrisikofaktoren und Prävention“ – Expertenkonsens zum Umgang mit Sturzgefahr

H. Frohnhofer¹, B. R. Metz², M. Johnsen³, K.-G. Gaßmann⁴, S. Baron⁵, R. Eckardt-Felmborg⁶, A. Quante⁷, T. Reinbold⁸, R. Thiesemann⁹, C. Grabenbauer¹⁰, M. Wehling¹¹

¹Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Klinik für Geriatrie, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe, Karlsruhe; ³Pneumologie, St.-Marien-Hospital, Köln; ⁴Medizinische Klinik III und Geriatrie Rehabilitation, Geriatrie-Zentrum Erlangen, Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen; ⁵Klinik für Akutgeriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg, Heidelberg; ⁶Klinik für Geriatrie, St. Joseph Krankenhaus, Berlin; ⁷Gerontopsychiatrie, Friedrich von Bodelschwingh-Klinik, Berlin; ⁸Klinik für Geriatrie, Klinikum Dortmund gGmbH, Dortmund; ⁹Akademische Lehrpraxis der Universität Hamburg, Internistische Hausarztpraxis Dr. Thiesemann MSc, Hamburg; ¹⁰Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden; ¹¹Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim

Einleitung: In Deutschland kommt es pro Jahr zu 4–5 Mio. Stürzen. Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt. Jeder Sturz und jeder Beinahe-Sturz im Alter ist ein prognoserelevantes, potenziell lebensbedrohliches Ereignis und kann als Indikator für eine ausgeprägte Störung gelten.

Für die Einordnung der Relevanz, die Feststellung einer erhöhten Sturzgefahr sowie die Modifikation von Sturzrisikofaktoren bei älteren Menschen sind zahlreiche Instrumente verfügbar. Eine alltagspraktische, zeitökonomisch und leicht umsetzbare Übersicht fehlt bisher.

Methodik: In einer Expertenrunde wurde die Problematik im praktischen Umgang mit der Erkennung und Vorbeugung von erhöhter Sturzgefahr im Alter einander präsentiert und diskutiert. Literaturgestützt wurden wesentliche Sturzrisikofaktoren gewichtet und geeignete Sturzpräventionsmaßnahmen gesammelt.

Ergebnisse: Die Expertengruppe erstellte einen Pocket-Guide mit dem Titel „Sturzgefahr im Alter – Sturzrisikofaktoren und Sturzprävention“. Der

Pocket-Guide umfasst die Definition, Epidemiologie und Klassifikation von Stürzen im Alter. Darüber hinaus enthält er Hinweise zur Erhebung des individuellen Sturzrisikos mit zielführenden Anamnesebefragungen und einer konsentierten Basisdiagnostik sowie Maßnahmen zur Sturzfolgenminderung. Zentrales Element des Pocket-Guides bildet eine absteigend gewichtete Zusammenstellung von intrinsischen und extrinsischen Sturzrisikofaktoren, die ergänzt wird durch konkrete Maßnahmen zur Modifikation dieser Risikofaktoren. Als Hilfestellung zur Bewertung des externen Risikofaktors „Fall Risk Increasing Drugs“ wurden literaturgestützt zwölf Substanzklassen identifiziert, für die jeweils „Red Flags“ genannt werden, auf die im Rahmen eines Medikamentenreviews geachtet werden muss. **Schlussfolgerung:** Der Pocket-Guide „Sturzgefahr im Alter“ wurde für die klinische Routine konzipiert und soll als alltagstaugliches Instrument die Erkennung von und den praktischen Umgang mit erhöhter Sturzgefahr erleichtern. Dies gilt sowohl für die Klinik als auch die Niederlassung. Eine prospektive Validierung dieses Ansatzes steht noch aus.

P50

Risikostratifizierung geriatrischer Patienten in der Chest Pain Unit anhand von kardiovaskulären Biomarkern aus der Routinediagnostik

A. L. Kunz¹, A. Schönstein², P. Bahrmann¹, E. Giannitsis³, H.-W. Wahl², H. A. Katus³, N. Frey³, A. Bahrmann³

¹Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg;
²Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg;

³Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinik Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Durch den demographischen Wandel kommt der Risikostratifizierung geriatrischer Patienten in der Notaufnahme (NA) immer mehr Bedeutung zu. Sind Biomarker wie hs-TnT, CRP und Hämoglobin (Hb), die oftmals im klinischen Alltag verwendet werden und gleichzeitig mit dem Altersprozess in Verbindung stehen, dafür geeignet?

Methode: In dieser prospektiven Kohortenstudie wurden $N=256$ Patienten mit einem Mindestalter von 70 Jahren und bei Einwilligung nach erfolgter Aufklärung in einer kardiologischen Notaufnahme, Chest Pain Unit, rekrutiert. Sie wurden mittels strukturierter Fragebögen wie zum Beispiel den Charlson-Age Comorbidity Index (CACI) interviewt. Zusätzliche Informationen sowie die Werte der Biomarker wurden aus den Patientenakten entnommen. In einem Follow-up von 2,5 Jahren wurde die Anzahl der Todesfälle mittels Abfrage beim Einwohnermeldeamt ermittelt. Anschließend wurde die Assoziation von hs-TnT, CRP und Hb mit der Gesamtmortalität evaluiert.

Ergebnisse: Von den 256 Patienten (Mittleres Alter $79,27 \pm 6$ Jahre; 97 Frauen; 159 Männer) starben 63 während des Follow-up-Zeitraums. Auffällige Werte der Biomarker sind unabhängig voneinander, sowie in Kombination, mit einem erhöhten Gesamtmortalitätsrisiko assoziiert. Dieser Zusammenhang bleibt erhalten, auch wenn die Ergebnisse für wichtige konfundierende Variablen wie Alter, Geschlecht, BMI, Kreatinin-Clearance und Komorbidität adjustiert werden (hs-TnT: HR=4,41; 95 % CI [1,71; 11,43]; CRP: HR=2,97; 95 % CI [1,69; 5,23]; Hb: HR=1,55; 95 % CI [0,89; 2,68]). Das Mortalitätsrisiko der Patienten in welcher alle drei Biomarker positiv waren, war verglichen mit der Gruppe ohne positive Marker um etwa das Siebenfache erhöht (HR=7,46; 95 % CI [2,12; 26,28]).

Schlussfolgerung: Biomarker wie hs-TnT, CRP und Hb sind unabhängig voneinander sowie in Kombination mit einem erhöhten Gesamtmortalitätsrisiko assoziiert. Damit könnten sie als Ergänzung bei der Risikostratifizierung geriatrischer Patienten in der Notaufnahme dienen. Um diese Ergebnisse zu validieren, braucht es in Zukunft größer angelegte Studien.

P51

Entwicklung und Durchführung eines standardisierten digitalen Assessments von Alltagsmobilität und motorischer Kapazität bei Hüftfrakturpatienten

C.-P. Jansen¹, K. Taraldsen², M. Engdal³, M. A. Berge³, V. R. Driss⁴, E. Murauer⁴, A. Marcuzzi³, B. Vereijken³, J. L. Helbostad³, L. G. Johnsen³, H. Blain⁴, C. Becker¹

¹Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ²Department of Physiotherapy, Oslo Metropolitan University, Oslo/N; ³Department of Neuro-medicine and Movement Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim/N; ⁴Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier/F

Fragestellung: Proximale Femurfrakturen (PFF) sind die am häufigsten zu Hospitalisierung führende Verletzung älterer Erwachsener in Europa. In Bezug auf die post-operative Wiedererlangung von Mobilität existiert eine Vielzahl an Endpunkten; eine standardisierte Betrachtung von motorischen Kapazitäts- und Mobilitätsendpunkten, vor allem im häuslichen Alltag der Personen, fehlt. Dies ist jedoch mit Blick auf die Evaluation pharmakologischer wie non-pharmakologischer Behandlungsmethoden bedeutsam, insbesondere, um daraus häufig resultierende Pflegeheimweisung zu vermeiden. Mittels digitaler Assessmentmethoden kann diese Informationslücke geschlossen werden.

Methodik: Als Teil des Projekts „Mobilise-D“ werden in drei Zentren in Europa (Stuttgart, Trondheim, Montpellier) insgesamt 600 ambulante oder stationäre Patienten mit PFF ab frühestens 4 Tagen post-OP über einen Zeitraum von 2 Jahren im Abstand von 6 Monaten begleitet. Die Alltagsmobilität wird jeweils über sieben Tage sensorbasiert erfasst; motorische Kapazität (Short Physical Performance Battery, Timed Up-and-Go, 6-Minuten Gehstest) wird ebenfalls mittels Sensoren instrumentiert. Die Eignung von Alltagsmobilität zur Vorhersage der beiden primären Endpunkte, Pflegeheimweisung und Alltagsfunktion (Late Life Function and Disability Index) wird überprüft.

Ergebnisse: Bisher wurden trotz Covid-19 Pandemie 250 Patienten rekrutiert, gemäß Plan werden 600 Patienten bis März 2023 eingeschlossen. Die Messbatterie dauert zur Baseline insgesamt drei Stunden, ist aber dennoch gut durchführbar. Die sensorbasierte Messung ist gut akzeptiert; es besteht eine hohe Adhärenz sowie eine geringe Anzahl an Drop-outs. Erste Ergebnisse der Baseline werden 2024 erwartet. Bereits bis 2023 werden anhand von time series Analysen Mobilitätstrajektorien ab Operation bis hin zu einem Jahr post-OP dargestellt.

Zusammenfassung: Mithilfe des eingesetzten Sensorsystems und Algorithmus wird Mobilität über eine Woche hinweg erfasst. Daraus hervorgehende Daten dienen der Feststellung der klinischen Relevanz der Alltagsmobilität in Bezug auf die harten Endpunkte Pflegeheimweisung und Alltagsfunktion. Die hohe Anzahl an Patienten und lange Beobachtungsdauer bieten einen bisher nicht erreichten Umfang und hohe Granularität in Bezug auf Bewegungsverhalten im Alltag älterer Erwachsener nach proximaler Femurfraktur. Zuletzt wird zu klären sein, ob eine Etablierung dieser Vorgehensweise als klinischer Standard möglich und sinnvoll ist.

P52

The relationship between self-reported physical frailty and sensor-based physical activity measures in older adults

S. Schmidle¹, P. Gulde¹, R. Koster², C. Soaz¹, J. Hermsdörfer¹

¹Lehrstuhl für Bewegungswissenschaft, Technische Universität München, München;
²MADoPA, Centre Expert en Technologies et Service pour le Maintien en Autonomie à Domicile des Personnes Agées, Paris/F

Frailty is a complex condition consisting of deficits in various physical, cognitive, nutritional, and social domains. Consequently, it places a great burden on individuals, informal caregivers, and the health care system. Self-reported frailty assessments have the advantage of reaching larger groups at low costs, as a first screening tool. However, little is known about the re-

relationship between the self-report and objectively measured daily physical activity behavior. The main objective was to evaluate whether and to what extent a self-reported assessment of frailty is associated with daily physical activity patterns with a wrist-worn accelerometer in older adults at different stages of frailty. Particularly, we aimed to investigate the relation between parameters expressing upper-limb activity, and those expressing ambulation and the self-reported frailty score. Daily activity data was obtained from 88 elderly (mean 80.6 ± 9.1 years) of up to 21 days. Acceleration data of the wrist was collected via smartwatch. According to a self-reported frailty questionnaire participants were split up in three groups, F (frail, $n=43$), P (pre-frail, $n=33$) and R (robust, $n=12$) retrospectively. The measures related to gait and activity were calculated from the built-in step detector and acceleration sensor, i. a.: standard deviation of MAD (STD), median MAD (MEDIAN), 95th percentile of cadence (HIGH-S), and the average number of steps per 5 s (MEAN-S). Correlation and cluster analysis were performed. The correlation of gait (HIGH-S) and frailty score ($R^2=0.25$) and of activity (MEDIAN) and frailty score ($R^2=0.07$) were significant. Cluster analysis resulted in three clusters: cluster 1–high activity and low amount of ambulation, cluster 2–high activity and high amount of ambulation, and cluster 3–low activity and low amount of ambulation. Analyses between the clusters showed significant differences between activity, gait, age, sex, number of chronic diseases, health status, and walking aid. The odds of being female and frail was significantly increased for cluster 1 (OR 3.63 and 2.93). The odds of having a walking aid as women compared to men was increased OR 2.73 ($p=0.02$), too. The results demonstrate that subjective frailty assessments may be a simple first screening approach, however, especially older women using walking aids may be classified as frail although being still active. Therefore, self-reports may be particularly biased in older women.

P53

Digitales Lebens-integriertes Self-Assessment (LISA): Konzeptentwicklung und Co-Design Workshops

M. J. Böttinger¹, J. M. Bauer², E. Litz², C.-P. Jansen³, K. Gordt-Oesterwind⁴, C. Becker³

¹Netzwerk Altersforschung (NAR), Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ⁴Unit Digitale Geriatrie, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Der Mehrwert eines „Comprehensive Geriatric Assessment“ (CGA) zur frühzeitigen Identifikation von Risiken für unabhängige Lebensführung ist nachgewiesen. Aktuell wird das CGA jedoch nicht ausreichend im ambulanten Bereich durchgeführt. Die Integration digitaler Gesundheits-Apps für die Prädiktion und das Monitoring hat aufgrund des demographischen Wandels sowie des Fachkräftemangels in der Medizin in Zukunft großes Potenzial.

Ziel der Studie: Die Entwicklung eines „Lebens-Integrierten Self-Assessment“ (LISA) für Menschen ≥ 70 zielt darauf ab, Gesundheitsrisiken mithilfe digitaler Applikationen frühzeitig zu erkennen und eine effizientere Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Da die Untersuchung der User Experience bei der Entwicklung digitaler Technologien entscheidend ist, soll diese bereits ab Beginn des iterativen Entwicklungsprozesses untersucht werden.

Methodik: Zur Konzeptentwicklung werden Recherchen zu bereits verfügbaren, digitalen Self-Assessments und deren wissenschaftlichen Hintergrund durchgeführt. Im Rahmen einer partizipativen Studie mit parallelem Mixed-Method Design mit insgesamt $N=10$ Senior*innen werden sechs Co-Design Workshops durchgeführt. Im Rahmen dieser Workshops finden Gruppendiskussionen zu LISA sowie praktische Übungen zum Ausprobieren verschiedener Apps statt. Mithilfe des „User Experience Questionnaire“ werden quantitative Daten zur Bewertung der Apps erhoben und ausgewertet. Die qualitative Datenauswertung erfolgt nach dem de-

duktiv-induktiven Ansatz zur qualitativen Inhaltsanalyse anhand des „Honeycomb Model for User Experience“.

Ergebnisse: Die Recherchen sollen in einer Vorauswahl der für LISA relevanten Domänen eines CGA sowie hochwertigen, bereits verfügbaren Self-Assessment-Apps resultieren. Im Rahmen der Co-Design Workshops sollen (1) LISA Inhalte (CGA Domänen, weitere LISA Funktionen), (2) LISA Personas (Nutzertypen), (3) relevante Voraussetzungen und Aspekte für eine größtmögliche LISA User Experience, (4) die User Experience verschiedener Assessment-Apps und deren Eignung für LISA, identifiziert werden.

Zusammenfassung: Die Konzeptentwicklung und Co-Design Workshops bilden die erste Grundlage der iterativen Entwicklung eines digitalen, Lebens-integrierten Self-Assessments für ältere Menschen zur Früherkennung von Risiken für eine unabhängige Lebensführung. Die Datenauswertung wird bis September 2022 abgeschlossen sein, sodass die Ergebnisse im Rahmen des Posters präsentiert werden können.

P54

Strategy to develop electronic devices for geriatric assessment—from idea to realisation

U. Kuipers

Geriatric, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Bad Oldesloe

Introduction: Since the 90s new assessment instruments were introduced. Most of them use paper, pencil and stopwatch. During the last 30 years sensors were better available and became cheap. The advantages are higher accuracy and higher sampling rates. Some are programmable. On the other side the software needs continuously service because of constantly changing operating systems.

In the clinical environment, most users try to purchase finished medical devices that already take into account the requirements of the Medical Devices Act. But these devices are developed for a certain purpose and cannot be customized for other questions.

Often these devices have a poor and incomplete documentation. The users don't know the type of sensors, accuracy, data format, reference values and cannot change parameters of the software. Most devices are very expensive, operation needs huge time, space and expertise for evaluation. So only big institutions and few laboratories at universities use it. To overcome this, some use smart phones with sensors (accelerometer, position sensors) which are common available and cheap.

Often managing directors have doubt about the usefulness, avoid high costs, personnel and space requirement. The additional costs are not covered by health insurance companies.

Further obstacles are portability of the device and operation should be simple.

If start-ups try to introduce a new idea to market they must take in account if there is a sufficient demand in the market.

The poster shows the path “from idea to an electronic device”. It shows an overview of the electronic assessments instruments (which are in use 2022), discusses the obstacles and shows the way to overcome this.

Conclusion: So the development of an electronic device for assessment have many obstacles. The main results flow into the “Rules for the development of electronic assessments on hospital wards”.

Keywords: geriatric assessment, sensor, electronic device, medical technology

P55

Übersetzung und Validierung des „Simplified Nutritional Appetite Questionnaire“ (SNAQ)

B. D. Thai, J. M. Bauer, A. Eidam, S. Grund, T. Mross, J. Durga, P. Benzinger

Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Unter Altersanorexie wird der Appetitverlust mit zunehmendem Alter verstanden, der multifaktoriell bedingt und eng mit dem Auftreten einer Mangelernährung verbunden ist. Ein Instrument, das zur Einschätzung des Appetitstatus entwickelt wurde, ist der Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ). Die vorliegende Studie hat das Ziel, diesen Fragebogen auf Deutsch zu übersetzen und dessen telefonische Anwendung (T-SNAQ) bei ambulant lebenden älteren Menschen in Deutschland zu validieren.

Methode: Es handelt sich um eine monozentrische Querschnittstudie mit 120 Teilnehmenden, die 70 Jahre und älter waren. Der SNAQ wurde nach den Richtlinien der „Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures“ auf Deutsch übersetzt. Aufgrund von Kontaktrestriktionen in Folge der COVID-19 Pandemie wurden alle Assessments durch schriftliche Selbstausfüller und Telefoninterviews erhoben. Die interne Konsistenz des T-SNAQ wurde durch Cronbach's Alpha ermittelt. Test-Retest Reliabilität wurde durch Intraclass Korrelation Koeffizient (ICC) evaluiert. Die konvergente Validität wurde mittels Spearman Korrelation zwischen T-SNAQ und dem „Mini-Nutritional Assessment Short-Form“ (MNA-SF) bestimmt.

Ergebnis: Es wurden 71 Frauen und 49 Männer mit einem Durchschnittsalter von $77,99 \pm 5,84$ in die Studie eingeschlossen. Der durchschnittliche Score des T-SNAQ betrug $15,67 \pm 2,14$. Bei Verwendung eines cut-off von 14 wiesen 20,83 % der Teilnehmenden einen Appetitverlust auf. Durchschnittlich erforderte die Durchführung des T-SNAQ 95 s. Cronbach's Alpha und ICC betragen jeweils 0,64 bzw 0,92. Der T-SNAQ korrelierte signifikant positiv mit dem MNA-SF.

Fazit: T-SNAQ ist ein einfaches Instrument mit ausreichender Reliabilität sowie Validität und guter Durchführbarkeit zur Früherkennung von Appetitverlust in ambulant lebenden älteren Menschen. Das Assessment hat seine telemedizinische Anwendung vor allem in Situationen, wo persönlicher Kontakt eingeschränkt ist.

P56

The gender-specific impact of the FORTA (Fit-FOR-The-Aged) list on medication quality and clinical outcomes in older hospitalized patients

F. Pazan, M. Wehling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim

There is little evidence about the gender-specific impact of listing approaches such as the Fit FOR The Aged (FORTA) list on drug use and relevant clinical outcomes in older adults. In this study, we aimed to identify gender differences of interventional effects on medication quality and related clinical outcomes in the VALFORTA trial. A gender-specific analysis of data from over 400 patients in acute geriatric care comparing the control and FORTA intervention groups was performed. Changes of the FORTA score, the incidence of adverse drug events (ADEs) during hospitalization, and several clinically relevant outcomes were tested for equivalence at a 20% margin. „Success“ or „failure“ for the development of these clinical endpoints was defined and their frequencies compared by a risk reduction analysis. Gender differences were insignificant for the reduction of the FORTA score, the improvement of ADL, or over- and undertreatment errors ($p > 0.05$). In women only, the FORTA intervention significantly increased the number of patients without an ADE. Statistical sex equivalence was found for the improvement of the FORTA scores, ADL, and the

number of prevented events, but not for the improvement of specific mistreatments or over- and undertreatment scores under altered inclusion criteria ($p > 0.05$). Men and women benefit equally from the FORTA intervention regarding the improvement of the quality of drug treatment as well as several clinically relevant endpoints. Besides, the positive impact of the FORTA intervention on the number of adverse drug events appears to be larger in women.

P57

Einfluss des präoperativen Frailty-Status auf postoperative Komplikationen älterer Patientinnen mit Eierstockkrebs unabhängig vom chirurgischen Risiko – Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie

K. Anic¹, J. Varchola¹, M.W. Schmidt¹, V.C. Linz¹, M. Schmidt¹, R. Schwab¹, R. Hardt², E. Hartmann³, C. Ruckes⁴, A. Hasenburg¹, M. J. Battista¹

¹Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz; ²Abteilung Geriatrie, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz; ³Klinik für Anästhesie, Universitätsklinik Mainz, Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Mainz; ⁴Interdisziplinäres Zentrum klinischer Studien, Universitätsklinik Mainz, Johannes-Gutenberg Universität Mainz, Mainz

Hintergrund: Gebrechlichkeit ist ein häufig unterdiagnostiziertes und multidimensionales altersbedingtes Syndrom, welches mit verminderten physiologischen Leistungsreserven und einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber größeren Stressoren einhergeht. Zur Standardisierung der präoperativen „Frailty“-Beurteilung und Identifizierung von Patienten mit einem größeren Risiko für postoperative Komplikationen wurden gängige Screening-Instrumente zur globalen Gesundheitsbeurteilung an Patientinnen mit Ovarialkarzinom (OK) ausgewertet.

Methoden: Der Frailty-Status wurde anhand des G8-Fragebogens (G8 Score), des Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS) und des American Society of Anesthesiologists Physical Status System (ASA PS) untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse waren die Beziehung zwischen dem Frailty-Status und perioperativen Laborresultaten, intraoperativen chirurgischen Parametern und der Inzidenz unmittelbarer postoperativer Komplikationen.

Ergebnisse: 116 Frauen über 60 Jahren mit OK, die sich zwischen 2008 und 2019 in der Universitätsmedizin einer elektiven Debulking-Operation unterzogen, wurden mit den ausgewählten Screening-Instrumenten in „frail“ oder „non-frail“ eingestuft. Die Rate an präoperativer Anämie (Hämoglobin ≤ 12 g/dl) und perioperativen Transfusionen war in der G8-frail-Gruppe signifikant höher (65,9 % vs. 34,1 %, $p = 0,006$ bzw. 62,7 % vs. 41,8 %, $p = 0,031$). Darüber hinaus hatten Patienten, die präoperativ als G8-frail eingestuft wurden, signifikant mehr postoperative klinisch-relevante Komplikationen im Krankenhaus (27,8 % vs. 12,5 %, $p = 0,045$), unabhängig vom chronologischen Alter und dem BMI. Im Gegensatz dazu konnten der ECOG PS und ASA PS postoperative Komplikationen nicht voraussagen (alle p -Werte $> 0,05$). Nach dem Propensity-Score-Matching war die Komplikationsrate in der G8-frail-Kohorte etwa 1,7-mal höher als in der G8-non-frail-Kohorte.

Schlussfolgerung: Bei der präoperativen Beurteilung der Gebrechlichkeit mit dem G8 Score wurden ältere Patientinnen mit OK mit einer signifikant höheren Rate an postoperativen Komplikationen identifiziert, unabhängig vom chronologischen Alter, einem höheren BMI und der Komplexität der Operation. Eine standardisierte präoperative Bewertung der Gebrechlichkeit sollte in die Routineversorgung aufgenommen werden, um die Risikostratifizierung bei älteren Krebspatienten zu verbessern und eine patientenorientierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

P58

Entwicklung eines Assessmentinstrumentes zur Beurteilung der korrekten Handhabung verschiedener Arzneimitteldarreichungsformen bei nicht dementen, stationären Patienten: ASSMED-Studienprotokoll

A. Maiworm¹, R. Langner¹, S. Wilm¹, D.M. Hermann², H. Frohnhofen³, J. Gronewold²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Universitätsklinik Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen; ³Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Ältere Menschen leiden häufig an Multimorbidität, welche zu Polypharmazie führt. Die korrekte Anwendung von Medikamenten ist ein entscheidender Faktor für die Wirksamkeit der Behandlung. Es fehlt an Instrumenten, die eine objektive Bewertung der Fähigkeit zur selbstständigen Anwendung von Medikamenten in verschiedenen Darreichungsformen ermöglichen. Ziel der Studie ist es, (1) die Fähigkeit älterer, nicht dementer Krankenhauspatienten, die über ein selbstständiges Medikamentenmanagement berichten, zur Anwendung verschiedener Darreichungsformen zu bewerten, (2) Faktoren zu identifizieren, die die Fähigkeit zur Anwendung von Medikamenten beeinflussen, (3) ein Instrument zur objektiven Bewertung der Fähigkeit zur Arzneimittelanwendung zu entwickeln.

Methoden: 100 stationäre Patienten (≥ 70 Jahre, ≥ 5 Arzneimittel, selbstständige Anwendung) werden prospektiv in die beobachtende Querschnittsstudie ASSMED rekrutiert. Die Patienten werden einem Interview unterzogen, in dem demografische und klinische Informationen, die Arzneimittelanamnese, die Adhärenz und Faktoren, die diese möglicherweise beeinflussen, einschließlich Persönlichkeitsmerkmale und Selbsteinschätzung der Qualität des Medikamentenregimes, abgefragt werden. Die objektive Qualität der Medikation wird mit validierten Listen wie der Beers-Liste bewertet. Darüber hinaus erhalten die Patienten ein geriatrisches Assessment, bei dem die Kognition, die Mobilität und der funktionelle Status gemessen werden. Die tatsächliche Fähigkeit zur Medikamentenanwendung wird beurteilt, indem die Patienten Anwendungen verschiedener Arzneimitteldarreichungsformen durchführen, die per Video aufgezeichnet und von verschiedenen Beurteilern bewertet werden. Die von den Patienten angegebene Fähigkeit wird mit der tatsächlich beobachteten Fähigkeit korreliert. Zudem werden Faktoren, die mit der berichteten und beobachteten Fähigkeit zur Selbstmedikation korrelieren bewertet. Auf der Grundlage der Ergebnisse wird ein neuartiges Instrument zur Beurteilung der Fähigkeit älterer Patienten zur selbstständigen Medikamentenanwendung entwickelt.

Diskussion: Neben einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ist die korrekte Anwendung der Medikamente entscheidend für eine optimale Therapie. Instrumente zur objektiven Beurteilung der Fähigkeit älterer Patienten, sich verschiedene Darreichungsformen von Medikamenten selbst zu verabreichen, fehlen bisher, sollten aber in geriatrische Assessments einbezogen werden.

P59

Is an extensive geriatric assessment with wearables feasible in cardiac surgery?

J. Stamerjohanns¹, L. Schebesta², A. Haneya¹, G. Lutter¹, J. Schöttler¹, C. Hansen², J. Cremer¹, J. Geritz², W. Maetzler², T. Pühler¹

¹Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Campus Kiel, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel; ²Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Background: In cardiac surgery, increasingly complex procedures are being performed on increasingly elderly patients with an increasing number of comorbidities. In addition to the established risk scores, the comprehensive geriatric assessment (CGA) has emerged as potentially relevant

for predicting the postoperative outcome. This assessment specifically includes the evaluation of activity, mobility, social participation and frailty. To date, the feasibility and added value of digital wearable technology (dCGA) in the context of CGA is unclear. We have therefore carried out a proof-of-concept study to determine the feasibility of dCGA in a cardiac surgery ward of a university hospital.

Methods: From 05/18 to 05/19, we prospectively informed 128 of a total of 3025 hospitalised patients about the dCGA study. The assessment itself lasted 3 times for about 90 min (T1: preoperatively; T2: at discharge; T3: 3–6 months after discharge) and included clinical scales for determining mobility (e.g. Movement Disorder Society-revised version of the Unified Rating Scale III), cognitive abilities (e.g. Trail Making Test), mood and quality of life (EuroQol-5D-5L). Established sensor-based mobility assessments (e.g. Short Physical Performance Battery; with the RehaGait® sensor system, Hasomed, Germany) were also conducted within the dCGA.

Results: A total of $n = 64$ patients (69 ± 11 years old, 42% female) participated in the study. The length of hospital stay was 14 ± 6 days. At T1, 89% of all questionnaires were completed, but only 30% completed the sensor-based mobility assessment. At T2, 44%/9% of the subjects performed the respective tests completely, and at T3 this was 14%/14%. The main reasons for not completing the tests were primarily logistical reasons (e.g. unplanned early discharge) and bodily weakness of the patients.

Conclusion: A dCGA could only be implemented to a very limited extent within the context of inpatient routine cardiac surgery treatment in a university hospital. If this assessment strategy is to be implemented in routine operations, it is recommended to (i) keep the assessment as short as possible, (ii) focus on T1 and T3, and (iii) evaluate the significance of the parameters collected and then only use the most promising ones in clinical routine. Consideration should also be given to a home-based mobility assessment over e.g. 7 days with wearable sensors, as this is more relevant to everyday life and less intrusive than clinical assessments.

P60

Frailty-Screeningtools sagen postoperative Komplikationen bei älteren Patientinnen mit Endometriumkarzinomen besser voraus als Alter oder BMI allein – eine retrospektive beobachtende Kohortenstudie

K. Anic¹, F. Flohr¹, M.W. Schmidt¹, M. Schmidt¹, R. Schwab¹, C. Westphalen², C. Eichelsbacher³, C. Ruckes⁴, W. Brenner¹, A. Hasenburg¹, M.J. Battista¹

¹Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsfrauenklinik Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz; ²Klinik für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsklinik Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz; ³Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Mainz, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Mainz; ⁴Interdisziplinäres Zentrum klinischer Studien, Universitätsklinik Mainz, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Mainz

Zielsetzung: Fünf gängige Screeningtools zur globalen Gesundheitsbewertung wurden evaluiert, um den präoperativen Frailty-Status und dessen Zusammenhang mit perioperativen Komplikationen bei älteren Frauen mit Endometriumkarzinomen (EK) zu bewerten.

Material und Methoden: Der präoperative Frailty-Status wurde anhand des G8-Fragebogens, des Eastern Cooperative Oncology Group Leistungsstatus (ECOG PS), des Charlson Comorbidity Index (CCI) und des American Society of Anesthesiologists Physical Status System (ASA PS) sowie des Lee Schonberg Prognoseindex (Lee-Index) untersucht. Die wichtigsten Ergebnisgrößen waren perioperative Laborergebnisse, chirurgische Parameter und unmittelbar postoperative Komplikationen.

Ergebnisse: 153 Frauen ≥ 60 Jahre mit EK, die zwischen 2008 und 2019 an der Universitätsmedizin Mainz primär elektiv operiert wurden, konnten mit ausgewählten Frailty-Screening-Tools entsprechend ihres präoperativen Leistungsstatus klassifiziert werden. Im Gegensatz zu konventionellen prognostischen Parametern wie höheres Alter und BMI war der Frailty-Status bestimmter Tools signifikant mit postoperativen Komplikationen assoziiert (G8-frail: 20,7 % vs. G8-non-frail: 6,7 %, $p = 0,028$; ECOG-frail: 40,9 %

vs. ECOG-non-frail: 2,8 %, $p=0,002$; und CCI-frail: 25,0 % vs. CCI-non-frail: 7,4 %, $p=0,003$). Außerdem wiesen als „frail“ eingestufte Patientinnen eine längere Krankenhausverweildauer auf. Nach dem Propensity-Score-Matching war das Risiko für postoperative Komplikationen bei gebrechlichen Patientinnen etwa doppelt so hoch, je nachdem, welches Frailty-Screening-Tool verwendet wurde.

Schlussfolgerung: Die präoperativ ermittelte Gebrechlichkeit sagt die postoperative Morbidität deutlich besser voraus als die herkömmlich verwendeten prognostischen Einzelparameter Alter oder BMI. Eine standardisierte präoperative Bewertung der Gebrechlichkeit im Rahmen der Routineuntersuchung könnte bei älteren Krebspatienten vor größeren Operationen von Vorteil sein, um das perioperative Risiko angemessen zu bewerten.

P61 Überprüfung der Validität und Reliabilität der Apple iPhone Health App zur Messung der Gangqualität von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren

N. Hezel¹, F. Dongus², J.M. Bauer¹, C. Werner¹

¹Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Messungen der Gangqualität unter standardisierten Laborbedingungen spiegeln nicht das reale Gehverhalten einer Person im Alltag wieder und leiden oftmals unter Erwartungseffekten. Jüngste Entwicklungen ambulanter Sensortechnologien adressieren diese Nachteile und versprechen eine kontinuierliche, passive und nicht-intrusive Messung der Gangqualität außerhalb des Labors. Apple Inc. ermöglicht seit dem iPhone 8 über die Apple iPhone Health App (AiHA) ebenfalls eine kontinuierliche Messung der Gangqualität im Alltag. Studienergebnisse zur Validität der AiHA in verschiedenen Altersgruppen sowie zu ihrer Test-Retest Reliabilität fehlen bislang jedoch. Ziel der Studie ist die Überprüfung der konkurrenten Validität und Test-Retest-Reliabilität der AiHA zur Erfassung der Gangqualität von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren. **Methodik:** Jeweils 25 Kinder und Jugendliche (12–17 Jahre), Erwachsene (18–64 Jahre) und Senioren (≥ 65 Jahre) absolvieren einen 6-Minuten-Gehtest (6MWT) mit normaler Ganggeschwindigkeit, während dessen Durchführung die Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge, bipedale Abstützungsdauer und Gangsymmetrie mit der AiHA erfasst wird. Für die Überprüfung der konkurrenten Validität der AiHA gegenüber einem Referenzstandard werden diese Gangparameter gleichzeitig mit einem etablierten Multisensorsystem (APDM Mobility Lab) erhoben. Die Überprüfung der Test-Retest Reliabilität der AiHA erfolgt über einen wiederholten instrumentierten 6MWT nach 7 Tagen. Die absolute Übereinstimmung zwischen der AiHA und dem APDM Mobility Lab (konkurrente Validität) sowie zwischen den wiederholten Messungen (Test-Retest-Reliabilität) wird über die Bland-Altman-Methode und die Berechnung von Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) beurteilt.

Erwartete Ergebnisse und Diskussion: Für die Bestimmung der Gangqualität wird unabhängig von der Altersgruppe eine gute bis exzellente absolute Übereinstimmung zwischen der AiHA und dem APDM Mobility Lab sowie der beiden wiederholten Messungen erwartet ($ICC \geq 0,70$). Es wird davon ausgegangen, dass die AiHA valide und zuverlässig die Gangqualität im Alltag bei Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren erfassen kann. Die Studie wird aktuell durchgeführt. Der Abschluss der Datenerhebung ist für Juli 2022 geplant. Die erhobenen Daten und Ergebnisse werden im Rahmen des Kongresses vorgestellt.

P62 Smart Brain Care – Entwicklung einer komplexen Intervention zur Früherkennung und Behandlung von Patienten mit leichten kognitiven Störungen (MCI) und leichtgradigen dementiellen Syndromen in Deutschland

A.-K. Schwientek, L. Wolski, T. Grimmer

Zentrum Für Kognitive Störungen, Technische Universität München, MRI, TUM, München

Hintergrund: Im Jahr 2021 sind ca. 1,6 Mio. Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt – Tendenz steigend. Daten aus der Versorgung zeigen, dass MCI selten diagnostiziert wird. Die Prävention und Früherkennung von MCI nimmt Einfluss auf den Krankheitsverlauf – durch eine Minimierung von Risikofaktoren kann die Demenzwahrscheinlichkeit um 40 % reduziert werden. Durchschnittlich vergehen ca. 90,3 Wochen, bis ein Patient mit kognitiven Störungen die richtige Diagnose erhält. Als Barrieren in der Versorgung werden eine mangelhafte Kommunikation sowie der Wunsch nach hausarztkonformen Diagnose- und Behandlungsalgorithmen genannt. Auch fehlende Kenntnisse und Ängste auf Seiten der Patienten beeinflussen das Hilfesuchverhalten. Die steigende Nachfrage nach einer angemessenen Abklärung von kognitiven Störungen, stellt die Versorgung vor große Herausforderungen.

Fragestellung und Zielsetzung: Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit MCI und leichten Demenzformen. Im Fokus stehen Hausärzte und Fachärzte als „Gatekeeper“ im Versorgungsnetz.

Methodik: Im Rahmen der Entwicklungsphase werden kritische Versorgungselemente durch eine systematische Literaturrecherche sowie die Erhebung von qualitativen und quantitativen Daten identifiziert, Ziele abgeleitet und einzelne Bausteine der Intervention definiert.

Rahmenmodell: Bisher konnten vier kritische Elemente identifiziert und in Workpackages abgeleitet werden:

WP1: Etablierung einer e-Datenbank für einen optimierten Austausch sowie dem digitalen Zugang zu Screening-Tools und Informationsmaterialien.

WP2: Definition von hausarztkonformen Screening-Tools sowie Weiterbildungsmaterialien für (HA + FA).

WP3: Bereitstellung von Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige.

WP4 Awareness: Entwicklung einer Aufklärungskampagne auf Bevölkerungsebene.

Diskussion: Ausgehend von einer zunehmenden digitalen Kompetenz adressieren wir strukturelle sowie wissensbasierte Versorgungsprobleme und beziehen den Patienten als zentralen Akteur in die Behandlung mit ein. Darüber hinaus soll auch die Awareness für MCI auf ärztlicher und auf Patienten- und Bevölkerungsebene erweitert werden. Zudem soll eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit über Sektorengrenzen umgesetzt werden.

Zusammenfassung: Etablierung einer niederschwellig zugänglichen digitalen Intervention, die Probleme in der Versorgungspraxis von Patienten mit MCI anspricht.

P63 Erkennung Dekubiti 1. und 2. Grades am Steiß mittels kamerabasierter Technologie

T. Laurentius¹, D. Blase², C. Bollheimer¹, S. Leonhardt², S. Dahlmanns², M. Lükens²

¹Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ²Lehrstuhl für Medizinische Informationstechnik, Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen

Hintergrund/Fragestellung: Dekubiti stellen bei geriatrischen Patienten ein großes Problem dar. Ursächlich sind u.a. auf Grund von dem geriatrischen Syndrom der Mangelernährung, Frailty eingeschränkte Mo-

bilität und abnehmende Muskelmasse und Muskelfunktion mit in Folge lokaler Druckzunahme, welche nicht durch reflexartige Druckentlastung durch Bewegung behoben werden kann. In Folge steht eine lokale Ischämie mit Entwicklung von Dekubiti, welche von oberflächlich bis in tiefe Strukturen und Freilegen von Sehnen und Knochen resultieren kann. Die Klassifizierung des Dekubitus erfolgt in Grad 1–4. Es gestaltet sich aber besonders schwierig die Grade 1 und 2 valide zu detektieren und somit zeitnah entsprechende Therapie wie Lagerungstherapie zu etablieren.

Ziel dieses Projektes ist daher zu evaluieren ob kamerabasierte Messgeräte dazu geeignet sind, die Parameter Bioimpedanz, Perfusion und Oberflächentemperatur lokal im Gebiet von Dekubitus zu detektieren und somit eine Objektivierbarkeit eines Dekubitus der Grad 1 und 2 erzielt werden kann.

Methode: Einschluss von geriatrischen Patient:innen, welche stationär in einer Akutgeriatrie behandelt werden mit einem Dekubitus am Steiß 1. Oder 2. Grades.

Der Dekubitus wird bei jedem Verbandswechsel mit einem Kamerasystem, bestehend aus einer Hyperspektral und Wärmebildkamera fotografiert. Zusätzlich wird einmalig im gesunden Hautgebiet um den Dekubitus eine Bioimpedanzanalyse durchgeführt.

Ergebnisse: Modellentwicklung um aus Kameradaten valide eine Aussage treffen zu können ob ein Dekubitus vorliegt oder nicht. Des weiteren soll eine objektive Verlaufsbeobachtung des Dekubitus ermöglicht werden.

P64

Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz – Entwicklung des Community Implementation Behaviour Questionnaire (CIBQ)

M. Wittek¹, F. Manke-Reimers², E. Schmitt¹

¹Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit Baden-Württemberg, Universität Heidelberg, Mannheim

Fragestellung: Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt nicht nur die Gesellschaft aufgrund des demografischen Wandels vor große Herausforderungen, sondern kann besonders für pflegende Angehörige physisch und psychisch belastend sein. Obwohl pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz eine tragende Säule im deutschen Pflegesystem sind, weist ihre Unterstützung und die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten in der Kommune Defizite auf. Um die Implementierung von Maßnahmen für die Zielgruppe zu optimieren, ist es essentiell die Determinanten und Charakteristika der AkteurInnen aus den Kommunen zu kennen, die ihr Verhalten während des Implementierungsprozesses maßgeblich beeinflussen. Nur so können diese gezielt adressiert werden. Da, nach Kenntnisstand der AutorInnen, kein validierter Fragebogen in deutscher Sprache zu diesem Thema existiert, wurde der Community Implementation Behaviour Questionnaire (CIBQ) entwickelt. Dieser basiert auf dem Theoretical Domains Framework (TDF).

Methodik: Um die Frage zu beantworten, welche Eigenschaften von AkteurInnen aus den Kommunen ihr Verhalten bei der Implementierung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz beeinflussen, wurden 205 AkteurInnen aus 16 Kommunen in Deutschland befragt. Hierzu wurde mit dem 34 Items umfassenden quantitativen CIBQ nach ihrem Implementierungsverhalten im Kontext von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gefragt. Um ein optimales Modell-Fit zu ermöglichen, wurden die interne Konsistenz und die Konstruktvalidität mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse berechnet.

Ergebnisse: Die finale Version des CIBQ beinhaltet zehn Domänen und 31 Items. Die psychometrischen Eigenschaften des adaptierten Fragebogens zeigten die folgende Modellgüte: CMIN/DF = 1,79; SRMR = 0,05; RMSEA = 0,07; CFI = 0,92; Cronbach's Alpha 0,74–0,89; Inter-Item-Korrelation 0,38–0,88.

Zusammenfassung: Ergebnisse weisen eine zufriedenstellende interne Konsistenz und Konstruktvalidität des CIBQ zur Erfassung von Determinanten des Umsetzungsverhaltens von AkteurInnen aus der Kommune

im Kontext von Unterstützung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz auf. Zukünftige Forschungen sollten den CIBQ bei größeren Stichproben testen und zur Schließung weiterer Versorgungslücken der (Gesundheits-)versorgung in den Kommunen anwenden.

P65

smartIMPULS: Weiterentwicklung und integrierter Einsatz eines IT-gestützten Bedarfsermittlungsverfahrens zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Teilhabe älterer Menschen im Quartier im Rahmen des Projekts SMART-AGE

U. Sperling, V. M. Kölsch, H. Burkhardt

Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim

Ältere Menschen und deren Zugehörige scheitern oft daran, kritische Risikoentwicklungen für ihre Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe rechtzeitig zu erkennen, die für ihre Bedarfe passenden Maßnahmen und Dienste auszuwählen und deren Inanspruchnahme zu organisieren. Integriert in ein Angebot unterschiedlicher IT-basierter Assistenzsysteme kommt in dem von der Carl-Zeiss-Stiftung geförderten Projekt „SMART-AGE – Smartes Altern im kommunalen Kontext: Untersuchung intelligenter Formen von Selbstregulation und Ko-Regulation unter Realbedingungen“ ein Bedarfsermittlungsverfahren zur Vermeidung und Prävention gesundheitlicher Risiken zum Einsatz. Dieses wurde in der ersten Projektzeit aus einem Verfahren weiterentwickelt, das in dem vom BMBF geförderten Projekt „SINQ – Service-Integration und Netzwerkmanagement zur Verbesserung des sozialen Zusammenlebens geriatrischer Patienten im Quartier“ entwickelt und dort als Element des plattformgestützten Demonstrators drei Monate lang von 12 Personen im Alter zwischen 60 und 83 Jahren (Mean = 72 Jahre) unter Alltagsbedingungen erprobt wurde. Zentrale Ergebnisse der Evaluation bestätigten die Akzeptanz, die Anwendbarkeit und die Potenziale für gesünderes Altern sowie die hohe Bedeutung der Datensicherheit.

Für den Einsatz im Projekt SMART-AGE wurde das Bedarfserkennungsverfahren unter dem Namen smartIMPULS im ersten Projektjahr um die Bereiche kognitive Leistungsfähigkeit, psychische Faktoren, Sturzrisiko, körperliche Funktionsfähigkeit und Schmerzerleben erweitert. Zusätzlich wurden präventive Gesundheitsaspekte einbezogen. Im Projektverlauf sollen als weitere Bereiche das Stresserleben sowie die Hör- und Sehfähigkeit aufgenommen werden. Das Konzept der Empfehlungen wurde überarbeitet. Durch die Integration von smartIMPULS in das Gesamtangebot von SMART-AGE mit weiteren intelligenten Assistenzsystemen erhalten die Nutzerinnen und Nutzer jetzt zusätzlich Hinweise und Links auf gezielte Informations- und Übungsmöglichkeiten zur Prävention von Gesundheitsrisiken sowie Anregungen für soziale Teilhabe. Umgekehrt fördert smartIMPULS durch diese Vernetzung die Nutzung der anderen auf der SMART-AGE-Plattform bereitgestellten Systeme. Im Anschluss an eine Pilottestung soll ab Herbst 2022 das SMART-AGE-Angebot einschließlich smartIMPULS an einer größeren Stichprobe in zwei Städten in Süddeutschland eingesetzt und wissenschaftlich ausgewertet werden.

P66

Forschung für Ältere mit Älteren – Partizipative Technikentwicklung unter Verwendung von Onlinemedien in Zeiten von Covid-19. Forderungen, Herausforderungen, Erfolge

C. Eicher, R. Klebbe

Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund und Fragestellung: Die anwendungsorientierte Umsetzung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit Technikscharakter basiert auf einer konsequenten Einbindung zukünftiger Nutzergruppen in alle projektbezogenen Entwicklungsschritte. Mithilfe einer partizipativen Technikentwicklung profitieren Entwickler von den Perspektiven zukünftiger Nutzergruppen. Umgekehrt wird diesen eine hohe Relevanz ihrer Erfahrungen und Bedarfe vermittelt. Gerade in Bezug auf die Älteren spielt dies eine große Rolle, da ihre Bedarfe teils untererforscht, jedoch relevant sind für eine hohe Nutzerakzeptanz. Durch die Covid-19 Pandemie war Präsenzforschung stark eingeschränkt, sodass wichtiges Feedback für die partizipative Technikentwicklung fehlte. Onlinemedien wurden eingesetzt, um Nutzergruppen an der Technikentwicklung teilhaben zu lassen und ihre Perspektiven zu integrieren.

Methodik: Anhand konkreter Fallbeispiele aus dem Forschungsbereich werden Implikationen der Covid-19 Anordnungen auf die partizipative Technikentwicklung beleuchtet und dargestellt, welche Maßnahmen zur Überwindung der Covid-19 bedingten Forschungsrestriktionen entwickelt wurden.

Ergebnisse: Zunächst wurden Herausforderungen beim Zugang zu den Nutzergruppen deutlich. Ältere und andere vulnerable Personengruppen wurden als Covid-19 Hochrisikogruppen eingestuft und Personen aus dem Pflegebereich waren stark belastet, beide somit für Präsenzforschung nicht verfügbar. Teilnehmende Beobachtungen, Workshops und Interviews konnten nicht in Präsenz stattfinden. Um die partizipative Technikentwicklung dennoch voranzutreiben, wurden online Kommunikationsdienste und Kollaborationsplattformen genutzt, die vorab hinsichtlich Datenschutzkonformität überprüft wurden. Eine Technikevaluation wurde somit bspw. als Remote-Szenario gestaltet, wobei ein robotisches Assistenzsystem per Fernsteuerung bedient wird. Weiterhin wurden statt einer teilnehmenden Beobachtung online Interviews und Workshops und eine Testung in Virtual-Reality Umgebung durchgeführt.

Zusammenfassung: Durch die Verwendung von Onlinemedien wurde der persönliche Kontakt mit Studienteilnehmenden eingeschränkt. Dies ermöglichte sichere Testungen unter Pandemiebedingungen. Außerdem konnte flexibel auf zeitliche Ressourcen der Studienteilnehmenden reagiert werden. Die Potenziale von Onlinemedien als Mittel zur engen Verzahnung von Nutzerbedarfen und Technikentwicklung unter Covid-19 Bedingungen konnten auf empirischer Grundlage dargestellt werden.

P67

Sturzprävention im häuslichen Otago-Trainings-Programm-Peers (HOP-P) – eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

E. G. Kaufmann¹, H. J. Heppner²

¹Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten; ²Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, Schwelm

Stürze sind ein altersassoziiertes Syndrom, das individuell und gesamtgesellschaftlich gravierende Konsequenzen hat. Nachweislich präventiv wirksam ist ein von Fachkräften angeleitetes motorisches Training, z. B. für Nicht-Hochrisikogruppen das Otago-Trainings-Programm [OEP]. Vor dem Hintergrund von steigenden Kosten im Gesundheitssystem, hohen Fall-

zahlen in einer alternden Gesellschaft und Hinweisen auf gute Adhärenz gewinnen von Peers durchgeführte Maßnahmen an Bedeutung. Für gruppenbasiertes OEP gibt es hierzu erste vielversprechende Ergebnisse, im häuslichen Einzelsetting stehen Erkenntnisse aus.

Die prospektive randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie untersuchte die sturzpräventive Wirksamkeit eines von geschulten Peers angeleiteten, 12-wöchigen häuslichen Otago-Trainings-Programms nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Studie schloss 47 Personen mit und ohne Sturzbiographie ab 65 Jahren ein. Die geplante Stichprobengröße wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie und anderer Rekrutierungsprobleme nicht erreicht. Beobachtet wurden sturzbezogene und funktionelle Parameter über 12 Monate hinweg.

Das relative Risiko der Interventionsteilnehmer:innen, mindestens einmal zu stürzen, lag bei 0,69 (95 % CI: 0,36–1,29; $p=0,122$). Dieses Ergebnis ist nicht signifikant. Unter Ausschluss von Ausreißern war die Sturzrate in der Interventionsgruppe um 80 % niedriger als in der Kontrollgruppe (IRR: 0,20; 95 % CI: 0,03–1,31; $p=0,094$). Gleichwohl stürzten einzelne Personen bis zu zwanzigmal. Im Gruppenvergleich war die Beinkraft der Interventionsgruppe signifikant besser, die Balance signifikant schlechter.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein von Peers angeleitetes, häusliches motorisches Otago-Trainings-Programm sturzpräventiv sein und eine Risikoreduktion erzielen kann. Die Effektgrößen bewegen sich im Rahmen anderer Studien mit professionellen Instruktoren. Die bei Einzelnen steigende Sturzhäufigkeit muss beobachtet werden. Aufgrund fehlender Power konnten diese Effekte nicht verifiziert werden. Es handelt sich um Pilotdaten, die für zukünftige Studien Anhaltspunkte liefern können.

P68

Mobilität, soziale Teilhabe und Nutzung intelligenter Assistenzsysteme im Alter: Protokoll einer Ecological Momentary Assessment Studie

E. Litz¹, M. J. Böttlinger², K. Gordt-Oesterwind³, J. M. Bauer¹, C. Becker⁴, C.-P. Jansen⁴

¹Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Netzwerk Altersforschung (NAR), Psychologisches Institut und Netzwerk Altersforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Unit Digitale Geriatrie, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁴Klinik für Geriatrie Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Fragestellung: Mobilität ist ein zentraler Aspekt des gesunden Alterns, der oftmals mit sozialer Teilhabe in Verbindung gebracht wird. Ob eine erfolgreiche Förderung von Mobilität und körperlicher Aktivität älterer Menschen, bspw. durch intelligente („smarte“) Assistenzsysteme, auch zu einer gesteigerten sozialen Teilhabe und Zufriedenheit führt, ist bisher methodisch unzureichend untersucht. Durch die Integration eines Ecological Momentary Assessments (EMA) in Sensor-basierte Messungen der körperlichen Aktivität und Lebensraumnutzung können Kontextfaktoren und die individuelle Bewertung von täglicher inner- und außerhäuslicher Mobilität bei älteren Erwachsenen erhoben werden.

Methodik: Explorative longitudinale Beobachtungsstudie mit $N=50$ zuhause wohnenden älteren Erwachsenen (>67 Jahre). Sensor- und GPS-basierte Mobilitätsparameter werden zweimal im Abstand von 12 Monaten an sieben aufeinanderfolgenden Tagen erhoben (Move 4, movisens GmbH; Smartphone) und deren Kontextfaktoren subjektiv mittels EMA (movisensXS) in-situ erfasst. Hierzu wird ein kombinierter EMA Experience Sampling Plan verwendet, der Ereignis- (z. B. Rückkehr nach Hause), (In) Aktivitäts- (z. B. 30 min Sitzen/Liegen/Gehen) und Zeit-basiertes (z. B. Abfrage am Abend) Sampling beinhaltet sowie Abfragen zu sozialem Kontext und Interaktion, Art der Aktivität und Technologienutzungsdauer triggert.

Ergebnisse: Anhand von Multilevel Analysen soll geklärt werden, ob (1) eine höhere körperliche Aktivität und eine erweiterte Lebensraumnutzung mit einer höheren sozialen Teilhabe assoziiert sind; (2) sich inner- und außerhäusliche körperliche (In)Aktivität bzgl. sozialem Kontext und

individuell bewerteter Bedeutsamkeit unterscheiden; (3) die Nutzung intelligenter Assistenzsysteme zu einer Steigerung oder gar Verringerung der körperlichen Aktivität und sozialer Teilhabe führen.

Zusammenfassung: Die Annahme, dass eine gesteigerte körperliche Aktivität und eine größere Lebensraumnutzung mit einer höheren sozialen Teilhabe und Partizipation in Verbindung steht, ist bisher nur unzureichend empirisch untermauert. Ebenso ist unklar, ob die Nutzung intelligenter Assistenzsysteme Mobilität und körperliche Aktivität fördert oder ggf. sogar durch erhöhte Nutzungsdauer verringern kann. Durch EMA können diese Fragen umfassend und mit hoher Granularität in der unmittelbaren Situation ökologisch valide untersucht und beantwortet werden.

P69

Sturzhäufigkeit bei Personen ab 65 Jahren während der Covid-19-Pandemie – Vorläufige Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+)

J. Fuchs, B. Gaertner, C. Scheidt-Nave

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

Fragestellung: Stürze spielen im Alter eine bedeutsame Rolle, da sie zu schwerwiegenden Verletzungen führen können. Alter, Multimorbidität, Polypharmazie, Mobilitäts- und Seheinschränkungen sind bekannte Risikofaktoren für Stürze. Die Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+) untersucht das Sturzgeschehen während der Covid-19-Pandemie.

Methodik: Für die Studie Gesundheit 65+ wurden Personen ab 65 Jahren per Zufall aus Einwohnermeldeamtsregistern von 128 bundesweit verteilten Studienorten ausgewählt und sukzessiv zwischen Juni 2021 und April 2022 zur Teilnahme eingeladen. Zur Baselinebefragung (schriftlicher oder online Fragebogen, telefonisches oder face-to-face Interview) wurde nach Einfach- und Mehrfachstürzen gefragt. Für insgesamt 3074 Personen lagen Angaben zu Stürzen und für 3045 Personen Angaben zu Mehrfachstürzen vor.

Ergebnisse (vorläufig und ungewichtet): 26,3 % der Befragten (Konfidenzintervall KI 24,7–27,9) sind in den letzten 12 Monaten mindestens einmal gestürzt, 14,2 % (KI 13,0–15,4) mehrfach. Stürze sind insgesamt häufiger bei Frauen (29,6 %, KI 27,3–32,0) als bei Männern (23,3 %, KI 21,2–25,4), bei Mehrfachstürzen gibt es keinen signifikanten Unterschied (Frauen 15,6 %, KI 13,8–17,5, Männer 12,9 %, KI 11,3–14,6). Personen ab 80 Jahren sind signifikant häufiger gestürzt (33,4 %, KI 31,3–35,7) als Personen im Alter von 65–79 Jahren (16,3 %, KI 14,3–18,4); gleiches gilt für die Mehrfachstürze (18,9 %, KI 17,1–20,8 vs. 7,5 %, KI 6,2–9,1).

Personen, die mehrfach gestürzt sind, weisen signifikant häufiger Risikofaktoren auf als Personen, die nur einmal oder gar nicht gestürzt sind. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als mittel/schlecht ein (80,9 %, KI 76,9–84,4 vs. 44,0 % KI 42,1–45,9), sind häufiger multimorbid (85,6 %, KI 81,7–88,4 vs. 68,8 %, KI 67,1–70,7), nehmen häufiger 5 und mehr Medikamente ein (57,3 %, KI 52,5–62,0 vs. 33,3 % KI 31,5–35,1) und sind in ihrer Mobilität (55,3 %, KI 50,5–60,0 vs. 19,1 %, KI 17,6–20,7) und Sehkraft (14,6 %, KI 11,5–18,3 vs. 5,4 %, KI 4,6–6,4) eingeschränkt.

Schlussfolgerung: Ein Viertel der Befragten in Gesundheit 65+ berichtete über ein Sturzereignis im letzten Jahr. Dabei zeigten sich für Mehrfachstürze Zusammenhänge mit bekannten Risikofaktoren. Das Erkennen von Risikofaktoren und die Durchführung entsprechender Maßnahmen bleibt damit eine Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen.

P70

Selbstständigkeit und Beeinträchtigungen Pflegebedürftiger in der häuslichen Versorgung: Quantitative Befunde aus Daten der Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes

J. Schütz

Bayerisches Forschungszentrum Pflege Digital, Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Kempten

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Selbstständigkeit und den Beeinträchtigungen pflegebedürftiger älterer Menschen in der häuslichen Versorgung. Haushalte mit Pflegebedarf weisen heterogene Bedarfslagen und Lebenssituationen auf, wobei davon auszugehen ist, dass typische Pflegesituationen und -konstellationen existieren. Diese zu identifizieren ist Ziel des Forschungsvorhabens. Die Analysegrundlage bilden Daten aus den Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Bayern. Der Medizinische Dienst (MD) ist zuständig für gesetzlich Versicherte und führt Pflegebegutachtungen auf Basis des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) durch. Im Rahmen der Begutachtung werden sechs Lebensbereiche betrachtet und durch ein standardisiertes Instrument erfasst: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten/Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen und Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte (vgl. MDS & GKV 2021). Mittels quantitativer Verfahren werden Daten von mehr als 126.000 Erwachsenen ausgewertet, welche der MD Bayern im Jahr 2019 im Rahmen von Erstbegutachtungen erhoben hat. Anhand von Clustering-Verfahren werden häufig auftretende Ausprägungen und Konstellationen von Einschränkungen bzw. vorhandene Selbstständigkeitsfähigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen identifiziert. Zusätzlich werden Befunde über sozio-demografische Informationen der begutachteten Personen präsentiert. Erste Ergebnisse zeigen, dass über die Hälfte der älteren Personen, denen bei Erstbegutachtung ein Pflegegrad zugesprochen wurde, vollständig selbstständig im Bereich Mobilität ist (Ausnahme: Treppensteigen), in den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Ausnahme: Erinnern) und in der Gestaltung des Alltagslebens (Ausnahme: Gestaltung Tagesablauf, Planungen, Kontaktpflege). Die größten Einschränkungen der Selbstständigkeit bestehen im Bereich Selbstversorgung, v. a. beim Duschen/Baden und An-/Auskleiden des Unterkörpers.

Abschließend werden Vor- und Nachteile der Daten gegenüber regulären Forschungsdaten, wie z. B. großangelegte Umfragedaten aus der Altersforschung, diskutiert.

P71

Overcoming barriers to the adoption of locating technologies in dementia care: A multi-stakeholder focus group study

S. D. Freiesleben¹, H. Megges², C. Herrmann¹, L. Wessel³, O. Peters¹

¹Altersmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Charité–Universitätsmedizin Berlin; German Center for Neurodegenerative Diseases (DNZE), Berlin; ²Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ), Berlin; ³Norwegian University of Science and Technology (NTNU), European New School of Digital Studies, Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Frankfurt (Oder)

Background: Locating technologies are a subtype of assistive technology that aim to support persons with dementia by helping manage spatial orientation impairments and provide aid to care partners by intervening when necessary. Although a variety of locating devices are commercially available, their adoption has remained low in the past years. Several studies have explored barriers to the adoption of assistive technologies from the perspective of professional stakeholders, but in-depth explorations for locating technologies are sparse. Additionally, the inputs of business professionals are lacking. The aim of this study was to expand knowledge on

barriers to the adoption of locating technologies from a multi-stakeholder professional perspective, and to explore strategies to optimize adoption.

Methods: In total, 22 professionals working in business ($n=7$), healthcare ($n=6$) and research ($n=9$) fields related to gerontology and gerontechnology participated in our focus group study. Perceptions on the value of using locating technologies for dementia care, barriers to their adoption, as well as salient services and information dissemination strategies were explored. After verbatim transcription, transcripts were analysed following an inductive data-driven content analysis approach in MAXQDA.

Results: Six key adoption barriers centering on: (1) awareness-, (2) technological-, (3) product characteristic- and (4) capital investment-based limitations, (5) unclear benefits, as well as (6) ethical concerns emerged. The interplay between barriers was high. Five core themes on services and information dissemination strategies centering on: (1) digital autonomy support, (2) emergency support, (3) information dissemination actors, (4) product acquisition, and (5) product advertising were extracted.

Conclusions: Our study with interdisciplinary stakeholders expands knowledge on barriers to the adoption of locating technologies for dementia care, and reinforces recommendations that an interdisciplinary strategy is needed to optimize adoption. Also, our findings show that focusing on services to increase digital autonomy and on information dissemination strategies has been largely overlooked and may be particularly effective.

P72

Angehörige als Resilienzfaktor bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

J. Greskötter

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg

Fragestellung: Können Angehörige von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus zu einer Erweiterung des Interaktionsbereiches beitragen? Eine multiperspektivische Betrachtung.

Methodik: Wenn Menschen mit einer demenziellen Erkrankung aufgrund einer akuten Erkrankung in einem Akutkrankenhaus aufgenommen und behandelt werden müssen, treffen zwei sehr unterschiedliche Welten aufeinander: die des vulnerablen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und jene der ablaufforientierten Organisation des Akutkrankenhauses. Für demenziell erkrankte Patient:innen bedeutet ein Krankenhausaufenthalt eine extreme Ausnahmesituation: eine fremde Umgebung mit ihren spezifischen Eigenarten, ganz eigenen Regeln und eigener Sprache. Für das Klinikpersonal ist das Akutkrankenhaus hingegen ihre Alltagswelt inklusive der damit verbundenen Normalität und Routinen. Die Behandlung und Begleitung von Patient:innen mit Demenz erfordern jedoch das Abweichen von diesen Routinen. Als Folge ergibt sich oftmals eine beeinträchtigte bzw. erschwerte Interaktion zwischen den Patient:innen mit Demenz und den Krankenhausmitarbeitenden.

Das Dissertationsprojekt entstand aus der Überlegung, was oder wer in der beschriebenen Situation unterstützend auf die Situation im Akutkrankenhaus einwirken könnte. In den Fokus traten hierbei die An- und Zugehörigen der Patient:innen mit einer demenziellen Erkrankung.

Es wurden insgesamt 23 episodische Interviews mit Menschen mit Demenz, Angehörigen, Mediziner:innen und Pflegefachpersonen geführt. Die Auswertung erfolgte nach der Methode des thematischen Kodierens nach Flick.

Ergebnisse: Für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus sind An- und Zugehörige wichtige Bezugspersonen. Sie bilden einen positiven Referenzpunkt und vermitteln Vertrautheit und Sicherheit in einer fremden Welt. Dieser Aspekt wird von Mediziner:innen und Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus bekräftigt. Sie erleben Angehörige für die demenziell erkrankten Patient:innen als Stabilisatoren und Unterstützer. Angehörige erleben sich selbst als Bezugspersonen und Vertraute – und sehen es als ihre Aufgabe an, Patient:innen mit Demenz in ihrer Autonomie und Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

Zusammenfassung: An- und Zugehörige sind als Vertraute und Bezugspersonen ein wichtiger Resilienzfaktor für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.

P73

Nichtpharmakologische MAKs®-s Intervention bei Menschen mit schwerer Demenz: Prädiktoren für deren psychosozialen Benefit

K. Diehl, A. Kratzer, E. Gräßel

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Fragestellung: Während der Covid-19 Pandemie konnten innerhalb einer cluster-randomisiert, kontrollierten Studie keine Auswirkungen einer nichtpharmakologischen mehrkomponenten Intervention auf die Lebensqualität, neuropsychiatrischen Symptome oder Alltagsfähigkeiten von Menschen mit schwerer Demenz während der 6-monatigen Interventionsphase nachgewiesen werden. Anhand einer Nachbefragung der Therapeutinnen, 6 Monate nach Beendigung der kontrollierten Phase (t12), sollte die Frage beantwortet werden, welche Faktoren einen psychosozialen Benefit der Menschen mit schwerer Demenz beeinflussen.

Methodik: 6 Monate nach Abschluss der randomisiert, kontrollierten Verlaufsstudie (t12) konnten 34 vollständig ausgefüllte Fragebögen von MAKs-s Therapeutinnen aus 18 Pflegeheimen in die Auswertung einbezogen werden. Erhoben wurden: Strukturqualität, manualtreue Durchführung (ja/nein), die Bewertung der Intervention, normative Einflüsse und psychosoziale Auswirkungen der Covid-19 Pandemie, psychosozialer Benefit für MAKs-s Therapeutinnen und psychosozialer Benefit für die teilnehmenden Menschen mit schwerer Demenz (abhängige Variable). Als manualtreue wurde die Durchführung dann bezeichnet, wenn die Intervention mindestens 2 mal pro Woche ohne Veränderungen an der Dauer, der Reihenfolge und der Anzahl der einzelnen Komponenten stattfand.

Ergebnisse: Die Regressionsanalyse zeigte, dass die Variablen Benefit der Therapeutinnen, Bewertung der Intervention, Strukturqualität, normative Einflüsse und psychosoziale Auswirkungen der Covid-19 Pandemie sowie manualtreue Durchführung der Intervention zusammen 46,7 % der Gesamtvarianz (korrigiertes R^2) hinsichtlich des psychosozialen Benefits der teilnehmenden Menschen mit schwerer Demenz aufklären konnten, $F(6,27) = 5,81; p < 0,001$. Die Durchführung der Intervention nach Manual erwies sich dabei als stärkster Prädiktor ($\beta = 0,45; p = 0,018$).

Schlussfolgerungen: Dieses Ergebnis zeigt, dass die psychosoziale Wirkung der MAKs-s Intervention auf die Menschen mit schwerer Demenz entscheidend von der manualtreuen Durchführung abhängt.

P74

Überprüfung der Durchführbarkeit, Validität und Reliabilität einer telefonischen Version des Life-Space Assessment (TE-LSA) bei älteren Personen

M. Hummel, P. Ullrich, J. M. Bauer, K. Hauer, C. Werner

Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Life-Space Mobilität (LSM) bezieht auf das räumliche Ausmaß der Mobilität und ist eng mit sozialer Teilhabe, Autonomie und Lebensqualität im Alter verbunden. Das University of Birmingham at Alabama Life-Space Assessment (LSA) gilt weltweit als das etablierteste Instrument zur fragebogenbasierten Erfassung der LSM. Bislang liegen jedoch noch keine expliziten Erkenntnisse zu den psychometrischen Eigenschaften einer telefonischen Version des LSA bei älteren Menschen vor. Für den Einsatz bei Personen, die nicht „face-to-face“ befragt werden können (z. B. unter Pandemiebedingungen, in großen epidemiologischen Studien) stellt eine solche Version eine geeignete Alternative zur Erfas-

sung der LSM dar. Ziel der Studie ist die Überprüfung der Durchführbarkeit, Konstrukt- und konkurrenten Validität sowie Test-Retest-Reliabilität einer telefonischen Version des LSA (TE-LSA) bei älteren Personen.

Methodik: Insgesamt 50 ältere, zu Hause lebende Personen (79,3 ± 5,3 Jahre; Frauen: n = 37; 74 %) nahmen an der Studie teil. Die Durchführbarkeit des TE-LSA wurde über die Durchführungsrates/-dauer sowie Boden- und Deckeneffekte bewertet. Die Konstruktvalidität wurde anhand einer Hypothesentestung zu den Zusammenhängen des TE-LSA mit etablierten Determinanten der LSM überprüft. Für die Überprüfung der konkurrenten Validität wurde die LSM innerhalb von 2–3 Tagen mittels des TE-LSA und der „face-to-face“-Version des LSA erfasst. Die Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität erfolgte über eine wiederholte Erhebung des TE-LSA nach 7 Tagen in einer Teilstichprobe (n = 25).

Ergebnisse: Der TE-LSA konnte mit allen Teilnehmenden (100 %) erfolgreich durchgeführt werden. Die Durchführungsdauer lag im Median bei 4 min (Spannweite = 2–13 min). Es traten keine Boden- oder Deckeneffekte auf. Mehr als 75 % der Zusammenhangshypothesen zur Konstruktvalidität konnten bestätigt werden. Gute bis exzellente Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) ergaben sich für die absolute Übereinstimmung zwischen dem TE-LSA und der „face-to-face“-Version des LSA (ICC = 0,79; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,66–0,88) sowie den wiederholten TE-LSA-Erhebungen (ICC = 0,90; 95 %-KI 0,79–0,95).

Schlussfolgerung: Mit der vorliegenden Studie wurden erstmals explizit die psychometrischen Eigenschaften einer telefonischen Version des LSA überprüft. Die Studienergebnisse zeigen, dass der TE-LSA ein praktikables, valides und reliables Instrument zur telefonischen Erhebung der LSM bei älteren Personen ist.

P75

Belastungen von pflegenden Angehörigen während der COVID-19-Pandemie. Eine qualitative Analyse von sozialen Medien

J. Fieselmann¹, P. Brzoska¹, Y. Yilmaz-Aslan²

¹Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten; ²Klinik für Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin, Klinikum Bielefeld, Bielefeld

Hintergrund: Ein großer Teil der pflegebedürftigen Personen in Deutschland wird zu Hause von Angehörigen gepflegt. Die Pflege ist für pflegende Angehörige mit verschiedenen Belastungen verbunden. Durch die COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Maßnahmen zur Beschränkung des öffentlichen Lebens kommen weitere Herausforderungen hinzu. Über die Ausprägungen ist bisher nur wenig bekannt.

Methode: Die deutschsprachigen Versionen der Social-Media-Foren Facebook, Twitter und YouTube wurden systematisch hinsichtlich pandemiebedingter Belastungen pflegender Angehöriger durchsucht und anhand einer qualitativen Dokumenten- und Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Recherche der Daten wurde im Zeitraum vom 24.11.2020 bis zum 08.12.2020 durchgeführt. In die Datenanalyse wurden insgesamt 237 Social-Media-Beiträge eingeschlossen.

Ergebnisse: Im Rahmen der Analyse wurden bezüglich der Belastungen von pflegenden Angehörigen in der COVID-19-Pandemie sieben Hauptkategorien (Betreuung und Unterstützung, Verschlechterung des Zustandes der zu pflegenden Person, Psychische Herausforderungen, Finanzielle Herausforderungen, Infektionsschutz, Zugang zu Schutz- und Versorgungsmaterialien, Anerkennung der pflegenden Angehörigen) mit einer unterschiedlichen Anzahl an Unterkategorien ermittelt.

Diskussion/Zusammenfassung: Pflegende Angehörige sind während der Pandemie von anhaltenden zusätzlichen Belastungen betroffen, für die es notwendig ist, zielgruppengerechte Unterstützungs- und Entlastungsangebote zu entwickeln. Die Angebote müssen der Heterogenität dieser Belastungen gerecht werden und daher die Förderung der psychischen Gesundheit einschließen, Schutzmaterialien bereitstellen und den Informationsbedarf berücksichtigen, der sich für pflegende Angehörige in dieser Zeit ergibt. Angebote müssen darüber hinaus nutzer*innenorientiert

und unbürokratisch zugänglich sein, um weitere Belastungen zu vermeiden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind über die Frühphase der Pandemie hinaus relevant und können zur Entwicklung geeigneter Unterstützungsdienste für diese Bevölkerungsgruppe beitragen, die deren Heterogenität in Bezug auf Alter, Behinderungen, Religion und das jeweilige häusliche Pflegesetting berücksichtigen.

P76

NRW Forschungskolleg Wohlbefinden bis ins hohe Alter/Gerontological Research On Well-Being (GROW): Zukunftsmodell für die Ausbildung wissenschaftlichen Nachwuchses?

K. Alert¹, S. Zank²

¹NRW Fortschrittskolleg „Wohlbefinden bis ins hohe Alter“, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln; ²Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln

Das NRW Forschungskolleg GROW wird seit 2015 durch das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert und widmet sich in 21 inter- und transdisziplinären Promotionsprojekten der zentralen Frage nach praxisrelevanten Ressourcen und Barrieren, die das Wohlbefinden bis ins hohe Alter beeinflussen. In der ersten Förderphase waren die Themenschwerpunkte: *soziale Beziehungen, Quartier und bürgerschaftliches Engagement, Versorgungslandschaften* sowie *Technik und Alter*. Die aktuell laufenden 10 Projekte sind in die drei übergeordneten Themenschwerpunkte *Technik & Digitalisierung, Vernetzte Versorgung* sowie *Lebenslauf & Soziale Ungleichheit* gegliedert. In beiden Kohorten wurden qualitative und quantitative Methoden angewendet sowie die Perspektiven und Instrumentarien aus z. B. Soziologie, Psychologie, Versorgungsforschung, Gerontologie und Linguistik mit einbezogen. In beiden Förderphasen gab es gemeinsame Räumlichkeiten und die Promovierenden absolvierten ein interdisziplinäres Curriculum mit Kolloquien, Teilnahme an Fortbildungen und eigener Lehrtätigkeit. Eine Koordinationsstelle unterstützt die Promovierenden zudem kontinuierlich und verantwortet Aufbau und Pflege des Netzwerks der Praxis- und Kooperationspartner*innen.

Die Etablierung verlässlicher Ausbildung und Begleitung von Nachwuchswissenschaftler*innen im Bereich Gerontologie ist in Deutschland bislang die Ausnahme. Das NRW Forschungskolleg GROW ist ein gutes Beispiel für ein strukturiertes Promotionsprogramm. Allerdings bleibt die Verstetigung solcher Strukturen eine offene Frage, die im Falle von GROW hauptsächlich durch Drittmittel finanziert und zeitlich begrenzt sind. Im Rahmen eines solchen Kollegs können Nachwuchswissenschaftler*innen mit unterschiedlichen disziplinären Hintergründen gerontologisch interdisziplinäres Denken lernen, was als eine Zielgröße im Positionspapier der Sektion III zum Thema Nachwuchsförderung ausgegeben wird. Des Weiteren ist GROW mit einem breiten Netz aus Praxisakteur*innen verknüpft, so dass die Promotionsprojekte regelmäßig auch außerhalb der Wissenschaft diskutiert werden. Der transdisziplinäre Rahmen ermöglicht einen Transfer zwischen grundlagenorientierten und anwendungsbezogenen Fragestellungen sowie die Ableitung Praxis relevanter Implikationen aus den Forschungsergebnissen. Diese Form strukturierter gerontologischer Promotionsprogramme mit transdisziplinären Elementen könnte in Deutschland noch deutlich ausgebaut werden.

P77

Finanzierung digitaler Angebote zu Alter und Pflege

J. Zacher

Bayerisches Zentrum Pflege Digital, Hochschule Kempten, Kempten

Viele Modellversuche und erfolgversprechende Forschungsprojekte zur digitalen Unterstützung von Gestaltungsaufgaben für Altern und Pflege

scheitern nach Projektablauf an der Finanzierung. Wer ist zuständig und zahlungsbereit für die Begleitung von Menschen in Pflegesettings? Welche Anreize sind notwendig, um neue Wertschöpfungsketten zu ermöglichen und die Potenziale der Digitalisierung zu nutzen?

Eine Analyse der Finanzierungssystematik für die Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz einerseits und ein Aufweis der Veränderungen der Strukturen durch die Digitalisierung andererseits erlauben die Prognose der nächsten Anpassungsschritte in der Pflegeversicherung.

Die häusliche Pflege ist geprägt vom abnehmenden Mengenverhältnis von Pflegefachkräften zu Menschen mit pflegerischem Assistenzbedarf. Durch das faktische Einfrieren der Plätze in der stationären Pflege werden immer mehr prekäre häusliche Pflegesituationen herbeigeführt. Die Digitalisierung bringt Chancen für neue, lokale, vernetzte Versorgungskonzepte, die viele Ressourcen miteinbeziehen und Resilienz fördern. Dafür genügen aber nicht nur technische Entwicklungen, auch nicht deren Bezahlung. Digitalisierung geht einher mit neuen Funktionen, Rollen und Zuständigkeiten, die Wertschöpfungsketten werden neu zusammengesetzt.

Entsprechend muss die Finanzierungssystematik angepasst werden. Insbesondere muss die Vergütung der Rolle der Steuerung der individuellen Pflegeprozesse erweitert werden (Casemanagement). In Verbindung mit einer Delegation der Maßnahmen im ausgewogenen grade-and-skill-mix zeigen Berechnungen die Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Anpassung. Entsprechende Anreize bauen bestehende Fehlallokationen ab und lenken Ressourcen aus der (aufwachsend akademischen) Pflegeprofession in die Planungs- und Prozesssteuerungsfunktion.

Komplementär dazu ist die Finanzierung der analogen und digitalen sozialräumlichen Strukturen zu verstetigen, die zur Information, Entwicklung, Vernetzung und Begleitung von Sorggemeinschaften aufgebaut werden (Caremanagement).

Fazit: Neue Rollenkonzepte und eine Weiterentwicklung der Pflegevergütung ermöglichen den Einsatz von Digitalisierung zur effektiven Entlastung Pflegenden.

P78

Pflegenahes Engagement als Beitrag zur Versorgung älterer Menschen: Potenzial und Einflussgrößen

J. Geiselhart

Bayerisches Zentrum Pflege Digital, Hochschule Kempten, Kempten

Vor dem Hintergrund des bestehenden und zukünftig zunehmenden (Pflege-)Fachkräftemangels lässt sich eine zunehmende Bedeutung informeller Unterstützungsnetzwerke attestieren. Dies gilt im verstärkten Umfang für die älteren Menschen, die nicht auf die Unterstützung familiärer Netzwerke zählen können. Als Lösungsansatz, um der besonderen Vulnerabilität dieser Gruppe älterer Menschen zu begegnen, wird häufig auf informelle Unterstützungsleistungen durch pflegenahes Engagement als Teil des Helfermix verwiesen. Doch inwieweit sich auf den Beitrag Engagierter und deren Potenzial zur Unterstützung vulnerabler Gruppen bauen lässt, ist auf Grundlage der Forschungslandschaft nur schwer zu beantworten.

Dieser Beitrag möchte ausgehend von dieser Forschungslücke einen wichtigen Beitrag zur Beantwortung dieser Frage leisten. Ausgehend von bisherigen Befunden in der pflegenahen Engagementforschung werden mit einer neuen Operationalisierung von pflegerischem Engagement, auf Grundlage des Datenmaterials des Freiwilligen surveys 2019, deskriptive und inferenzstatistische Auswertungen unternommen. Die Auswertungen geben einen Überblick über soziodemografische Informationen der Helfer*innen im Pflegekontext, Einflussfaktoren auf das pflegenahes Engagement und deren Zusammenhang mit dem zeitlichen Umfang des Engagements. Weiterhin soll den (fort-)bestehenden Wissensbedarfen zum pflegenahen Engagement Aufmerksamkeit gewidmet werden: Welche Wissensbestände sollten zur Abschätzung des Versorgungspotenzials durch pflegenahes Engagement geschaffen oder weiter vertieft werden?

Als eines der Ergebnisse darf festgehalten werden, dass zukünftige empirische Untersuchungen des pflegenahen und pflegerischen Engagements verstärktes Augenmerk auf die Erfassung der verrichteten Aufgaben legen sollten, um in Zukunft eine präzisere Einschätzung des Potenzials für die Versorgung vulnerabler älterer Menschen leisten zu können.

P79

Psychosoziale Mehrkomponentenintervention für Menschen mit Demenz: Vergleich mit und ohne Roboterassistenz

K. Dirks, C. Wasic, E. Gräßel

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Fragestellung: Im Rahmen des Projekts Care4All wurde eine Mehrkomponenten-Intervention (MAKS-Therapie) für Menschen mit Demenz vier Wochen lang von einem Roboter unterstützt. Untersucht wurde, ob der Roboter die Kognition, die Depressivität, die nicht-kognitiven und Verhaltenssymptome, sowie die alltagspraktischen Fähigkeiten der Teilnehmer*innen beeinflusst. Außerdem wurde die Anstrengung der Therapeut*innen erhoben, um eine mögliche Entlastung durch den Roboter zu erfassen.

Methodik: Der Roboter wurde in zwei Gruppen ($n=9$ bzw. $n=5$) eingesetzt. Eine Kontrollgruppe ($n=9$) führte die MAKS-Therapie ohne Roboter durch. Für die Teilnehmer*innen aller Gruppen wurden mithilfe von Fragebögen (MMST, MADRS, NPI und ADCS-ADL) vor (t_0) und nach der Intervention (t_4), mögliche Veränderungen gemessen. Es wurden T-Tests für abhängige Stichproben (innerhalb der Gruppen) und T-Tests für unabhängige Stichproben (Gruppenvergleiche) durchgeführt. Wegen des geringen Stichprobenumfangs, wurden zusätzlich Wilcoxon-Tests berechnet. Die Therapeut*innen wurden mithilfe einer Effort-Skala zu ihrer Anstrengung befragt und die Veränderungen deskriptiv festgehalten.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass sich die Gruppen mit und ohne Roboter zu t_0 nicht signifikant unterschieden (MMST $t(21)=0,263$; $p=0,795$; MADRS $t(21)=-0,794$; $p=0,436$; NPI $t(21)=-1,264$; $p=0,220$; ADCS-ADL $t(21)=-0,812$; $p=0,426$). Die Auswertung der Veränderungen innerhalb der Gruppen ergab, dass für die Gruppe mit Roboter der MADRS unverändert blieb ($t(13)=1,215$; $p=0,246$) und der NPI tendenziell abnahm ($t(13)=1,777$; $p=0,099$), während bei der Gruppe ohne Roboter der MADRS ($t(8)=-2,975$; $p=0,018$) und der NPI ($t(8)=-2,372$; $p=0,045$) zunahm. Die signifikant besseren Werte im NPI der Gruppe mit Roboter im Gruppenvergleich zu t_4 ($t(13)=2,117$; $p=0,023$) sprechen für einen positiven Effekt des Roboters. Die Ergebnisse der T-Tests und der Wilcoxon-Tests unterschieden sich nicht.

Die Anstrengung der Therapeuten der Gruppe mit Roboter fiel im Verlauf einer Therapiesitzung ab (75 auf 61) und war vor der letzten Therapiesitzung deutlich reduziert gegenüber der ersten (75 auf 51).

Fazit: Die Ergebnisse geben erste Anhaltspunkte für die Notwendigkeit weiterführender Forschung zu den Auswirkungen roboterassistierter Therapien für Menschen mit Demenz. Sie deuten darauf hin, dass sowohl Teilnehmer*innen, als auch Therapeut*innen von einem Roboter als Assistent profitieren können.

P80

GerNe digital! – Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen bei geriatrischen Patient:innen

E. Cramer, P. Enste

Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule, Gelsenkirchen

Einleitung: Um die professionelle Versorgung zu optimieren, spielen in der geriatrischen Versorgung digitale Anwendungen zunehmend eine

Rolle. Im GerNe digital! Projekt wird nicht nur ein leistungserbringer-orientierter Datenaustausch in Form einer digitalen Patientenakte gefördert, sondern der Einbezug der geriatrischen Patient:innen ausdrücklich unterstützt. Diese erhalten über eine Patientenplattform Zugang zu ihren Daten, können Informationen einsehen und Tagebuch führen. Von besonderer Bedeutung ist dabei nicht nur die Entwicklung einer technisch einwandfrei funktionierenden Lösung, sondern die Unterstützung der Resilienz im Umgang mit digitalen Anwendungen. Fraglich ist dabei, welche spezifischen Faktoren für eine nutzerfreundliche Gestaltung im geriatrischen Kontext berücksichtigt werden müssen?

Methode: Um eine hohe Nutzerfreundlichkeit und soziale Adaptation zu gewährleisten, wurde die ELSI-Forschung (ethische, rechtliche, soziale Implikationen) mit einem Mixed-Methods-Ansatz genutzt. Datensätze aus zwei teilnehmenden Krankenhäusern wurden analysiert, um Merkmale der geriatrischen Patienten auszuarbeiten. Fokusgruppengespräche und Interviews mit Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen wurden geführt, um weitere konkrete Bedarfe zu erheben. In einem dritten ausstehenden Schritt werden geriatrische Patient:innen zur Anwendung befragt.

Ergebnisse: Insgesamt 3504 Fälle aus beiden Kliniken wurden analysiert. Das durchschnittliche Alter beträgt 82,9 Jahre. Zahlreiche Diagnosen können eine Nutzung digitaler Anwendungen erschweren: 65,2 % haben leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen, 22,5 % leiden unter Folgen von Verletzungen und 15,8 % unter Kreislaufkrankheiten (z. B. Schlaganfällen). Fünf Fokusgruppen in der stationären und ambulanten geriatrischen Versorgung wurden geführt. Digitale Anwendungen wurden einstimmig als Unterstützungsmöglichkeit empfunden, dafür müssen Anwendungen wenige Funktionalitäten haben, große Symbole und Erklärungen, sowie Erinnerungsfunktionen beinhalten. Pflegenden Angehörige spielen eine wichtige Rolle in diesem Prozess. Interviews mit geriatrischen Patient:innen stehen für Mai 2022 aus.

Diskussion: Begründet durch die hohe Vulnerabilität der Zielgruppe, muss eine Stärkung der Resilienz gegen digitale Hürden angestrebt werden. Dafür benötigt es einfache und übersichtliche Anwendungen, welche verständliche Anleitungen beinhalten. Zudem müssen ausreichend Informationen für die Angehörige eingebracht werden.

P81

Einfluss eines Alterssimulationsanzuges auf die motorische Leistungsfähigkeit im Vergleich mit Normwerten

T. Gerhardy¹, L. H. Sloot², H.-W. Wahl³, S. Steib⁴, L. Schmidt⁵

¹Abt. Genderforschung und Gesundheitspsychologie, Psychologisches Institut, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Optimierung, Robotik & Biomechanik, Institut für Technische Informatik, Ruprecht Karls Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁴Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁵Differentielle Psychologie und Geschlechterforschung, Psychologisches Institut, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Alterssimulationsanzüge (ASS) erfreuen sich zunehmend größerer Beliebtheit im Bildungssetting. Wenige Studien deuten darauf hin, dass ASS spezifische Leistungseinbußen älterer Erwachsener simulieren können. Jedoch mangelt es an klaren Studiendesigns und etablierten Messgrößen, um die Möglichkeiten, Grenzen und Validität solcher Simulationen zu beurteilen. Zudem wurden bisher hauptsächlich junge studentische Stichproben herangezogen. Diese Studie verfolgte daher das Ziel, an einer Stichprobe im mittleren Erwachsenenalter etablierte Assessments mit und ohne ASS durchzuführen, um motorische Leistungseinbußen zu quantifizieren und die Ergebnisse mit Referenzwerten älterer Personen zu vergleichen.

Methode: In einem within-subjects design durchliefen alle Studienteilnehmer*innen die folgenden geriatrische Assessments mit und ohne ASS: Handkraftmessung (Jamar-Dynamometer), modified Clinical Test of Sensory Interaction on Balance (mCTSIB), 30 Sek Aufsteh-

test (30CST), Timed Up and Go (dual task) (TUG-dt), Short Physical Performance Battery (SPPB), short Community Balance and Mobility Scale (sCBM). Mittels t-Test wurden die Ergebnisse mit und ohne Anzug, sowie die Werte mit Anzug mit Referenzwerten verglichen.

Ergebnisse: Die Studienteilnehmer*innen ($N=40$, $61,4 \pm 6,3$ Jahre, 9 Männer (m)) zeigten Leistungseinbußen in den durchgeführten Assessments. Die Handkraft reduzierte sich signifikant ($*p \leq 0,05$) um 21,8 %* (f), 23,0%* (m), die Anzahl beim 30CST um 23,1 %* (f) und 10,4 % (m), und der SPPB score um 4,3 %* (f) und 4,0 % (m). Die Schwankungen beim mCTSIB erhöhte sich um 6,6 %, die Zeit des TUG um 22,8 %* (f) und 21,4 %* (m), bzw. 20,9 %* (f) und 19,9 %* (m) bei der dual task Variante.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass der ASS altersbedingte Bewegungseinschränkungen in Teilen zu simulieren vermag. Vergleicht man die Ergebnisse mit Referenzwerten älterer Personen, so simuliert der Anzug Personen zwischen 70 und 80 Jahren, was bei einer Stichprobe im mittleren Erwachsenenalter eine geringere „Alterung“ abbildet als von den meisten Herstellern angegeben. Um ASS in der Entwicklung von Assistenzsystemen nutzen zu können, bedarf es z. B. einer biomechanischen Betrachtung von Parametern, die sich mit zunehmendem Alter verändern.

P82

DiVerPH: Diversitätssensibilität in der Palliativ- und Hospizversorgung – Aktueller Stand und Herausforderungen der Umsetzung

F. Erdsiek, M. Idris, D. Wahidie, K. Altinok, I. Özer Erdogdu, T. Neugebauer, Y. Yilmaz-Aslan, P. Brzoska

Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Witten

Fragestellung: Die Diversität von Versorgungsnutzer*innen im Hinblick auf Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund geht mit unterschiedlichen Bedürfnissen in der Palliativ- und Hospizversorgung einher. Inwiefern diese in der Versorgung in Deutschland aktuell berücksichtigt werden und welche Herausforderungen damit verbunden sind, ist jedoch unklar. Im Rahmen des Projekts DiVerPH wurden existierende diversitätssensible Strategien, der aktuelle Umsetzungsstand in Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung und damit verbundene Hindernisse und Herausforderungen untersucht.

Methodik: Mittels eines Mixed-Methods-Designs wurden in einem Scoping Review zunächst existierende Maßnahmen zur Berücksichtigung von Diversität identifiziert. Danach wurden in einem Mixed-Mode-Survey Einrichtungen der Palliativ- und Hospizversorgung nach wahrgenommener Relevanz, implementierten Maßnahmen und Hindernissen bei der Umsetzung befragt. Abschließend wurden in qualitativen Einzelinterviews Mitarbeitende der Einrichtungen zu Herausforderungen bei der Umsetzung von Maßnahmen befragt. Die Ergebnisse der Ansätze wurden synthetisiert und gemeinsam interpretiert.

Ergebnisse: Das Angebot existierender Maßnahmen ist limitiert. Diese sind vorrangig auf einzelne Versorgungsaspekte oder Diversitätsdimensionen ausgerichtet. Das spiegelt sich auch in der Praxis wider. Diversitätssensible Maßnahmen sind nur eingeschränkt vorhanden und adressieren meist spezifische Probleme, eine systematische Berücksichtigung findet kaum statt. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung vorrangig ideell (z. B. in Leitbildern), während entsprechende Versorgungsangebote seltener sind. Mitarbeitende berichten von organisatorischen Herausforderungen und Problemen bei der Umsetzung. Darüber hinaus werden fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen, aber auch fehlende Unterstützung der Einrichtungsträger angegeben. Ein Teil der Einrichtungen nimmt nur eine geringe Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung wahr.

Zusammenfassung: Eine flächendeckend diversitätssensible Palliativ- und Hospizversorgung ist derzeit nicht gewährleistet. Als wesentliche Hindernisse gelten organisatorische Herausforderungen und fehlende Ressourcen, aber auch fehlendes Interesse der Einrichtungs- und Ent-

scheidungsträger. Ansätze zur Allokation zusätzlicher Ressourcen und gezielte Unterstützungsangebote können die Umsetzung fördern, die Nutzerorientierung erhöhen und Nutzungsbarrieren reduzieren.

P83

Entwicklung und Testung eines Online-Instruments zur Selbsteinschätzung der Delir-Handlungskompetenz für Pflegekräfte

J. Hoch¹, J. M. Bauer², C. Arnold³, M. Bizer¹, P. Benzinger²

¹Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; ²Lehrstuhl für Geriatrie, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ³Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Das Delir ist eine häufige Komplikation bei älteren Patient*innen, welche stationär versorgt werden. Für die Prävention, das Erkennen und das Management ist ein multi-professioneller Ansatz erforderlich. Hier spielen Pflegekräfte eine zentrale Rolle. Ziel dieser Studie war es, ein Instrument zu entwickeln, das es Pflegekräften ermöglicht, ihre Handlungskompetenzen selbst einzuschätzen.

Methode: Es wurden fünf Fallvignetten entwickelt und in einem multi-professionellen Team geprüft und angepasst. Diese beschreiben verschiedene Subtypen bzw. Differentialdiagnosen. Die Fragen prüften nicht nur das Erkennen der Symptome und Benennen des Delirs sondern auch das richtige Identifizieren von Risikofaktoren und Auslösern, angemessener präventiver Strategien, adäquater Handlungsoptionen sowie geeigneter Strategien zur Kommunikation im Team. Der Fragebogen wurde als Online-Befragung mit LimeSurvey zur Verfügung gestellt und in einer Pilot-Studie erprobt.

Ergebnisse: Die Fallvignetten wiesen bei einer Testung durch Experten eine hohe Inter-Rate Reliabilität auf. Zwischen August und Oktober 2021 wurde die Webseite 248 Mal besucht und die Befragung von 126 Teilnehmenden abgeschlossen, davon waren 115 Pflegekräfte. Die Bearbeitung dauerte durchschnittlich 22 min. 88 % der Teilnehmenden gaben ein positives Feedback bezüglich der Fallvignetten. 54 % der Teilnehmenden konnten ein hyperaktives Delir erkennen und als solches benennen, während ein hypoaktives Delir nur von 43 % als hypoaktive Form erkannt und benannt wurde. Das Gesamtabschneiden korrelierte deutlich mit der Selbsteinschätzung der Delir-Handlungskompetenz der Teilnehmenden nach Beendigung der Bearbeitung.

Fazit: Die entwickelten Fallvignetten können Pflegekräfte dabei unterstützen, ihre Handlungskompetenz einzuschätzen. Damit wäre es möglich, Schulungsangebote an das Kompetenzniveau der Teilnehmenden anzupassen oder aber Pflegekräfte zu motivieren, geeignete Schulungsangebote wahrzunehmen.

Autorenverzeichnis

A

Abel, B. P46, S415-2, S416-1
 Abid, C. L. S106-4
 Adams, A.-K. S323-4
 Ahsfaq, F. S204-2
 Alert, K. P76
 Al-Mekhlafi, A. S311-2
 Altinok, K. P82, S301-5
 Altona, J. S215-6
 Alzner, R. S400-5
 Anic, K. P57, P60
 Annac, K. S301-5
 Ansmann, L. S215-3
 Apfelbaum, B. S102-5
 Arndt, S. S102-2
 Arnold, C. P83
 Asche, F. S411-4
 Ates, M. P29
 Auth, D. S404

B

Babac, A. S415-3
 Bade, M. S405-3
 Bahrmann, A. P50, S103-2, S204-4
 Bahrmann, P. P50
 Baisch, S. S111-5
 Balbach, J. S206-5
 Barbe, A. G. S112-2, S301-1
 Barczik, K. S425-4
 Barenbrock, J. P02
 Bärnighausen, T. S302-2
 Baron, S. P49
 Battista, M. J. P57, P60
 Bauer, J. M. P04, P46, P53, P55, P61, P68, P74, P83, S204-4, S305-4, S416-1
 Baumeister, A. S405-4
 Becker, C. P04, P51, P53, P68, S424
 Behrens, J. C. S405-6
 Bennett, J. S426-1
 Benzing, T. P02
 Benzinger, P. P55, P83, S204-4, S305-4
 Berg, P. S304-4
 Berge, M. A. P51
 Bergmann, I. S304-3
 Bergmann, P. P09
 Bertermann, B. S426-4
 Bertsch, T. P08, P12
 Beurskens, R. S416-1
 Beyer, F. P01
 Biber, R. S400-1
 Bieber, A. S301-4
 Biedermann, V. S215-4
 Bienzeisler, J. P11
 Bischoff, L. S322, S322-3, S405-5
 Bizer, M. P83
 Blain, H. P51
 Blase, D. P63
 Blawert, A. P27, S302-1
 Bleck, C. S401-3
 Bleja, J. S411-2
 Bleses, H. S414-1

Bloeckl, J. P08, P12
 Blüher, S. S425-5
 Bobrowski, C. P05
 Boggatz, T. S321-3
 Böhme, M. S103-1
 Böhler, A. S315-4
 Böing, U. S300-4
 Bollheimer, C. P11, P63, S224, S403
 Bongartz, M. S416-1
 Boon, R. S106-2
 Borzyk, P. M. S204-6
 Böttinger, M. J. P04, P53, P68
 Böwing, G. S320-3
 Braisch, U. S103-1, S103-4, S204-4, S226-1, S405-2
 Brandenburg, H. S321, S321-1, S404, S404-1
 Brandt, M. S426-5
 Brauer, K. S301-5
 Braun, G. S. S204-2
 Braun, T. S106-1
 Brefka, S. S204-4, S312-1
 Brenneisen, J. S204-4
 Brenner, W. P60
 Brettschneider, C. S215-2
 Breuning, K. S301-4
 Brinkkötter, P. T. P02
 Brokmann, J. C. S224-2
 Brothers, A. S302-5
 Brücken, D. S224, S224-2
 Brühmann, B. A. P17, S113-4
 Brzoska, P. P75, P82, S301-5
 Büchele, G. S415-3
 Bücking, B. S400-2
 Budnick, A. P28
 Bünning, F. P28
 Bünning, M. P26, S325-2
 Burkard, J. P31
 Burkhardt, H. P65
 Bürkle, A. S311-3, S311-4
 Bütikofer, M. S426-1

C

Camlidere, M. K. S205-2
 Cihlar, V. S114-3
 Cramer, E. P18, P80
 Cremer, J. P59
 Czelustek, S. P13

D

Dahlmanns, S. P63
 Dallmeier, D. S103, S103-1, S103-2, S103-3, S103-4, S103-5, S110, S113-2, S204-1, S204-4, S226-1, S312-1, S312-5, S405-2
 Dapp, U. P16, S204-3, S423-1, S423-2
 de Spiegeleer, A. S405-2
 de Vries, T. S313-1, S313-4
 Dechend, R. L203-4
 Decker, G. S204-4, S405-2
 Deeken, F. S312-5

Deiningner, S. P17
 Demirer, I. S306-4
 Denkinger, M. S103-1, S103-2, S103-3, S103-4, S113-2, S204-1, S204-4, S226-1, S305, S305-1, S312, S312-1, S312-2, S312-3, S312-4, S405-2
 Denninger, N.-E. S204-4
 Depner, A. S323
 Dhesi, J. KN3-1
 Dichter, M. N. S105-1
 Diehl, K. P73
 Diehl, M. S302-4, S302-5, S324-3
 Dingwerth, S. S425-4
 Dirks, K. P79
 Djukic, M. S101-1, S200-3, S226-4
 Doh, M. P33, S313, S313-2, S313-3, S413-1, S413-2
 Dohrendorf, C. S226-5
 Dongus, F. P61
 Dörr, M. S103-4
 Döschner, L. S311-5
 Dowideit, J. P07, S222-3
 Dreher, E. P21
 Drey, M. S423, S423-3, S423-4
 Dreyer, J. S215-1, S215-4
 Driss, V. R. P51
 Dunkel, A. P19
 Durga, J. P55, S305-4

E

Eckardt-Felmborg, R. P49
 Eckert, T. S416-1
 Ehlers, A. S304-4
 Ehrlich, U. S325-1
 Eichelsbacher, C. P60
 Eicher, C. P66, S204-5
 Eich-Krohne, A. S203-1
 Eidam, A. P55, S305-4
 Eiffert, H. S200-3, S226-4, S226-5
 Elshehabi, M. P01
 Endter, C. S203-4, S304-1, S424
 Engdal, M. P51
 Engelhardt, G. S113-4
 Enste, P. P18, P80
 Erdmann, P. S224-4
 Erdsiek, F. P82
 Ernst, F. S222-2
 Eschbach, D. S400-3
 Eschweiler, G. S204-4, S312-1, S312-2, S312-3, S312-5
 Esslinger, A. S. S115-1, S414, S414-4
 Ettl, P. P01
 Even, C. S413-4
 Ewert, J. P42

F

Fachinger, U. S411
 Farin-Glattacker, E. P17, S113-4
 Feldhaus, J. S106-4
 Felix, S. B. S103-4

Fellgiebel, A.	P14	Gottschalk, S.	S215-2	Heusinger	
Fenz, D.	S226-5	Götze, L.	S305-3	von Waldegg, G.	S222, S222-4
Fey, J.	S324-1, S324-2	Grabenbauer, C.	P20, P49	Heyl, V.	S413-4
Fieselmann, J.	P75	Gräbel, E.	P73, P79	Hezel, N.	P61
Finger, A.	S205-1	Grassmann, J.	S113-1	Hiegemann, I.	S300-2
Fischer, F.	S304, S304-1	Grates, M.	S424	Hillmann, J.	S204-1
Flägel, K.	S301-2	Greskötter, J.	P72	Himmelsbach, I.	S115-4, S313, S313-1, S313-4
Flagmeier, A. L.	S204-4	Grimmer, T.	P62		
Flohr, F.	P60	Groenewald, A.	S226-5	Hinrichs, N.	P17
Fooken, I.	S211-1	Gronewold, J.	P58	Hinz, E.	P30
Förstner, B.	S312-6	Grösch, J.	S414-2, S414-3	Hoch, J.	P83
Fotteler, M.	S113-2, S204-1	Groß, M.	S415-2	Hochgraeber, I.	S215-1
Franke, A.	S322, S322-1, S402-2	Grosshauser, F.	P47	Hoffmann, A.-K.	S102-2
Franz, K.	S311-5	Großkopf, A.	S311-1, S311-2	Hoffmann, F.	S224-1
Freiberger, E.	P38, S302-1, S416-3	Gruber, T.	S206-5	Hoffmann, U.	S223
Freiesleben, S. D.	P71	Grund, S.	P55, S305-4	Hofhuis, S.	S423-1, S423-2
Frese, U.	S405-4	Grune, K.	S405-6	Hofmann, W.	S301-2, S305-1
Frey, N.	P50, S204-4	Grupp, C.	S223	Hökelmann, A.	S405-3
Freytag, A.	S105-3	Gulde, P.	P52	Holfeld, M.	S205-3
Friede, T.	S226-5	Günther, U.	S224-1	Holle, B.	S215, S215-1, S215-4
Friedrich, N.	S103-4	Guth, M.	S205-2	Hollemann, T.	S106-4
Friese, C.	S204-5			Hope, S.	S405-2
Frings, L.	P21	H		Hoppmann, C.	P24
Frohnhofen, H.	P20, P49, P58, S105-4, S113-1, S226-2, S305-2, S403, S422	Haberstroh, J.	S215-5	Höppner, G.	S315-1
		Hackbarth, M.	S416-2, S416-4, S416-5	Horstkorte, R.	S206-1
Frolov, A.	S311-2	Hagen, O.	S222-1	Hübel, C.	S224-2
Fuchs, A.	S105-3	Hager, C.	S406-3	Hummel, M.	P46, P74
Fuchs, J.	P69	Hahmann, J.	S323, S323-1, S323-2	Huxhold, O.	S325-2
Fuellen, G.	S106, S106-5, S210, S210-2	Hahn, S.	S213		
		Hämel, K.	S114-1, S404	I	
G		Hammann, T.	S413-4	Idris, M.	P82, S301-5
Gabelin, T.	S405-1	Hammer, T.	S226-1	Iglseder, B.	S305-1
Gaertner, B.	P69	Haneya, A.	P59	Ittermann, T.	S103-4
Gallistl, V.	S315, S315-2	Hansen, C.	P59		
Gasowski, J.	S405-2	Hantel, T.	S205-2	J	
Gaßmann, K.-G.	P20, P49	Hardt, R.	P57	Jacobs, A. H.	S200
Gauch, M.	P15	Harling, G.	S302-2	Jaeger, L.	S215-6
Gausmann, P.	S224-3	Hartmann, E.	P57	Jamour, M.	S305-3
Gebel, C.	S205-5	Hasenburg, A.	P57, P60	Janke, E.	P01
Gebhard, F.	S113-2, S204-4	Haß, U.	P41, S226-3	Jansen, C.-P.	P04, P51, P53, P68
Geiselhart, J.	P78	Hasseler, M.	S205-1, S205-2, S301-3, S326, S326-1, S326-2, S326-3, S326-4	John-Köhler, U.	S405-2
Geisler, T.	S204-4			Johnsen, L. G.	P51
Gellert, P.	S100, S210, S210-1, S406-3	Hauer, K.	P46, P74, S415-1, S415-2, S416-1	Johnsen, M.	P20, P49, S422
Gerhards, S.	S215-3			Jokisch, M. R.	S413, S413-1, S413-2
Gerhardy, T.	P81	Haumann, H.	S105-3	Jung, M.	S106-4
Geritz, J.	P01, P09, P59	Heck, J.	S105-5	Junius-Walker, U.	S105-3
Gerling, V.	S406, S406-1, S406-4	Heimbach, B.	P17, P21	Just, K.	S103-1
Gerstorff, D.	P24	Heinrich, I.	P15		
Geschke, K.	P14, P15	Heinz, M.	S425-4	K	
Geschwindner, H.	S114-5	Heitmann-Möller, A.	S326-3, S326-4	Kaase, M.	S226-5
Ghanem, C.	S115-5	Helbostad, J. L.	P51	Kappelhoff, K.	S215-4
Giannitsis, E.	P50	Held, C.	S423-3	Karande, S.	S206-5
Giotaki, I.	S226-4	Hellmers, S.	S416-5	Kaspar, R.	S324, S324-3, S324-4
Göbl, L.	S313-2	Hendlmeier, I.	S415-1, S415-2	Kasper, J.	S305-5
Goede, V.	S110, S220-2	Henne, M.	S104	Katus, H. A.	P50, S204-4
Göger, L.	S311-5	Heppner, H. J.	P67, S213, S226-2	Katzorreck, M.	P24
Göhner, A.	S113-4	Herler-Kettrukat, S.	S113-3	Kaufmann, E. G.	P67
Goldau, F.	S405-4	Hermann, D. M.	P58	Kaufmann, J.	S405-3
Golgert, S.	P16, S204-3, S423-1, S423-2	Hermisdörfer, J.	P52	Kelle, N.	S325-1, S325-3
Golla, A.	S301-4	Herpich, C.	P41, S226-3, S311-3, S311-4, S311-5	Kemmler, W.	P08, P12
Gong, W.	S206-3			Kempchen, U.	S401-4
Gordt-		Herrler, A. L.	P39, S301-1	Kenkmann, A.	P31, S115-5
Oesterwind, K.	P04, P53, P68	Herrmann, C.	P71	Kentischer, F.	S113-4
Gosch, M.	P03, S113-5, S204-6	Herrmann, M. L.	S312-1, S312-3	Keppner, V.	P38
Gossner, J.	S200-3	Heß, M.	P32, S425-2, S425-3		

Abstracts

- Kessler, E.-M. S402, S402-2, S402-4
 Kestler, H. S113-2
 Kiefer, A. S202-1, S202-2
 Kiekert, J. S115-4
 Kiesswetter, E. P47
 Kilian, R. S113-2
 Kim, A. S311-2
 Kimmel, A. S301-4
 Kirchen-Peters, S. S111-2
 Klank, C. S313-1, S313-4
 Klaus, J. S204-4
 Klaus, S. S311-3, S311-4
 Klausen, A. D. S224-1
 Klawonn, F. S311-2
 Klebbe, R. P66
 Klein, B. S405-4
 Klenk, J. S103-2, S103-3, S103-5
 Kleschnitzki, J. M. S102-2
 Klimek, M. S103-3
 Klösges, N. P32
 Klotz, L.-O. S106-3, S206, S206-3
 Kob, R. P08, P12, P38, S416-3
 Kocar, T. S113-2
 Kochlik, B. P41, S226-3, S311-3, S311-4
 Koenig, W. S103-4
 Kohl, M. P08, P12
 Köhler, K. S215, S215-1
 Kohn, B. S204-1
 Köhn, F. S114-5
 Köhnlein, K. S206-3
 Kolb, G. S220
 Kollewe, C. S424
 Kolodziejczak, K. P24
 Kölsch, V. M. P65
 König, H.-H. S215-2
 Konopik, N. S115-4
 Köpke, J. S104-2
 Köpke, S. S105-1
 Koschate, J. S416-2, S416-4, S416-5
 Koster, R. P52
 Krafczyk, N. S106-3
 Kramer, B. S425-5
 Krams, B. S406-2
 Kratzer, A. P73
 Krause, O. S105-3, S105-5, S110, S301-2
 Krebs, M. S323-1
 Krebs, S. S301-3, S326-1, S326-3
 Kricheldorf, C. S216, S216-1
 Kronberger, L. S213
 Kröt, B. S115-4
 Krumpoch, S. P38, S302-1
 Krupp, S. S305, S305-1, S305-5, S403-1
 Kruse, A. S425-5
 Kucher, R. P17
 Kuhlmann, A. S104-4
 Kuhlme, A. S425-5
 Kühnert, S. S104, S401-1
 Kuipers, U. P44, P45, P54
 Kukla, H. S301-1
 Küppers, S. S210-4, S316, S316-2, S316-3
 Künemund, H. S424
 Kunz, A. L. P50
 Kunzmann, U. P24
 Küppers, C. S101-2
- Kusserow, K. M. S115-3
- L**
 Lange, P. S226-4
 Langner, R. P58
 Laryionava, K. S205-5
 Latz, D. S113-1
 Lau, S. S416-2, S416-4, S416-5
 Lauber-Pohle, S. P22
 Laurentius, T. P11, P63
 Lech, S. S304-5
 Lechtenfeld, S. S401, S426-4
 Leddin, D. S425-1
 Lehmann, S. P41
 Leicht, S. S100
 Leinert, C. S113-2, S204-4
 Lellwitz, M. S414-2, S414-3
 Lenders, B. S401-2
 Leonhardt, S. P63
 Leontowitsch, M. S203, S203-3, S323, S323-1
 Leopold, D. S313-2, S313-3
 Leßmann, V. S405-3
 Levasseur, M. L. S114-3
 Lexa, N. P37
 Lichteiker, C. S102-3
 Lietz, A. L. S326-1
 Lindner, R. S320, S320-1
 Linz, V. C. P57
 Litz, E. P04, P53, P68
 Loeckle, J. S404-1
 Lorenz, T. S402-4
 Loriani Fard, S. E. P09
 Lucas, F. S111-2
 Lücke, A. J. P24
 Ludwig, V. S402-4
 Luft, L. S404-2
 Lühr, M. S426-2
 Luijendijk, H. J. S105-1
 Lukas, A. S110
 Lukas, M. S401
 Lüken, M. P63
 Lutter, G. P59
- M**
 Maetzler, C. P09
 Maetzler, W. P01, P09, P59, S110
 Mähls, M. S304-3, S411-1
 Maiworm, A. P58
 Manke-Reimers, F. P64
 Marco, E. S405-2
 Marcuzzi, A. P51
 Martin, N. S405-6
 Martini, S. S423-3
 Marx Gómez, J. S406-2
 Mattuschat, L. S312-1
 Mau, W. S301-4
 Maun, A. S113-4
 Maurer, C. P17, P21, S113-4, S205-4, S312-1, S312-2, S312-3, S312-5
 Mauritz, S. S405-5
 Mayer, S. S204-1
 Megges, H. P71
 Meier, V. S226-5
 Memmer, N. P25, P26
- Mena, E. S215-6
 Mergenthaler, A. S114-3, S114-4, S426-3
 Metz, B. R. P20, P49, S312-1, S312-2, S312-3, S312-5
 Meyding-Lamadé, U. S101-3
 Meyer, A. M. P02, S213
 Meyer-Wyk, F. P27
 Meza, D. S405-2
 Micheel, F. S114-3, S426-3
 Miesen, V. S111-4
 Migala, S. S404-4
 Minder, C. E. P16
 Minin, V. S113-4
 Möhler, R. S105-1
 Möhring, K. S325-1
 Moreno-Villanueva, M. A. S311-3, S311-4
 Morgenstern, U. S111-1
 Mross, T. P55, S305-4
 Muche, R. S204-4
 Mueller-Stierlin, A. S. S113-2
 Mühlbauer, V. S105-1
 Mühlhammer, H. P43, S114-2
 Müller, C. S216, S216-3, S424
 Müller, F. P06
 Müller, L. S105-5
 Müller, M. S204-4
 Müller, N. S405-3
 Müller, P. S405-3
 Müller-Werdan, U. P41, S110, S311-3, S311-4, S311-5
 Mümken, S. S406-3
 Münzer, T. S305-1
 Murauer, E. P51
 Myrczyk, J. S402, S402-2
- N**
 Naegele, G. S211-2
 Naegele, L. S402-3, S425-2, S425-3
 Napetschnig, A. S102-1
 Natterer, I. P17
 Nau, R. S200-3, S226-4, S226-5
 Naumann, B. P06
 Nehr Korn-Bailey, A. S302-5
 Netzer, N. S422-3, S422-4
 Neubert, L. S215-2
 Neuendorff, N. R. S220-1
 Neugebauer, T. P82
 Neumann, L. P16, S204-3, S423-1, S423-2
 Neumann, S. S411-3
 Ngo, D. T. T. S302-2
 Niedling, K. S114-1
 Nikoubashman, O. S101-2
 Nordheim, J. S304-5
 Norman, K. S226-3, S311-3, S311-4, S311-5
 Norman, K. P41
 Nowossadeck, S. S325-4
- O**
 Obermeier, M. S202-3, S202-4
 Odrasil, O. S202-5
 Ohse, V. A. S206-3
 Ölcer, S. S301-5
 Oliva y

Hausmann, A. S.	S102-4	Rapp, M.	S312-1, S312-2, S312-3, S312-5	Schmidt, L.	P81, S302-4, S413-2
on behalf of		Rave, J.	P01	Schmidt, M.	P57, P60
The Steps for Health		Rehlaender, A.	S222-4	Schmidt, M. W.	P57, P60
Collaborative,	S103-5	Reich, A.	S101-2	Schmidt-	
Ordemann, J.	S402-3	Reich, M.	S203-3	Ohlemann, M.	S405-6
Orzechowski, M.	S113-2	Reichert, M.	P23	Schmiemann, G.	S224-1
Osterholt, T.	P02	Reifert, L.	P35	Schmitt, E.	P64, S202-2, S211-3
Oswald, F.	S107, S203, S203-3, S211-4, S306, S315	Reinbold, T.	P49	Schmitz, A.	S426-5
Oswald, V.	S324-4	Reissmann, M.	S324, S324-4	Schmitz, C.	S316, S316-2, S316-4
Ott, M.	P17	Rennoch, G.	P36	Schmitz, W.	S425-2, S425-3
Otte, S.	S423-1, S423-2	Reuter, V.	S304-4, S426-4	Schnabel, M.	S321-2
Otto, F.	S425-1	Richter, A.	P27	Schnieder, M.	S101-4
Otto-Sobotka, F.	S416-4	Richter, S.	S404-3	Schoeffel, M.-C.	P34, S203-1
Özer Erdogdu, I.	P82, S301-5	Richter, S.	S204-1	Schöne, D.	P08, P12, P47
Özkan, S.	S204-1	Riecker, S.	S205-2	Schönenberg, A.	P43, S114-2
		Riedelsheimer, S.	S113-3	Schönstein, A.	P50, S103-2, S302-2, S416-1
		Rietz, C.	S413-4	Schöttler, J.	P59
		Rittger, H.	S412	Schöttler, R.	S104-3
		Ritzi, A.	S113-4	Schramek, R.	S102-3
P		Rohleder, C.	S300, S300-1	Schroer, B.	S300-3
Pacolli, L.	S301-5	Röhrig, R.	P11	Schubert, M.	S114-5
Pahmeier, I.	S304-3	Röhrig-Herzog, G.	S112, S112-1	Schuhmacher, B.	S401-1
Pahmeier, K.	S204-4	Rosales Sauer, B.	P17	Schultz, K.	S113-1
Paluch, A. E.	S103-5	Rösler, A.	S110, S314	Schulz, H.	P09
Pantel, J.	S107, S110	Rothenbacher, D.	S103-1, S103-2, S103-3, S103-4, S226-1	Schulz, J. B.	S101-2
PAWEL				Schulz, S.	S415-4
Study Group,	S312-2, S312-5			Schulze, K.	S311-5
Pazan, F.	P48, P56, S105-2, S105-4	Rott, C.	S425-5	Schulze, M.	S326-4
Pelizäus, H.	S216, S216-2	Rqia, L.	S414-2, S414-3, S414-4	Schulz-Nieswandt, F.	P39
Penger, S. G. R.	S306, S306-3	Rubin, Y.	S316, S316-1, S316-2	Schütz, J.	P70
Penning, N.	P23	Ruckes, C.	P57, P60	Schütze, K.	S204-4
Peter, R.	S103-3	Rudinger, G.	S211-5	Schütze, S.	S113-3, S200, S200-3
Peters, O.	P71	Ruf, C.	S406-2	Schüz, B.	S215-6
Pfaff, H.	S306-4	Rujescu, D.	S311-2	Schwab, M.	P20
Pfeifer, N.	P03			Schwab, R.	P57, P60
Pfeiffer, K.	S415, S415-1, S415-2, S415-3, S415-4	S		Schwarz, B. M.	S305-1
Pfisterer, M.	S214, S222	Saal, S.	S301-4	Schweda, M.	S215-3
Philipp, T. M.	S206-3	Salm, C.	S113-4	Schweitzer, L.	S226-2
Pinho, J. O.	S101-2	Sanchez, A.	S312-6	Schwender, C.	S402-2
Pinkert, C.	S215-1	Sanchez-		Schwientek, A.-K.	P62
Piotrowicz, K.	S405-2	Rodriguez, D.	S405-2	Seeger, I.	S224-1
Pithan, J.	S304-3	Schabet, K.	S205-5	Seele, J.	S226-4, S226-5
Plugge, M.	P29	Schaeufele, M.	S415-2	Seidel, K.	S215-5
Polidori Nelles, M. C.	P02, P19, S305-1	Schäfer, S. K.	S302-3	Seifert, A.	S402-1, S413, S413-1, S413-3
Poppe, S.	S115-2	Schaffrin, S.	S326-1, S326-2	Seufferlein, T.	S204-4
Präfler, S.	P22	Schäper, S.	S300-3	Shah, S. L.	P10
Prell, T.	P43, S114-2	Schäper, S.	S300-4	Shivashankar, Y.	S405-4
Primc, N.	S205-1	Schäufele, M.	S415, S415-1	Siè, A.	S302-2
Probst, S.	S301-5	Schaupp, A.	S423-3	Siebentritt, H. M.	P38
Projektgruppe		Schebesta, L.	P59	Sieber, C. C.	P38, P47, S416-3
„Demenzsensibles		Scheidt-Nave, C.	P69	Siebert, J. S.	S302-5
Krankenhaus“,	S113-3	Scheithauer, S.	S226-5	Siegert, R.	S225, S225-1, S405-6
Prost, M.	S113-1	Schiel, S.	S414, S414-1	Sikl, P.	S404-1
Pühler, T.	P59	Schilling, O.	P24, S324	Simm, A.	S206, S206-5, S211, S311-1, S311-2, S412
Püllen, R.	S113-3	Schlesinger, A.	S422-1	Simonson, J.	S325, S325-3
		Schlichting, J.	P33, S313-2	Singler, K.	S213, S314
Q		Schlifski, M.	S104-1	Sirsch, E.	S321
Quante, A.	P49	Schlinge, M.	S406-1	Sloot, L. H.	P81
		Schlitzer, J.	S105-4	Soaz, C.	P52
R		Schlomann, A.	P25, P26, P36, S302-4, S413-4	Spang, R. P.	S406-3
Raab, V. K.	S312-1	Schlüssel, S.	S423-3, S423-4	Spank, J.	S312-4
Rahn, J.	S311-2	Schmeiduch, L.	S322-4	Speer, R.	P03, S400-4
Ram, N.	P24	Schmid, H.	S405-2	Sperling, U.	P65
Rapp, K.	S103, S103-3	Schmidle, S.	P52	Spuling, S. M.	S325-4
		Schmidmaier, R.	S423, S423-3	Stadel, W.	S316, S316-1, S316-2

Abstracts

Stahl, S. S414-4
 Stamerjohanns, J. P59
 Starman, J. S202-6
 Steffens, M. S103-1
 Steger, F. S113-2
 Stegner, T.A. P09
 Steib, S. P04, P81
 Stein, T. S425-5
 Steinbrenner, H. S106-3, S206-3
 Steiner, T. S101
 Steinke, J. S311-1
 Stephan, Y. S302-2
 Stephan-Sump, F. S423-1, S423-2
 Stieglitz, S. S210-3, S422-2
 Stiemke, P. S425-3
 Stingl, J. S103-1
 Stock, S. S301-1
 Stolz, R. S105-3
 Strube-Lahmann, S. P06
 Strünck, C. S304-4
 Strupp, J. P39
 Supplith, J. S304-5
 Surquin, M. S405-2
 Swoboda, W. S204-1
 Szabo, G. S206-5, S311-1, S311-2

T

Tan, E. S106-4
 Taraldsen, K. P51
 Tatschner, K. S225-2
 Tauber, S. S200-3
 Teising, M. S320-2
 Teschner, U. P43, S114-2
 Tesch-Römer, C. S325
 Teti, A. S304-3
 Thai, B.D. P55, S305-4
 Theda, I. S115-4
 Theurer, C. S415-3, S415-4
 Thevenot, E. S322-4
 Thiel, S. S405-6
 Thiem, U. P16, S204-3, S305-1, S423-1, S423-2
 Thies, V. S326-2
 Thiesemann, R. P49
 Thimm, A. S300-3
 Thomas, C. S312-1, S312-2, S312-3, S312-4, S312-5
 Thürmann, P.A. S105-3, S220-4
 Thyrian, J.R. S215-5
 Tittel, L. S226-2
 Tolle, B.-P. S405-4
 Torben-Nielsen, K. S426-1
 Toscano-Rico, M. S405-2
 Trabert, J. S113-3, S200-4
 Treseler, S.-K. S326-4
 Tschupke, S. S326-2, S326-4
 Tseng, H. S302-5
 Tseng, H.-Y. S302-4

U

Uihlein, A. S113-2
 Ullrich, P. P46, P74, S416-1
 Unkel, S. S226-5
 Unterkofler, J. P11, S224-2
 Urazova, A. S206-5

V

Valerius, L. P39, S301-1
 Van Den
 Noortgate, N. S405-2
 Varchola, J. P57
 Venkatesh, S. S406-2
 Vennedey, V. S301-1
 Vereijken, B. P51
 Verleysdonk-
 Simons, S. P32
 Verri, F.M. S305-1
 Vinyard, D. P16, S204-3, S423-1, S423-2
 Voigt-Antons, J.-N. S406-3
 Voigt-Radloff, S. P17, P21, S113-4
 Völker, L. P02
 Volkert, D. P47, S221
 Völter, C. S305-3
 Voltz, R. P39
 von Arnim, C. S101, S312, S312-1, S312-2, S312-3, S312-5
 von Carnap, C. S405-6
 von der Warth, R. S113-4
 von Kutzleben, M. S215-3
 von Renteln-
 Kruse, W. P16, S204-3
 von Rothkirch, C. S225-3
 von Stülpnagel, H. S203-1
 Vorwerg, S. S204-5
 Voß, H. S202-2

W

Wächter, K. S206-5, S311-1
 Wagner, M. S324-2
 Wagner, S. S312-1
 Wahidie, D. P82, S301-5
 Wahl, H.-W. P25, P26, P50, P81, S103-2, S205-5, S211, S216, S216-4, S302, S302-2, S302-4, S302-5, S324-3, S413-2, S413-4
 Waibel, S. S205-4
 Waldschmitt, M. S323-3
 Walz, I. S205-4
 Wanka, A. S203-2, S306-1, S315, S315-3, S322, S322-2
 Warnach, M. S225, S225-4, S405-6
 Warner, L.M. S402-4
 Wasem, J. S204-4
 Wasic, C. P79
 Waterkotte, R. S112-3
 Weber, Y. S200-2
 Wedding, U. S205-5, S220, S220-3
 Wehling, M. P48, P49, P56, S105-2, S105-4
 Weidekamp-
 Maicher, M. S102-5
 Weidlich-
 Wichmann, U. S326-1
 Weinhold, N. S425-4
 Welzel, J. P01
 Wendenburg, K. P09
 Wenner, J. S324-2
 Werner, C. P46, P61, P74, S416-1
 Werner, C.J. S101, S101-2, S204-2
 Werny, R. S203, S203-3
 Wessel, L. P71
 Weßel, M. S215-3

Westerhof, G. S302-5
 Westphalen, C. P60
 Wettstein, M. S302, S302-4
 Wiegelmann, H. S215-6
 Wielga, J. P18
 Wiese, B. S105-3
 Wiesmann, M. S101-2
 Wießner, S. S113-5
 Will, A.J. S206-3
 Wilm, S. P58, S105-3
 Wiloth, S.S. S111-3, S202, S202-2, S202-3, S202-4, S202-5, S425-5
 Wilz, G. S415-3, S415-4
 Windolf, J. S113-1
 Winkler, E. S205-5
 Wirth, R. S221, S305-1, S423-1, S423-2
 Witlandt, R. S305-3
 Wittek, M. P64, S202-2
 Wolf, D. S113-2
 Wolf, F. S306, S306-2
 Wolf, M. S405-6
 Wolf-Ostermann, K. S215-6
 Wollny, A. S105-3
 Wolski, L. P62
 Woopen, C. P19
 Würle, T. S304-2
 Wrzus, C. P24
 Wunderlich, M. P19
 Wurm, S. P27, S302, S302-1, S302-3, S302-5

Y

Yilmaz-Aslan, Y. P75, P82, S301-5

Z

Zacher, J. P77
 Zank, S. P19, P36, P76, S324-2, S324-3
 Zentel, P. S413-4
 Zieschang, T. S416-2, S416-4, S416-5
 Zimmermann, J. S324-1
 Zirves, M. S306-4
 Zölllick, J. S304-5
 Zöllner-Kojnov, H. P10
 Zschäbitz, S. S205-5
 Zuidema, S.U. S105-1

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin (Betriebsstätte Heidelberg: Springer Medizin Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg; Tel. +49 6221/487-0) www.springermedizin.de
Geschäftsführung: Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge
Director Journals & ePublishing: Dr. Paul Herrmann (v. i. S. d. P.)
Head of Journals & ePublishing 2: Dr. Jürgen Meyer zu Tittingdorf
Director Editorial Processes: Dr. Frank Sommerauer
Head of Educational Publishing: Martina Siedler
Managing Editor „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“: Susanne Denskus, Tel. -8819, Fax -68819, susanne.denskus@springer.com
Project Coordinator: Ahmet Bekil, ahmet.bekil@springernature.com
Gesamtleitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Adressdaten jeweils wie Betriebsstätte Heidelberg)
Anzeigen: Jens Dessin (Leitung Sales & Advertising); Jenny Päper, jenny.paeper@springernature.com, Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Tel. +49 30/82787-5178, www.mediadaten.springermedizin.de
Druck: Wilco B.V., Vanadiumweg 9, NL-3812 PX Amersfoort. Printed in The Netherlands
Erscheinungsweise: Die „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ erscheint 8-mal jährlich. 8 Hefte bilden einen Band.
Papierausgabe: ISSN 0948-6704, gedruckt auf säurefreiem Papier.
Elektr. Ausgabe: ISSN 1435-1269, Titel-Nr. 391. CODEN: ZGGEFQ. Die elektronische Version finden Sie unter www.springermedizin.de/zgg. Hinsichtlich der aktuellen Version eines Beitrags prüfen Sie bitte immer die Online-Version der Publikation.
Online Version: Abonnenten der Print-Ausgabe können sich unter <http://springerlink.com/content/1435-1269> für einen kostenlosen Online-Zugang registrieren.
Eigentümer & Copyright: © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022.
 Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
 Für die in dieser Zeitschrift als Sonderteil enthaltenen Mitteilungen der DGG, DGGG, ÖGGG und des BV Geriatrie sind die Springer-Verlag GmbH und die oben angegebenen Personen nicht verantwortlich. Die diesbezüglichen Verantwortlichkeiten ergeben sich aus dem gesonderten Impressum in den Mitteilungen der DGG, DGGG, ÖGGG und des BV Geriatrie.
Preis für ein Individualabonnement inkl. Online-Basis-Lizenz 2022: (8 Hefte) EUR 250,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 50,-).
Einzelheftpreis 2022: EUR 46,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten.
Für Studierende und für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung 2022: (8 Hefte) EUR 150,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Nachweis über Studium/Ausbildung erforderlich).
Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2022: (8 Hefte) EUR 1213,- (unverb. Preisempfehlung zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten, Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 50,-). Der Bezugspreis ist im Voraus zu zahlen. Das Abonnement kann bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums gekündigt werden.
Gesellschaftspreise: Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG) können die Zeitschrift zu einem Sonderpreis bestellen. Auskunft erteilen die Geschäftsstellen.

Kontakt

**Haben Sie Fragen, Anmerkungen, Lob oder Kritik?
So erreichen Sie den Verlag:**

Fragen zum Abonnement / Adressänderungen / Online-Zugang
 Springer Nature Customer Service Center GmbH
 Tiergartenstraße 15, 69121 Heidelberg
 Tel.: +49 (0)6221/345-4303, Fax: +49 (0)6221/345-4229,
 Montag bis Freitag, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
 E-Mail: Leserservice@springernature.com

Wichtiger Hinweis: Zeitschriften werden nicht automatisch im Rahmen eines Nachsendeantrags berücksichtigt.
 Bitte informieren Sie unseren Kundenservice daher frühzeitig über Adressänderungen.

Redaktion Springer Medizin Verlag:

Susanne Denskus
 Springer Medizin Verlag GmbH
 Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg
 Tel.: +49 (0)6221/487-8819,
 E-Mail: susanne.denskus@springernature.com

Bestellungen oder Rückfragen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Springer Customer Service Center GmbH, Tiergartenstraße 15, 69121 Heidelberg, Tel. +49 6221/345-4303, Fax +496221/345-4229, Leserservice@springer.com (Mo.–Fr. 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr)

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der BV Geriatrie tragen keine Verantwortung für namentlich gekennzeichnete Beiträge und für Anzeigen innerhalb der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“. Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben die Meinung des Verfassers wieder und stehen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung.

Autorinnen und Autoren können unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopiertantiemen teilnehmen. Einzelheiten bei VG WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München.

Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Gendgerechte Sprache: Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Die Verwendung einer angemessenen gendgerechten Sprache, um Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend anzusprechen, wird begrüßt.

Review Alle Artikel der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ unterliegen einem Reviewprozess.

Erklärung von Helsinki

Alle eingereichten Manuskripte, die Ergebnisse von Studien an Probanden oder Patienten enthalten, müssen den ethischen Standards der Erklärung von Helsinki entsprechen.

Für Autoren · Instructions for Authors

Unsere ausführlichen Autorenleitfäden und Musterbeiträge finden Sie online unter „Hinweise für Autoren“ auf / Author guidelines are available at: www.zgg.springer.de



Manuskripteinreichung / Online Manuscript Submission:

Bitte reichen Sie Ihr Manuskript online ein unter www.zgg.springer.de (Online einreichen) oder unter www.editorialmanager.com/zfgg

Kontakt:

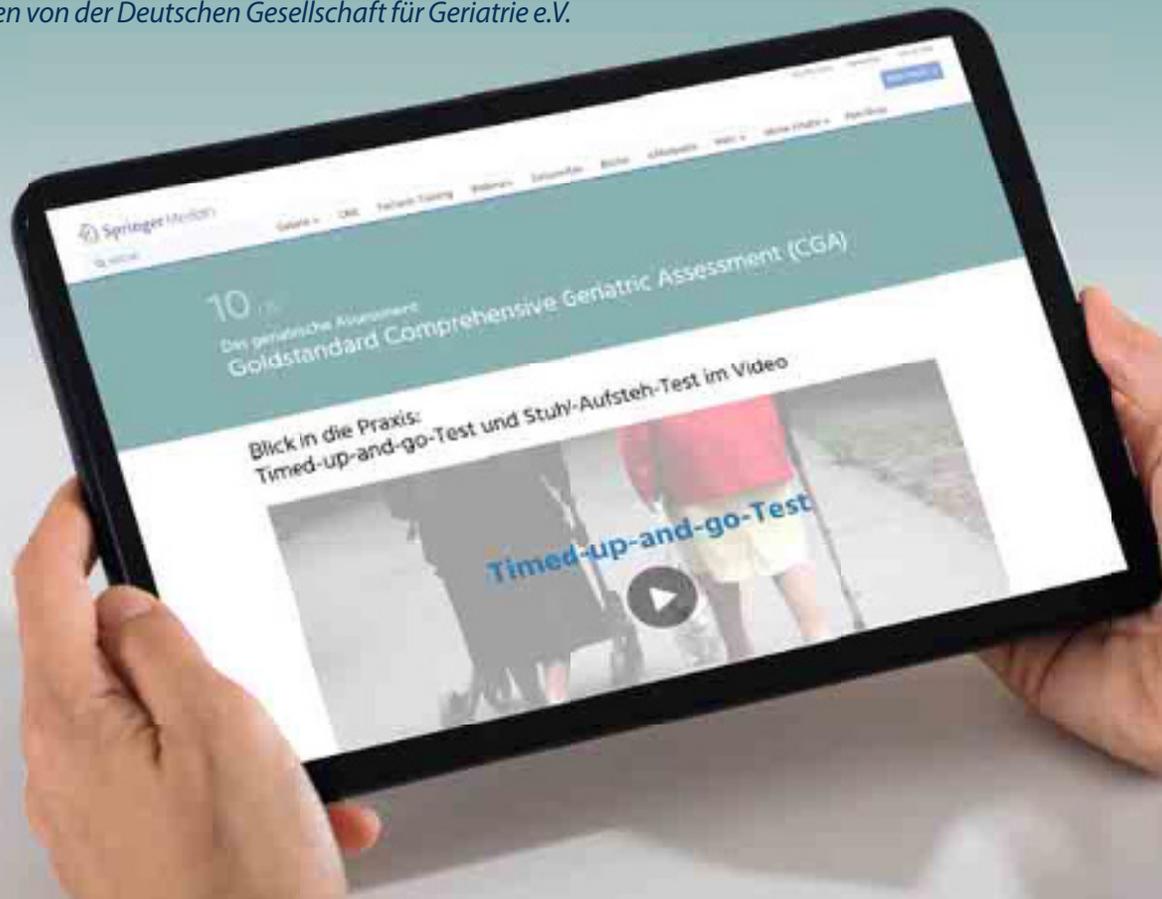
Redaktion Editorial Manager
 Elisabeth Althaus
 Tel. (0)212/23386-04/-02
 E-Mail: elisabeth.althaus@springer.com

Onlinekurs Geriatrie

Schärfen Sie Ihren Blick auf geriatrische Patienten

Neue 16-teilige Update-Reihe zur Diagnostik und Therapie

Empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.



- ✓ In 16 Kursen – die häufigsten Themenkomplexe in der Geriatrie wie z. B. Notfallmedizin, Geriatrisches Assessment, Schmerztherapie, Delir, Polymedikation, Depression, Chronische Wunden etc.
- ✓ Interaktive Kurse mit Fallbeispielen und 22 Erklärvideos
- ✓ Verfasst von renommierten Geriaterinnen und Geriatern

Mit diesem QR-Code zum Onlinekurs Geriatrie und zum kostenlosen Demokurs Frialty

[SpringerMedizin.de/basiskurs-geriatrie](https://www.springermedizin.de/basiskurs-geriatrie)

Jetzt testen 

