

Zeitschrift für Gerontologie+Geriatric

mit **European Journal of Geriatrics**

Zeitschrift für Gerontologie + Geriatric

Band 58 · Supplement 2 · August 2025

Abstracts des 37. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatric (DGG)

391

Abstracts des 37. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatric (DGG)

„Geriatric – Gefragt, Gereift, Gestärkt“

18.–20. September, Weimar



Herausgeberinnen und Herausgeber/Editors**Sektion Biogerontologie**

Assoc. Prof. Dr. Johannes Grillari, Ludwig Boltzmann Institut für Experimentelle und Klinische Traumatologie, Wien – Österreich

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Andreas Simm, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg – Deutschland

Sektion Geriatrische Medizin

Prof. Dr. med. Jürgen Bauer, Universität Heidelberg und Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg – Deutschland

Prof. Dr. med. Helmut Frohnhofen, Universitätsklinikum Düsseldorf – Deutschland

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseider, Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Salzburg – Österreich

Univ.-Prof. Dr. med. Regina Roller-Wirnsberger – MME, Medizinische Universität Graz und Universitätsklinik für Innere Medizin – Österreich

PD Dr. med. Ulrich Thiem – Klinik f. Altersmedizin und Frührehabilitation, Klinikum der Ruhr-Universität, Herne – Deutschland

Prof. Dr. med. Christine von Arnim, Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen – Deutschland

Sektion Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie

Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Kolland, Karl Landsteiner Privatuniversität, Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung, Krems an der Donau – Österreich

Prof. Dr. Frank Oswald – Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Goethe-Universität Frankfurt am Main – Deutschland

Sektion Soziale Gerontologie/Altenarbeit

Prof. Dr. Kirsten Aner – Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg – Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department f. Humanmedizin), Witten – Deutschland

Prof. Dr. jur. Gerhard Igl – Hamburg – Deutschland

Prof. Dr. phil. Cornelia Kricheldorf – Kath. Hochschule Freiburg (em.) – Deutschland

Sektion Gerontopsychiatrie

Prof. (apl.) Dr. med. Walter Hewer – Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad Göppingen – Deutschland

PD Dr. med. Daniel Kopf, Geriatrische Klinik und Zentrum für Altersmedizin, Kliniken Ludwigsburg/Bietigheim – Deutschland

Sektion Alter, Technik, Digitalisierung

Prof. Dr. Hans-Werner Wahl – Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg – Deutschland

Für die Rubriken/Section Editors**CME Zertifizierte Fortbildung**

Univ.-Prof. Dr. Markus Gosch – Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg, Medizinische Klinik 2 – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner, MHBA – Klinikum Bayreuth, Medizincampus Oberfranken und Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg – Deutschland

Journal Club

Prim. Dr. med. Peter Dovjak – Salzkammergutklinikum Gmunden – Österreich

Dr. med. Anna Maria Affeldt – Uniklinik Köln, Innere Medizin II – Deutschland

Mitteilungen/Notifications**BV Geriatrie**

RA Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie, Berlin – Deutschland

Dr. med. Ariane Zinke – St. Marienkrankenhaus, Ludwigshafen – Deutschland

DGGG

Prof. Dr. med. Kirsten Aner – Universität Kassel, Fachbereich Humanwissenschaften – Deutschland

Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg – Deutschland

DGG

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Denking, Agaplesion Bethesda Klinik Ulm und Institut f. Geriatrische Forschung der Uniklinik Ulm – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Markus Gosch – Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg, Medizinische Klinik 2 – Deutschland

ÖGGG

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseider, Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Salzburg – Österreich

Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board

PD Dr. rer. nat. Babett Bartling – Universitätsklinikum Halle (Saale), Universitätsklinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie – Deutschland

Prof. Dr. med. Clemens Becker – Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Fachabteilung für Altersmedizin und Rehabilitation – Deutschland

Prof. Dr. rer. nat. Petra Boukamp – Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg – Deutschland

PD Dr. med. Dhayana Dallmeier – Agaplesion Bethesda Klinik Ulm gGmbH, Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb-Donau – Deutschland

Prof. Dr. phil. Bärbel Dangel – Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Fachbereich Gesundheit und Pflege – Deutschland

Prof. Dr. Uwe Fachinger – Universität Vechta, Ökonomie und Demographischer Wandel – Deutschland

Prof. Dr. Annette Franke – Evangelische Hochschule Ludwigsburg – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Christoph Gisinger – Haus der Barmherzigkeit und Donau-Universität Krems – Österreich

Prof. Dr. Tilmann Grune – Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIFE) – Deutschland

Prof. Dr. med. H. Gutzmann – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin – Deutschland

Prof. Dr. Julia Haberstroh – Universität Siegen, Psychologische Alternsforschung – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Judith Haendeler – Institut für umweltmedizinische Forschung, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gGmbH - Deutschland

Prof. Dr. Kerstin Hämel – Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Deutschland

Prof. Dr. psych. Josefine Heusinger – Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien – Deutschland

Prof. Dr. Ines Himmelsbach – Katholische Hochschule Freiburg, IAF, Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung – Deutschland

PD Dr. med. Werner Hofmann – Reclin – Deutschland

Prof. Dr. phil. Francois Höpflinger – Soziologisches Institut Zürich – Schweiz

Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Alexander Horsch – Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie, Klinikum rechts der Isar der TU München – Deutschland

Prof. Dr. med. Michael Hüll – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und der Sektion Gerontopsychiatrie und Neuropsychologie, Universitätsklinik Freiburg – Deutschland

Dr. Roman Kaspar – Universität zu Köln, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Soziologie und Sozialpsychologie (ISS) – Deutschland

Prof. Dr. habil. Eva-Maria Kessler – MSB Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin – Deutschland

Prof. Dr. iur. Thomas Klie – Evangelische Hochschule Freiburg, Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Lars-Oliver Klotz – Friedrich-Schiller-Universität Jena, Lehrstuhl für Nutrigenomik – Deutschland

Prof. Dr. med. Gerald F. Kolb – Abteilung Innere Medizin, Fachbereich Geriatrie, St. Bonifatius-Hospital Lingen – Deutschland

Univ.-Prof. Mag. Dr. phil. Ulla Kribernegg – Universität Graz, CIRAC – Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung – Österreich

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse (em.) – Institut für Gerontologie Heidelberg – Deutschland

Dr. emer. o. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner – Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Universität Wien – Österreich

Prof. Dr. Harald Künemund – Universität Vechta, Empirische Altersforschung und Forschungsmethoden – Deutschland

Prof. Dr. psych. Frieder R. Lang – Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychogerontologie – Deutschland

Dr. med. Dipl.-Ing. Thea Laurentius – Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Altersmedizin, Medizinische Klinik VI – Deutschland

PD Dr. med. Romana Lenzen-Großimlinghaus – Klinikum Ernst-von-Bergmann Potsdam, Klinik für Geriatrie – Deutschland

PD Dr. Mirinda Leontowitsch – Goethe-Universität Frankfurt, Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften – Deutschland

Prof. Dr. med. Walter Maetzler – Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Klinik für Neurologie, UKSH, Campus Kiel – Deutschland

PD Dr. med. Thomas Münzer – Geriatrie Klinik St. Gallen – Schweiz

Prof. Dr. habil. Ulrich Otto – Theologische Hochschule Reutlingen – Deutschland

Prof. Dr. med. Johannes Pantel – Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin – Deutschland

Prof. em. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello – Institut für Psychologie, Universität Bern – Schweiz

Dr. rer. nat. Klaus Pfeiffer – Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Klinik für Geriatrie Rehabilitation – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Peter Pietschmann – Medizinische Universität Wien, Institut für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie – Österreich

Prim. Dr. med. Katharina Pils – Ludwig Boltzmann Institut für Interdisziplinäre Rehabilitation in der Geriatrie, Wien – Österreich

Prim. Dr. med. Georg Pinter – KABEG, LKH Klagenfurt, Haus der Geriatrie – Österreich

Univ.-Prof. Dr. Dr. Maria C. Polidori Nelles – Uniklinik Köln, Klinische Altersforschung – Deutschland

Prof. Dr. med. Tino Prell – Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Altersmedizin – Deutschland

Prof. Dr. med. Kilian Rapp – Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Klinik f. Geriatrie Rehabilitation – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Matthias W. Riepe – Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychiatrie II, Bezirkskrankenhaus Günzburg – Deutschland

Prof. Dr. phil. Yvonne Rubin – Fachbereich Sozialwesen, Ernst-Abbe-Hochschule Jena – Deutschland

Prof. Dr. sc. hum. Martina Schäufele – Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen – Deutschland

Prof. Dr. Oliver Schilling – Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, Abteilung für Psychologische Altersforschung – Deutschland

PD Dr. med. Sandra Schütze – Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH, Medizinisch-Geriatrie Klinik – Deutschland

Prof. Dr. med. Katrin Singler – Klinikum Fürth, Klinik für Geriatrie – Deutschland

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe – Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel – Schweiz

Prof. Dr. med. Andreas Stuck – Geriatrie Universität Bern – Schweiz

Dr. phil. Verena C. Tatzler – Fachhochschule Wiener Neustadt GmbH – Österreich

Prof. Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Jochen René Thyrian – DZNE Greifswald – Deutschland

Prof. Dr. Thomas von Zglinicki – Biosciences Institute, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University – Great Britain

Dr. Anna Wanka – DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions“, Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung – Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Birgit Weinberger – Universität Innsbruck, Institute for Biomedical Aging Research – Österreich

Dr.-Ing. Dipl.-Inform. Klaus-Hendrik Wolf – Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der MH Hannover – Deutschland

Dr. med. Dirk K. Wolter – Klinikum Itzehoe, Zentrum für Psychosoziale Medizin – Deutschland

Abstracts des 37. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

„Geriatrie – Gefragt, Gereift, Gestärkt“

18.–20. September 2025, Weimar

S111 #rananreisen: Mobilität & Sturz aktuell: Perturbation, Praxis & Perspektiven

- S59 S111-1
Gehen & Stolpern analysieren ohne Ganglabor – wie geht das?
- S59 S111-2
Gleichgewichtstraining auf einem Perturbationslaufband zur Vorbeugung von
kaptiven Stürzen bei sturzgefährdeten älteren Erwachsenen mit und ohne
kognitive Beeinträchtigung (TRAIL)
- S59 S111-3
SturzZentrum Schweiz – Einblick in das Schweizer Stolpertraining
- S60 S111-4
Die Ulmer Sturzambulanz – Erfahrungen aus einem Jahr Anlaufstelle zur
Sturzprävention

S112 Supporting SURgery with GEriatric Co-Management and AI (SURGE-Ahead)

- S60 S112-1
SURGE-Ahead–Supporting SURgery with GEriatric co-management and AI
- S61 S112-2
Standard-of-Care vs. Experten-empfohlene Entlassdestination bei geriatri-
schen stationären Patient*innen: Eine prospektive Kohortenstudie
- S61 S112-3
Kurz- und langfristige Versorgungskosten nach chirurgischen Eingriffen im
Alter: gesundheitsökonomische Befunde aus dem SURGE-Ahead Projekt
- S62 S112-4
Künstliche Intelligenz zur Verbesserung der Entlassplanung geriatrischer
Patient*innen nach Operation
- S62 S112-5
SURGE-Ahead Projektphase II – Planung einer Interventionsstudie nach der
Medical Device Regulation

S113 „Onkogeriatrie“ – nur etwas für Spezialisten?

- S62 S113-1
Onkologische Patienten geriatrisch frührehabilitieren – Wie gut geht das?
- S63 S113-2
Mein geriatrischer Krebspatient erhält so eine „seltsame“ neue Therapie – was muss ich wissen?
- S63 S113-3
Warum sollten sich Geriater*innen für onkologische Patient*innen interessieren?
- S63 S113-4
Therapieentscheidungen im Alter: Brustkrebsbehandlung zwischen biologischem Alter und individueller Prognose

S114 Prävention durch Bewegung

- S64 S114-1
Longevity und intracelluläre Enzymsysteme

S115 Freie Beiträge

- S64 S115-1
Validierung des deutschen Fragebogens Sturzrisiko-Check bei selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren: eine diagnostische Studie
- S64 S115-2
Verknüpfung der Short Physical Performance Battery mit patientenberichteten Instrumenten: Eine prospektive multizentrische Studie zur Standardisierung von Funktionsmessungen
- S65 S115-3
Projekt „Delirsensitives Ulm“
- S65 S115-4
Management der arteriellen Hypertonie bei geriatrischen Patient/innen
- S65 S115-5
MosaiK – Mobile Geriatrische Rehabilitation in der Kurzzeitpflege
- S66 S115-6
Impact of Fluid Overload on Bioelectrical Impedance Analysis for Muscle Mass Estimation in Geriatric Patients

S116 Geriatrische Syndrome jenseits der „classics“

S122 Telerehabilitation in der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation

- S67 S122-1
Einführung
- S67 S122-2
Erfahrungen mit Televisiten und Videoaufnahmen in der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation
- S67 S122-3
Telemedizinisch begleitete psychologische Behandlung im häuslichen Kontext
- S68 S122-4
Telerehabilitation in der Logopädie
- S68 S122-5
Telerehabilitation in der Ergotherapie und Physiotherapie

S123 Dysphagie in der Geriatrie: Interdisziplinäre Perspektiven, klinische Relevanz und Versorgungsrealität

- S69 S123-1
Oropharyngeale Dysphagie als Neurogeriatrisches Syndrom
- S69 S123-2
FEES it or leave it – Diagnostische Fallbeispiele aus der Neurogeriatrie
- S69 S123-3
Kostenpassung bei Dysphagie – zwischen Praxis und Evidenz
- S69 S123-4
Alterstraumatologie und Dysphagie: Herausforderungen nach Halswirbelkörperfrakturen. Vom Zertifikat zur Verbesserung der Patientenversorgung
- S70 S123-5
Auswirkungen von Dysphagie auf Verweildauern und Krankenhauskosten bei neurogeriatrischen Patientengruppen

S124 Symposium der AG Sarkopenie und Osteoporose

- S70 HSD11B1-Genexpression im Muskel: Ein Schlüssel zur reduzierten Muskelmasse bei Sarkopenie?
- S70 Outcomes in RCTs bei Sarkopenie: Eine systematische Literaturrecherche und Metaanalyse
- S70 Osteoporose bei Niereninsuffizienz
- S70 SarQoL: Bestimmung der Lebensqualität bei Sarkopenie

S211 #theolderthebetter – Forum zum 40. Geburtstag der DGG – Ein Dialog zwischen Zeitzeugen und Junger Geriatrie

S212 Funktionelle Störungen in der Geriatrie erkennen und behandeln

- S71 S212-1
Funktionelle Anfälle
- S71 S212-2
Funktionelle Bewegungsstörungen in der Geriatrie
- S71 S212-3
Schwindel – Funktionelle Ursachen und Differenzialdiagnosen
- S71 S212-4
Von der Diagnose zur Therapie funktioneller Bewegungsstörungen

S213 Hands on: Fallgruben in der Arzneitherapie älterer Patienten

- S72 S213-1
Kontinuierliche Tumorthérapien treffen auf „andere“ Medikamente im Alter: wie können Listenansätze helfen?
- S72 S213-2
Hyponaträmie im Alter: wie vermeiden, was tun?
- S72 S213-3
QT-Zeit: Ist sie wirklich relevant?
- S72 S213-4
Anticholinerge Last: Wann wird sie zuviel?

S214 Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen – aktuelle Empfehlungen aus der neuen S3-Leitlinie GeriPAIN (AWMF Register-Nr. 145-005)

- S73 S214-1
Versorgungsbrüche im Schmerzmanagement vermeiden – Entscheidungen gemeinsam treffen
- S73 S214-2
Schmerzerfassung bei geriatrischen Patient:innen – vom Screening nach Schmerz bis zur Verlaufserfassung
- S73 S214-3
Besonderheiten der Schmerztherapie – nicht-medikamentöse Interventionen für geriatrische Patient:innen mit Schmerzen
- S74 S214-4
Besonderheiten der Schmerztherapie – medikamentöse Interventionen für geriatrische Patient:innen mit Schmerzen

S215 Ambulante geriatrische Betreuung zwischen Hausarzt, geriatrischer Fachpraxis und stationär angebotenen Strukturen

- S74 S215-1
Spezialisierte geriatrische Diagnostik in der Praxis
- S74 S215-2
Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen
- S75 S215-3
Perspektive der Jungen Geriatrie
- S75 S215-4
Der Blick über den Tellerrand, ambulante Geriatrie im Nachbarland
- S75 S215-6
Mobile Rehabilitation – ein Baustein in der ambulanten geriatrischen Versorgung

S216 Identifikation von palliativen Versorgungsbedarf bei geriatrischen Patienten: Screening und Assessment

- S75 S216-1
Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE): Ein Screening Tool zur Identifikation von Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf
- S76 S216-2
Zugangsgerechtigkeit für demente Menschen in der Palliativversorgung – Palliative Geriatrie und Demenz Care
- S76 S216-3
Der Geriatric Palliative Screener (GPS): Ein Screening-Instrument für die Kitteltasche zur Ermittlung von palliativem Versorgungsbedarf bei geriatrischen Patienten
- S76 S216-4
Brauchen wir ein palliativmedizinisches Basisassessment?
- S76 S216-5
Notwendigkeit einer frühen Identifikation des Bedarfs an Palliativversorgung in der Geriatrie

S222 Geriatrische Aspekte bei chronisch Nierenkranken

- S77 Besondere Aspekte des geriatrischen Assessments bei chronischer Nierenkrankheit
- S77 Diagnose und Management der Osteoporose bei chronischer Nierenkrankheit Stadium 4-5D – ein unterschätztes und untertherapiertes Krankheitsbild
- S77 Methoden der Sarkopeniebestimmung bei Dialysepatient/innen
- S77 Symptomerfassung und Management bei Patient/innen mit chronischer Nierenkrankheit

S223 Mundgesundheit in der Geriatrie – eine interprofessionelle Aufgabe

- S77 S223-1
Wenn das Lächeln geriatrisch wird – Einfluss von Mundgesundheit auf geriatrische Syndrome
- S77 S223-2
Patient and Public Involvement (PPI) – Erwartungen an die Verbesserung der Mundgesundheit bei zuhause lebenden pflegebedürftigen Menschen
- S78 S223-3
Expertenstandard Mundgesundheit – Was steckt dahinter?
- S78 S223-4
mund-pflege.net – Gamechanger für die Mundgesundheit (auch) in der Geriatrie

S224 Geriatrie trifft auf Endokrinologie

- S78 Schilddrüse im Alter
- S78 Hormontherapie in der Menopause: vielleicht lebenslang?
- S78 Osteoporose und Sarkopenie
- S78 Hyperlipidämie im Alter behandeln

S225 Freie Beiträge

- S78 S225-1
Hip versus pelvic fracture of elderly patients—comparison of their clinical profile
- S79 S225-2
Ein Blick hinter die Fassade: Gibt es ein spezifisches endoskopisches Schluckmuster bei Alzheimerdemenz?
- S79 S225-3
Functional Independence in Daily Activities – Eignung des FIDA Assessments in der Geriatrie
- S80 S225-4
Chronische Herzinsuffizienz im Alter: Daten zu Charakteristika und Medikation aus großer geriatrischer Kohorte
- S80 S225-5
Die Nutzung digitaler Mobilitäts-Assessments in der geriatrischen Rehabilitation nach Hüftfraktur
- S80 S225-6
Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres zur Künstlichen Intelligenz in der Klinik

S233 S3-Leitlinien 2025: klinische Ernährung und Hydratation im Alter – ein Update

- S81 Mit Energie aus dem Frakturtaf – Ernährungsleitlinie Alterstraumatologie
- S81 Dekubitus und Wunden: Wenn ein Pflaster alleine nicht ausreicht
- S81 Ernährung bei COPD: So kommt die Luft wieder!
- S81 Hypertone Dehydratation – einfach zu wenig getrunken?
- S81 Adipositas und Mangelernährung – Zwei Seiten der Medaille

S235 Von der Prognose zur Sekundärprävention: Funktionelle Trajektorien nach Sturz und Strategien zur Nachsorge in der Notaufnahme – Erkenntnisse aus der SeFALL-ED-Studie

- S82 S235-1
Rekrutierung in der Notaufnahme: Herausforderungen und Chancen bei der Einbindung vulnerabler Patienten
- S82 S235-2
Barrieren und Facilitatoren in der sekundärpräventiven Sturzprävention: Erkenntnisse aus Fokusgruppen in einer Studie mit älteren Patient:innen nach einem Sturz und Vorstellung in der Notaufnahme
- S82 S235-3
Funktionelle Trajektorien und Risikostratifizierung nach Sturz in der Notaufnahme: Ergebnisse einer 24-monatigen Beobachtungsstudie
- S83 S235-4
Von der Forschung zur Praxis: Erste Erfahrungen mit maßgeschneiderten Interventionen nach Sturz und Vorstellung in der Notaufnahme

S236 Schlaganfall im Alter – Update 2025

- S83 S236-1
Akuttherapie – was gibt es Neues unter Berücksichtigung des Alters?
- S84 S236-2
Schlaganfallnachsorge

S312 Demenz und die Möglichkeiten der modernen Medizin

- S84 S312-1
Akustische Stimulation im Schlaf und Amyloidclearance
- S84 S312-2
Nierenersatztherapie und Kognition: Auswirkungen von Dialyse und Nierentransplantation bei älteren Patient:innen
- S84 S312-3
Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Demenz – Antihypertensiva und SGLT2-Inhibitoren – wann, wie lange und mit welchem Ziel?

S314 Innovationen zur Optimierung der notfall- und akutmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten

- S85 Stay @Home, – treat@Home – das digitale Gesundheitstagebuch zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten geriatrischer Patienten
- S85 Standardisierte Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit geriatrischer Patienten – wie geht man vor?
- S85 Rettungseinsatzfahrzeug (REF) – patientenorientierte Prähospitalversorgung auch für geriatrische Patienten?

S315 Geriatrie im Pflegeheim – Übergänge als interprofessionelle Herausforderungen

- S85 S315-1
Das EU-Projekt Join4Joy im Pflegeheim
- S86 S315-2
Delir-Management im Pflegeheim – Eine dringende Herausforderung in der geriatrischen Versorgung
- S86 S315-3
Therapiezieländerung als multiprofessionelle Herausforderung im Pflegeheim – Fortbildungen für Handlungs- und Kommunikationskompetenz
- S86 S315-4
Außerklinische „Palliative Sedierung“ im Pflegeheim – Ethische Herausforderungen und End-of-Life-Care

S316 Freie Beiträge

- S86 S316-1
FORTA (Fit fOR The Aged) Liste 2024
- S87 S316-2
Initiale orthostatische Hypotonie bei geriatrischen Patient:innen – Einfluss von Messzeitpunkt und Aufstehgeschwindigkeit
- S87 S316-3
Fragilitätsfrakturen an der Wirbelsäule: Längsschnittdaten aus der FriDA-Kohorte
- S88 S316-4
Sicherheit und Effektivität von Ganzkörper-Elektromyostimulation (WB-EMS) im Alter: Ein Vergleich mit jüngeren Erwachsenen
- S88 S316-5
Implementierung eines umfassenden geriatrischen Assessments in die Routineversorgung älterer Patient*innen mit einer Krebserkrankung: Eine bizenrische Machbarkeitsstudie
- S88 S316-6
Medizinische Folgen und Maßnahmen bei Hitzewellen in zwei baden-württembergischen Pflegeheimen – eine explorative Studie
- S89 S316-7
Blood-based Biomarkers for Frailty Detection beyond Geriatric Units

S323 Alterstraumatologie perioperativ—die Grenzen der Evidenz Hot Topics: Analgesie, Volumenbedarf, Nahrungskarenz

- S89 S323-1
Alterstraumatologie perioperativ – wo stehen wir heute
- S89 S323-2
Alterstraumatologie perioperativ – Die Initial-Analgesie
- S90 S323-3
Postoperative Schmerzbehandlung nach Hüftfraktur – sind wir wirklich sicher?
- S90 S323-4
Perioperatives Flüssigkeitsmanagement – wo liegt die Balance?
- S90 S323-5
Perioperative Ernährung – Energie fehlt immer
- S90 S323-6
Alterstraumatologie intra-operativ – welche Analgesie ist die Beste für wen

S325 Geriatrisches Assessment in Forschung und Klinik

- S91 S325-1
Therapeutische Versorgungslücken bei älteren Menschen mit kognitiv-sprachlichen Beeinträchtigungen – Das Geriatrische Assessment als Schnittstelle zu logopädischen und ergotherapeutischen Maßnahmen?
- S91 S325-2
Identifikation schweregradsensibler Items zur Detektion alltagsrelevanter kognitiver Beeinträchtigungen und Validierung eines neuen Verfahrens für die Ersteinschätzung der Kognition in der Geriatrie – AssCo 1
- S91 S325-3
Prävalenz von Störungen des Handeinsatzes in der Akut-Geriatrie
- S92 S325-4
MobiTest-Studie: Vergleich gebräuchlicher Mobilitätstests in der Geriatrie

S326 Forschungssymposium Delir – Neue Erkenntnisse zu Screening, Diagnostik und Prävention

- S92 S326-1
Neues zum Screening: Daten zur Single Question in Delirium bei geriatrischen Patienten
- S93 S326-2
Neue Erkenntnisse zur Pathophysiologie und Biomarkerforschung des Delirs
- S93 S326-4
Elektrophysiologische Biomarker zur Prädiktion des Post-Stroke Delirs: Evidenz für frühe Netzwerkstörungen

S331 Delir: Vieles ist neu! – Evidenz-to-go aus der S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter

- S94 S331-1
Setting Notaufnahme – „Delirium at the front door“
- S94 S331-2
Setting Alterspsychiatrie – „What is it? – DDD Delir, Demenz, Depression?“
- S94 S331-3
Herzchirurgie – Delirium extreme?
- S94 S331-4
„Getting it started and stay on track“ – nicht-pharmakologisches Delir-Management

S332 Differentialdiagnostik und Therapie der Parkinson-Syndrome beim geriatrischen Patienten

- S95 S332-1
Differentialdiagnostik der Parkinson-Syndrome im Alter
- S95 S332-2
Pharmakokinetik und -dynamik der Anti-Parkinson-Medikamente
- S95 S332-3
Therapie der Parkinson-Krankheit bei geriatrischen Patienten – ein interprofessioneller Ansatz
- S96 S332-4
Differentialdiagnostik und Therapie des Normaldruck-Hydrozepalus beim geriatrischen Patienten
- S96 S332-5
Geriatrische Besonderheiten zur Diagnostik und Therapie des Restless-legs Syndroms

S333 Journal Club des Wissenschaftsforums Geriatrie: Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres

- S96 S333
Journal Club des Wissenschaftsforums Geriatrie: Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres

S334 Freie Beiträge

- S97 S334-1
Advance Care Planning in der Akutgeriatrie: Bedarf und Herausforderungen aus Patient*innen- und Angehörigenperspektive – eine qualitative Studie
- S97 S334-2
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß 115 g SGB V: Konzeption stationär-geriatrischer Versorgungsleistungen aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie der Medizinischen Dienste
- S98 S334-3
Effekt des Orexinantagonisten Daridorexant auf die Dauer eines Delirs bei älteren Klinikpatienten
- S98 S334-4
Gestaltung und Effektivität von Arzneimitteltherapiesicherheitsmaßnahmen bei älteren Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen – ein systematischer Review mit partizipativen Elementen
- S98 S334-5
Umsetzung eines Demenz- und Delirmanagements im klinischen Alltag – Ergebnisse einer Umfrage in Krankenhäusern Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens

S334 Freie Beiträge

- S99 S334-6

S336 Videoforum Bewegungsstörung

- S99 S336
Videoforum Bewegungsstörungen

WS04 Workshop: Mundgesundheit in der Geriatrie – eine interprofessionelle Aufgabe

WS06 Workshop: 1,2 oder 3: Ernährungstherapie in der Geriatrie – vom Einsteiger zum Profi

Poster

- S100 P01
Der spannende Bewohner; Chorea Huntington ethisch betrachtet. Die ethische Fallbesprechung
- S100 P02
Erkennung von Perfusionsstörungen bei geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (mild cognitive impairment [MCI]) und Demenz: Bestimmung der Differenz des Zeitverschiebungswertes mittels funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie in Ruhe (rs-fMRT)-Studienprotokoll

- S101 P03
Frailty-Screening bei Dialysepatient*innen: Die Aussagekraft von Selbsteinschätzung und Routinedaten
- S101 P04
Nighttime Safety of Daridorexant: Response to Noise Stimuli, and Effects on Postural Stability, Walking and Memory
- S101 P05
Objektive Körpermaße und ihr subjektives Empfinden bei geriatrischen Patient*innen
- S102 P07
Erwartungen von Patientenvertreter:innen an eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Mundgesundheit bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – eine qualitative Analyse
- S102 P08
Körpertemperatur und Serumspiegel von C-reaktivem Protein und Procalcitonin bei stationären geriatrischen Patienten mit Bakteriämie
- S102 P09
Prävention und Rehabilitation von leichten bis mittelschweren Schädel-Hirn-Verletzungen bei älteren Erwachsenen
- S103 P10
IDentifikation der ICD-basierten SARKopenie: I(C)DSAR – Das MÜNchener SARKopenie Register (MUSAR) – Wegbereiter für mehr Sichtbarkeit, häufigere Diagnosestellung und innovative neue Therapien
- S103 P11
Rethinking Somatopause: Pituitary Function in High-Aged Multimorbid Hospitalized Patients with IGF-I Deficiency
- S103 P12
Timed Up and Go als Indikator für Symptomschwere und Sturzrisiko bei der Parkinson-Krankheit
- S104 P13
Sturzbedingte Wirbelkörper- und Beckenfrakturen der FriDA Kohorte unter der Lupe – Erkenntnisse für die Sturzprävention
- S104 P14
Lütgendortmunder Sarkopenie Studie: Muskelverlust nach B-Mode Sonographie ist mit Hypoalbuminämie assoziiert, im Gegensatz zu anderen Verfahren, und zwar Handkraftmessung oder Wadenumfang, bei ältere Patienten in geriatrischen Komplexbehandlung
- S105 P15
Die Ermittlung des Muskelvolumens aus der CT-Routinebildgebung bei älteren Patienten
- S105 P16
Prävalenz und Therapie der COPD bei stationären geriatrischen Patienten
- S105 P17
Zu alt für digitale Therapie? – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie
- S106 P18
Mangelhafte Dokumentation von Wirbelkörperfrakturen im opportunistischen Screening mittels Computertomographie
- S106 P19
Frailty among persons aged 80 years and older: Findings from a nationally representative study in Germany (Frailty bei Personen ab 80 Jahren: Erkenntnisse aus einer national repräsentativen Studie in Deutschland)
- S106 P20
Das Mikrobiom im alternden Stoffwechsel und sein Zusammenhang mit Ernährungsstatus und Muskelmasse

- S107 P22
Biopsychosoziale Prädiktoren des Outcomes geriatrischer Intensivpatient:innen – Studienprotokoll einer longitudinalen Beobachtungsstudie
- S107 P23
Predictors of in-hospital mortality in elderly sepsis patients: a nationwide retrospective cohort study in Germany from 2016 to 2019
- S108 P24
Sind GLP-1-Rezeptor-Agonisten und SGLT2-Inhibitoren für Patient*innen höheren Lebensalters geeignet?
- S108 P25
It's NEVER Lupus!
- S108 P26
Häufigkeiten von subjektiven und objektiven Problemen älterer PatientInnen bei der Medikamentenhandhabung in einer Hausarztpraxis
- S109 P27
Altersmedizin digital vernetzt
- S109 P28
Verlauf von COVID-19 Infektion im stationären Setting
- S109 P29
Auswirkung von nichtmedikamentösen Interventionen bei Patienten mit Delir im Akutkrankenhaus
- S110 P30
Ergotherapeutische Hausbesuche: Therapie und Hilfe im Alltag für ältere Menschen
- S110 P31
Prognosis and clinical profiles of older patients with hip or pelvic fracture
- S110 P32
Die Kau-effizienz als integrativer Parameter für orale und systemische Gesundheit im Alter
- S111 P33
Herausforderungen der Multimedikation bei geriatrischen Patienten im hausärztlichen Setting
- S111 P34
Freitextbasierte Identifikation von Delir in elektronischen Patientendaten: Perspektiven für klinische Vorhersagemodelle und Versorgungsforschung
- S112 P35
Delir durch die Augen des Gesundheitspersonals – Vorgehen und Herausforderungen im Klinikalltag
- S112 P36
Risikofaktoren für Stürze bei Patient:innen mit Parkinson-Krankheit
- S112 P37
Expertenbefragung zur deutschsprachigen Version des Fragebogens zum Bewusstsein von Mangelernährung bei älteren, im Privathaushalt lebenden Personen („Malnutrition Awareness Scale“ – MAS)
- S113 P38
Polypharmazie bei Patient:innen vor und nach akutgeriatrischer Rehabilitation – eine Beobachtungsstudie in Wolgast
- S113 P39
Entwicklung eines Best-Practice-Konzepts zur Verbesserung der fach- und zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Studienprotokoll des Projekts FAST-CARE
- S114 P40
Ein Unglück kommt selten allein!
- S114 P41
Holzauge sei wachsam!

- S114 P42
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei hochaltrigen Krebspatienten: Funktionelles Ansprechen nach Tumorentität und -prognose
- S115 P43
Akteure und Faktoren, die das Würdegefühl von Angehörigen von Menschen mit Demenz in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus beeinflussen: eine qualitative Studie
- S115 P44
Ergebnisse eines überarbeiteten Lehrkonzeptes im Querschnittsfach QB7 Medizin des Alterns und des alten Menschen
- S115 P45
Entwicklung eines Gewaltschutzkonzeptes in einer geriatrischen Klinik
- S116 P46
Fähigkeit zum Medikamentenselbstmanagement und Gesundheitsoutcomes bei älteren Menschen – Follow-up der ABLYMED (ability to self-administer medication in non-demented in-hospital patients) Studie
- S116 P47
BiPerAge – Effekte eines Indoor-Fahrradsimulationstrainings mit Perturbationen auf die Fahrradkompetenz älterer Erwachsener (Projektvorstellung)
- S116 P48
Relativer lateraler Armschwung – ein Parameter des dynamischen Gleichgewichts bei altersassoziierten Erkrankungen?
- S117 P49
Osteoporose-Therapie nach hüftgelenksnahen Oberschenkel- und Wirbelkörperfrakturen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
- S117 P50
Alterseffekte der räumlichen Navigationsfähigkeit unter Verwendung eines Virtual Reality Paradigmas – ein Modell für die kognitive Früherkennung und Rehabilitation?
- S118 P51
Der Einfluss der Inflammation auf die intestinale Eisenresorption
- S118 P52
Zwischen Klinik und Alltag: Potenziale und Grenzen einer Adhärenz-Intervention bei Parkinson
- S118 P53
Exoskelett-gestützte Frühmobilisation älterer Patient:innen mit Frailty: Eine Pilotstudie
- S119 P54
Koexistenz und Prävalenzen von Osteoporose-typischen Frakturen, Sarkopenie und Frailty bei älteren Patient*innen mit inadäquatem Trauma
- S119 P55
Zwischen Erwartung und Konzept: Perspektiven lokaler Stakeholder und Expert*innen zum Demenzdorf-Modell
- S119 P56
Demenzdorf-Konzepte in der pflegerischen Versorgung: Ein Scoping Review zu Merkmalen und Wirkungen
- S120 P57
Chronische Nierenkrankheit bei älteren und hochbetagten Menschen in Deutschland: Evaluierung von Behandlung und Gesundheitsergebnissen mittels einer Sekundärdatenanalyse
- S120 P58
Auswirkung der Tiefen Hirnstimulation auf die Mobilität bei Parkinson-Krankheit: Eine EU-weite Longitudinalstudie
- S121 P59
Digital Assessment of Diadochokinesis—Development of a new device

- S121 P60
Inzidenz, Merkmale und Folgen von Thrombosen der Vena jugularis interna nach zentralen Zugängen im Rahmen operativer Eingriffe in Orthopädie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie, im Vergleich geriatrisches Patientenkollektiv gegen nicht geriatrisches Patientenkollektiv
- S122 P61
Digitales heimbasiertes Training zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Erwachsenen nach einer Hüft-Totalendoprothese (iPATH): Studienprotokoll für eine randomisierte kontrollierte Studie
- S122 P62
Proteinsupplementierung und Muskelgesundheit bei gesunden Älteren – Ergebnisse eines Umbrella Reviews systematischer Reviews im Rahmen der evidenzbasierten Proteinleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung
- S122 P63
Die Wirkung von Musik auf Menschen mit Demenz im Seniorenheim: Perspektiven der Betreuungspersonen – eine qualitative Studie
- S123 P64
Multidimensional frailty and quality of life in German participants of the “aged European population quality of life in infectious disease (aequi) study”
- S123 P65
Rectus Femoris Ultrasound as a Screening Tool for Low Muscle Mass in Geriatric Inpatients: A Diagnostic Accuracy Study
- S124 P66
Einfluss von Daridorexant auf die Dauer eines postoperativen Delirs
- S124 P67
Langer Mittagsschlaf und Funktionalität im höheren Lebensalter
- S124 P68
Prävalenz der Hypomagnesiämie bei stationären geriatrischen Patienten
- S125 P69
Auswirkungen von in der stationären Akutsomatik durchgeführter Patientinnen- und Patientenedukation zum Thema „Sturz“ auf ältere Personen
- S125 P70
Die Lübecker Skala der Basis-Mobilität – wann ohne Zeitmessung, wann mit?
- S125 P71
Distaler Ösophagusspasmus als eine seltene Ursache für zunehmenden körperlichen Abbau mit Mangelernährung, Sarkopenie und Frailty
- S126 P72
Reliabilität der Compensatory Arm and Leg Movements (CALM) Scale zur Bewertung kompensatorischer Gleichgewichtsreaktionen nach Perturbationen bei älteren Personen
- S126 P73
Efficacy and safety of daridorexant in patients with chronic insomnia disorder and comorbid nocturia
- S126 P74
Einsatz einer telemedizinischen Ultraschalluntersuchung bei stationären geriatrischen Patient*innen: eine Machbarkeitsstudie
- S127 P75
Hämodialysepatientinnen und -patienten > 65 Jahre zeigen starke Einschränkungen im standardisierten geriatrischen Assessment
- S127 P76
Thematisierung von Reanimation durch Geriater in Europa – eine europaweite Umfrage
- S127 P77
Depressive Symptome in der Notaufnahme: Einfluss auf die Gesundheit nach einem Jahr

- S128 P78
Validierung der „Single Question In Delirium“ (SQiD) in einer akutstationär-geriatrischen Population
- S128 P79
Einfluss der Lateralisierung motorischer Symptome auf quantitative Gangparameter sowie die Sturzhäufigkeit bei der Parkinson-Krankheit
- S129 P80
Frailty-Einschätzung bei älteren nierenkranken Patient:innen auf der Warteliste zur Nierentransplantation (NTX): Vorläufige Analyse geriatrischer Kurzassessments mit laufendem Follow-Up
- S129 P81
Hydratationsstatus geriatrischer Patienten – Subjektiver, klinischer Eindruck oder objektiver Parameter? Die Hydr-Age-Studie
- S129 P82
Entwicklung und Evaluation einer Bewertungsmatrix für assistive Technologien: Eine Pilotstudie mit älteren Menschen und Gesundheitsfachkräften
- S130 P83
Suizidprävention und Suizidassistenz im Kontext der Palliative Care – Die Sichtweise der Profession Pflege in einem Spannungsfeld
- S130 P84
Einblicke in die geriatrische Forschung: Rahmenbedingungen, Trends und Herausforderungen aus ärztlicher Perspektive – Ergebnisse der GERisearch-Umfrage
- S131 P85
Klotho als potentieller Biomarker der körperlichen Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient:innen

S111 #rananaisen: Mobilität & Sturz aktuell: Perturbation, Praxis & Perspektiven

S111-1

Gehen & Stolpern analysieren ohne Ganglabor – wie geht das?

M. Schwenk; D. Seebacher; V. Graf; M. Stein; V. Haug¹; M. Denkinge²; M. Gruber; T. Fleiner³

Abteilung Sportwissenschaft, Human Performance Research Center (HPRC), Universität Konstanz, Konstanz; ¹Geriatrische Instituts- und Sturzambulanz, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln

Fragestellung: Zur frühzeitigen Erkennung von Sturzrisiken im Alter ist eine zuverlässige Ganganalyse unter realitätsnahen Bedingungen erforderlich – insbesondere bei äußeren Störungen des Gleichgewichts (Perturbationen), die zu Stolpern oder reaktiven Schritten führen. Während solche Analysen bisher überwiegend in Labors mit High-End-Systemen erfolgen, bietet markerlose, KI-gestützte Ganganalyse eine alltagstaugliche, kostengünstige Alternative. Ihre Genauigkeit unter gestörten Bedingungen wurde bisher kaum untersucht. Ziel dieser Pilotstudie war die initiale Validierung eines KI-basierten Systems zur Ganganalyse beim perturbierten Gehen.

Methodik: Zwei ältere Erwachsene (84 und 85 Jahre) absolvierten einen 2,5-minütigen Gangtest auf einem Perturbationslaufband (BalanceTutor[®]), das zufällige Störungen des Gleichgewichts auslöste. Initialer und terminaler Fußkontakt wurden manuell (Label Studio; Goldstandard) sowie automatisiert mit SMARTGAIT – einem markerlosen KI-System mit Smartphone-Kamera – erfasst. Die Ereignisdetektion wurde anhand von Genauigkeit, Präzision (positiver Vorhersagewert) und Sensitivität (Treffquote) mit dem Goldstandard verglichen – getrennt für normales und perturbiertes Gehen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 934 Gangereignisse identifiziert (801 bei normalem, 133 bei perturbiertem Gehen). SMARTGAIT zeigte bei normalem Gehen eine hohe Genauigkeit (0,94) und Sensitivität (0,96). Bei perturbiertem Gehen lagen die Werte niedriger (Genauigkeit: 0,82; Sensitivität: 0,83). Die Präzision blieb in beiden Fällen hoch (= 0,97).

Fazit: SMARTGAIT erkennt Gangereignisse beim normalen Gehen zuverlässig, bei perturbiertem Gehen jedoch mit reduzierter Genauigkeit. Die konstant hohe Präzision zeigt das Potenzial markerloser Ganganalyse im klinischen Alltag – mit Optimierungsbedarf unter dynamischen Bedingungen.

S111-2

Gleichgewichtstraining auf einem Perturbationslaufband zur Vorbeugung von kaptiven Stürzen bei sturzgefährdeten älteren Erwachsenen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung (TRAIL)

T. Zieschang; N. El-Seoud; C. Werner¹; M. Schwenk²; U. Trampisch³; J. M. Bauer¹; C. Becker¹; R. Wirth³; J. Koschate-Storm

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ¹Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Abteilung Sportwissenschaft, Human Performance Research Center (HPRC), Universität Konstanz, Konstanz; ³Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund: Ein neuerer Fokus in der Sturzprävention liegt auf der reaktiven dynamischen Balance, d. h. der Fähigkeit, auf äußere Störungen

wirksam zu reagieren. Durch sogenanntes Gait-Adaptability Training wird geübt das Gleichgewicht wiederzuerlangen, wenn die Person in der Bewegung durch äußere Störungen aus dem Gleichgewicht gebracht wurde. Eine Methode ist das Gehen auf einem Perturbationslaufband, welches durch Beschleunigung und Abbremsen Störungen in anterior-posteriorer Richtung oder durch Seitwärtsbewegungen in der medio-lateralen Richtung durchführen kann. Vorteil dieser Methode ist, dass die Probanden durch Gurte gesichert sind, das Training somit auch älteren, gangunsicheren Menschen zugänglich ist.

Dieser aufgabenspezifische Ansatz hat sich bei älteren Erwachsenen mit geringem Risiko als vielversprechend erwiesen. Die Wirksamkeit des Perturbationstrainings (PBT) bei Risikopopulationen, insbesondere bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, ist jedoch noch weitgehend unklar. Etwa die Hälfte der älteren Menschen kann nach einem Sturz nicht ohne fremde Hilfe aufstehen. Solche kaptiven Stürze (unrecovered falls) sind besonders kritisch, da sie zu längerem Liegen und daraus resultierenden Komplikationen führen können.

Ziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit von Laufband-PBT auf die Rate kaptiver Stürze bei sturzgefährdeten älteren Erwachsenen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen zu untersuchen.

Methoden: In dieser multizentrischen, verblindeten, randomisierten, kontrollierten Studie erhalten 396 ältere Erwachsene (= 70 Jahre) mit einem prospektivem Sturzrisiko = 40 % entweder neun Einheiten Laufband-PBT oder konventionelles Laufbandtraining über drei Wochen. Der primäre Endpunkt ist die Häufigkeit von kaptiven Stürzen innerhalb von 12 Monaten nach der Intervention, die anhand von monatlichen Sturzkalendern, Telefoninterviews, proaktiven Berichten und Proxy-Informationen erfasst wird. Weitere Assessments werden zu Beginn, nach der Intervention sowie nach 6 und 12 Monaten durchgeführt. Die primären Analysen werden nach dem Intention-to-treat-Prinzip durchgeführt. Ergänzend wird eine qualitative Analyse der Perspektive von Gesundheitsfachpersonen durchgeführt.

Diskussion: Es wird erwartet, dass das Laufband-PBT die Inzidenz von kaptiven Stürzen im Vergleich zum konventionellen Laufbandtraining um 50 % reduziert. Dann könnte dieser gezielte, zeiteffektive Trainingsansatz eine neuartige und effiziente Strategie zur Sturzprävention darstellen.

S111-3

SturzZentrum Schweiz – Einblick in das Schweizer Stolpertraining

F. Schulte; S. Neumann¹; C. E. Awai²; D. Ravi³

SturzZentrum Schweiz, Zürich/CH; ¹DART @LLUI, Vitznau/CH; ²DART @LLUI, Vitznau/CH; ³Institute for Biomechanics, ETH Zürich, Zürich/CH

Hintergrund: In der Schweiz erleiden jährlich rund 90.000 Menschen über 65 Jahre eine Sturzverletzung, mit teilweise gravierenden Folgen für ihre Mobilität und jährlichen Kosten von etwa 1,6 Milliarden Franken für das Gesundheitssystem [1]. Ein vielversprechender Präventionsansatz ist ein einmaliges und bei Bedarf wiederholbares Stolpertraining (PBT) [2]. Trotz nachgewiesener Wirkung bleibt PBT einem Großteil der sturzgefährdeten Bevölkerung verwehrt – vor allem wegen fehlender ambulanter Angebote und hoher Anschaffungskosten der erforderlichen Technologie.

Ziel: Demokratisierung von PBT durch kostengünstige, tragbare Technologien und evidenzbasierte Trainingsprotokolle für den ambulanten Einsatz. **Methodik:** Es wurde ein zur einmaligen Anwendung geeignetes PBT-Trainingsprotokoll entwickelt und dessen Umsetzbarkeit in einer bi-zentrischen, randomisiert kontrollierten Pilotstudie (Pilot-RCT; n = 60) evaluiert [3,4]. Ergänzend wurde eine kostengünstige, tragbare PBT-Technologie für laterale Perturbationen auf Hüfthöhe entwickelt. Diese wurde in einem ambulanten Testsetting installiert und mit ersten Interessierten getestet. Demografie, Alter, Sturzereignisse und Zufriedenheit mit der Intervention wurden erhoben.

Ergebnisse: Das im Rahmen der Pilot-RCT entwickelte PBT-Protokoll wurde gemeinsam mit der portablen PBT-Technologie im ambulanten Setting bei über 150 Teilnehmenden erprobt. Für die ersten 100 Teilnehmenden

– im Durchschnitt 75 ± 7 Jahre, 67 % weiblich, aus 10 Kantonen – liegen erste Auswertungen vor. Das Training dauerte im Schnitt 50 Minuten. Ein großer Teil der Befragten berichtete subjektiv von einer spürbaren Verbesserung des Gleichgewichts, und 88 % würden das Training weiterempfehlen. Sechs Personen (= 6 %) brachen ab.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein einmaliges, bei Bedarf wiederholbares PBT mit kostengünstiger, tragbarer Technologie in ambulanten Settings umsetzbar und akzeptabel ist. Das niederschwellige Konzept bietet Potenzial für ein skalierbares Instrument zur Sturzprävention und könnte zukünftig einen Beitrag zur Entlastung der Gesundheitssysteme leisten.

Danksagung: Das Projekt wurde mit Unterstützung von Innosuisse, der Walder Stiftung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich durchgeführt.

Literatur

1. BFU report, 2023
2. McCrum et al (2022) Front Sports Act Living
3. Zhu et al (2025) Biorxiv
4. Neumann et al (2025) GAMMA

S111-4

Die Ulmer Sturzambulanz – Erfahrungen aus einem Jahr Anlaufstelle zur Sturzprävention

T. Fleiner^{1,2,3}; V. Haug^{1,2}; L. Kroboth^{1,2}; G. Mez^{1,2}; R. Scheck^{1,2}; C. Leinert^{1,2}; B. M. Kumlehn^{1,2}; T. Kocar^{1,2}; D. Dallmeier^{1,2}; M. Denkinger^{1,2}

¹Institut für geriatrische Forschung, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ²Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, Ulm; ³Institut für Medizintechnik und Mechatronik, Technische Hochschule Ulm, Ulm; Fragestellung: Wie gestaltete sich Implementierung, Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgung im ersten Jahr der Sturzambulanz an der AGAPLESION Bethesda Klinik Ulm?

Methoden: In einer retrospektiven Datenerhebung wurden alle Patient*innen erfasst, die im Kalenderjahr 2024 ein geriatrisches Assessment mit dem Ziel Sturzrisiken zu identifizieren und zu behandeln (SturzCheck) oder ein einmaliges Perturbationsstraining am Laufband (SturzImpfung) in der Sturzambulanz Ulm erhielten. Erhoben wurden soziodemographische Merkmale, funktionelle Assessments sowie individuelle Empfehlungen und durchgeführte Interventionen. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Im Jahr 2024 wurden 30 Patient*innen (M $79,8 \pm 7,6$ Jahre, 56 % weiblich) im Rahmen eines SturzChecks untersucht. Die Zuweisung erfolgte bei 16 Personen (53 %) über eine Verordnung der Geriatrischen Institutsambulanz (GIA), während acht Patientinnen (27 %) privatversichert und sechs (20 %) Selbstzahler*innen waren. Eine SturzImpfung erhielten 120 Patient*innen (Durchschnittsalter $80,7 \pm 7,2$ Jahre; 64 % weiblich). Die Einschätzung der SturzImpfungs-Patient*innen mittels Clinical Frailty Scale ergab einen Median von 2 (IQR = 3); am häufigsten ein CFS von 2 ($n = 38$; 32 %). In der Short Physical Performance Battery erzielten die Teilnehmenden einen Medianwert von 11 Punkten (IQR = 3).

Zusammenfassung: Als erste Einrichtung dieser Art in Deutschland vereint die Ulmer Sturzambulanz ein interprofessionelles Konzept zur Sturzprävention. Die Risikoanalyse (SturzCheck) als auch die abgeleitete Intervention mittels perturbationsbasiertem Training (SturzImpfung) wird vor allem von non-/pre-frailen Patient:innen wahrgenommen. Eine sektorenübergreifende Nachsorgestruktur ermöglicht eine kontinuierliche Versorgung und verbessert die therapeutische Anschlussfähigkeit. Die Ulmer Sturzambulanz leistet so einen Beitrag diese bislang unterversorgte geriatrische Patient*innengruppe gezielt zu unterstützen.

S112 Supporting SURgery with GERiatric Co-Management and AI (SURGE-Ahead)

Moderation: M. Denkinger

Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Die zunehmende Zahl älterer Patient*innen, die in Krankenhäusern behandelt werden, stellt die Versorgungsstrukturen vor große Herausforderungen. Durch geriatrisches Co-Management werden insbesondere in der Unfallchirurgie gute Erfolge erzielt. Auf Grund der limitierten Zahl von Geriater*innen und deren Teams sind zur Sicherstellung und Ausweitung einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung neue Behandlungskonzepte dringend notwendig. In unserem Symposium geben wir einen Überblick über das Konzept des SURGE-Ahead Projekts und die SURGE-Ahead Application (SAA), ein mit Unterstützung künstlicher Intelligenz (KI) entwickeltes klinisches Entscheidungsunterstützungssystem (Clinical Decision Support System, CDSS). Wir präsentieren erste Ergebnisse aus Projektphase I und berichten über die Vorbereitung von Projektphase II. Das Symposium beinhaltet fünf Vorträge. Nach einer allgemeinen Einführung in Hintergründe, Design und Ablauf des Projekts folgt die Präsentation der Ergebnisse der Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE). Der dritte Beitrag stellt die gesundheitsökonomische Auswertung mit ersten Ergebnissen aus der OKIE vor. Im vierten Beitrag wird am Beispiel des Algorithmus zur Vorhersage der bestgeeigneten Entlassdestination die konkrete Implementierung eines Prognose-Scores in das CDSS und die Kalibrierung auf eine Zielpopulation dargestellt. Es werden zudem Ergebnisse einer explorativen Bewegungssensordatenanalyse präsentiert. Zuletzt wird die Planung und Vorbereitung der DashbOard- und KI-Erprobungsstudie (DOKIE) erläutert und dabei auf Herausforderungen im Zusammenhang mit der Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR) eingegangen.

Nicht erst seit neuen gesetzlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur flächendeckenden geriatrischen Versorgung von Hüft-Fraktur-Patient*innen werden neue Versorgungskonzepte für geriatrisches Co-Management dringend gesucht. Ein „digitaler Geriater“, wie er im Rahmen des SURGE-Ahead Projekts entwickelt und getestet wird, kann als CDSS eine Unterstützung in der Versorgung älterer Menschen sein. Im Symposium gehen wir den Fragen nach, was das Potenzial einer solchen Anwendung ist und worin Limitationen und Herausforderungen liegen.

S112-1

SURGE-Ahead–Supporting SURgery with GERiatric co-management and AI

S. Brefka; C. Leinert¹; T. Kocar¹; D. Dallmeier¹; G. Decker¹; U. L. Rieger²; H. Kestler²; F. Gebhard³; N. Rahbari⁴; F. Zengerling⁵; C. Bolenz⁵; N. Parchmann⁶; F. Steger⁶; A. Müller-Stierlin⁷; M. Denkinger¹

Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm; ³Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁶Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Universität Ulm, Ulm; ⁷Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm

Fragestellung: Das Projekt SURGE-Ahead (Supporting SURgery with GERiatric co-management and Artificial Intelligence) befasst sich mit der Herausforderung, ein digitales geriatrisches Co-Management in chirurgischen Kliniken zu etablieren. Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines klinischen Entscheidungsunterstützungssystems (Clinical Decision Support System, CDSS) für den Einsatz in der Chirurgie, das (1) für die Behandlung älterer Patient*innen relevante geriatrische Assessmentergebnisse anzeigt, (2) mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) das individuelle Delirrisiko ermittelt und (3) KI-gestützt Vorschläge für eine geeignete Entlassdestination generiert.

Methodik: Projektphase I (Beginn Juli 2021) war der Durchführung der Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE) gewidmet. Nach dem Aufbau einer Evidenzbasis wurde ein minimaler geriatrischer Datensatz (MGDS) mit für die Behandlung älterer Menschen relevanten Daten zusammengestellt und eine Beobachtungsstudie an drei chirurgischen Kliniken durchgeführt. Ziel der Studie war die Erhebung einer Datenbasis für zwei KI-gestützte Prädiktionsalgorithmen zur Vorhersage des Delirrisikos und der bestgeeigneten Entlassdestination. In Projektphase II (Beginn Juli 2024) wird aktuell das CDSS, die SURGE-Ahead Application (SAA) in Form einer Benutzeroberfläche (englisch Dashboard), finalisiert und die Dashboard- und KI-Erprobungsstudie (DOKIE) vorbereitet.

Ergebnisse: Der MGDS beinhaltet die Dimensionen eines umfassenden geriatrischen Assessments (CGA). Die Prädiktionsalgorithmen für Delir und Entlassdestination wurden erstellt. Die Ergebnisse der OKIE, die Entwicklung eines Prädiktionsalgorithmus und die wichtigen Schritte bei der Planung und Vorbereitung der DOKIE werden auf dem Kongress vorgestellt.

Zusammenfassung: SURGE-Ahead ist ein neuartiges und umfassendes Projekt, das mit KI-Unterstützung geriatrisches Co-Management in chirurgischen Kliniken ohne Verfügbarkeit eines Geriaters/einer Geriaterin ermöglicht. Eine zukünftige Zulassung der SAA als Medizinprodukt wird angestrebt.

S112-2

Standard-of-Care vs. Experten-empfohlene Entlassdestination bei geriatrischen stationären Patient*innen: Eine prospektive Kohortenstudie

C. Leinert; S. Brefka¹; M. Fotteler; A. Müller-Stierlin²; F. Gebhard³; N. Rahbari⁴; C. Bolenz⁵; H. Kestler⁶; D. Dallmeier; M. Denkinge; T. Kocar

Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ³Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁶Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Die Auswahl der geeigneten Entlassdestination stellt einen wichtigen Faktor für die optimale postoperative Weiterversorgung älterer chirurgischer Patientinnen und Patienten dar. Im Rahmen des Projekts „Supporting SURgery with GEriatric co-management and AI“ (SURGE-Ahead) untersuchte die Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE), inwieweit die Übereinstimmung der Standard-of-care-Entlassungsentscheidung mit einer geriatrischen Expertenempfehlung die funktionellen Ergebnisse älterer chirurgischer Patientinnen und Patienten beeinflusst.

Methoden: Eine prospektive Kohortenstudie wurde in drei chirurgischen Abteilungen des Universitätsklinikums Ulm (Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Urologie) durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten im Alter von 70 Jahren oder älter mit einem Identification of Seniors at Risk (ISAR)-Score ≥ 2 . Die Übereinstimmung zwischen den Standard-of-care-Entlassungsentscheidungen (tatsächliches Entlassungsziel) und den Empfehlungen geriatrischer Experten (unbekannt für die Kliniker) wurde für vier Entlassungsoptionen ermittelt: Zuhause, akut-geriatrische Klinik/Abteilung, Reha-Einrichtung oder Pflegeheim. Mithilfe multivariabler logistischer Regressionen wurde untersucht, wie funktionelle Ergebnisse und die Wiederaufnahmerate nach 3 Monaten mit der Übereinstimmung zwischen empfohlener und tatsächlicher Entlassdestination zusammenhängen.

Ergebnisse: Bei den 169 eingeschlossenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde eine Übereinstimmung von 73 % zwischen dem Standard-of-Care und den Expertenempfehlungen festgestellt. Patientinnen und Patienten, deren Entlassungsentscheidungen nicht mit der geriatrischen Expertenempfehlung übereinstimmten, zeigten präoperativ höhere Frailty-Scores, mehr Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und eine reduzierte Mobilität. Eine Inkongruenz zwischen Expertenemp-

fehlung und Standard-of-Care war mit einem Rückgang des Barthel-Index und des Charité-Mobilitätsindex sowie einer höheren Wiederaufnahmerate nach drei Monaten verbunden.

Schlussfolgerung: Die Auswahl der optimalen Entlassdestination könnte funktionellen Abbau reduzieren und Wiederaufnahmen verhindern. Eine weitere Annäherung zwischen Standard-of-care-Entlassdestination und der Expertenempfehlung könnte die funktionellen Ergebnisse für ältere chirurgische Patientinnen und Patienten verbessern.

S112-3

Kurz- und langfristige Versorgungskosten nach chirurgischen Eingriffen im Alter: gesundheitsökonomische Befunde aus dem SURGE-Ahead Projekt

N. Puschner; S. Brefka¹; C. Leinert²; T. Kocar³; M. Fotteler⁴; F. Gebhard⁵; N. Rahbari⁶; C. Bolenz⁷; H. Kestler⁸; D. Dallmeier⁹; M. Denkinge¹⁰; A. Müller-Stierlin

Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ¹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ³Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁶Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Ältere Patient*innen mit chirurgischen Erkrankungen weisen ein erhöhtes Risiko für postoperative Morbidität, Mortalität und funktionellen Abbau auf, was häufig mit hohen Versorgungskosten einhergeht. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE) im Projekt „Supporting SURgery with GEriatric co-management and AI“ (SURGE-Ahead) eine umfassende gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt. Ziel war es, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie die daraus resultierenden Versorgungskosten zu erfassen und zu analysieren.

Methoden: Im Rahmen der prospektiven Kohortenstudie wurden Versorgungsleistungen nach Krankenhausentlassung über einen Zeitraum von 15 Monaten mithilfe des „Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory“ (CSSRI-EU) dokumentiert. Die kurzfristigen (3 Monate) und langfristigen (15 Monate) Versorgungskosten wurden durch Multiplikation der in Anspruch genommenen Leistungen mit standardisierten Kostensätzen aus volkswirtschaftlicher Perspektive geschätzt. Zur Analyse potenzieller Einflussfaktoren auf die Versorgungskosten wurden Regressionsmodelle unter Anwendung von Bootstrapping-Verfahren zur Schätzung robuster Standardfehler eingesetzt.

Ergebnisse: Die Datenerhebung ist abgeschlossen; die komplexe Berechnung der Versorgungskosten befindet sich derzeit in der finalen Phase. Im Rahmen der Präsentation werden sowohl die kurz- als auch die langfristigen Versorgungskosten in verschiedenen Bereichen (u. a. stationäre und ambulante Versorgung, Medikation, Pflege, Wohnen) deskriptiv dargestellt sowie die Ergebnisse der explorativen Analyse möglicher Einflussfaktoren präsentiert. Erste Auswertungen deuten z. B. darauf hin, dass nicht nur die klinischen Ergebnisse negativ beeinflusst werden, wenn Diskrepanzen zwischen Expertenempfehlungen und dem Standard-of-Care hinsichtlich der Entlassdestination bestehen, sondern dass dies auch mit erhöhten kurzfristigen Versorgungskosten einhergeht.

Schlussfolgerung: Anhand der Ergebnisse soll diskutiert werden, inwieweit ein umfassendes geriatrisches Co-Management nicht nur aus klinischer, sondern auch aus ökonomischer Sicht unabdingbar ist.

S112-4 Künstliche Intelligenz zur Verbesserung der Entlassplanung geriatrischer Patient*innen nach Operation

T. Kocar; U. L. Rieger¹; C. Leinert; S. Brefka²; D. Dallmeier; M. Denking; H. Kestler¹

Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm; ²Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: In unserem vorangegangenen Beitrag konnten wir zeigen, dass eine Abweichung von der geriatrischen Entlassempfehlung bei geriatrischen Patient*innen nach Operation mit einem funktionellen Abbau assoziiert ist. Im folgenden Beitrag werden wir Lösungen basierend auf künstlicher Intelligenz (KI) zur Verbesserung der Entlassplanung vorstellen.

Methoden: Mithilfe des Datensatzes aus der Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE) sowie weiterer Daten aus dem Alterstraumazentrum-Register wurde ein Algorithmus programmiert, der eine probabilistische Aussage über die optimale Entlassdestination für geriatrische Patient*innen nach Operation trifft und dies anhand der Daten gegenüber dem Arzt/der Ärztin begründet. Zusätzlich führten wir eine explorative Analyse von Bewegungssensordaten durch, welche das Potenzial von Automatisierung hervorhebt.

Ergebnisse: Verglichen mit dem Standard-of-Care lässt sich mit KI-Modellen sowohl mit strukturierten Daten als auch mit Bewegungssensordaten eine Verbesserung der Entlassplanung erreichen. Die Genauigkeit in Relation zur Expertenempfehlung verbessert sich dabei von 73 % auf über 80 %. Eine Kalibrierung an der Zielpopulation ermöglicht Grenz- und Spezialfälle abzufangen, die weiterhin geriatrisch-konsiliarisch gesehen werden müssen.

Schlussfolgerung: Eine Verbesserung der Entlassplanung geriatrischer Patient*innen nach Operation ist algorithmisch möglich. Eine Kombination aus Mensch und KI hat das Potenzial, die bereits vielversprechenden Ergebnisse aus der OKIE weiter zu verbessern. Eine Intervention im Rahmen der DashbOard- und KI-Erprobungsstudie (DOKIE) ist für Q4 2025 geplant.

S112-5 SURGE-Ahead Projektphase II – Planung einer Interventionsstudie nach der Medical Device Regulation

S. Brefka; C. Leinert¹; T. Kocar¹; D. Dallmeier¹; U. L. Rieger²; H. Kestler²; F. Gebhard³; N. Rahbari⁴; C. Bolenz⁵; N. Parchmann⁶; F. Steger⁶; A. Müller-Stierlin⁷; M. Denking¹

Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ²Institut für Medizinische Systembiologie, Universität Ulm, Ulm; ³Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁴Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁶Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Universität Ulm, Ulm; ⁷Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm

Fragestellung: Die SURGE-Ahead Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE) konnte zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen funktionellen Parametern älterer chirurgisch behandelter Patientinnen und Patienten und der Übereinstimmung der tatsächlichen mit der von geriatrischen Experten empfohlenen Entlassdestination besteht. Die SURGE-Ahead Application (SAA) bietet digitales geriatrisches Co-Management und könnte die Entscheidung für die am besten geeignete Entlassdestination unterstützen, was in der DashbOard- und KI-Erprobungsstudie (DOKIE) untersucht werden soll. Als potenzielles Medizinprodukt fällt die SAA unter die Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR).

Methodik: Die in Projektphase I entwickelte SAA soll ab dem 4. Quartal 2025 in einer Interventionsstudie in drei chirurgischen Abteilungen (Un-

fallchirurgie, Abdominal- und Viszeralchirurgie, Urologie) getestet werden. Der Einschluss von 300–350 Teilnehmenden ≥ 70 Jahre ist geplant. Um eine spätere Zulassung als Medizinprodukt zu bahnen, soll dies im Rahmen einer sonstigen klinischen Prüfung nach Artikel 82 MDR erfolgen. Die Vorbereitung beinhaltet u. a. MDR-Schulungen zu Software-Entwicklung, Risiko- und Qualitätsmanagement.

Ergebnisse: Umfangreiche Kompetenz hinsichtlich bestehender MDR-Anforderungen wurde erworben. Eine Risikoanalyse wurde durchgeführt, ein Risiko- und Qualitätsmanagementsystem befinden sich im Aufbau. Die Software-Entwicklung einschließlich Dokumentation erfolgte MDR-konform. Die Einreichung des Ethikantrags sowie Anzeige beim BfArM sind erfolgt. Eine Usability-Testung wurde durchgeführt. Schulungen des chirurgischen Personals zur SAA-Nutzung fanden statt. Die DOKIE wird von einer ethischen sowie einer gesundheitsökonomischen Evaluation begleitet.

Zusammenfassung: Die DOKIE wird im 4. Quartal 2025 in die Rekrutierungsphase starten. Beim Kongress soll über die Studienplanung und -vorbereitung sowie Herausforderungen auf dem Weg zu einer sonstigen klinischen Prüfung mit einem zukünftigen Medizinprodukt berichtet werden.

S113 „Onkogeriatrisch“ – nur etwas für Spezialisten?

Moderation: N. R. Neuendorff; M. Gagesch¹

Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Herne; ¹Universitäre Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid Zürich, Zürich/CH

Die Onkogeriatrisch ist innerhalb der Geriatrie ein relativ neues Feld. Wenn gleich die Evidenz für die Durchführung eines ‚comprehensive geriatric assessment (CGA)‘ in der Onkologie hoch ist, so sind doch nur wenige Strukturen weltweit etabliert, die dies ermöglichen. Dieses Symposium beleuchtet, warum sich auch geriatrisch-tätige Ärzt*innen mit onkologischen Patient*innen beschäftigen sollten, inwieweit eine geriatrische Frührehabilitation für onkologische Patient*innen sinnvoll ist, welche Nebenwirkungen moderner Krebstherapeutika in der Geriatrie Relevanz besitzen und stellt ein Strukturmodell der onko-geriatrischen Versorgung vor.

S113-1 Onkologische Patienten geriatrisch frührehabilitieren – Wie gut geht das?

V. Goede

Altersmedizinisches Zentrum Köln, Department für Onkologische Geriatrie, Celltinnen Krankenhaus St. Marien, Köln

In der stationären altersmedizinischen Versorgung hat die geriatrische Frührehabilitation (OPS 8.550) einen hohen Stellenwert. Als geriatrisches „Co-Management“ eingesetzt kommt ihr gegenwärtig vor allem im alterstraumatologischen/orthogeriatrischen Patientengut große Bedeutung mit nachgewiesener Verbesserung von Outcomes zu. Für andere Patientengruppen ist der Nutzen hingegen weniger gut beziffert. Auch zur geriatrischen Frührehabilitation bei hochaltrigen Krebspatienten liegen bisher nur wenige Wirksamkeitsdaten vor. Insbesondere nach Tumoroperationen und während onkologischen Systemtherapien können jedoch geriatrische Störungsbilder mit unbeherrschten Altersgebrechen und -krankheiten entstehen, die einen multidimensionalen Untersuchungs- und Behandlungsansatz im Rahmen einer geriatrischen Frührehabilitation sinnvoll erscheinen lassen.

Im Symposiumsvortrag werden die typischen Indikationskonstellationen, spezifische Herausforderungen sowie erwartbare Outcomes und Erfolgswahrscheinlichkeiten einer geriatrischen Frührehabilitation bei hochaltrigen Krebspatienten anhand der bisher verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz dargestellt. Der Vortrag vermittelt Wissen, welches in geriatris-

schen Abteilungen bei der altersmedizinischen Versorgung solcher Patienten direkt umgesetzt werden kann.

S113-2 Mein geriatrischer Krebspatient erhält so eine „seltsame“ neue Therapie – was muss ich wissen?

N. R. Neuendorff

Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Herne

In der letzten Dekade ist eine Vielzahl neuerer Krebsmedikamente auf dem Markt geströmt. Im Vergleich zu den herkömmlichen, teilweise intensiven Chemotherapien zeigen diese oft ein anderes Nebenwirkungsspektrum und werden teilweise im geriatrischen Patientenkollektiv besser vertragen. Aufgrund der überwiegend ambulanten oder oralen Applikation stellen sich die Patienten mit Nebenwirkungen auch regelmäßig in Notaufnahmen, geriatrischen oder allgemein-internistischen Abteilungen vor, welche mit diesen Nebenwirkungen nicht vertraut sind.

Der Vortrag beleuchtet spezifische Nebenwirkungen molekular-gezielter Medikamente und Immuntherapien sowie ihre Relevanz für geriatrische Patienten. Zu diesen Toxizitäten zählen beispielsweise auch die Immunvermittelten Nebenwirkungen von Checkpoint-Inhibitoren, die zu jedem Zeitpunkt während und nach der Therapie auftreten können und häufige internistisch-neurologische Krankheitsbilder imitieren. Ein zeitnahe Erkennen und Behandeln sind wichtig. Weiterhin erzeugen viele molekular-gezielte Therapeutika eine arterielle oder pulmonale Hypertonie, eine Blutungsneigung oder auch Kardiomyopathien. Diese Nebenwirkungen werden ebenfalls aufgrund der hohen Prävalenz dieser Krankheitsbilder nicht unbedingt als Toxizität gewertet. Eine gute intersektorale und -disziplinäre Kommunikation ist hier entscheidend.

Weiterhin zeigen gerade die oralen Krebsmedikamente häufig ein buntes Interaktionsspektrum, welches bei Missachtung zu teilweise schwerwiegenden Toxizitäten führt. Hier erfolgt ein Überblick.

S113-3 Warum sollten sich Geriater*innen für onkologische Patient*innen interessieren?

U. Wedding

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Geriatrische Onkologie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena

Altern ist der Hauptrisikofaktor für das Auftreten von Krebserkrankungen. Das mittlere Erkrankungsalter ist 70 Jahre. Die demographische Entwicklung wird zu einem weiteren Anstieg führen. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen basierend auf aktuellen Studien die Integration eines geriatrischen Assessments und eines auf den Ergebnissen des basierenden geriatrischen Managements. Ein wichtiger Bestandteil ist die Integration der Ergebnisse des Assessments in die Empfehlungen des Tumorboards. Ein solches Vorgehen reduziert die Toxizitäten der Therapie und verbessert die Lebensqualität, bei unveränderter Überlebenszeit. Geriatrische Kompetenz ist daher ein wichtiger Bestandteil für die Versorgung älter – nicht nur geriatrischer Patienten – mit onkologischen Erkrankungen. Es existieren unterschiedliche Modelle, wie diese Kompetenz in die Versorgung eingebracht werden kann.

S113-4 Therapieentscheidungen im Alter: Brustkrebshandlung zwischen biologischem Alter und individueller Prognose

D. Wirth

Onkologie, Kantonsspital Baselland Liestal, Liestal/CH

Die Behandlung von älteren Patientinnen mit frühem Mammakarzinom stellt eine besondere Herausforderung dar, da chronologisches und biologisches Alter häufig divergieren. In diesem Vortrag werden aktuelle epidemiologische Daten, altersabhängige biologische Unterschiede von Brusttumoren sowie geriatrische onkologische Prinzipien diskutiert. Besonderes Augenmerk liegt auf der individualisierten Therapieentscheidung basierend auf Frailty-Assessment, Lebenszeiterwartung und konkurrierenden Mortalitätsrisiken. Moderne Ansätze wie der gezielte Einsatz von Radiotherapie, Endokriner Therapie, Chemotherapie und Anti-HER2-Strategien werden unter Berücksichtigung der Risiken und Nutzen in dieser Patientinnengruppe dargestellt. Fallbeispiele illustrieren praxisnahe Entscheidungsprozesse. Der Vortrag unterstreicht die Notwendigkeit einer personalisierten Behandlung, die Über- und Untertherapien vermeidet und die Lebensqualität älterer Patientinnen fokussiert.

S114 Prävention durch Bewegung

Moderation: B. Deutsch; C. Grupp

Geriatric, Innere Medizin, Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen, Erlangen; Nephrologie, Hypertensiologie, Rheumatologie, Osteologie, Geriatrie, Medizinische Klinik III mit Zentrum Geriatrie, Klinikum Bamberg, Bamberg

Bewegung spielt in der Prävention verschiedenster Erkrankungen nachweislich eine wichtige Rolle. Im Symposium wird anhand aktueller Studienergebnisse ihr Einfluss auf die Entwicklung der Demenz und der chronischen Niereninsuffizienz dargestellt und mit MoSi® ein Beispiel für ein konkretes Präventionsprogramm gegeben.

1. „Prävention von Demenz durch Bewegung?“ – Dr. Schwab:

Aktuelle epidemiologische Daten sprechen dafür, dass 45 % der Demenzerkrankungen durch Prävention verhindert werden können. Körperlicher Aktivität wird hierbei ein direkter Effekt in absolut 2 % und ein indirekter Effekt durch Einfluss auf die Risikofaktoren LDL (7 %), Diabetes (2 %), Hypertonie (2 %) und Adipositas (1 %) eingeräumt. Dargestellt werden faszinierende neuere Erkenntnisse zum Wirkmechanismus auf Ebene der zellulären Signalübertragung. Hieraus abgeleitet werden konkrete Bewegungsempfehlungen für die Praxis und die Studienergebnisse zu ihrer erfolgreichen Umsetzung kritisch diskutiert.

2. „Bewegungstherapie bei chronisch Nierenkranken – was ist besonders?“ – Prof. Grupp:

Patienten mit chronischer Nierenerkrankung weisen im Vergleich zu anderen schweren Erkrankungen besonders häufig – auch schon in relativ jungen Jahren – und mit Grad der Niereninsuffizienz zunehmend, Merkmale eines geriatrischen Phänotyps im Sinne von Frailty auf. So liegt bereits im Alter von 50 Jahren Frailty bei mehr als der Hälfte der Dialysepatienten vor. Um den mit Frailty assoziierten negativen Folgen vorzubeugen, hat sich Bewegungstherapie als besonders wirksam erwiesen. Lange Zeit bestand jedoch Unsicherheit, ob dies auch für Patienten mit Niereninsuffizienz gilt und welche Maßnahmen geeignet sind. Neuere Untersuchungen zeigen, dass sie bereits von niedrigschwelligen Bewegungsangeboten in mehrfacher Hinsicht profitieren können.

3. „MoSi® – ein Beispiel für ein konkretes Präventionsprogramm“ – Dr. Deutsch:

Eine zunehmende Gangunsicherheit mit erhöhter Sturzneigung gehört zu den häufigsten Einschränkungen geriatrischer Patienten. Die Folge ist meist ein Verlust an Unabhängigkeit und Lebensqualität. Das Präventionsprogramm MoSi®, entwickelt am Geriatrie-Zentrum des Malteser Waldkrankenhauses St. Marien Erlangen, möchte dem entgegensteuern. Es bietet ein strukturiertes, ambulantes, fünfwöchiges Trainingsprogramm, in welchem die Teilnehmer verschiedene Übungen zur Verbesserung ihrer Kraft, Ausdauer, Koordination und ihres Gleichgewichts erlernen. Seine Wirksamkeit ist wissenschaftlich erwiesen.

S114-1 Longevity und intracelluläre Enzymsysteme

J. Schwab

Geriatrische Abteilung, Diakonie-Krankenhaus Wehrda, Marburg

Longevity hat heute wegen der demographischen Entwicklung im Land eine große Bedeutung. Alte Menschen sollten möglichst lang selbständig bleiben. Einige Ansätze zur Longevity wie mediterrane Diät überzeugen zwar statistisch, physiologisch dagegen oft noch nicht hinreichend. Intracelluläre Enzymsysteme sind hoch komplex und seit einigen Jahren Gegenstand der Grundlagenforschung. AMP-Kinase und mTOR sind Teil dieser Systeme und erklären einige Punkte dieses statistischen Vorteils. Die Systeme sind z.T. sehr alt und werden in ihrer entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung und ihrer Wirkungsweise dargestellt. Insbesondere wird gezeigt, dass die Stimulation der AMPK alle Zellen mit ATP versorgt und deren Funktion optimiert. Andererseits bewirkt die Inhibition der Systeme, dass Speicherformen aller Grundnahrungsmittel gebildet und abgelagert werden. Die mTOR-Aktivität ist in vielen Punkten der AMP-Kinase-Aktivität gegenüber komplementär [1].

Aus der Wirkungsweise ergibt sich ein idealer Lebensstil zur Prävention:

1. Fastenzeiten am Tag von ca. 15 Std. d. h. Verzicht auf Frühstück oder Abendessen konsolidieren das Gewicht und reduziert Speichervorgänge.
2. Tägliche Bewegung mit Dyspnoe und Sudor reduziert Natrium, Ödeme und Hypertonie.
3. AMP-Kinase-Stimulatoren in der Nahrung bessern die Funktionen fast aller Zellsysteme.
4. Medikamente wie Metformin, SGLT2-Hemmer, Statine, ASS, Spironolacton u. a. haben in großen Studien auch deshalb ein besseres Outcome, weil sie über die AMP-Kinase effektiv die negativen Auswirkungen der westlichen Ernährung antagonisieren. Andere Präparate wie Betablocker inhibieren die AMP-Kinase eher.
5. Der Blick auf die Enzyme erklärt zudem die negativen Auswirkungen von Alkohol, Kochzucker und Bewegungsmangel auf die Longevity schlüssig.

Letztlich werden psychische Konstellationen angedeutet, die für die Änderung des Lebensstils zugunsten der Longevity von Bedeutung sind: Selbstmitleid, Dankbarkeit [2].

Literatur

1. Schwab J (2025) Prävention und Rehabilitation im Alter. Internist Prax 68:353–366
2. Chen Y et al (2024) Gratitude and mortality among elderly U.S. nurses. Jama Psychiatr 81:1030–1038

S115 Freie Beiträge

S115-1 Validierung des deutschen Fragebogens Sturzrisiko-Check bei selbständig lebenden Seniorinnen und Senioren: eine diagnostische Studie

U. Thiem; I. Schlumbohm¹; S. Golgert¹; S. Otte²; U. Dapp¹

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne; ¹Medizinisch-Geriatriische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg; ²Geriatrie, Albertinen Krankenhaus Hamburg, Hamburg

Hintergrund: Stürze sind ein relevantes Gesundheitsproblem für Seniorinnen und Senioren und deuten oft auf eine zunehmende Einschränkung der Mobilität, Verletzungsrisiken, Sturzangst und Weiteres. Obwohl essenziell zur Identifikation gefährdeter Personen, gibt es nur wenige validierte deutsche Fragebögen zur Erfassung des Sturzrisikos.

Ziele: Ziel dieser Studie war die Validierung des deutschen Fragebogens Sturzrisiko-Check (SRC) bei selbstständig lebenden, älteren Menschen gegen eine objektive Erfassung der Steh- und Gehbalance mittels Short Physical Performance Battery (SPPB).

Material und Methoden: Im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projekts zur Wirksamkeit von Hausnotrufsystemen (Fkz 01NVF21102) wurden Personen in Hamburg rekrutiert mit folgenden Einschlusskriterien: Alter ≥ 70 Jahre, alleine in eigener Häuslichkeit lebend, schriftliches Einverständnis. Studienteilnehmende füllten den SRC selbstständig aus und durchliefen ein umfassendes geriatrisches Assessment. Die diagnostische Wertigkeit des SRC wird statistisch beschrieben mit Sensitivität, Spezifität, positivem und negativem prädiktiven Wert (PPV/NPV), positiver und negativer Likelihood-Ratio (LR+/LR-) sowie der Fläche unter der Kurve (area under the curve, AUC) in der Receiver-Operator-Characteristic (ROC)-Analyse, jeweils mit 95 %-Konfidenzintervall (95 % CI).

Ergebnisse: Insgesamt wurden 190 Personen im Durchschnittsalter von 80,5 Jahre \pm 5,5 Jahren analysiert (75,3 % Frauen). Die Stichprobe zeigte fortgeschrittene Morbidität und Sturzangst (jeweils zu etwa einem Drittel der Teilnehmenden) sowie Mobilitäts- und kognitive Einschränkungen (jeweils etwa zur Hälfte). Zur diagnostischen Wertigkeit ergeben sich: Sensitivität 0,679 95 % CI [0,571; 0,771], Spezifität 0,743 [0,654; 0,816], PPV 0,663 [0,556; 0,755], NPV 0,757 [0,668; 0,828], LR+ 2,643 [1,858; 3,761], LR- 0,432 [0,309; 0,604]. Die AUC-Werte waren unadjustiert 0,711 [0,635; 0,787], adjustiert für Geschlecht und Alter 0,753 [0,683; 0,824].

Schlussfolgerung: Der Sturzrisiko-Check zeigt sich als valider Fragebogen zur Identifikation von Gleichgewichtsstörungen bei selbstständig lebenden Seniorinnen und Senioren. Weitere Untersuchungen werden zeigen, inwieweit sich durch den SRC die Versorgung selbstständig lebender Seniorinnen und Senioren verbessern lässt.

S115-2 Verknüpfung der Short Physical Performance Battery mit patientenberichteten Instrumenten: Eine prospektive multizentrische Studie zur Standardisierung von Funktionsmessungen

G. Liegl; A. Y. Brinker; U. Müller-Werdan¹; A. Heißel²; V. Aykaç¹; F. Buttgeriet; U. Schneider³; V. Köllner⁴; F. Fischer; M. Rose

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ¹Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam, Potsdam; ³Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ⁴Reha-Zentrum Seehof, Teltow

Einleitung: Die körperliche Funktionsfähigkeit ist ein zentraler Parameter in der Altersmedizin und kann durch patientenberichtete Outcome-Messungen (PROMs) oder Performanztests beurteilt werden. Während unterschiedliche PROMs auf der standardisierten Physical Function T-Skala des Patient Reported Outcomes Measurement Information Systems (PROMIS PF) abgebildet werden können, ist ein direkter Vergleich mit Performanztests, wie der Short Physical Performance Battery (SPPB), bisher nicht möglich. Vor diesem Hintergrund wurde das „Standardizing PF“-Projekt initiiert, das Algorithmen zur Transformation („Linking“) von unterschiedlichen Methoden der Funktionsmessung auf eine gemeinsame Skala entwickelt. Dieser Beitrag präsentiert erstmals das Linking der SPPB an die PROMIS PF T-Skala.

Methoden: Das körperliche Funktionsniveau von geriatrischen Patient:innen (Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, $n=223$), Mitgliedern im Sport-Gesundheitspark Berlin ($n=180$), sowie Patient:innen mit einem Alter von mindestens 60 Jahren aus dem Reha-Zentrum Seehof ($n=63$) und der stationären Rheumatologie der Charité Berlin ($n=79$) wurde mit unterschiedlichen Methoden erfasst. Als PROM wurde die PROMIS PF 20-Item-Kurzform (PROMIS-PF20a) verwendet. Als Performanztests wurde die SPPB durchgeführt. Die Voraussetzungen für das Linking beider Messmethoden wurden mittels umfangreicher psychome-

trischer Verfahren geprüft. Anschließend wurde anhand der Item-Response-Theorie (IRT) ein Modell zur Transformation von SPPB-Werten auf die PROMIS PF Skala erstellt.

Ergebnisse: Das mediane Alter der Teilnehmenden betrug 74 Jahre, 65 % waren weiblich. Der durchschnittliche SPPB-Wert betrug 7,5 Punkte, was auf deutliche Funktionseinschränkungen hinweist. Die Korrelation zwischen PROMIS-PF20a und SPPB war hoch (Pearson's $r = 0,83$). Eine Bifaktoranalyse zeigte, dass ein gemeinsamer Faktor 76 % der Gesamtvarianz erklärt. Da alle Voraussetzungen für das IRT-basierte Linking gegeben waren, wurde die SPPB anhand des PROMIS-PF20a an die standardisierte T-Skala geknüpft.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse ermöglichen es, SPPB-Werte auf eine standardisierte T-Skala zu übertragen und mit anderen Instrumenten zu vergleichen. Dies ermöglicht die Vergleichbarkeit und Interpretation von Funktionsmessungen über verschiedene Messmethoden und Fachbereiche hinweg. Darüber hinaus eröffnet die gemeinsame Skala neue diagnostische Möglichkeiten, etwa zur Identifikation von Diskrepanzen zwischen Selbstberichten und Performanztests.

S115-3 Projekt „Delirsensitives Ulm“

M. Reiter; L. S. Schulte-Kemna¹; D. Fritz²; B. Feil³; C. Löffler³; D. Dallmeier³; C. Leinert⁴; S. Brefka⁵; E. Barth⁶

Onkologie, Innere Medizin III, Universität Ulm, Ulm; ¹Innere Medizin I, Sektion Nephrologie, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ²Institut für betriebliche Fort- und Weiterbildung, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ³Pflegedirektion, Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH, Ulm; ⁴Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁵Geriatric/ Geriatisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ⁶Leiter der Sektion Operative Intensivmedizin, Klinik für Anaesthesiologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm

Hintergrund und Zielsetzung: Ein ganzheitliches Delirmanagement erfordert eine multifaktorielle Vorgehensweise und interprofessionelle Zusammenarbeit hinsichtlich Prävention, Diagnostik und Therapie. 2023 wurde am Universitätsklinikum Ulm mit zwei kooperierenden Kliniken das Leuchtturmprojekt *Delirsensitives Ulm* gegründet. Ziel ist die Erarbeitung eines konsentierten, evidenzbasierten Multikomponentenprogramms zur Stärkung der Personalkompetenzen zu Delirfrüherkennung, Delirprävention, Delirmanagement, und Vermeidung von Langzeitfolgen.

Methodik: Das Konsortialprojekt wurde in sieben Teilprojekte (TP) untergliedert: TP1 – Erarbeitung von Präventions- und Therapiemaßnahmen, TP2 – medikamentöse Behandlung, TP3 – Screeninginstrumente, TP4 – Aufnahme- und Entlassungsmanagement, TP5 – Dokumentation/Codierung, TP6 – Entwicklung Schulungsprogramme, und TP7 – Wissenschaftliche Begleitung.

Zwischenergebnisse: Die bisherige Zusammenarbeit führte zu der Entwicklung von Handlungsweisen zur Reorientierung, Kommunikation, sozialen Interaktion sowie Stress- und Reizreduktion (TP1). Zusätzlich wurden leitliniengerechte Empfehlungen erarbeitet (TP2). Als Screeninginstrumente wurden der 4 A's Test (4AT) für Allgemeinstationen und die Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) für High-Care-Bereiche ausgewählt. TP4 führte ein Aufnahme-Screening für Patient*innen ab 70 Jahren im Krankenhausinformationssystem ein. In das strukturierte Entlassungsmanagement werden Angehörige und nachversorgende Einrichtungen einbezogen. TP5 erarbeitete SOPs und Pocketcards für alle Bereiche. Eine Mitarbeitendenbefragung in den beteiligten Kliniken wurde durchgeführt (TP7). Aus den Ergebnissen stellte man einen hohen Schulungsbedarf fest. Zurzeit werden im TP6 bedarfsgerechte Schulungsinhalte konzipiert. Entsprechende Lehr- und Lernformen wie Workshops, Delircafés und digitale Veranstaltungen sollen dabei angewendet werden.

Schlussfolgerung und Ausblick: Die Grundlagen für ein „Delirsensitives Ulm“ wurden geschaffen. Weitere Schritte sind die Nutzung und Anwendung der nun vorhandenen Strukturen und Materialien, die Evaluation der Effizienz der Maßnahmen und der Einbezug weiterer Kliniken und des ambulanten Sektors in das Projekt.

S115-4 Management der arteriellen Hypertonie bei geriatrischen Patient/innen

U. Hoffmann

mit Nephrologie, Diabetologie, Endokrinologie, Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg

In den neuen Leitlinien zur arteriellen Hypertonie der ESC 2024 und ESH 2023 finden sich zunehmende Informationen zur Abklärung und Therapie im Alter. Erstmals ist die Einschätzung von Frailty in der Entscheidungsfindung bzgl. Blutdrucktherapie und -ziele in den Leitlinien im Fokus. Dabei ist die Studienlage bzgl. Benefit und Sicherheit einer Blutdruckeinstellung für ältere Patient/innen mit geringgradiger Frailty gut. Bei Patient/innen mit mittel- bis schwergradiger Frailty liegen Expertenmeinungen vor. Von daher spielt beim Management der arteriellen Hypertonie beim alten Menschen das Shared decision making eine große Rolle. In dem Vortrag wird auf Fragen wie

- Wie (niedrig) soll der Blutdruck im Alter eingestellt werden?
- Welche Allgemeinmaßnahmen machen im Alter Sinn?
- Welche antihypertensive Medikation eignet sich im Alter? eingegangen.

S115-5 Mosaik – Mobile Geriatrie Rehabilitation in der Kurzzeitpflege

P. Roigk; M. Schneider; S. Ege¹; I. Hastedt²; M. Wiegel²; K. Rapp

Klinik für Geriatrie Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ¹Klinik für geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart, Stuttgart; ²Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart

Hintergrund: Menschen nehmen eine Kurzzeitpflege (KuP) in Anspruch, wenn das Pflegearrangement instabil wird, oder wenn eine akute Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt so weit zu einer funktionellen Verschlechterung geführt hat, dass eine Versorgung zuhause zum Zeitpunkt der Entlassung nicht möglich ist. Eine rehabilitative Maßnahme zur Förderung der Funktionalität wäre genau in dieser Phase sinnvoll, ist jedoch häufig weder in ausreichender Frequenz noch Intensität verfügbar. Dabei konnte gezeigt werden, dass bei bis zu 44 % der Menschen in der KuP ein unentdeckter Rehabilitationsbedarf besteht (Janßen et al., 2018). Im Rahmen des Projekts Mosaik kommt eine reguläre Mobile Geriatrie Rehabilitation (MoGeRe) zum Einsatz, die um nachfolgende Komponenten ergänzt ist: Identifikation des Rehabilitationsbedarfs bei Anmeldung einer KuP, tabletbasierte Videovisite, gemeinsame Fallkonferenzen zwischen Pflegenden der KuP und Mitarbeitenden der MoGeRe und ein Arm- und Beintrainer. Die Studie hat zum Ziel, die Umsetzbarkeit der Projektkomponenten in der Routineversorgung zu bewerten. Das Projekt wurde vom Land Baden-Württemberg zwischen 2023 und 2025 gefördert.

Methodik: Die Datenerhebung basiert auf dem Mixed Method Ansatz. Es wurden quantitative Prozessdaten während des gesamten Projektverlaufs erfasst und zwischen Februar und März 2025 zusätzlich zwei leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit dem Einzugsmanagement der KuP ($N = 3$) und Mitarbeitenden der Wohnbereiche der KuP und der MoGeRe ($N = 4$) durchgeführt.

Ergebnis: Im Rahmen der Prozessanalyse konnte festgestellt werden, dass der überwiegende Anteil der Empfehlungen, den Rehabilitationsbedarf eines KuP-Gastes vor Einzug durch den Vorbehandler zu prüfen, zu einem Antrag auf MoGeRe führte (70,0 %). Bei 70,0 % der in der KuP rehabilitierten Patient*innen konnte mind. einmal eine gemeinsame Fallkonferenz zwischen Mitarbeitenden der KuP und die der MoGeRe durchgeführt werden, bei 75,0 % der Patient*innen fand mind. einmal eine Videovisite zwischen Rehabilitationsärzt*in und Patient*in statt, und 64,3 % der Patient*innen wurden am Arm- und Beintrainer angeleitet. Mehr als die Hälfte der in der KuP rehabilitierten Patient*innen konnte in die Häuslichkeit ent-

lassen werden (55,5 %). Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews wurde positiv hervorgehoben, dass die Identifikation des Rehabilitationsbedarfs bereits vor dem Einzug eine sinnvolle Ergänzung des Ablaufs ist. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Kommunikation zwischen zwei Leistungserbringern dann gelingt, wenn definierte Prozesse etabliert werden.

Diskussion: Es konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung des Mosaik Projektes im Rahmen einer in der Routineversorgung verorteten Mobilen Geriatrischen Rehabilitation möglich ist. Zur Sicherstellung der nachhaltigen Umsetzung der Projektkomponenten sind einerseits Verfahrensabweichungen wichtig und andererseits Vergütungsfragen (bspw. der Video-visit) zu klären.

S115-6 Impact of Fluid Overload on Bioelectrical Impedance Analysis for Muscle Mass Estimation in Geriatric Patients

C. Meyer; N. Meyer; C. Steinmetz; S. Heinemann; C. von Arnim; M. Valentova

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

Background: Bioelectrical impedance analysis (BIA) is routinely used to examine muscle mass and aid in the diagnosis of sarcopenia in geriatric patients. However, its accuracy may be impaired by fluid overload, potentially leading to overestimation of skeletal muscle mass (SMM). Muscle ultrasound (MUS), although less extensively validated, may be less affected by fluid shifts and may serve as a promising alternative for muscle mass assessment in geriatric patients.

Objective: To investigate the effect of lower limb edema on BIA-derived SMM in hospitalized geriatric patients.

Methods: In this ongoing monocentric study, 43 geriatric inpatients (mean age 82.2 ± 7.3 years; 37 % male; mean BMI 24.2 ± 4.2 kg/m²) were assessed at admission and before discharge using two BIA devices: the 4-point Akern BIA 101 BIVA Pro (t0: $n = 43$, t1: $n = 40$) and the 8-point seca mBCA 525 (t0: $n = 39$, t1: $n = 38$). MUS was performed on the right rectus femoris and biceps brachii; their cross-sectional areas (CSA) were summed to obtain an estimate of muscle mass. Patients were categorized based on the presence of leg edema grade ≥ 2 into hypervolemic ($n = 19$, 44 %) and euvolemic ($n = 24$, 56 %) groups. Eight hypervolemic patients (19 %) successfully underwent intensified diuretic therapy, defined as an increase in diuretic medication and a weight loss of ≥ 1.4 %.

Results: In the euvolemic group, BIA-measured SMM and MUS-based CSA remained stable during hospitalization (median SMM change: Akern: $+0.67$ kg [IQR: -1.0 to $+2.0$]; seca: $+0.77$ kg [-0.3 to $+2.0$]; median CSA change: $+0.117$ cm² [-0.35 to $+0.51$]; all $p > 0.05$, Wilcoxon test).

Among hypervolemic patients who responded to intensified diuretic treatment, BIA-derived SMM significantly decreased during hospitalization (median SMM change: Akern: -5.2 kg [-8.3 to -2.4]; seca: -4.7 kg [-5.3 to -2.7]; both $p < 0.05$, Wilcoxon test). In contrast, MUS-based CSA remained unchanged in this group (median CSA change: -0.57 cm² [-1.48 to $+0.25$]; $p > 0.05$, Wilcoxon test).

Conclusion: Preliminary data suggest that fluid overload leads to a systematic overestimation of muscle mass when assessed by BIA in geriatric inpatients. Ongoing data collection will further elucidate these findings and may support the validation of alternative muscle mass assessment modalities that are less affected by extracellular fluid shifts, such as MUS.

S116 Geriatrische Syndrome jenseits der "classics"

Moderation: S. Hahn; L. Rauschenbach

Geriatrie, Klinikum Passau, Passau; Geriatrie, Medizinische Klinik III, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, Bremerhaven

Die geriatrischen Syndrome umfassen bekanntlich inzwischen eine große Bandbreite auch jenseits der ursprünglichen, 1965 von Bernard Isaacs, benannten vier "geriatrischen Giganten". In diesem Symposium der AG Junge Geriatrie sollen daher einige der oft weniger betrachteten geriatrischen Syndrome, die dennoch eine hohe klinische Relevanz besitzen, in den Vordergrund gestellt werden.

Vortrag Nummer 1 befasst sich mit chronischen Wunden. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Dekubiti und Ulcera cruris, es wird auf Diagnostik, Wundbeschreibung und Therapie eingegangen. Vortragende: Corinna Mohr, Münster.

Vortrag Nummer 2 beleuchtet den Juckreiz und legt die Umsetzung der Empfehlungen der Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Chronischen Pruritus“ bei geriatrischen PatientInnen dar. Vortragende Thea Laurentius, Oldenburg.

Vortrag Nummer 3 widmet sich dem Thema Schmerz unter Bezug auf die aktuelle Leitlinie (Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings) mit Beleuchten nichtmedikamentöser und medikamentöser Maßnahmen. Vortragende: Annette Zimmer, Jena.

S122 Telerehabilitation in der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation

Moderation: R. Siegert; C. von Rothkirch

Mobile Reha Bremen, Bremen

Digitale Prozesse und Anwendungen halten immer mehr Einzug sowohl in das private Leben als auch in den professionellen Alltag. Verwaltungsprozesse sind ohne Digitalisierung kaum noch denkbar, wengleich hier und da das Analoge weiterhin bestand hat. Digitale Kommunikation und Therapie sind in den Bereich der Krankenbehandlung eingeführt. Die Covid-Pandemie hat hier als Katalysator gewirkt.

Ärztliche Konsultationen, begleitende Psychotherapie, telemedizinische Leistungen in der Heilmittelerbringung durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sind bezüglich der Leistungsinhalte geregelt und in den klinischen Alltag implementiert.

Im Bereich der Rehabilitation erfolgen digitale Anwendungen sowohl in der ambulanten oder stationären Einrichtung begleitend, unterstützend und intensivierend. Und in der Rehabilitationsnachsorge werden digitale Anwendungen zur Kommunikation und Unterstützung von Übungen als „Therapie auf Distanz“ genutzt.

Wie verhält es sich in der mobilen Rehabilitation? Im Symposium wird zunächst diese besondere Form der Rehabilitation im häuslichen Umfeld kurz dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Fahrtzeit aller Mitglieder des Rehabilitationsteams bis zu 30 Minuten betragen kann, eine zumindest anteilige Therapie auf Distanz also einer der Vorteile sein könnte. Gleichzeitig versorgt die mobile Rehabilitation Menschen, die besonders in Aktivität und Teilhabe beeinträchtigt sind. Inwieweit kann diese Klientel ggf. mit Unterstützung von An- und Zugehörigen von teletherapeutischen Maßnahmen profitieren bzw. überhaupt bei diesen mitwirken?

Martin van Soest referiert zu Erfahrungen mit Televisiten und Videoaufnahmen in einer Einrichtung der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Katharina Geschke, Projektleitung im BRIDGE-Projekt, berichtet aus diesem heraus und darüber hinaus zu telemedizinisch begleiteter psychologischer Behandlung im häuslichen Kontext. Die Rahmenbedingungen und die Durchführung telemedizinischer Leistungen in der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie sowie wissenschaftliche Erkenntnisse aus diesen Professionen stellen Maria Barthel und Kirsten Stangenberg-Gliss vor.

Allen Vorträgen gemein ist die Frage, inwieweit Telerehabilitation in der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation möglich ist oder wäre. Und wo ihre Grenzen liegen.

S122-1 Einführung

R. Siegert

Mobile Reha Bremen, Bremen

Mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation, mittels derer die Rehabilitand*innen in ihrem gewohnten Wohnumfeld versorgt werden. Zum Einsatz kommt das komplette multiprofessionelle und interdisziplinäre Rehabilitationsteam. Zur Zeit erbringen nahezu alle Einrichtungen mobile Rehabilitation für eine geriatrische Klientel.

Die Rehabilitand*innen sind i.d.R. deutlich beeinträchtigt in Aktivität und Teilhabe. Sie sind häufig pflegebedürftig und auf Unterstützung von An- und Zugehörigen angewiesen. Die teilhabeorientierten Rehabilitationsziele orientieren sich weniger an zu erreichender Restitution als vielmehr an der Optimierung adaptiver Maßnahmen. Hierfür ist das häusliche Umfeld im materiellen aber auch im personellen/sozialen Sinne am besten geeignet.

Während eine Heilmittelpraxis in aller Regel Hausbesuche nur in einem kleinen Umgebungsradius durchführt, sind die Mitarbeitenden der mobilen Rehabilitation teilweise bis zu 30 Minuten unterwegs, was einen bedeutenden Zeitfaktor darstellt. Es könnte deshalb von Vorteil sein, zumindest einen gewissen Anteil der Therapieeinheiten „auf Distanz“, also in Form digitaler Anwendungen zu erbringen.

In der mobilen Rehabilitation findet sich jedoch heute eine Klientel, die in der Anwendung digitaler Formate wenig Erfahrung und aufgrund ihrer Betroffenheit evtl. Probleme mit dem Handling haben könnte. Positiv fördernd könnte sich auswirken, dass die Anwesenheit und Unterstützung von An- und Zugehörigen in aller Regel gegeben sein sollte, da dieser Support grundsätzliche Voraussetzung für die Indikationsstellung zur mobilen Rehabilitation ist.

Die folgenden Referate sollen nun aufzeigen, was im Sinne der Rehabilitand*innen möglich ist bzw. möglich wäre. Und wo die Grenzen liegen.

S122-2 Erfahrungen mit Televisiten und Videoaufnahmen in der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation

M. van Soest

Mobile Geriatrische Rehabilitation, Klinik Bad Sebastianweiler GmbH, Mössingen

Fragestellung: Geriatrische Rehabilitation kann nicht nur ambulant oder stationär, sondern auch aufsuchend als mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) erfolgen. Bei diesem Arbeitskonzept, das auf Einzeltherapien im häuslichen Umfeld des Patienten basiert, sind die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patient*in und Arzt/Ärztin und die Möglichkeiten zur ärztliche Verlaufseinschätzung begrenzt. Die – im Vergleich zu den anderen Rehabilitationsformen – größere Bedeutung der regelmäßigen Sitzung des Therapeutischen Teams kann dies nur unzureichend kompensieren. Telemedizinische Möglichkeiten wie Televisiten oder Videoaufzeichnungen und -demonstrationen könnten zur Intensivierung des Arzt-Patienten-Kontakts und zur visuellen Unterstützung der Teamsitzungen beitragen.

Methode: In den Jahren 2019 und 2020 wurden im Rahmen einer Studie bei 25 Patient*innen der MoGeRe 101 Televisiten und 26 diagnostische Videoaufnahmen von relevanten Bewegungsabläufen durchgeführt und unter den Aspekten Technische Realisierbarkeit, Akzeptanz und Effekte ausgewertet. In narrativer Form werden die Erfahrungen durch den beteiligten Rehabilitationsarzt wiedergegeben und bewertet.

Ergebnisse: Die Televisiten waren in der Regel realisierbar, erfordern jedoch von allen Beteiligten exakte zeitlicher Absprachen. Obwohl ein selbstständiges Bedienen der Tablet-Computer für nahezu alle hochbetagten Patient*innen nicht vorstellbar war, waren sie in Begleitung durch den/die Therapeut*innen hierfür jedoch offen und erlebten die Visiten als bereichernd. Sowohl Arzt/Ärztin als auch Therapeut*innen schätzten die direkte Kommunikation zur Reflektion des Rehabilitationsverlaufs und zur Motivationsförderung.

Videoaufzeichnungen durch den/die vor Ort anwesende*n Therapeut*in waren technisch anspruchsvoll und nur mit größerem Zeitaufwand realisierbar. Der Mehrgewinn der Videopräsentation bei der interdisziplinären Teambesprechung wurde als unverhältnismäßig in Relation zum Zeitaufwand eingeschätzt.

Schlussfolgerungen: Regelmäßige Televisiten zwischen Arzt/Ärztin, Patient*innen und Therapeut*innen können im Rahmen der MoGeRe gewinnbringend eingesetzt werden, erfordern aber exakte zeitliche Absprachen. Bezüglich Videoaufzeichnungen zur Bereicherung der Teamsitzungen scheint ein ungünstiges Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen zu bestehen.

S122-3 Telemedizinisch begleitete psychologische Behandlung im häuslichen Kontext

K. Geschke; A. Wuttke; E.-M. Kessler

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz; Department Psychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin

In diesem Beitrag wird die Neue Versorgungsform BRIDGE vorgestellt, die aktuell im Rahmen eines vom G-BA geförderten Innovationsfondsprojektes erprobt wird.

BRIDGE ist ein aufsuchendes, alltagsnahes Aktivierungsprogramm für multimorbide ältere Patient:innen mit depressiven Symptomen, welches unmittelbar an eine (teil-)stationäre Behandlung für Patient:innen der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie anschließt. Das Programm wird bereits im Rahmen des Klinikaufenthaltes angebahnt und geplant, so dass keine Versorgungsbrüche entstehen. Im Fokus des Programms steht der Aufbau positiver Aktivitäten und Gewohnheiten innerhalb und außerhalb der Häuslichkeit und die gezielte Förderung der körperlichen Aktivität der Patient:innen. Kern ist das in ambulanten Strukturen der teilnehmenden Kliniken verortete interdisziplinäre, multiprofessionelle BRIDGE-Behandlungsteam, das sich aus Pflegefachkräften, Psycholog:in und Bewegungswissenschaftler:in zusammensetzt. In einem Stepped-Care Ansatz wird entsprechend eines sekundär- bzw. tertiärpräventiven Ansatzes basierend auf der Schwere der depressiven Symptomatik eine Basis- und eine Intensivversion angeboten, die sich zwar in der Intensität und Modalität, nicht aber im Inhalt voneinander unterscheiden.

Das Programm folgt standardisiert einem modularen Behandlungsmニュアル zur behavioralen und körperlichen Aktivierung, wobei die konkrete Ausgestaltung persönliche Präferenzen der Patient:innen berücksichtigt. Neben ambulant-aufsuchenden Sitzungen (Hausbesuchen) werden BRIDGE-Module auch digital in Form einer Videokonferenz mit einem Gerät angeboten, dessen Bedienung keine technischen Vorkenntnisse verlangt. Das Aktivierungsprogramm BRIDGE am Übergang von der (teil) stationären Versorgung in die Häuslichkeit ist für einen Zeitraum von 3 Monaten geplant mit dem Ziel, die Patient:innen in regional bestehende, unterstützende Strukturen wie z. B. Selbsthilfegruppen, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu integrieren.

BRIDGE soll bei multimorbiden, älteren Patient:innen a) die stationären Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Depressivität stabilisieren oder verbessern, b) die depressive Symptomatik reduzieren, c) stationäre Behandlungstage reduzieren, d) die körperliche Aktivität steigern, e) die körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit fördern, f) die Lebensqualität verbessern, g) das emotionale Wohlbefinden steigern, h) das subjektive

Stresserleben reduzieren und i) zu einer vorteilhaften inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation führen.

S122-4 Telerehabilitation in der Logopädie

M. Barthel

Gesundheitscampus Göttingen, HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Göttingen

Sprache, Sprechen und Kommunikation sowie Schlucken und kognitive Rehabilitation sind Handlungsfelder der Logopädie in der geriatrischen Versorgung (DGPPN & DGN, 2025), die je nach Indikation als stationäre, ambulante oder mobile Rehabilitation durchgeführt werden kann (Kraft, 2024). Dabei beziehen sich die logopädische Anamnese, Diagnostik und Therapie auf Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen sowie die Beratung von Betroffenen und deren An-/Zugehörigen (Grohnfeldt, 2014). Der Beitrag fokussiert die Entwicklung und Evidenz der Telerehabilitation in der deutschen und internationalen logopädischen Versorgung. Telerehabilitation in der Logopädie beinhaltet synchrone, asynchrone und hybride Angebote. Hierbei können verschiedene Gesundheitstechnologien zum Einsatz kommen (American Speech-Language-Hearing Association, o.J.; Lauer, 2020; Leinweber & Barthel, 2022). (Inter)nationale Studien belegen den Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen wie Apps, Virtual Reality/Augmented Reality und Videotherapie in der logopädischen Versorgung von (älteren) Erwachsenen. So werden Videotherapie und Virtual-Reality bspw. bei Menschen mit Aphasie sowie Apps bei Menschen mit Demenz eingesetzt (Cacciante et al., 2021; Devane et al., 2023; Dial et al., 2021). Die telerehabilitative Versorgung, z.B. bei Menschen mit Aphasie oder Parkinson-Krankheit, erzielt vergleichbare Ergebnisse zur Präsenztherapie (Cacciante et al., 2021; Dial et al., 2021; Theodoros et al., 2019). Seit 2022 ist Videotherapie als telemedizinische Leistung in der logopädischen Regelversorgung in Deutschland implementiert; gemäß Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Zahlreiche nationale Studien zeigen, dass Videotherapie bei Erwachsenen mit unterschiedlichen Sprach- und Sprechstörungen durchgeführt werden kann und Patient*innen eine hohe Zufriedenheit zeigen (u.a. Bürkle et al., 2021; Leinweber et al., 2023; Wittmar et al., 2023). Als erste im Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) dauerhaft aufgenommene deutsche App ist „neolexon Aphasie“. Sie unterstützt das häusliche Training und kann ergänzend zur logopädischen Therapie für Menschen mit Aphasie und/oder Sprechpraxis eingesetzt werden.

Seitens der Patient*innen beeinflussen z.B. das Alter, sprachliche, physische und kognitive Faktoren, die Technikakzeptanz sowie das soziale Umfeld die Nutzung oder Ablehnung neuer Technologien (Leinweber & Barthel, 2022; Hastall & Heitplatz, 2019). Daher müssen ethische, soziale und rechtliche Implikationen sowie die technische Infrastruktur bei der Entscheidung zum Einsatz von Gesundheitstechnologien in der Logopädie berücksichtigt und diskutiert werden (Mühlhaus & Hastall, 2017; Barthel et al., 2023). Der Entscheidungsprozess sollte mit den Betroffenen, deren An-/Zugehörigen und den Akteuren des interprofessionellen Teams erfolgen.

S122-5 Telerehabilitation in der Ergotherapie und Physiotherapie

K. Stangenberg-Gliss

HAWK Hildesheim, Hildesheim

In der mobilen geriatrischen Rehabilitation eröffnen ergotherapeutische und physiotherapeutische Telerehabilitationsansätze neue Möglichkeiten, funktionelle Fähigkeiten zu erhalten und Teilhabe im häuslichen Umfeld älterer Menschen zu stärken. Aufbauend auf einem Pyramid Review zu syn-

chroner, heim-basierter Telerehabilitation bei Schlaganfallpatient:innen wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die mobile geriatrische Versorgung dargestellt.

Die Analyse von 30 Studien zeigt, dass synchron durchgeführte Telerehabilitation positive Effekte auf die Funktion der oberen Extremitäten, die Mobilität und die Alltagsaktivitäten erzielt. Besonders wirksam waren Konzepte, die Elemente der Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT), sensorgestützte Trainingsmethoden sowie exergame-gestützte Bewegungsprogramme einbezogen. Der Nutzen zeigte sich sowohl in messbaren Verbesserungen der Motorik als auch in subjektiven Zugewinnen an Motivation, Selbstwirksamkeit und sozialer Teilhabe.

Für die mobile geriatrische Rehabilitation ist besonders relevant, dass Telerehabilitation älteren Patient:innen eine kontinuierliche therapeutische Begleitung ermöglicht – flexibel, alltagsnah und unter Einbezug der Lebensrealität zuhause. Sowohl Ergotherapeut:innen als auch Physiotherapeut:innen können Telerehabilitationsansätze nutzen, um Trainingsprogramme individuell zu adaptieren, die Selbständigkeit und Teilhabe im Alltag zu fördern und Rehabilitationsziele ortsunabhängig zu verfolgen.

Die Implementierung erfordert jedoch angepasste Konzepte: niedrigschwellige Technik, individuelle Anleitung, begleitende Motivation und enge Abstimmung mit Angehörigen und/oder Pflegenden. Zudem sind weitere Studien mit Fokus auf ältere, multimorbide Zielgruppen notwendig, um Wirksamkeit, Praktikabilität und Langzeiteffekte für die mobile geriatrische Rehabilitation evidenzbasiert abzusichern.

Telerehabilitation bietet damit ein innovatives Instrument für Ergotherapie und Physiotherapie, um auch im Kontext begrenzter Ressourcen und steigender Nachfrage qualitativ hochwertige mobile Rehabilitationsangebote für ältere Menschen sicherzustellen.

Schlagerwörter: Telerehabilitation, Ergotherapie, Physiotherapie, mobile geriatrische Rehabilitation, Alltagstraining, Schlaganfall, Evidenzbasierung.

S123 Dysphagie in der Geriatrie: Interdisziplinäre Perspektiven, klinische Relevanz und Versorgungsrealität

Moderation: C. J. Werner; R. Wirth

Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen;

¹Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Die Schluckstörung (Dysphagie) stellt in der geriatrischen Medizin ein hochrelevantes, jedoch oft unterschätztes Syndrom dar. Im zunehmenden Alter manifestiert sich die Dysphagie als komplexes Phänomen mit vielfältigen Ursachen und weitreichenden Folgen für die Betroffenen. Das Symposium beleuchtet die Bedeutung der Dysphagie in der Geriatrie aus verschiedenen Perspektiven und spannt dabei einen Bogen von grundlegenden pathophysiologischen Mechanismen über klinische Herausforderungen bis hin zu versorgungspolitischen und ökonomischen Fragestellungen.

Im Fokus stehen die interdisziplinären Schnittstellen der Geriatrie, insbesondere zur Traumatologie und Neurologie. Die Teilnehmenden erhalten Einblicke in aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse sowie evidenzbasierte Diagnostik- und Therapieansätze. Anhand von Kasuistiken werden seltene Manifestationsformen diskutiert, die exemplarisch die diagnostische Herausforderung und therapeutische Komplexität verdeutlichen.

Das Symposium adressiert zudem die ökonomische Dimension der Dysphagie und beleuchtet kritisch die aktuellen Versorgungsstrukturen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Frage, wie die Implementierung strukturierter Behandlungspfade und Zertifizierungsprozesse zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen kann. Die Veranstaltung bietet eine Plattform für den interdisziplinären Austausch und die kritische Reflexion aktueller Versorgungskonzepte. Die Teilnehmenden erhalten nicht nur einen umfassenden Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen

Stand, sondern auch konkrete Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag.

Dieses Symposium verdeutlicht die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Ansatzes in der Diagnostik und Therapie der geriatrischen Dysphagie und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität dieser vulnerablen Patientengruppe.

S123-1

Oropharyngeale Dysphagie als Neurogeriatrisches Syndrom

B. Labeit

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

Oropharyngeale Dysphagie ist in neurogeriatrischen Populationen verbreitet und steigert signifikant das Risiko für Mangelernährung, Aspirationspneumonie und Mortalität. Diese Störung präsentiert sich als multietiologisches Syndrom mit verschiedenen Phänotypen, die effektiv mittels instrumenteller Dysphagiediagnostik, einschließlich der Flexiblen Endoskopischen Evaluation des Schluckens (FEES), diagnostiziert werden können. Dieser Beitrag erörtert die neurogeriatrische Syndromologie der Dysphagie durch die Integration von erkrankungsspezifischen neurologischen und transdiagnostischen geriatrischen Aspekten. Dabei wird die diagnostische Bedeutung spezifischer neurologischer Manifestationen der Dysphagie hervorgehoben. Therapeutisch ist es von zentraler Bedeutung, die Dysphagie als Ziel von neurologischen Therapien zu etablieren, was durch die Effektivität von Acetylcholinesterase-Inhibitoren bei Myasthenia gravis und dopaminergen Medikamenten bei der Parkinsonkrankheit verdeutlicht wird. Transdiagnostische Mechanismen wie Presbyphagie, charakterisiert durch abnehmende pharyngeale Sensibilität, Sarkopenie der Schluckmuskulatur und reduzierte Neuroplastizität, sind für die Pathophysiologie ebenfalls entscheidend. Effektive Behandlungsstrategien umfassen die Optimierung der Mundhygiene, Ernährungsinterventionen, Konsistenzmodifikationen, spezifische Interventionen zur Verbesserung der Schluckphysiologie und Neurostimulationsverfahren, die derzeit erforscht werden. Aktuelle Forschungen zielen darauf ab, spezifische Bewertungsprotokolle zu verfeinern und Outcome-Prädiktoren zu identifizieren, um die Ergebnisse der instrumentellen Dysphagiediagnostik besser kontextualisieren zu können. Fortschritte im Management der Dysphagie sind entscheidend, um die Lebensqualität und die Mortalitätsraten in geriatrischen Populationen zu verbessern.

S123-2

FEES it or leave it – Diagnostische Fallbeispiele aus der Neurogeriatrie

G. Lueg

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund: Die flexible Evaluation des Schluckaktes (FEES) ist der Goldstandard bei der Identifikation von Schluckstörungen. Besonders bei neurologischen Erkrankungen können typische Befunde in der FEES wichtige Hinweise auf die Diagnose geben oder den weiteren diagnostischen Weg bahnen.

Methode: Es werden 3 Videofallbeispiele aus der Neurogeriatrie präsentiert, welche mit einer ungeklärten oder mit einer Fehldiagnose überwiesen wurden. Die FEES-Untersuchung erbrachte hier wichtige Hinweise auf die weitere Diagnostik und die korrekte Diagnosestellung.

Schlussfolgerung: Die endoskopischen Schluckmuster in FEES sollten in der Neurogeriatrie häufiger als diagnostisches Mittel eingesetzt werden. Eine Phänotypisierung des Schluckmusters kann dabei hilfreich sein.

S123-3

Kostanpassung bei Dysphagie – zwischen Praxis und Evidenz

R. Wirth

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Während der klinischen und apparativen Schluckuntersuchung wird getestet, welche Kost- und Flüssigkeitskonsistenz mit dem geringsten Aspirationsrisiko assoziiert ist, um die Betroffenen anschließend mit dieser Kostform zu ernähren. Dieses Vorgehen ist sicherlich grundsätzlich vernünftig, führt jedoch zu erheblichen Restriktionen bei Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und wird oft von den Betroffenen nicht langfristig akzeptiert. Gleichzeitig ist die wissenschaftliche Evidenz für dieses Vorgehen sehr spärlich und widersprüchlich. Möglicherweise kann der Einbezug weiterer Parameter in die Entscheidungsfindung zur Kostform zukünftig helfen, das Risiko für Aspirationspneumonien besser einzuschätzen und so zu Kostempfehlungen führen, die die Lebensqualität und die Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr weniger beeinträchtigen und damit mit einer höheren Akzeptanz einhergehen.

S123-4

Alterstraumatologie und Dysphagie: Herausforderungen nach Halswirbelkörperfrakturen. Vom Zertifikat zur Verbesserung der Patientenversorgung

S. Tietgen

Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation, Medizinische Klinik 3, Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH, Bremerhaven

Hintergrund: Halswirbelkörperfrakturen sind in der Alterstraumatologie meistens Folge eines Niedrigrasanztraumas und C1-, C2-Frakturen die häufigsten zervikalen Frakturen. Das Risiko für eine postoperative oropharyngeale Dysphagie nach Versorgung dieser Frakturen nimmt mit dem Lebensalter zu.

Methodik: Im Alterstraumatologischen Zentrum (ATZ) ist die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit der Kern zur Verbesserung der Patientenversorgung. Für die Erkennung und Behandlung einer postoperativen Dysphagie nach Frakturen der Halswirbelsäule ist eine strukturierte Zusammenarbeit essenziell. Es wird über die Etablierung von Fortbildungen für alle Berufsgruppen, der Unterricht an der Krankenpflegeschule, die Mitarbeit der Logopädie im ATZ und die Etablierung der FEES-Diagnostik berichtet. Anhand von Fallbeispielen wird das Krankheitsbild der postoperativen Dysphagie nach zervikalen Frakturen und dessen Verlauf exemplarisch vorgestellt.

Ergebnisse: Durch Fortbildungen und der engen Zusammenarbeit im ATZ stieg die Anzahl der FEES-Untersuchungen bei Menschen nach Halswirbelkörperfrakturen in unserem Krankenhaus. Es konnten postoperative Dysphagien früher diagnostiziert und eine entsprechende Therapie eingeleitet werden. In einigen Fällen persistierte eine hochgradige oropharyngeale Dysphagie mit Notwendigkeit einer enteralen Ernährung über eine Sonde.

Zusammenfassung: Eine postoperative Dysphagie nach Operation einer Halswirbelkörperfraktur ist eine ernste Folge, die frühzeitig erkannt werden muss, um Komplikationen zu vermeiden. Hierfür sind die FEES-Untersuchung und die Weiterbildung sowie Einbindung des gesamten Behandlungsteams zielführende Maßnahmen.

S123-5

Auswirkungen von Dysphagie auf Verweildauern und Krankenhauskosten bei neurogeriatrischen Patientengruppen

C. J. Werner; T. Meyer; J. O. Pinho; J. B. Schulz; B. Schumann-Werner

Klinik für Neurologie, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; Institut für Kognitive Neurologie und Demenzforschung, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Einleitung/Fragestellung: Dysphagie ist ein anerkanntes geriatrisches Kardinalsyndrom, das mit erhöhter Morbidität, verlängerten Krankenhausaufenthalten und höheren Gesundheitskosten assoziiert ist. Ziel dieser Studie war es, mittels maschinellen Lernens die Auswirkungen von Dysphagie auf den Krankenhausaufenthalt und die Behandlungskosten in Deutschland zu modellieren und den potenziellen Nutzen einer Verbesserung der Schluckfunktion zu simulieren.

Methodik: Aus einem Patientenregister und Controllingdaten wurden Daten zu stationär behandelten Patienten der Neurologie extrahiert. XGBoost-Modelle wurden verwendet, um den Effekt auf Verweildauern (VWD) und DRG-Kosten vorherzusagen, wobei Prädiktoren wie Alter, Geschlecht, HFRS, FOIS, Schlaganfall, Notfallaufnahme und SPI einbezogen wurden. Die Modellleistung wurde mittels Kreuzvalidierung und Metriken wie Pseudo-R², MAE, MAPE und RMSE bewertet. Interventionseffekte wurden mittels Monte-Carlo-Simulationen analysiert, um die Auswirkungen von FOIS-Verbesserungen auf VWD und Kosten abzuschätzen.

Ergebnisse: Die Analyse umfasste 13.728 Fälle. Die deskriptive Statistik zeigte Unterschiede zwischen Patienten mit ($n=860$) und ohne ($n=12868$) Dysphagie; erstere waren älter (72,3 vs. 57,2 Jahre), seltener weiblich (42,6 % vs. 48,9 %), hatten häufiger einen Schlaganfall (66,7 % vs. 26,9 %) und höhere HFRS-Werte (13,25 vs. 3,60). Die XGBoost-Modelle zeigten ein Pseudo-R² von 0,6399 für VWD (MAE=3,36, MAPE=70,05, RMSE=5,41) und 0,6229 für DRG-Kosten (MAE=2305,37, MAPE=53,29, RMSE=3800,7). Die Monte-Carlo-Simulation ergab, dass eine FOIS-Verbesserung mit einer messbaren Reduktion des Krankenhausaufenthalts und der Behandlungskosten assoziiert war, wobei die Effekte sich in verschiedenen Alters- und Frailtygruppen teils deutlich unterschieden.

Diskussion: Die Ergebnisse bestätigen, dass Dysphagie einen signifikanten Einfluss auf den Krankenhausaufenthalt und die Behandlungskosten hat, insbesondere bei älteren Patienten. Die Modellierung ermöglichte die Quantifizierung dieser Auswirkungen und die Simulation potenzieller Einsparungen durch Interventionen zur Verbesserung der Schluckfunktion.

S124 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. Darüber hinaus wurde die S3-Leitlinie zur Osteoporose 2023 aktualisiert. 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.

HSD11B1-Genexpression im Muskel: Ein Schlüssel zur reduzierten Muskelmasse bei Sarkopenie?

S. Schlüssel

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Der Vortrag behandelt die Ergebnisse einer Untersuchung der Genexpression von HSD11B1 in der Muskulatur sarkopener Patienten.

Outcomes in RCTs bei Sarkopenie: Eine systematische Literaturrecherche und Metaanalyse

M. Rippl

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Der Vortrag behandelt die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche und Metaanalyse von Outcomes in RCTs bei Sarkopenie.

Osteoporose bei Niereninsuffizienz

M. Ketteler

Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Der Vortrag behandelt die Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Niereninsuffizienz im Alter.

SarQoL: Bestimmung der Lebensqualität bei Sarkopenie

J. M. Bauer

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Der Vortrag behandelt die Erfassung der Lebensqualität bei Sarkopenie.

S211 #theolderthebetter – Forum zum 40. Geburtstag der DGG – Ein Dialog zwischen Zeitzeugen und Junger Geriatrie

Moderation: M. Denkinger; S. Grund¹; W. Hofmann²; **Diskutant:** B. Heck³

Institut für Geriatrie, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Rechlin/Müritz; ³Interdisziplinäre Altersmedizin, St. Josefskrankenhaus, Freiburg

Im Jahr 1985 gründeten 50 Ärzte die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. mit den Zielen: Positionierung des Fachs Geriatrie in Wissenschaft und Politik, Wissensvermittlung, Etablierung eines Facharztes und einer eigenständigen Altersmedizin in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Mehrere der genannten Ziele sind heute erreicht – und darüber hinaus. Die DGG bietet Perspektiven für die inhaltliche Ausrichtung des Fachs auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage. Wie hat sie dies geschafft? Eine aktuelle Studie [1] beschreibt den Weg dorthin: schon ganz am Anfang ein „Durst“ nach Expertise aus Europa, allmähliches Umsetzen geriatrischen Wissens in Standards wie Leitlinien, sukzessive Erarbeitung einer eigenen Stellung im Fächerkanon mit abgestimmten Kooperationen, inhaltliche Ausgestaltung von Interprofessionalität, Assessment, Rehabilitation, Traumatologie/Chirurgie, Notfall-/Intensivmedizin, Post-COVID, digitale Geriatrie, Frailty, Osteoporose/Sarkopenie, Polypharmazie u. v. a. m. Die DGG ist seit ihrer Gründung das Forum wissenschaftlichen Austauschs und seit 2022 strukturierte Plattform für inzwischen 14 geriatrische Lehr-

stühle. Zeitzeugen werfen im Diskurs mit Vertreterinnen der Jungen Geriatrie einen Blick zurück – und voraus auf das (noch) Fehlende (Facharzt, weiterer Aufbau des akademischen Fundaments...). Mehr als es eine Studie es leisten kann, präsentiert dieses Symposium Erlebnisse, Erfahrungen, Erwartungen, aber auch die Empfehlungen und Wünsche von Referenten, Diskutanten und Publikum. Das Forum schließt mit einer Diskussion von Podium und Publikum.

Literatur

1. Hofmann W, Grund S, Bauer JM, Wirth R, Heppner HJ, Thiem U, al. Denkinger M (2025) 40 Jahre DGG – Gefragt, Gereift, Gestärkt. Z Gerontol Geriat. <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02460-2>

S212 Funktionelle Störungen in der Geriatrie erkennen und behandeln

Moderation: T. Prell

Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale)

Funktionelle Störungen sind wichtige und keine seltenen Differentialdiagnosen in der Geriatrie. Sie beeinflussen zudem die Funktionalität und das Wohlbefinden im Alter und stellen Behandelnde vor enorme Herausforderungen. Funktionelle Störungen sind vielgestaltig und umfassen etwa Bewegungsstörungen (Tremor, Stürze, Paresen), Missempfindungen, Anfälle oder Schwindel. Dieses Symposium beleuchtet häufige funktionelle Störungen in der Geriatrie mit einem praxisorientierten Fokus auf Diagnostik und Management.

Das Symposium gibt einen allgemeinen Überblick über Häufigkeit und assoziierte Faktoren sowie Charakteristika von funktionellen Bewegungsstörungen und wie man sie im klinischen Alltag erkennt. Schwerpunktmäßig wird erläutert, wie man funktionelle Anfälle und Bewusstseinsstörungen von epileptischen Anfällen unterscheiden kann und welche Differentialdiagnosen für angstassoziierte Störungen und Schwindel relevant sind. Zudem wird auf die besonderen Anforderungen beim Management funktioneller Störungen eingegangen.

S212-1 Funktionelle Anfälle

A. Kunze

Klinik für Neurologie, Zentralklinik Bad Berka GmbH, Bad Berka

Funktionelle Anfälle sind eine wichtige Differentialdiagnose zu epileptischen Anfällen, insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten, bei denen atypische Präsentationen häufiger vorkommen. Die Differenzierung ist essenziell für eine adäquate Therapie, da funktionelle Anfälle keine epileptische Genese haben und somit nicht auf anfallssuppressive Medikamente ansprechen. In diesem Vortrag werden die typischen klinischen Charakteristika funktioneller Anfälle, diagnostische Strategien wie die Video-EEG-Diagnostik sowie mögliche Triggerfaktoren vorgestellt. Zudem werden spezifische Herausforderungen in der geriatrischen Population diskutiert, einschließlich der häufigen Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen.

S212-2 Funktionelle Bewegungsstörungen in der Geriatrie

W. Maetzler

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Funktionelle Bewegungsstörungen treten in der Geriatrie oft in Form von Tremor, Dystonien, Gangstörungen oder transienten Paresen auf. Sie sind

häufig mit kognitiven und affektiven Symptomen assoziiert und können erhebliche Auswirkungen auf die Mobilität und Selbstständigkeit älterer Menschen haben. In diesem Vortrag wird auf epidemiologische und klinische Aspekte der Erkrankung in dieser Klientel eingegangen. Zusätzlich werden potentielle Ursachen und Trigger der Erkrankung bei geriatrischen Patient*innen diskutiert, basierend auf dem derzeit meistverwendeten generellen Erklärungsmodell für die Erkrankung. Praxisnahe Tipps zur Diagnostik und zur Behandlung werden ebenfalls präsentiert.

S212-3 Schwindel – Funktionelle Ursachen und Differenzialdiagnosen

H. Axer

Klinik für Neurologie, Uniklinikum Jena, Jena

Schwindel ist eines der häufigsten Symptome in der Geriatrie und kann verschiedene Ursachen haben, darunter auch funktionelle Störungen. Funktioneller Schwindel ist oft eng mit psychischen Faktoren verknüpft und kann sich in Form von persistierendem oder angstassoziiertem Schwindel manifestieren. In diesem Vortrag werden klinische Merkmale funktionellen Schwindels und praxisnahe diagnostische Algorithmen vorgestellt, die eine Unterscheidung von vestibulären, kardiovaskulären und neurologischen Ursachen ermöglichen. Zudem wird auf evidenzbasierte Behandlungsstrategien eingegangen, einschließlich verhaltenstherapeutischer Ansätze und physiotherapeutischer Interventionen.

S212-4 Von der Diagnose zur Therapie funktioneller Bewegungsstörungen

A. Weißbach

Center of Brain, Behavior and Metabolism, UKSH und Universität zu Lübeck, Lübeck

Die Behandlung funktioneller Bewegungsstörungen stellt in der klinischen Praxis eine besondere Herausforderung dar, insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit komplexen Begleiterkrankungen. Dabei spielt gerade die Diagnosevermittlung und -akzeptanz eine zentrale Rolle und kann selbst therapeutisch wirksam sein. Zudem hat sie eine tragende Bedeutung für die spätere Wirksamkeit von multimodalen Therapieansätzen mit edukativen, physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Elementen. Dieser Vortrag gibt einen praxisnahen Überblick über krankheitsspezifische Behandlungsstrategien, mit besonderem Fokus auf patientenzentrierter Kommunikation, spezifischer Physiotherapie und der Rolle des kognitiven Aufmerksamkeitstrainings. Zudem werden Videobeispiele präsentiert, um die praktische Umsetzung im klinischen Alltag zu veranschaulichen.

S213 Hands on: Fallgruben in der Arzneitherapie älterer Patienten

Moderation: M. Wehling; B. Deutsch

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim; Geriatrie, Innere Medizin, Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen, Erlangen

Die meisten Tumorerkrankungen nehmen im höheren Lebensalter an Häufigkeit zu. Die älteren Tumorpatienten weisen die typische Multimorbidität auf und werden daher schon mit zahlreichen Medikamenten behandelt. Die großen Erfolge der „Targeted Therapies“ machen heute z. B. bei den Kinasehemmern aber orale Dauertherapien nötig, die auf schon bestehende oder erst beginnende andere Arzneimittelanwendungen treffen. Häufig gibt es auch Wechselwirkungen zwischen hausärztlichen

Standardmedikamenten und diesen onkologischen Präparaten. Listenansätze wie FORTA können helfen, die Gesamttherapie zu rationalisieren und optimieren, damit z. B. durch Weglassen unnötige Interaktionen vermieden werden,

S213-1 Kontinuierliche Tumorthérapien treffen auf „andere“ Medikamente im Alter: wie können Listenansätze helfen?

M. Wehling

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

Die meisten Tumorerkrankungen nehmen im höheren Lebensalter an Häufigkeit zu. Die älteren Tumorpazienten weisen die typische Multimorbidität auf und werden daher schon mit zahlreichen Medikamenten behandelt. Bei den früheren Chemotherapiezyklen, die meist stationär durchgeführt wurden, hatten die Onkologen die Begleittherapien mit unter Kontrolle und ggf. pausiert. Die großen Erfolge der „Targeted Therapies“ machen heute z. B. bei den Kinasehemmern aber orale Dauertherapien nötig, die auf schon bestehende oder erst beginnende andere Arzneimittelwendungen treffen, und zwar auch zwischen den onkologischen Visiten. Daher kommen auch Hausärzte und andere Fachärzte mit diesen onkologischen Therapien in Kontakt, und müssen mit den altersspezifischen Besonderheiten (z. B. Nebenwirkungen wie Fatigue) im Kontext der nichtonkologischen Medikamente zurecht kommen. Häufig gibt es auch Wechselwirkungen zwischen hausärztlichen Standardmedikamenten und diesen onkologischen Präparaten, die nicht so geläufig sind. Listenansätze wie FORTA können helfen, die Gesamttherapie zu rationalisieren und optimieren, damit z. B. durch Weglassen unnötige Interaktionen vermieden werden, vor allem aber auch die symptomatischen Begleittherapien wie die Schmerztherapie altersgerecht optimiert werden können.

S213-2 Hyponatriämie im Alter: wie vermeiden, was tun?

U. Hoffmann

Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg

Die Hyponatriämie ist eine häufige zur Krankenhauseinweisung führende Diagnose im Alter, die Ursachen sind oft auf Arzneimittel zurückzuführen. Hyponatriämie wird häufig durch Polypharmazie und Komorbiditäten verschlimmert. Es werden die Herausforderungen bei der Behandlung von Hyponatriämie beleuchtet, die mit altersbedingten physiologischen Veränderungen und Arzneimittelwechselwirkungen, wie z. B. mit Thiaziddiuretika, verbunden sind. Im zweiten Vortrag wird eine praktische Herangehensweise zur Vermeidung, aber auch zur Abklärung der Hyponatriämie vorgeschlagen.

S213-3 QT-Zeit: Ist sie wirklich relevant?

C. Führling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Eine Verlängerung der QTc-Zeit von = 500 ms ist ein allgemein anerkannter Risikofaktor für das Auftreten einer Torsade-de-pointes-Tachykardie, welche über die Entwicklung eines Kammerflimmerns zum plötzlichen Herztod führen kann. Neben genetischen Veranlagungen können insbesondere Medikamente eine solche Verlängerung verursachen, weswegen

regelmäßig entsprechende Warnungen bzgl. Dosisbeschränkungen und Wechselwirkungen herausgegeben werden. Gleichzeitig zeigen verschiedene Studien, dass bis heute gerade viele polypharmaziierte ältere Patienten mindestens ein, oft mehrere solcher Medikamente verschrieben bekommen, ohne dass im klinischen Alltag eine erhöhte Komplikationsrate auffallen würde. Der Vortrag geht deshalb anhand der aktuellen Datenlage der Frage nach, ob die QT-Zeit klinisch wirklich relevant ist.

S213-4 Anticholinerge Last: Wann wird sie zuviel?

K. Just

Institut für klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen

Fragestellung: Anticholinerge Arzneimittel sind oftmals potenziell inadäquate Arzneimittel im Alter, dennoch kann es unumgänglich sein, diese Arzneimittel beim älteren Menschen einzusetzen. Ziel dieses Vortrags ist darzustellen, wie das Risiko für Nebenwirkungen unter anticholinergen Arzneimitteln besser individuell eingeschätzt werden kann.

Methodik: Es wird ein Überblick über die aktuelle Datenlage und wissenschaftlichen Stand zu anticholinergen Nebenwirkungen beim älteren Menschen gegeben. Dabei werden insbesondere auf individuelle Risikofaktoren wie Wechselwirkungen und vererbte Varianten im Arzneistoffabbau (Pharmakogenetik) eingegangen. Daten aus Kohorten mit Nebenwirkungen bei älteren, polypharmaziierten Patienten werden präsentiert und Erklärungsansätze erläutert.

Ergebnisse: Einige Beobachtungsstudien zeigen eine Assoziation von Nebenwirkungen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie Minderungen in der Kognition und Stürzen unter anticholinergem Medikation beim älteren Menschen. Dabei zeigt sich eine Korrelation mit steigender anticholinergem Last. Pharmakodynamische, wie auch pharmakokinetische Wechselwirkungen können diese anticholinerge Last beeinflussen.

Zusammenfassung: Es ist davon auszugehen, dass anticholinerge Nebenwirkungen insbesondere im Kontext der Polymedikation kritisch sein können. Dabei kommen sowohl pharmakodynamische wie auch pharmakokinetische Wechselwirkungen zum Tragen. Die Pharmakogenetik könnte ebenso von Bedeutung sein, um das individuelle Risiko besser einschätzen zu können.

S214 Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen – aktuelle Empfehlungen aus der neuen S3-Leitlinie GeriPAIN (AWMF Register-Nr. 145-005)

Moderation: C. Drebenstedt

Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe

Geriatrische Patient:innen zeichnen sich durch ein höheres Lebensalter, gehäufte Multimorbidität und erhöhte Vulnerabilität aus [1,3]. Bislang existierten international nur vereinzelte evidenzbasierte Empfehlungen im Schmerzmanagement, die sich explizit an Menschen mit Schmerzen in dieser Lebensphase richten. Die mit Förderung durch den Innovationsfonds des G-BA unter Federführung der Deutschen Schmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie erstellte und 2025 veröffentlichte S3-Leitlinie „Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN)“ [2] greift diese Problematik auf und formuliert dazu evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen.

Auf der Basis einer systematischen Auswertung von Quellleitlinien und Systematischen Übersichtsarbeiten, wurde in drei Arbeitsgruppen der Stand der Evidenz zur Schmerzerfassung mit Screening und Assessment, zu medikamentösen und nicht medikamentösen Interventionen sowie zur Koordination und Kooperation aller Beteiligten im Versorgungsprozess zusammengetragen. Daraus wurden Empfehlungen abgeleitet und konsentiert.

Endpunkte der Leitlinie sind neben einer anzustrebenden Schmerzreduktion auch der Erhalt der Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit. Insgesamt wurden 42 Empfehlungen verabschiedet. Dieses Symposium bietet einen Einblick in die wichtigsten Empfehlungen der Leitlinie, gleichzeitig werden dabei auch die aktuellen Forschungslücken aufgezeigt. Das Symposium beginnt mit einem einleitenden Vortrag zur Zusammenarbeit im Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen – sektorübergreifend und interprofessionell. In einem zweiten Vortrag werden die zentralen Empfehlungen zur Schmerzerfassung anhand eines Algorithmus vorgestellt unter Berücksichtigung der besonderen Situation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Es folgt die Vorstellung der Empfehlungen zu den Besonderheiten nicht-medikamentöser Maßnahmen. Ergänzend dazu widmet sich der darauf folgende Vortrag den Besonderheiten der medikamentösen Interventionen. Die Vorträge beleuchten neben den Empfehlungen auch die jeweils identifizierten Forschungslücken. Zum Abschluss wird eine Diskussion zum Umsetzungspotenzial der Empfehlungen gemeinsam mit dem Plenum angestrebt. Die Leitlinie, wie auch das Symposium, richtet sich an alle Personen, die an der Versorgung geriatrischer Patient:innen beteiligt sind.

Literatur

1. Bollheimer C, Lüttje D (2021) Geriatrie. In: Pantel J, Bollheimer C, Kruse A (Hrsg) Praxishandbuch Altersmedizin, 2. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S 56–60
2. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.; Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.; UVSD SchmerzLOS e.V. (2025): S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN), 1. Aufl.
3. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (20.12.2021): Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation

S214-1

Versorgungsbrüche im Schmerzmanagement vermeiden – Entscheidungen gemeinsam treffen

M. Hendlmeier¹; T. Fischer¹; C. Drebenstedt²; S. Fuchs³; I. Gnass⁴; H. Norda⁵; E. Sirsch⁶

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Berlin; ¹Evangelische Hochschule Dresden, Dresden; ²Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe; ³Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ⁴Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg/A; ⁵UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster; ⁶Institut für Didaktik in der Medizin, Universitätsklinikum Essen, Essen

Hintergrund: Geriatrische Patient:innen mit komplexen Bedarfen laufen Gefahr durch Kooperations- und Koordinationsdefizite im Gesundheitswesen mangelnde Kontinuität und Vernetzung zu erfahren. Die Empfehlungen zur Zusammenarbeit im Schmerzmanagement zielen darauf ab, Versorgungsbrüche zu vermeiden und die Autonomie der Personen mit Schmerz zu wahren.

Methodik: Anhand sechs systematischer Übersichtsarbeiten und Expert:innenkonsens wurden insgesamt sieben Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität und der gemeinsamen Entscheidungsfindung verabschiedet.

Ergebnisse: In diesem Beitrag werden die konsentierten Empfehlungen der Leitlinie vorgestellt, beginnend bei der strukturierten Kommunikation zwischen verschiedenen Professionen und Sektoren über die Notwendigkeit von Personalschulungen und der empfohlenen Durchführung von Medikamentenreviews. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrags liegt auf der Vorstellung der Empfehlungen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Dabei steht im Mittelpunkt, was Patient:innen sich in einem Aufklärungsgespräch für Informationen wünschen und welche Ängste und Sorgen besonders häufig bei älteren Menschen in Bezug auf die Schmerztherapie bestehen. Die Empfehlung beinhaltet die Aufklärung bezüglich des Nutzen und Schadens von medikamentösen und/oder nicht-medikamentösen Interventionen in der Schmerztherapie.

S214-2

Schmerzerfassung bei geriatrischen Patient:innen – vom Screening nach Schmerz bis zur Verlaufserfassung

E. Sirsch¹; M. Hendlmeier¹; C. Drebenstedt²; S. Fuchs³; I. Gnass⁴; H. Norda⁵; T. Fischer⁶

Institut für Didaktik in der Medizin, Universitätsklinikum Essen, Essen; ¹Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Berlin; ²Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe; ³Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ⁴Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg/A; ⁵UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster; ⁶Evangelische Hochschule Dresden, Dresden

Hintergrund: Ein höheres Lebensalter ist ein Risikofaktor für chronische Schmerzen und Schmerz-assoziierte Erkrankungen, wie bspw. Kreuzschmerz oder arthrosebedingte Gelenkschmerzen. Einstellung und internalisierte Glaubenssätze geriatrischer Patient:innen beeinflussen das Mitteilen von Schmerzen. Stoische Verhaltensmuster, Stolz und die Ablehnung eigener Schmerzen hindern ältere Menschen daran, von ihren Schmerzen aktiv zu berichten. Dies führt dazu, dass bei geriatrischen Patient:innen und insbesondere bei solchen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein erhöhtes Risiko besteht, dass Schmerzen übersehen, unzureichend oder zu spät behandelt werden.

Methodik: Auf Grundlage von insgesamt vier systematischen Übersichtsarbeiten und drei Quellleitlinien sowie Expert:innenkonsens wurden elf Empfehlungen verabschiedet.

Ergebnis: In diesem Vortrag stehen die Empfehlungen zur Schmerzerfassung bei geriatrischen Patient:innen im Mittelpunkt. Im Beitrag wird das in der Leitlinie erarbeitete Ablaufschema vorgestellt, beginnend bei einem Screening nach Schmerzen, über ein Assessment hin zur Anpassung der Therapie und der nachfolgenden Verlaufserfassung.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Erfassung von Schmerzen bei Menschen mit einer vorliegenden oder vermuteten kognitiven oder Bewusstseinsbeeinträchtigung. Es werden Empfehlungen sowohl zur Fremd- als auch zur Selbsteinschätzung vorgestellt und mögliche Assessmentinstrumente zur Anwendung aufgezeigt. Der Beitrag beleuchtet darüber hinaus kritisch den aktuellen Forschungsstand.

S214-3

Besonderheiten der Schmerztherapie – nicht-medikamentöse Interventionen für geriatrische Patient:innen mit Schmerzen

T. Fischer¹; M. Hendlmeier¹; C. Drebenstedt²; I. Gnass³; S. Fuchs⁴; H. Norda⁵; E. Sirsch⁶

Evangelische Hochschule Dresden, Dresden; ¹Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Berlin; ²Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe; ³Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg/A; ⁴Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ⁵UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster; ⁶Institut für Didaktik in der Medizin, Universitätsklinikum Essen, Essen

Hintergrund: Nicht-medikamentöse Interventionen sind wichtiger Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie. Der vorliegende Vortrag beleuchtet die Evidenz zu den Besonderheiten nicht-medikamentöser Maßnahmen bei geriatrischen Patient:innen, mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen.

Methodik: Auf der Grundlage zehn systematischer Übersichtsarbeiten wurden sechs Empfehlungen zu nicht-medikamentösen Interventionen formuliert.

Ergebnisse: Es werden die Empfehlungen zu bewegungsbasierten und psychotherapeutischen Maßnahmen vorgestellt sowie die Evidenz dazu kritisch beleuchtet, insbesondere im Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ergänzend dazu werden weitere Empfehlungen zu Mind-Body Übungen, Musik hören und digitalen Rehabilitationsmaßnah-

men vorgestellt. Aktuelle Forschungslücken werden aufgezeigt und diskutiert.

S214-4

Besonderheiten der Schmerztherapie – medikamentöse Interventionen für geriatrische Patient:innen mit Schmerzen

C. Drebenstedt; E. Sirsch¹; M. Hendlmeier²; I. Gnass³; S. Fuchs⁴; H. Norda⁵; T. Fischer⁶

Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe; ¹Institut für Didaktik in der Medizin, Universitätsklinikum Essen, Essen; ²Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Berlin; ³Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg/A; ⁴Institut für Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ⁵UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster; ⁶Evangelische Hochschule Dresden, Dresden

Hintergrund: Geriatrische Patient:innen sind sehr häufig von einer sogenannten Multimorbidität betroffen. Daraus kann eine Behandlung mit einer Vielzahl von Arzneimitteln resultieren, so dass ein höheres Lebensalter (≥ 65 Jahre) mit einer höheren Prävalenz von Polypharmazie assoziiert ist. Mögliche Wechselwirkungen der medikamentösen Therapie bedürfen daher im Alter der besonderen Beachtung. Es kommt außerdem zu verschiedenen altersassoziierten Veränderungen der Pharmakokinetik, etwa im Bereich des Bioverfügbarkeit oraler eingenommener Arzneimittel, der Wirkstoffverteilung im Gewebe sowie dem hepatischen Metabolismus und der Nierenfunktion. Diese Aspekte sind auch für die medikamentöse Schmerztherapie bei geriatrischen Patient:innen zu berücksichtigen.

Methodik: Überwiegend auf Grundlage eines Expert:innenkonsens sowie vier systematischer Übersichtsarbeiten und verschiedener Quellleitlinien wurden zum einen allgemeine Empfehlungen und zum anderen krankheitsspezifische Empfehlungen zu medikamentösen Interventionen bei geriatrischen Patient:innen formuliert.

Ergebnis: Es werden größtenteils konsensbasierte Empfehlungen zu der Anwendung nicht opioidhaltiger und opioidhaltiger Analgetika vorgestellt sowie der Einsatz diverser Medikamentenlisten (PRISCUS-Liste, FORTA-Kriterien) kritisch betrachtet. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrags bildet die Besonderheiten in Bezug auf mögliche unerwünschte Wirkungen durch die Einnahme von Analgetika bei geriatrischen Patient:innen. Abschließend werden Empfehlungen zu spezifischen Indikationen, wie bspw. zu Arthrose und Post-Zoster-Neuralgie vorgestellt.

S215 Ambulante geriatrische Betreuung zwischen Hausarzt, geriatrischer Fachpraxis und stationär angebundenen Strukturen

Moderation: M. Stanke, Hildesheim

Fragestellung: Bis auf die Diagnostik und Therapie schwerer akuter Erkrankungen werden geriatrische Patient:innen größtenteils ambulant versorgt. Im Idealfall arbeiten dabei viele Beteiligte zusammen – vom behandelnden Haus- oder Facharzt bis hin zu Fachkräften in der Tagesklinik. Im Idealfall ist dadurch ein bedarfsadaptierter, abgestufter Übergang zwischen den heute in Deutschland bestehenden Versorgungsstrukturen besser möglich. Berücksichtigt wurde dies im ambulanten Bereich durch die seit 2016 bestehende Möglichkeit, ambulante spezialisierte geriatrische Diagnostik abrechnen zu können. Hierzu einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten zu geben und Einblicke in die ambulante geriatrische Versorgung zu geben ist Ziel dieses Symposiums.

Methodik: Im Symposium stellen wir unterschiedliche Aspekte und Strukturen der ambulanten geriatrischen Versorgung vor. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese auch bei geriatrisch Tätigen oft nur wenig bekannt sind. Dazu stellen jeweils in der ambulanten Versorgung Tätige ihre Arbeit, teils mit Beispielen vor, berichten über Hürden und Chancen. Zu Wünschen und Zukunftsperspektiven, insbesondere auch aus der

Sicht der „jungen Geriatrie“, wird Raum zum Austausch und Diskussion sein.

Einzelbeiträge:

- Spezialisierte geriatrische Diagnostik in der Praxis. Referent Dr. M. Stanke, Hildesheim
- Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen. Referent S. Folbert, Stuttgart
- Der Blick der „jungen Geriatrie“. Referent Dr. Otte, Hamburg
- Der Blick über den Tellerrand, ambulante Geriatrie im Nachbarland, Referent Dr. Valentiny, Klagenfurt
- Geriatrische Tagesklinik Referent Dr. Häsel-Quart, Jena
- Mobile geriatrische Rehabilitation Referent Dr. von Rothkirch

Diskussion: Das Thema eignet sich insbesondere für das Symposium-Format, da dieses Thema bislang noch wenig Beachtung gefunden hat, in einem begrenzten Rahmen umfassende Einblicke gewährt werden können und den Interessierten Raum für Diskussionen geboten werden kann.

S215-1

Spezialisierte geriatrische Diagnostik in der Praxis

M. Stanke, Hildesheim

Seit 2016 hat der Gesetzgeber durch die Einrichtung entsprechender Abrechnungspositionen im EBM die Möglichkeit geschaffen, spezialisierte geriatrische Kompetenz auch in der ambulanten Tätigkeit nicht nur nebenbei einzusetzen. Diese Möglichkeit ist auch unter geriatrisch Tätigen oft nur wenig bekannt.

So kann sich auch für junge, in der Geriatrie weitergebildete Kolleginnen und Kollegen in und nach der zunächst stationär geprägten Weiterbildung mit der Konzentration auf akute Erkrankungen ein weiter, interessanter und spannender Wirkungsbereich in der ambulanten Tätigkeit eröffnen

Im Vortrag wird neben einigen Strukturdaten zur ambulanten geriatrischen Versorgung aus dem Alltag einer hausärztlich-internistischen Praxis berichtet, die diesen geriatrischen Schwerpunkt bereits umsetzt. Sowohl Chancen als auch Schwierigkeiten und Grenzen werden benannt und Ansätze zur Weiterentwicklung aufgezeigt.

S215-2

Bundesverband geriatrische Schwerpunktpraxen

S. Folbert, Grosselfingen

Die ambulante Geriatrie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Versorgung im Alter – und dennoch bleibt ihr Potenzial in Deutschland weitgehend ungenutzt. Während die stationäre Geriatrie fest etabliert ist, fehlt es im ambulanten Bereich an strukturierten Versorgungsmodellen, interdisziplinären Konzepten und einer angemessenen Honorierung.

Wie kann es gelingen, älteren und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten eine hochwertige geriatrische Versorgung im ambulanten Setting zu ermöglichen? Welche strukturellen Veränderungen sind notwendig, um eine flächendeckende Umsetzung zu gewährleisten? Und welche Rolle spielen interdisziplinäre Teams und koordinierte Behandlungsstrategien?

In diesem Vortrag beleuchten wir die aktuellen Herausforderungen, diskutieren bewährte Modelle und zeigen Lösungsansätze für eine zukunftsfähige ambulante Geriatrie auf. Lassen Sie uns gemeinsam neue Wege denken und die ambulante geriatrische Versorgung stärken!

S215-3 Perspektive der Jungen Geriatrie

S. Otte; L. Zhu

Geriatrie, Albertinen Krankenhaus Hamburg, Hamburg; Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.

Wünsche und Ideen der Nachwuchsorganisation „Junge Geriatrie“ zum Thema ambulante Geriatrie. Was können wir zudem von Kollegen aus dem europäischen Ausland lernen?

S215-4 Der Blick über den Tellerrand, ambulante Geriatrie im Nachbarland

P. Walentiny

Akutgeriatrie und Remobilisation, Krankenhaus der Elisabethinen, Klagenfurt/A

Die ambulante geriatrische Remobilisation in Klagenfurt stellt ein innovatives Konzept zur Unterstützung älterer Menschen nach akuten Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalten dar. Ziel ist es, die Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität der Patient*innen durch individuell abgestimmte, ambulante Therapien zu fördern und eine stationäre Aufnahme zu vermeiden oder zu verkürzen. Das Programm basiert auf interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie und Sozialarbeit, um eine ganzheitliche Betreuung sicherzustellen. Durch den Einsatz moderner, evidenzbasierter Methoden und frühzeitiger Interventionen trägt die Remobilisation dazu bei, die Rückkehr in den Alltag zu erleichtern und die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu stärken. Dieser Vortrag stellt die Struktur und die wichtigsten Interventionen und veranschaulicht die Chancen und Herausforderungen einer ambulanten geriatrischen Remobilisation im Kontext des demografischen Wandels und der Gesundheitsversorgung in Österreich.

S215-6 Mobile Rehabilitation – ein Baustein in der ambulanten geriatrischen Versorgung

C. von Rothkirch

Mobile Reha Bremen, Bremen

Als innovative Versorgungsformen bietet die mobile Rehabilitation eine Behandlung im gewohnten Patienten Umfeld. Das komplexe geriatrische Team suchte die RehabilitandInnen zu Hause auf und behandelt dort unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Leider steht diese Versorgungsform noch nicht flächendeckend in Deutschland zur Verfügung. Allerdings haben sich durch die gemeinsame Empfehlung zur mobilen Rehabilitation des GKV Spitzenverbandes vom 01.06.2021 die Rahmenbedingungen deutlich verbessert.

Das Symposium zur ambulanten Geriatrie wird aus 4 unterschiedlichen Perspektiven die ambulante geriatrische Versorgung beleuchten. Aus den 10-jährigen Erfahrungswerten der Mobilen Reha Bremen werden Chancen und Herausforderungen besonders aus der hausärztlichen Versorgung heraus dargestellt.

Hierzu wird kurz die historische Entwicklung, der aktuelle Stand und die möglichen Perspektiven erläutert. Mobile Rehabilitation ist inzwischen nicht mehr nur eine Notlösung, sondern gleichberechtigt neben der einrichtungsgebundenen Versorgung im Rahmen der Allokationsprüfung in Betracht zu ziehen.

Für PatientInnen, die bereits ihren Lebensmittelpunkt in Pflegeeinrichtungen haben, diesen nach der Akutbehandlung dort haben werden oder gegebenenfalls mangels eines Rehabilitationsplatzes oder bei dafür fehlender Rehabilitationsfähigkeit in die Kurzzeitpflege entlassen werden, stellte die mobile Rehabilitation eine sinnhafte Alternative dar. Sie eröff-

nete Menschen eine Rehaoption, die bisher oft ohne weitere Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen oder in die Häuslichkeit entlassen wurden.

S216 Identifikation von palliativen Versorgungsbedarf bei geriatrischen Patienten: Screening und Assessment

Moderation: M. Pfisterer; A. Rehlaender

Klinik für Geriatrische Medizin und Zentrum für Palliativmedizin, AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH, Darmstadt; Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Standort Johannisstift, Evangelischen Klinikum Bethel, Bielefeld

Die fachgesellschaftsübergreifende Arbeitsgruppe (FGüAG) Geriatrie und Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Palliativmedizin (DGP) hat sich seit vielen Jahren mit der Ermittlung von palliativmedizinischem Versorgungsbedarf bei geriatrischen Patienten befasst. Wie auch bei anderen geriatrischen Domänen stehen Screening und Assessment am Anfang der Behandlung. Die AG hat über Jahre hinweg (und leider unterbrochen durch die Corona-Pandemie) expertenbasiert ein Screening-Tool für die Kitteltasche entwickelt, welches nun in der letztgültigen Version 3.0 vorgestellt und diskutiert werden soll. Flankiert wird dieses Vorhaben durch den Blick auf ein international eingeführtes Screening-Tool für den ambulanten Bereich (SPICT bzw. in deutscher Übersetzung SPICT-DE). Darüber hinaus soll in diesem Zusammenhang ein Beitrag zum Thema Demenz und abschließend zum palliativmedizinischen Assessment das Symposium vervollständigen.

S216-1 Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE): Ein Screening Tool zur Identifikation von Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf

A.-S. Schmidt

Netzwerk Altersmedizin, Krankenhaus Neuwerk Maria von den Aposteln, Mönchengladbach

Das Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) ist ein validiertes Instrument zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen, die von einer Palliativversorgung profitieren könnten. Entwickelt von der University of Edinburgh, umfasst es allgemeine und krankheitsspezifische Indikatoren und ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich einsetzbar.

Die deutschsprachige Version (SPICT-DE) wurde in Pilotstudien hinsichtlich Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz untersucht. In einer Studie mit 43 Hausärzten und 580 Patienten bewerteten 85 % der Ärzte SPICT-DE als praktikabel, und 66 % gaben an, es weiterhin nutzen zu wollen. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das Tool im klinischen Alltag für palliative Bedürfnisse sensibilisieren kann.

Trotz vielversprechender Ergebnisse bestehen Limitationen. SPICT-DE verfügt über keinen spezifischen Cut-off-Wert, und es sind weitere Studien zur Validierung in unterschiedlichen Versorgungssettings erforderlich. Zudem erfordert die Anwendung eine gezielte Schulung der Anwender. Insgesamt kann SPICT dazu beitragen, den Bedarf an Palliativversorgung systematisch zu erfassen und eine frühzeitige Integration palliativer Ansätze zu fördern.

S216-2

Zugangsgerechtigkeit für demente Menschen in der Palliativversorgung – Palliative Geriatrie und Demenz Care

M. Fuchs

Geriatrische Akutklinik, Agaplesion Bethesda Klinikum Ulm, Ulm

Hochbetagte Menschen mit einer Demenzerkrankung, die in Pflegeheimen oder der Häuslichkeit versorgt werden, sind von Beginn an unter palliativen Gesichtspunkten mitzubehandeln. Für den unterschiedlich langen Zeitraum der Begleitung sind in wechselndem Ausmaß kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen erforderlich. Klinische Assessments finden in der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Versorgung nur wenig Anwendung. Sowohl die Identifikation von Patient*innen und Bewohner*innen mit palliativ-geriatrischem Behandlungsbedarf als auch das intermittierende Screening auf belastende Symptome ist unabdinglicher Bestandteil der multiprofessionellen Therapieziel- und Behandlungsplanung. Je kürzer die Lebenszeit wird, desto wichtiger ist das Ausschöpfen der ambulanten und stationären palliativen Möglichkeiten. Dadurch werden belastende Symptome reduziert, das Behandlungsteam entlastet bzw. nicht gewünschte oder nicht indizierte stationäre Aufenthalte vermieden, um Sterbenden unnötiges Leid zu ersparen. Speziell auf die Bedürfnisse und kommunikativen Einschränkungen von Menschen mit Demenz entwickelte Instrumente stehen zur Verfügung. Die verhältnismäßig schwierige Interpretation von Symptomen und die Notwendigkeit fremdanamnestischer Beurteilung erschweren den Zugang zu bedarfsgerechter Palliativer Geriatrie. Auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in der Häuslichkeit und der stationären Langzeitpflege können Assessment- und Screeninginstrumente sowie Verordnungshandreichungen dabei helfen, Demenz Care zu professionalisieren.

S216-3

Der Geriatric Palliative Screener (GPS): Ein Screening-Instrument für die Kitteltasche zur Ermittlung von palliativem Versorgungsbedarf bei geriatrischen Patienten

K. Reh

Klinik für Geriatrie Ratzeburg GmbH, Ratzeburg

Seit Jahren bewegt uns die Frage, wie man kurz und prägnant mit wenigen Fragen in einem Kitteltaschenformat den palliativen Versorgungsbedarf eines älteren/geriatrischen Patienten in verschiedenen Settings (z. B. in der Geriatrie, in der Notaufnahme, auf der Station im Krankenhaus, in der Pflegeeinrichtung) ermitteln kann.

Dafür wurde ein Fragebogen entwickelt und mehrfach angepasst, der sehr verschiedene Aspekte eines palliativen Bedarfs berücksichtigt. Anwender dieses Fragebogens sind Ärzte, Pflegenden oder Therapeuten.

Es werden fünf Bereiche abgefragt: Die Symptomlast (Schmerzen, Dyspnoe, Angst, Unruhe, Inappetenz, Depressivität, Verwirrtheit, Übelkeit und Erbrechen), der Blick des Patienten (Wunsch nach palliativer Versorgung), ein besonders hoher Versorgungsbedarf (ADL-Unterstützungsbedarf, Gebrechlichkeit) die Teameinschätzung in Bezug auf die Krankheitsschwere und die „surprise question“, i. e. die Frage danach, ob es uns überraschen würde, wenn der Pat. in den nächsten 6 Monaten verstirbt.

Es wird bei zutreffender Beantwortung pro Frage 1 Punkt vergeben. Bei 3 oder mehr zutreffenden Antworten wird das Ergebnis als Hinweis auf einen bestehenden palliativmedizinischen Versorgungsbedarf (Palliative Care) gewertet. Empfohlen wird dann eine Kontaktaufnahme mit einem Palliativmediziner und/oder Geriater.

S216-4

Brauchen wir ein palliativmedizinisches Basisassessment?

F. Ernst

Kompetenz-Centrum Geriatrie, MDK Nord, Hamburg

Fragestellung: Sofern durch ein palliatives Screening ein palliativer Handlungsbedarf festgestellt wurde, ist es dann notwendig in einem nächsten Schritt ein palliatives Basisassessment durchzuführen? Welche Instrumente haben sich hierfür etabliert? Was ist bei deren Anwendung zu beachten?

Methodik: Der Beitrag stellt geeignete, hinreichend validierte Assessmentinstrumente (MIDOS, IPOS, Barthel-Index etc.) für die palliativmedizinische Befundaufnahme und Symptomkontrolle vor und reflektiert vor dem Hintergrund von Aussagekraft und Grenzen des jeweiligen Assessmentinstruments die Bedeutung und Reichweite der Durchführung eines palliativen Basisassessments.

Ergebnisse: Ein Screening allein kann nur die Notwendigkeit für palliative Maßnahmen identifizieren. Es zeigt sich, dass nur durch ein systematisches Basisassessment medizinische, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse der Patient:innen in der Palliativversorgung angemessen ermittelt werden können. Dies ist entscheidend, um eine individuelle und ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten und unterstützt eine zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung. Durch die standardisierte Erfassung des Versorgungsbedarfs wird eine fundierte Grundlage für die palliativmedizinische Versorgung geschaffen. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Evaluation der Behandlung, die Vergleichbarkeit der Versorgungsergebnisse und die Qualitätssicherung. Zudem sorgt sie für eine transparente Abbildung des Aufwands, sowohl für das Behandlungsteam als auch für die versorgende Einrichtung, was wiederum für die Abrechnung und Vergütung von entscheidender Bedeutung ist.

Zusammenfassung: Ein palliatives Basisassessment ist unverzichtbar, wenn durch ein Screening ein palliativer Handlungsbedarf festgestellt wurde. Es stellt sicher, dass alle relevanten medizinischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten identifiziert und berücksichtigt werden. Eine präzise Dokumentation des Assessments ist notwendig, um die Kommunikation im Team zu erleichtern und sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen über die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Dieses Basisassessment ist nicht als einmaliger Vorgang zu verstehen, sondern muss regelmäßig überprüft und angepasst werden, um den sich verändernden Gesundheitszustand und die Wünsche des Patienten zu berücksichtigen. Ein solches systematisches Assessment bildet die Grundlage für eine kontinuierliche und wirksame palliative Versorgung.

S216-5

Notwendigkeit einer frühen Identifikation des Bedarfs an Palliativversorgung in der Geriatrie

T. Pianta

Geriatrische Rehabilitationsklinik, St. Marien Hospital Köln, Köln

Einleitung: Patienten erwarten bei Aufnahme in eine geriatrische Abteilung eine medizinische Stabilisierung und eine Rehabilitation in einer Gesundheitskrise. Ihr Ziel ist es, in ihren vorherigen Alltag zurückzukehren. Nicht alle verfügen über die dafür erforderlichen Ressourcen. Die Erkenntnis, dass sie sich aus ihrer Gesundheitskrise nicht regenerieren können und einem absehbaren Lebensende entgegengehen, ist oft mit Angst, Trauer und zunehmenden Symptomen verbunden. Daher haben wir die Möglichkeit geschaffen, eine palliative Beratung und Behandlung zu integrieren. Am wichtigsten erschien uns die Identifizierung dieser Patienten, ihrer Diagnosen und des palliativen Behandlungsbedarfs.

Methodik: Von November 2019 bis April 2025 wurde für 286 Patienten in unserer Akutgeriatrie eine konsiliarische palliativmedizinische Beglei-

tung angefordert. Neben der Aufnahme-diagnose wurden die Hauptsymptome, die Art der Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und die Todesursache analysiert. Des Weiteren wurde das Zeitintervall von der Aufnahme bis zur Konsilstellung der palliativmedizinischen Beratung und das Zeitintervall bis zur Entlassung oder zum Versterben der Patienten erfasst.

Ergebnisse: In unserer Analyse waren 57 % weibliche und 43 % männliche Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 83,8 Jahre, der Median lag bei 85,0 Jahren. Bei 38 % der untersuchten Patienten war die Hauptdiagnose eine onkologische Grunderkrankung, bei 25 % eine terminale Organsuffizienz, gefolgt von kognitiver Grunderkrankung, traumatologischer Diagnose und Infektion. In einem Drittel der Fälle war die Aufnahme-diagnose nicht die Diagnose, die zum Tod führte. Zwei Drittel der Anfragen zur palliativmedizinischen Konsultation erfolgten in der zweiten Hälfte der Behandlung. 47 % der identifizierten Patienten verstarben während ihrer stationären Behandlung.

Wichtigste Schlussfolgerungen: Unsere Datensammlung zeigte mehrheitlich einen palliativmedizinischen Versorgungsbedarf bei nicht-onkologischen Grunderkrankungen. Die häufigsten belastenden Symptome waren (bedrohlich wahrgenommene) Schwäche und Schmerzen.

Wir stellten fest, dass eine noch frühere Identifikation des Bedarfs an Palliativversorgung mit entsprechend früherer Integration in das Behandlungskonzept erforderlich ist. Die Anfragen wurden zu zwei Drittel erst in der zweiten Behandlungshälfte gestellt. Fast die Hälfte der identifizierten Patienten mit palliativmedizinischem Versorgungsbedarf verstarb noch während des stationären Aufenthaltes.

Unsere Analyse untermauert die Notwendigkeit systematisch eine Palliativversorgung in der Geriatrie anzubieten.

S222 Geriatrische Aspekte bei chronisch Nierenkranken

Moderation: U. Hoffmann

Nephrologie, Diabetologie, Endokrinologie, Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg

Mit zunehmendem Stadium der chronischen Nierenkrankheit weisen Patient/innen – häufig bereits in relativ jungen Jahren – geriatritypische Charakteristika und Probleme auf. Einige der Aspekte, die sich hieraus ergeben, werden in diesem Symposium näher beleuchtet.

Die besonderen Anforderungen eines geriatrischen Assessments bei chronischer Nierenkrankheit stellt *C. Grupp* vor. Angesichts der hohen Prävalenz von Frailty in dieser Patientengruppe sollte das geriatrische Assessment bereits bei kalendarisch relativ jungen Patienten großzügig durchgeführt werden. Dabei rücken oft weniger beachtete Aspekte, wie beispielsweise der Ernährungsstatus oder die kognitive Leistungsfähigkeit, in den Fokus.

Patient/innen mit fortgeschrittener chronischer Nierenkrankheit sind häufig von einer der verschiedenen Formen der renalen Osteopathie betroffen. Weniger Beachtung findet dabei die Tatsache, dass diese Patienten gleichzeitig oder auch isoliert an Osteoporose leiden können. *P. Todorova* erörtert dieses bei chronisch Nierenkranken oft unterschätzte und, nicht zuletzt wegen medikamentöser Limitationen, untertherapierte Krankheitsbild.

Aufgrund ihrer Erkrankung unterliegen chronisch Nierenkranke vielfältigen diätetischen Einschränkungen. Zusammen mit urämieassoziierten Stoffwechselveränderungen fördert dies die Entwicklung von Malnutrition und Sarkopenie. *G. Braun* berichtet über neue Ansätze zur Evaluation der Sarkopenie.

Patient/innen mit chronischer Nierenkrankheit zeigen vermehrt verschiedene Symptome, die zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität führen können. *W. Pommer* erläutert, wie diese Beschwerden unter Berücksichtigung der eingeschränkten Nierenfunktion erfasst und mit welchen Maßnahmen sie gelindert werden können.

Besondere Aspekte des geriatrischen Assessments bei chronischer Nierenkrankheit

C. Grupp, Bamberg

Diagnose und Management der Osteoporose bei chronischer Nierenkrankheit Stadium 4-5D – ein unterschätztes und untertherapiertes Krankheitsbild

P. Todorova, Solingen

Methoden der Sarkopeniebestimmung bei Dialysepatient/innen

G. S. Braun, Coburg

Symptomerfassung und Management bei Patient/innen mit chronischer Nierenkrankheit

W. Pommer, Berlin

S223 Mundgesundheit in der Geriatrie – eine interprofessionelle Aufgabe

S223-1

Wenn das Lächeln geriatrisch wird – Einfluss von Mundgesundheit auf geriatrische Syndrome

G. Röhrig-Herzog

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

Geriatrischer Handlungsbedarf bei Hochbetagten definiert sich durch das Vorhandensein multikausal bedingter geriatrischer Syndrome mit typischen assoziierten Folgestörungen, welche die Alltagskompetenz nachhaltig beeinträchtigen. Das Erkennen der Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit hat dazu geführt, eingeschränkte Mundgesundheit als eigenständiges geriatrisches Syndrom zu identifizieren. In diesem Beitrag sollen bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse über diese gegenseitige Beeinflussung beleuchtet und deren klinische Relevanz für den geriatrischen Praxisalltag hervorgehoben werden

S223-2

Patient and Public Involvement (PPI) – Erwartungen an die Verbesserung der Mundgesundheit bei zuhause lebenden pflegebedürftigen Menschen

S. Maier

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Pflegebedürftige Personen haben im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Pflegebedarf eine deutlich eingeschränktere Mundgesundheit. Es fehlen Strukturen und Prozesse insbesondere für Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld versorgt werden. Ambulante Pflegedienste übernehmen eine zentrale Rolle in der Beratung und Versorgung von pflegebedürftigen Personen, sind aber bislang nicht regelhaft in Strukturen und Prozesse der zahnmedizinischen Versorgung eingebunden. In diesem Beitrag werden Ergebnisse einer qualitativen Analyse vorgestellt, welche Erwar-

tungen Vertreter:innen relevanter Personengruppen an eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Mundgesundheit haben. Zu den relevanten Personengruppen gehören pflegende Angehörige, Leitungen im ambulanten und stationären Pflegebereich sowie Demenzexpert:innen.

S223-3
Expertenstandard Mundgesundheit – Was steckt dahinter?

A. Horn
 FB Gesundheit – Münster School of Health, FH Münster – University of Applied Sciences, Münster

In 2022 wurde der Expertenstandard zur „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlicht. Dieser wurde erstmalig interdisziplinär entwickelt. Im Vortrag wird zunächst auf die Bedeutung von Expertenstandards im Rahmen von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege eingegangen. Im Anschluss daran werden exemplarisch Inhalte des ES zur Förderung der Mundgesundheit in der pflegerischen Versorgung vorgestellt.

S223-4
mund-pflege.net – Gamechanger für die Mundgesundheit (auch) in der Geriatrie

E. Ludwig
 Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis, Ulm

Alte und gebrechliche Menschen haben heute viel mehr eigene Zähne oder tragen technisch aufwendigen Zahnersatz im Mund. Daraus ergeben sich eine Vielzahl neuer Herausforderungen. Mit einer einzigartigen und umfangreichen Zusammenstellung an Grafiken, klinischen Bildern und Videos zeigt die internetbasierte Informations-, Schulungs- und Beratungsplattform mund-pflege.net anschaulich, wie nicht nur die Mundgesundheit sondern auch die allgemeine Gesundheit im Alter und bei Gebrechlichkeit dem jeweiligen Bedarf angepasst gefördert werden kann. In dem Vortrag werden die Leitungsmerkmale der Plattform vorgestellt. Die Plattform adressiert in erster Linie an Pflegepersonen, aber natürlich auch an Geriater sowie an alle Professionen, die sich beruflich der Förderung der Mundgesundheit widmen.

S224 Geriatrie trifft auf Endokrinologie

Moderation: M. Drey; S. Schlüssel
 Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Im klinischen Alltag beschäftigen die Geriatrie viele endokrinologische Fragestellungen. Umgekehrt muss die Endokrinologie Antworten aus ihrem Fachbereich auf ältere Patienten übertragen. Dieses Symposium soll endokrinologische Fragestellungen bei der Behandlung älterer Patienten thematisieren.

Schildrüse im Alter

J. Bojunga
 Medizinische Klinik I, Internistische Intensivmedizin, Universitätsklinikum, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

Der Vortrag soll die Aspekte der Schilddrüsenfunktion im Alter behandeln.

Hormontherapie in der Menopause: vielleicht lebenslang?

C. Jausch-Hancke
 Diabetologie und Endokrinologie, DKD Helios Klinik Wiesbaden, Wiesbaden

Der Vortrag soll den Umgang der Hormontherapie in der Menopause behandeln und der Frage nachgehen, ob die Hormontherapie bis ins hohe Alter fortgesetzt werden soll.

Osteoporose und Sarkopenie

M. Drey
 Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Der Vortrag soll die Diagnostik und Therapie der Osteoporose und Sarkopenie ältere Patienten behandeln.

Hyperlipidämie im Alter behandeln

U. Müller-Werdan
 Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Der Vortrag thematisiert die Behandlung der Hyperlipidämie im Alter.

S225 Freie Beiträge

S225-1
Hip versus pelvic fracture of elderly patients— comparison of their clinical profile

C. Beyersdorf; H. Frohnhofen; J. Albers¹; H. L. Möllmann²; D. Latz; C. Stenmanns
 Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ¹Alterstraumatologisches Zentrum, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Background: Traumatic surgical-geriatric co-management significantly improves prognosis and functionality in patients with hip fractures. The effect is less clear in older (70+) patients with pelvic fractures.
Methodik: We retrospectively analyzed data (age, functionality, morbidity, delirium incidence) from 499 elderly (70+) patients who were hospitalized for fractures (hip fractures (N=430) or pelvic fractures (N=69)). The comparison of both groups was carried out using the Chi2 test. A p-value < 0.005 is considered significant after Bonferroni adjustment. The analysis was carried out using SPSS 28.0. A positive vote was received from the Ethics Committee of the Medical Faculty of Heinrich-Heine University.
Results: The median age of the patients was 85 (80–89) years. 69% of patients were female. The distribution of fractures affected the pelvis (14%) and hip (86%). Elderly patients with fractures of the hip or the pelvis show a high degree of comorbidities and typical geriatric problems. The two patient groups do not differ significantly from each other with regard to these morbidities:

	Hip fracture N = 469	Pelvic fracture N = 73
Female/male	318/151	55/18
Delirium rate (495 Pat.)	87/21.1%	7/11.1%

	Hip fracture N = 469	Pelvic fracture N = 73
Diabetes	99	16
Cardiac insufficiency	131	16
Malignom	62	14
Stroke	41	6
Charlson comorbidity index > 2	151	26
ISAR ^a > 2	344	56
Level of care available	333	52
Nursing home resident	68	13
Hypertension	419	65
Dementia	132	24
Frailty (CFS ^b > 3)	397	69
Sarcopenia	329	56
Hardness of hearing	191	29
COPD ^c	50	15
Polypharmacy	332	52
ACB ^d Score 3+	47	13
Atrial fibrillation	151	23
Osteoporosis therapy	24	2
Anticoagulation	194	20

^aISAR Identification of Seniors At Risk
^bCFS Clinical Frailty Scale
^cCOPD Chronic Obstructive Airways Disease
^dACB AntiCholinergic Burden

Conclusion: Many older (70+) patients with fractures present with medical and geriatric problems. Patients with hip fractures and patients with pelvic fractures have the highest rates. Since these two groups do not differ significantly in terms of their comorbidities and geriatric problems and patients with hip fractures benefit prognostically from ortho-geriatric co-management, this is also to be expected for older patients with pelvic fractures. However, this expected benefit must be demonstrated in prospective studies.

S225-2 Ein Blick hinter die Fassade: Gibt es ein spezifisches endoskopisches Schluckmuster bei Alzheimerdemenz?

S. Peranovic; M. Pourhassan; B. Labeit¹; P. Muhle²; S. Suntrup-Krüger²; T. Warnecke³; R. Dziewas³; U. Trampisch; R. Wirth; G. Lueg

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne; ¹Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf; ²Klinik für Neurologie mit Institut für Translationale Neurologie, Universitätsklinikum Münster, Münster; ³Klinik für Neurologie, Klinikum Osnabrück, Osnabrück

Hintergrund: Dysphagie ist ein geriatrisches Syndrom, von dem Patienten mit Demenz besonders häufig betroffen sind. Im klinischen Alltag steht der Fokus häufig auf den Verhaltensstörungen bei Demenz, aber nur wenige Studien haben bisher das Schluckmuster bei Patienten mit Alzheimer Demenz mittels der flexiblen endoskopischen Schluckuntersuchung (FEES) untersucht. Ziel dieser Arbeit war die Charakterisierung des Dysphagiemusters in verschiedenen Stadien und Formen der Demenz.

Methoden: In dieser retrospektiven Studie an 107 geriatrischen Patienten mit Dysphagie wurden die folgenden 3 Demenztypen mittels FEES

untersucht: Patienten mit Alzheimer-Demenz, Patienten mit Alzheimer-Demenz und mittelschwerer bis schwerer zerebraler Mikroangiopathie (Demenz vom Mischtyp) sowie Patienten mit Demenz und Parkinson-Syndrom. Die Charakterisierung der Dysphagie-Schluckmuster wurde mit Hilfe eines standardisierten FEES-Protokolls durchgeführt und umfasste folgende Parameter: Vorzeitiges Bolusleaking, Verzögerung des Schluckreflexes, Bolus-Residuen, das Auftreten von Penetration und Aspiration sowie die Bewertung der White-Out-Intensität. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Kreuztabellen und χ^2 -Test.

Ergebnisse: Die Auswertung der Schluckmuster ergab ein heterogenes Bild. Insgesamt wurden bei allen Demenzformen am häufigsten valleculäre Bolusreste (78–100 %) und am seltensten Aspirationen (8–12 %) beobachtet, was auf eine geringe Variation der Dysphagiemuster zwischen den Demenzformen hinweist ($p = 0,413$). Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch bei der Prävalenz der Boluspenetration, die bei Patienten mit Demenz und Parkinson-Syndrom signifikant häufiger beobachtet wurde als bei den anderen Demenzformen ($p = 0,016$). Darüber hinaus wiesen Patienten mit Parkinson-Demenz signifikant häufiger ein komplexes Schluckstörungsmuster mit Nachweis von mindestens zwei wichtigen pathologischen Befunden innerhalb des FEES-Protokolls auf ($p = 0,010$). Darüber hinaus konnte mittels Regressionsanalyse kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Dysphagie und dem Schweregrad der Demenz innerhalb unserer Kohorte nachgewiesen werden ($p = 0,926$).

Schlussfolgerung: In der Studie konnten wir kein spezifisches Schluckmuster für Patienten mit Demenz vom Typ Alzheimer und von Patienten mit Demenz vom Mischtyp nachweisen. Die Dysphagietherapie sollte sich daher nicht allein auf den endoskopischen Schluckbefund stützen, sondern individuell auf Grundlage der Komorbiditäten und des klinischen Erscheinungsbildes ausgerichtet werden.

S225-3 Functional Independence in Daily Activities – Eignung des FIDA Assessments in der Geriatrie

K. Freidel; B. Röhrig; B. Feeser; T. Fischer

Rehabilitation, MDK-Rheinland-Pfalz, Alzey; Geriatrische Rehabilitation, Edith-Stein-Fachklinik Bad Bergzabern, Bad Bergzabern

Hintergrund: FIDA (Functional Independence in Daily Activities) ist ein Assessment zur Messung der funktionellen Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Selbstständigkeit wird durch die Notwendigkeit der Inanspruchnahme personeller Hilfen definiert. Der Grad der Selbstständigkeit wird mit 20 Items erfasst. Mit jedem Item wird auf einer fünfstufigen Skala beurteilt, wie selbständig die Person die beschriebene Funktion ausüben kann, beziehungsweise wie sehr die jeweilige Funktion beeinträchtigt ist. Die Graduierungen reichen von „selbständig/Fähigkeit vorhanden“ bis „unselbständig/Fähigkeit nicht vorhanden“. Die Items lassen sich drei Themenbereichen zuordnen: Motorik, Kognition und komplexe Tätigkeiten. Ziel der Studie ist die Überprüfung, ob der FIDA für den Einsatz bei geriatrischen Patienten geeignet ist.

Material und Methoden: Zwischen 01.07.2021 und 31.12.2021 wurden 1593 Rehabilitanden konsekutiv in die Studie einbezogen. Die Assessments FIDA und Barthel-Index (BI) wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation zur Messung der funktionellen Selbstständigkeit eingesetzt. Die psychometrische Überprüfung erfolgte mit den Werten zu Rehabilitationsbeginn. Berechnet wurden Itemschwierigkeiten, Trennschärfe (r_{IT} = Item-Total-Correlation) und interne Konsistenz (Cronbachs Alpha). Die Prüfung der Faktorenstruktur wurde konfirmatorisch durchgeführt. Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation der Summenwerte des FIDA und des BI. Die funktionelle Veränderung wurde operationalisiert als Differenz zwischen den Assessmentwerten zu Beginn und am Ende der Rehabilitation. Um die Änderungssensitivität zwischen BI und FIDA zu vergleichen, wurden die Werte beider Assessments zu Rehabilitationsbeginn jeweils in eine T-Skala überführt.

Ergebnisse: Die Itemschwierigkeiten (p_i) lagen bei allen 20 Items im mittleren Bereich zwischen $0,17 \leq p_i \leq 0,89$. Die interne Konsistenz des FIDA ergab $\alpha = 0,94$ mit Item-Skalenkorrelationen zwischen ($0,45 < r_{i\alpha} < 0,80$), sodass die Bildung des Summenwertes möglich war. Die konfirmatorisch durchgeführte Faktorenanalyse führte nicht bei allen Items zu den erwarteten Skalenzuordnungen. Die Übereinstimmung von FIDA und BI zu Rehabilitationsbeginn betrug $r = 0,75$. Beim standardisierten Vergleich der Veränderungssensitivität ergaben sich leichte Vorteile für den FIDA. Die Funktionsbereiche, die zu Rehabilitationsbeginn stärker beeinträchtigt waren, zeigten im Prä-Post Vergleich höhere Verbesserungen.

Schlussfolgerungen: Der FIDA ist ein reliables, valides und veränderungs-sensitives Assessment-Instrument, das geeignet ist, auch bei geriatrischen Patienten die funktionelle Selbständigkeit einzuschätzen. Die Psychometrie und die Analysen zur Validität zeigten gute Ergebnisse. Besonders Items, bei denen zu Beginn stärkere Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit deutlich wurden, zeigten nach der Rehabilitation verbesserte Werte.

S225-4

Chronische Herzinsuffizienz im Alter: Daten zu Charakteristika und Medikation aus großer geriatrischer Kohorte

B. Deutsch; R. Iakovlev; T. Tümena; K.-G. Gaßmann

Geriatric, Innere Medizin, Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen, Erlangen; GiB-DAT-Projekt, AFGiB e.V., Nürnberg

Fragestellung: Die chronische Herzinsuffizienz gehört zu den häufigsten kardiovaskulären Erkrankungen und gilt aufgrund ihrer Altersabhängigkeit als typisch geriatrische Krankheit. Bisher mangelt es jedoch an Daten zu ihrer Prävalenz, Patientencharakteristika, Medikation und Outcome aus spezifisch geriatrischen Kohorten.

Methodik: Retrospektive Kohortenanalyse aller GiB-DAT-Fälle aus 2021. Die Geriatrie in Bayern-Datenbank erfasst systematisch alle Behandlungsfälle der teilnehmenden geriatrischen Kliniken in Bayern mit aktuell mehr als 800.000 Fällen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 18.961 Fälle eingeschlossen, wobei bei 4017 (21,2 %; 20,3 % der Frauen, 22,8 % der Männer) die Diagnose Herzinsuffizienz vorlag. Die Prävalenz stieg mit dem Alter von 10,5 % (60–69 Jahre) auf 27,0 % (≥ 90 Jahre). Patienten mit Herzinsuffizienz litten signifikant häufiger an Vorhofflimmern (40,4 % vs. 16,1 %; $p < 0,001$), arterieller Hypertonie (53,8 % vs. 39,1 %; $p < 0,001$), Diabetes mellitus (21,5 % vs. 12,7 %; $p < 0,001$) und Anämie (15,3 % vs. 11,3 %; $p < 0,001$) als Komorbiditäten. Medikamentös erhielten 27,4 % High-ceiling-Diuretika, 7,8 % Aldosteronantagonisten, 21,7 % β -Blocker, 11,0 % ACE-Hemmer, 6,8 % AT1-Antagonisten, 1,2 % Sacubitril/Valsartan, 0,6 % Gliflozine und 2,2 % Herzglykoside. Beim Outcome lag die Mortalität mit 4,9 % vs. 3,1 % bei den Herzinsuffizienten signifikant höher, sie profitierten mit einer geringeren Steigerung des Barthel-Index ($14,1 \pm 16,4$ vs. $16,1 \pm 16,2$ Punkte) bei gleichzeitig signifikant längerer Liegedauer ($16,1 \pm 9,2$ vs. $15,5 \pm 8,4$ Tage) weniger von der Komplexbehandlung und wurden signifikant häufiger ins Pflegeheim entlassen (30,4 % vs. 27,0 %).

Diskussion: Die hohe, mit dem Alter steigende Prävalenz von bis zu gut einem Viertel in der höchsten Altersklasse unterstreicht gemeinsam mit dem schlechteren Outcome die hohe Bedeutung der chronischen Herzinsuffizienz in der Geriatrie. Gleichzeitig fordert die höhere Rate an Komorbiditäten die ganzheitliche Betrachtung des Patienten. Auffallend ist die niedrige Verordnungsrate von Sacubitril/Valsartan, welches seit 2016 für die Therapie zugelassen ist. Dies deutet auf eine mögliche Versorgungslücke bei geriatrischen Patienten hin.

S225-5

Die Nutzung digitaler Mobilitäts-Assessments in der geriatrischen Rehabilitation nach Hüftfraktur

T. Eckert; C.-P. Jansen; B. Vereijken¹; M. A. Berge¹; J. Garcia-Aymerich²; C. Becker

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ¹Department of Neuromedicine and Movement Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim/N; ²Instituto de Salud Global (ISG) Barcelona, Barcelona/E

Hintergrund: Die Wiederherstellung der Mobilität nach einer Hüftfraktur (HF) ist eine der häufigsten Indikationen der geriatrischen Rehabilitation. Die Verwendung digitaler Assessments versprechen eine hohe Sensitivität und Spezifität der Messung von Mobilität.

Ziel: Ziel dieser Analyse ist es, unterschiedliche Maße der Mobilität (u. a. kumulierte Gangzeit, Anzahl an Gehepisoden [10–30s, > 30s], Gehtempo, Kadenz) von Patient:innen zu beschreiben und daraus Perzentilen der Performanz und Trajektorien der Behandlungen abzuleiten. Sekundäres Ziel ist die Identifikation von prädiktiven Biomarkern für den Verlauf nach Entlassung zu identifizieren.

Methodik: Es wurden Daten von Patient:innen der Mobilise-D Studie analysiert, die innerhalb der Post-Akut-Phase nach Hüftfraktur in die Studie eingeschlossen wurden. Erhoben wurden die klinischen Parameter der motorischen Kapazität (u. a. Short Physical Performance Battery, 4 m Gehgeschwindigkeit, Timed Up & Go, 6 Minute Walk Test) sowie die sensorisch gemessene Mobilität (7-Tage-Messung; valide Messung: ≥ 3 Tage à 12 Stunden). Die Gruppenunterschiede wurden mittels Varianzanalysen geprüft.

Ergebnisse: Von 505 Patient:innen mit HF liegen valide Messungen zur digitalen Mobilität vor. Davon wurden 116 während der Post-Akut-Phase aufgezeichnet. Es konnten signifikante und substantielle Differenzen der motorischen Kapazität und Aktivität identifiziert werden ($p < 0,01$). Es wurden erhebliche Bodeneffekte für die klinischen Assessments festgestellt. Bei der Tagung werden die Follow-up Messungen fertiggestellt werden.

Schlussfolgerung: Die Kombination klinischer und digitaler Mobilitätsdaten erlaubt eine wesentlich differenzierte Bewertung des Rehabilitationsverlaufs nach HF. Die Patient:innen können verschiedenen Verläufen zu geordnet werden. Dies hilft bei der Stratifizierung der Therapie (Dauer, stationär vs. ambulante Rehabilitation).

S225-6

Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres zur Künstlichen Intelligenz in der Klinik

C. Bobrowski

Klinik für Neurologie und Geriatrie, Johanniterkrankenhaus Stendal, Stendal

Große Sprachmodelle (LLM) zeigen beeindruckende Ergebnisse, auch bei medizinischen Multiple-Choice-Examensfragen in Deutschland [1]. Bei offenen oder klinischen Fragen ist die Leistung schlechter. Auch geben LLM gelegentlich Falschantworten (Halluzinationen). Der Aufbau eines eigenen Sprachmodells ist komplex [2], es liegt daher nahe, Hybrid-Lösungen zu versuchen. Dies wird durch die „Retrieval Augmented Generation“ realisiert.

Die Anwendung auf klinische Fragen wurde in der Arbeit von Zakka et al. [3] in NEJM AI analysiert. Die Wissensbeschaffung wird an eine Datenbank mit vordefiniertem Inhalt ausgelagert; ein handelsübliches LLM produziert dann eine Antwortgenerierung, die auf das Quellenmaterial verweist. Qualitätskriterien werden in dieser Arbeit entwickelt und präsentiert.

Literatur

1. Meyer A, Riese J, Streichert T (2024) Comparison of the Performance of GPT-3.5 and GPT-4 With That of Medical Students on the Written German Medical Licensing Examination: Observational Study. *Jmir Med Educ* 10:e50965

2. Merkert P (2023) Freie Sprach-KIs ohne Cloud betreiben. *C't Special* 11:12–19
3. Zakka C, Shad R et al (2024) Almanac – Retrieval-Augmented Language Models for Clinical. *Med Nejm Ai* 1(2). <https://doi.org/10.1056/aioa2300068>

S233 S3-Leitlinien 2025: klinische Ernährung und Hydrierung im Alter – ein Update

Moderation: M. K. Modreker; K. Häselser-Ouart

Geriatrie, GFO Klinik Engelskirchen, Engelskirchen; Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena

Ernährungsstörungen bei älteren Menschen, allen voran die Mangelernährung, aber auch die Sarkopenie sowie Hydrierungsstörungen, haben weitreichende gesundheitliche und funktionelle Konsequenzen für die geriatrischen Patient:innen. In den letzten Jahren rückt zudem die Adipositas und die sarkopene Adipositas in den Focus. Die Notwendigkeit der Prävention und Therapie auf diesen Gebieten wird deutlich.

Für die medizinische Praxis sind Leitlinien wichtiger Bestandteil und Grundlage des täglichen Handelns geworden.

In der in diesem Jahr neu publizierten, S3 Leitlinien: „Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) sind die bisherigen Leitlinien aktualisiert und erweitert worden. Die 69 konsertierten Empfehlungen decken die Bereiche der Grundprinzipien der Klinischen Ernährung im Alter (Kapitel I), der Mangelernährung (Kapitel II.1) zudem spezielle geriatry-typische Krankheitsbilder und Syndrome (Kapitel II.2) ab. Des Weiteren werden die Themen Dehydration (Kapitel III), Sarkopenie (Kapitel IV) und Adipositas (V) in gesonderten Kapiteln bearbeitet.

Für dieses Symposium wurden aus den Leitlinien wichtige Schwerpunktthemen mit relevanten Neuerungen ausgewählt. Die jeweiligen Empfehlungen mit Hinweisen zur praktischen Umsetzungen sollen in fünf Vorträgen dargestellt werden.

Als Themen wurden die Krankheitsbilder Hüftfrakturen (mit Alterstraumatologie), Dekubitus, COPD sowie Hydrierung und Adipositas im Alter ausgewählt:

Mit Energie aus dem Frakturteuf – Ernährungsleitlinie Alterstraumatologie

I. Gehrke

Medizinische Klinik VI – Altersmedizin im Klinikum Sindelfingen Böblingen, Kliniken Sindelfingen, Klinikverbund Suedwest gGmbH, Sindelfingen

Dekubitus und Wunden: Wenn ein Pflaster alleine nicht ausreicht

R. Lenzen-Großimlinghaus

Klinik für Geriatrie, Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH, Potsdam

Ernährung bei COPD: So kommt die Luft wieder!

R. Schaefer

Klinik für Geriatrie, Marienkrankenhaus, Bergisch Gladbach

Hypertone Dehydratation – einfach zu wenig getrunken?

M. K. Modreker

Geriatrie, GFO Klinik Engelskirchen, Engelskirchen

Adipositas und Mangelernährung – Zwei Seiten der Medaille

K. Häselser-Ouart

Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena

S235 Von der Prognose zur Sekundärprävention: Funktionelle Trajektorien nach Sturz und Strategien zur Nachsorge in der Notaufnahme – Erkenntnisse aus der SeFallIED-Studie

Moderation: T. Zieschang; **Diskutant:in:** K. Singler

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Geriatriische Klinik, Klinikum Fürth, Fürth

Stürze und Frakturen gehören zu den fünf häufigsten Ursachen für den Verlust von Selbstständigkeit bei älteren Menschen in Deutschland. Sie können erhebliche Einschränkungen der funktionellen Fähigkeiten, der Alltagsbewältigung, der sozialen Teilhabe und damit der Lebensqualität nach sich ziehen. Zudem verursachen sie hohe Kosten im Gesundheitssystem.

Schwere Stürze, die eine Notaufnahme-Behandlung erforderlich machen, gehen besonders häufig mit nachhaltigen Funktionseinbußen einher. Dennoch werden viele Patient:innen nach einer ambulanten Versorgung (z. B. Frakturausschluss) ohne strukturierte Nachsorge entlassen. Eine gezielte Sekundärprävention fehlt bislang – trotz des erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Schadenspotenzials. Dies liegt unter anderem daran, dass ältere Menschen, die sich nach einem Sturz ambulant in der Notaufnahme vorstellen, bislang wenig erforscht wurden.

Die SeFallIED-Studie („Sentinel Fall Presenting to the Emergency Department“, 2021–2024) schließt diese Wissenslücke. Sie rekrutierte Patient:innen direkt in der Notaufnahme und verfolgte ihre funktionellen Verläufe systematisch nach. Das Symposium präsentiert die zentralen Studienergebnisse, diskutiert praxisnahe Anwendungen für eine gezielte Risikostratifizierung und zeigt Wege zur Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen auf. Im Einzelnen behandeln die Vorträge (1) die Herausforderungen und Chancen der Rekrutierung über die Notaufnahme, mit besonderem Fokus auf vulnerable Subgruppen; (2) die Einbindung von Patient:innen durch Fokusgruppen und partizipative Forschung, insbesondere durch einen Projektbeirat, (3) funktionelle Trajektorien nach einem Sturz und die Entwicklung einer schnellen Risikostratifizierung, (4) erste Erkenntnisse zur Implementierung maßgeschneiderter Interventionen, einschließlich der „Sprechstunde Sturz“ im Rahmen des Nachfolgeprojekts iSeFallIED.

S235-1

Rekrutierung in der Notaufnahme: Herausforderungen und Chancen bei der Einbindung vulnerabler Patienten

F. Kastler; T. Zieschang; T. Stuckenschneider

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Ältere Menschen, die nach einem schweren Sturz ambulant in der Notaufnahme (NA) behandelt werden, weisen ein hohes Risiko für nachhaltige Funktionseinschränkungen auf. Allerdings wurde diese Hochrisikogruppe bislang wenig erforscht. Ein Grund hierfür könnte das herausfordernde Setting in der NA sein. In diesem Beitrag wird daher die Rekrutierung in der NA vorgestellt, um Schwierigkeiten, aber auch Chancen dieses Zugangs zu älteren Menschen nach einem Sturz zu erörtern.

Methoden: Die Rekrutierung erfolgte von Oktober 2021 bis Januar 2024. Personen, die 60 Jahre oder älter waren und nach einem Sturz ambulant in der NA behandelt wurden, wurden zuerst persönlich vom Studienpersonal in der NA angesprochen. Nach Einwilligung wurden diese Personen telefonisch kontaktiert, um einen Hausbesuch zur Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung zu vereinbaren. Zusätzlich zur Darstellung der Rekrutierungsrate soll ein Fokus auf besonders vulnerable Personengruppen, wie ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen, depressiven Symptomen und niedrigem sozioökonomischen Status gelegt werden.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 335 Versuchspersonen (211 Frauen, 124 Männer) im Alter von 60 bis 98 Jahren (Mittelwert 75,4) rekrutiert werden. Für die Rekrutierung einer Versuchsperson war das Team im Schnitt 14 Stunden in der NA vor Ort. Von 576 Personen, die in der NA einer telefonischen Kontaktaufnahme zugestimmt hatten, lehnten 41 % eine Studienteilnahme bei nachfolgendem Kontakt ab. Hauptgründe hierfür waren ein subjektiv schlechter Allgemeinzustand (36 %) sowie fehlendes Interesse (17 %). Unter den rekrutierten Versuchspersonen wiesen 42 % eine potenzielle leichte kognitive Einschränkung (Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 18–24) und 13 % eine stärkere kognitive Einschränkung (MoCA < 18) auf. Depressive Symptome lagen bei 19 % der Versuchspersonen vor. Zudem hatten 47 % eine Schulbildung von < 10 Jahren.

Schlussfolgerung: Die Rekrutierung in der NA erwies sich zwar als herausfordernd, ermöglichte jedoch den Zugang zu einer heterogenen und repräsentativen Stichprobe, die die Realität in der klinischen Versorgung adäquat widerspiegelt. Außerdem bot sie die Gelegenheit, besonders vulnerable Gruppen, wie ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen, depressiven Symptomen und niedrigem sozioökonomischen Status gezielt einzuschließen.

S235-2

Barrieren und Facilitatoren in der sekundärpräventiven Sturzprävention: Erkenntnisse aus Fokusgruppen in einer Studie mit älteren Patient:innen nach einem Sturz und Vorstellung in der Notaufnahme

E. Speckmann; A. Völkel; A. L. Brütt; T. Stuckenschneider; T. Zieschang; N. Reeck

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; Abteilung Rehaforschung, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Sportbasierte Interventionen gelten als effektive Maßnahmen zur Prävention von Stürzen, jedoch kann die Adhärenz im Laufe eines Jahres deutlich sinken. Es scheint daher erforderlich zu sein, Barrieren und förderliche Faktoren (Facilitatoren) für eine langfristige Teilnahme an Interventionsprogrammen zu identifizieren, um Interventionsprogramme patient:innenorientierter gestalten zu können. Diese Studie geht daher der Frage nach, welche Aspekte bei der Entwicklung bedarfsgerechter und wirksamer Interventionen berücksichtigt werden sollten.

Methode: In der Mixed-Methods Studie wurden Personen nach einem Sturz, der zu einem Besuch in der Notaufnahme und einer ambulanten Behandlung geführt hat, beobachtet. Im qualitativen Teil der Studie wurden zwölf Fokusgruppen mit 41 Studienteilnehmenden und elf Angehörigen durchgeführt, um Barrieren und Facilitatoren für Maßnahmen zur Sturzprävention zu ermitteln. Während der Projektlaufzeit begleitete ein Beirat, bestehend aus Personen mit eigener Sturzerfahrung, das Projekt beratend und unterstützte die Entwicklung des Leitfadens, die Moderation und Auswertung der Gruppen. Die Fokusgruppen wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet. Die Kategorien wurden deduktiv, dem Theoretical Domains Framework folgend, gebildet und durch induktive gebildete Kategorien ergänzt.

Ergebnisse: Die Teilnehmenden äußerten, dass sie die Relevanz der Sturzprävention erst nach ihrem initialen Sturz erkannt haben. Genannte Barrieren für die Sekundärprävention waren physische und psychische Folgen des Sturzes und eine nicht an die eigene Fitness angepasste Intervention. Förderlich bei der Umsetzung von Maßnahmen war die Unterstützung des sozialen Umfeldes, Wissen über Hilfsangebote und eine zentrale Anlaufstelle nach dem Sturz, die auch psychische Bedenken der Teilnehmenden berücksichtigt.

Schlussfolgerung: Für zukünftige Forschungsvorhaben erscheint beispielsweise die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle – etwa in Form einer Sturzambulanz – sinnvoll, in der zugleich weitere Hilfsangebote vermittelt werden können. Darüber hinaus sollte die Intervention patient:innenzentriert gestaltet und an den individuellen Gesundheitszustand älterer Menschen angepasst werden. Durch die Zusammenarbeit mit dem Beirat konnten Datenerhebung und Auswertung patient:innenorientiert gestaltet werden. Partizipative Forschungsansätze können künftig dazu beitragen, die Bedürfnisse dieser Zielgruppe differenzierter zu berücksichtigen.

S235-3

Funktionelle Trajektorien und Risikostratifizierung nach Sturz in der Notaufnahme: Ergebnisse einer 24-monatigen Beobachtungsstudie

L. K. Himmelmann; T. Stuckenschneider; T. Zieschang

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Laut der globalen Leitlinie zur Sturzprävention zählen ältere Menschen, die sich nach einem Sturz in der Notaufnahme (NA) vorstellen als Hochrisikopopulation für erneute Stürze sowie für einen funktionellen Abbau. Trotz dieser Annahme mangelt es bislang an Evidenz. Für ambulant behandelte Menschen fehlen Nachsorgekonzepte, die gezielt das Risiko für Folgestürze und funktionelle Verschlechterung adressieren. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, durch eine langfristige Beobachtung, Trajektorien nach einem Sturz zu identifizieren und so zur Schließung dieser Evidenzlücke beizutragen.

Methode: Über 24 Monate wurden Personen ab 60 Jahren insgesamt viermal im häuslichen Umfeld besucht. Dabei kam ein strukturiertes geriatrisches Assessment zum Einsatz. Zur Analyse des Einflusses verschiedener Faktoren auf den primären Endpunkt – die Veränderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, gemessen mit dem 6-Item-Fragebogen nach Jonkman et al. (höhere Werte = stärkere Einschränkung) – wurde ein generalisiertes Lineares Modell verwendet.

Ergebnisse: In der vorläufigen Analyse konnten 313 von 335 Personen (75,4 ± 9,1 Jahren) berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der primäre Endpunkt mit jedem Testzeitpunkt (nach 6, 12 und 24 Monaten) um 0,16 Punkte verschlechtert ($p=0,03$). Nach 24 Monaten beträgt die mittlere Verschlechterung ohne Berücksichtigung weiterer Faktoren 0,5 Punkte. Unter anderem das Alter ($p < 0,001$), Sturzbedenken ($p < 0,001$) sowie kognitive Einschränkungen ($p=0,003$) stellen Moderatorvariablen dar. So steigt beispielsweise mit jedem Lebensjahr die erwartete Veränderung um weitere 0,07 Punkte an.

Schlussfolgerung: Die Studie liefert detaillierte Erkenntnisse zum funktionellen Verlauf älterer Menschen nach ambulanter Versorgung infolge eines Sturzes. Es zeigte sich, dass nicht alle Betroffenen innerhalb von 24 Monaten einen Funktionsverlust erleiden; jedoch weist ein erheblicher Teil ein deutlich erhöhtes Risiko auf. Dieses Risiko wird unter anderem durch das höhere Lebensalter sowie durch ausgeprägte Sturzbedenken beeinflusst. Die Ergebnisse der Studie ermöglichen zukünftig eine frühe Risikoeinschätzung bereits in der NA, um anschließend gezielt individualisierte, sekundärpräventive Maßnahmen einleiten zu können.

S235-4

Von der Forschung zur Praxis: Erste Erfahrungen mit maßgeschneiderten Interventionen nach Sturz und Vorstellung in der Notaufnahme

N. M. Schmidt; T. Stuckenschneider; T. Zieschang

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Ältere Erwachsene, die nach einem Sturz ambulant in der Notaufnahme (NA) versorgt werden, haben ein erhöhtes Risiko für weitere Stürze und funktionellen Abbau. Für diese Personen empfehlen die Globalen Leitlinien zur Sturzprävention eine individualisierte Nachsorge, die neben der Abklärung von Risikofaktoren (z. B. Polypharmazie) insbesondere ein körperliches Training beinhalten soll. Unklar ist jedoch, wie solche Maßnahmen in der NA umgesetzt werden können. Die Studie untersucht daher die Machbarkeit und Akzeptanz eines NA-basierten Risikoassessments mit anschließender Weiterleitung in eine Hochschulambulanz, in der eine detaillierte Anamnese und eine daran anknüpfende Trainingsinterventionsphase erfolgen.

Methode: Eingeschlossen werden Personen ab 60 Jahren, die nach einem Sturz in der NA vorstellig und innerhalb von 72 Stunden entlassen werden. Teilnehmende mit mildem Risiko für einen Funktionsverlust erhalten Informationsmaterial zu aktivem und sturzfreiem Älterwerden, während Teilnehmende mit mindestens moderatem Risiko in die Hochschulambulanz eingeladen werden. Dort werden sie nach einem umfassenden geriatrischen Assessment an einer sechsmonatigen heimbasierten oder gruppenbasierten Trainingsintervention teilnehmen. Zusätzlich wird allen Teilnehmenden ein optionales Perturbationslaufbandtraining angeboten.

Ergebnisse: Die Rekrutierung startete am 13.03.2025. Innerhalb der ersten vier Wochen konnten 17 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen werden, von denen 13 Personen die Hochschulambulanz besuchten. 12 der 17 Personen stimmten einem Training auf dem Perturbationslaufband zu. Mit der fortlaufenden Rekrutierung werden neben den Baseline-Charakteristika der rekrutierten Personen insbesondere erste Ergebnisse zu den Interventionsprogrammen, potenzielle Studienabbrüche und Erfahrungen mit der Durchführbarkeit eines Perturbationslaufbandtrainings in dieser klinisch heterogenen Population vorgestellt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse werden erste Erkenntnisse zur Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen in der NA liefern. Hiermit soll die Versorgungslücke zwischen ambulanter Versorgung in der NA und maßgeschneiderter Nachsorge geschlossen werden, um nicht nur potenziellen Langzeitfolgen für das Individuum vorzubeugen, sondern auch die Belastung für das Gesundheitssystem zu verringern.

S236 Schlaganfall im Alter – Update 2025

Moderation: M. Schnieder; A. H. Jacobs

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanner-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn

Frailty und Sarkopenie, Gangstörungen und Stürze sowie kognitive Einschränkungen und Demenz zählen zu den führenden geriatrischen Syndromen und finden sich häufig als Komorbiditäten im Alter. Sie führen zur Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), gefährden die Selbständigkeit und führen zur Pflegebedürftigkeit.

In der Entwicklung dieser geriatrischen Syndrome spielt der Schlaganfall als häufigste neurologische Erkrankung und dritthäufigste Ursache für Tod und Behinderung mit seiner steigenden Inzidenz im Alter (> 3000/100.000 Einwohner) eine besondere Rolle. Dabei sind insbesondere Hemiparese, Aphasie und Schluckstörung mit funktioneller Beeinträchtigung und Einschränkung der ADL sowie einer erhöhten Morbidität und Mortalität vergesellschaftet. Das Ausmaß der vaskulären Schädigung des Gehirns, insbesondere die subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE) wird als „brain frailty“ bezeichnet.

In der Leitlinie zur Akuttherapie des Schlaganfalls sind altersspezifische Aspekte in der Schlaganfalltherapie berücksichtigt. Das Symposium soll Ihnen den aktuellen Stand zu den Themen Akuttherapie des Schlaganfalls, Sekundärprophylaxe im Spannungsfeld von Polymedikation sowie Nachsorge inklusiver besonderer telemedizinischer Versorgungsformen geben. Dabei werden folgende Themen dargelegt:

Dominik Michalski (Leipzig): *Akuttherapie – was gibt es Neues unter Berücksichtigung des Alters?*

Franziska Wagner (Jena): *Schlaganfallnachsorge – worauf ist zu achten?*

Rolf Wachter (Leipzig): *Vorhofflimmern – was ist im Alter wichtig?*

Tino Prell (Halle): *Sekundärprophylaxe meets Polymedikation – wie entscheide ich mich?*

S236-1

Akuttherapie – was gibt es Neues unter Berücksichtigung des Alters?

D. Michalski

Stroke Unit/Neuro ITS, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig A. ö. R., Leipzig

Zu den Meilensteinen der Schlaganfall-Akutversorgung gehören die Etablierung von etwa 350 Schlaganfallspezialstationen (Stroke Units) in Deutschland sowie die systemische Thrombolyse und mechanischen Thrombektomie als rekanalisierende Verfahren. Hierdurch konnten die Sterblichkeit der Erkrankung und das Ausmaß fortbestehender funktioneller Einschränkungen signifikant reduziert werden. Für ältere und hochaltrige Patientinnen und Patienten existieren Daten, die auf eine vergleichbare Effektivität rekanalisierender Verfahren gegenüber jüngeren Betroffenen hindeuten. Gleichzeitig ist ein hohes Alter in statistischen Analysen mit einem ungünstigeren Behandlungsergebnis assoziiert. Dieser Zusammenhang bleibt sogar bestehen, wenn eine vollständige Rekanalisation des initial verschlossenen Hirngefäßes während der Akuttherapie erreicht wird. Als Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen könnten, wurden in weiterführenden Untersuchungen unter anderem der Vorzustand und das Auftreten von Komplikationen im Behandlungsverlauf wie beispielsweise eine Pneumonie eingegrenzt. In der klinischen Praxis kommt der Exploration von individuell vorhandenen Wertevorstellungen und Behandlungswünschen daher eine besondere Rolle zu. Darüber hinaus ergeben sich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung Implikationen für die Versorgungslandschaft. Da der Schlaganfall eine altersabhängige Inzidenz mit deutlicher Zunahme im höheren Lebensalter aufweist, ist von einer zahlenmäßigen Zunahme an Betroffenen auszugehen. Dieser Umstand sollte bei der Planung von Behandlungskapazitäten im stationären Sektor Berücksichtigung finden.

S236-2 Schlaganfallnachsorge

F. Wagner

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Jena; Schlaganfälle im höheren Lebensalter sind mit erheblicher Morbidität und Mortalität verbunden und erfordern eine auf die geriatrischen Besonderheiten abgestimmte Akut- und Nachsorge. In Thüringen garantiert das landesweite Telestroke-Netzwerk SATELIT eine rund-um-die-Uhr-Akutversorgung: Die überregionale Stroke Unit am Universitätsklinikum Jena steht per Telekonsil peripheren Kliniken zur Seite und sichert so selbst in ländlichen Regionen eine leitliniengerechte Therapie.

Direkt im Anschluss an die Akutphase beginnt in der interdisziplinären Schlaganfallnachsorgeambulanz am Universitätsklinikum Jena eine risikoadaptierte Betreuung. Der „hit hard and early“-Ansatz zielt darauf ab, kardiovaskuläre Risikofaktoren bereits während der Akutbehandlung und unmittelbar danach intensiv zu kontrollieren. Auch hochbetagte Patienten werden konsequent auf ein risikoadaptiertes LDL-Cholesterin eingestellt, wobei mögliche Nebenwirkungen, individuelle Präferenzen und die Lebensqualität sorgfältig abgewogen werden.

Zwischen festen kardiovaskulären Zielwerten und geriatrischen Anforderungen – Multimorbidität, eingeschränkte Mobilität, kognitive Defizite und verminderte Therapieadhärenz – entsteht ein Spannungsfeld, das eine regelmäßige geriatrische Evaluation (z. B. Kognitions-, Depressions- und Sturzscreening) und eine flexible Anpassung der Therapieintensität erfordert.

Ein weiterer Baustein ist das systematische Screening auf subklinisches Vorhofflimmern: Durch implantierbare Loop-Recorder oder verlängertes EKG-Monitoring lassen sich stille Episoden detektieren und frühzeitig eine orale Antikoagulation einleiten.

Koordinationsmodelle wie „Schlaganfall-Lotsen“ gewährleisten nahtlose Übergänge zwischen Akutversorgung und ambulanter Nachsorge. Damit lässt sich – trotz infrastruktureller Herausforderungen in Thüringen – eine patientenzentrierte Versorgung etablieren, die Morbidität vermindert und die Lebensqualität älterer Schlaganfallüberlebender verbessern kann.

S312 Demenz und die Möglichkeiten der modernen Medizin

Moderation: T. Zieschang; S. Tietgen

Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation, Medizinische Klinik 3, Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH, Bremerhaven

Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt der Anteil von Menschen mit Demenz in der Bevölkerung weiter an. Da die Prävalenz mit dem Alter steigt, leiden viele Menschen mit Demenz unter anderen Komorbiditäten, zudem stellen viele chronische Erkrankungen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. In diesem Symposium möchten wir beleuchten, inwieweit Menschen mit kognitiver Einschränkung oder Demenz von den Möglichkeiten der modernen Medizin profitieren und wann ggf. nicht. Bezüglich der Therapie der Alzheimer Demenz hat die Entwicklung der Amyloid-Antikörper neue Perspektiven eröffnet. Herr Prof. Dodel wird auf diese Möglichkeit darstellen unter der kritischen Betrachtung für welche Patienten ein Nutzen zu erwarten ist. Herr Prof. Frohnhofer wird beleuchten, ob die Amyloidlast im Schlaf reduziert werden kann. Frau Prof. Hoffmann wird die kardiovaskulären Risikofaktoren der Demenz betrachten und die Zielsetzung einer Therapie sowie deren Dauer in den unterschiedlichen Stadien der Demenz reflektieren. Frau Dr. Affeldt berichtet aus der Transplantationsmedizin über die Nierenersatzverfahren und die Auswirkungen auf die Kognition älterer Patient:innen.

S312-1 Akustische Stimulation im Schlaf und Amyloidclearance

H. Frohnhofer; C. Stenmanns; G. Mayer

Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; Neurologie, Medizinische Fakultät, Phillips-Universität Marburg, Marburg

Qualitativ und quantitativ ausreichender Schlaf ist wichtig für Wohlbefinden und ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit. Epidemiologische Studien zeigen, dass Schlafstörungen wie eine chronische Insomnie oder eine obstruktive Schlafapnoe mit einem signifikant erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Demenz assoziiert sind.

Die pathophysiologischen Mechanismen sind vielfältig. Hierzu gehören die durch eine Schlafstörung induzierte chronische Entzündung, ein gesteigerter oxidativer Stress und eine reduzierte Amyloidclearance über das glymphatische System des Gehirns.

Das glymphatische System ist besonders aktiv während des Tiefschlafes. Epidemiologische Studien zeigen auch, dass ein hoher Anteil an Tiefschlaf (N3) – die sog. Delta-Power – das Risiko für eine Demenz senkt.

Daher ist anzunehmen, dass durch die Erhöhung des Tiefschlafes ein Demenz protektiver Effekt zu erreichen ist. Die closed-loop-acoustic-stimulation während des Schlafes führt zu einer Erhöhung des Tiefschlafanteils von etwa 30%. Die Methode und deren Optionen für die Altersmedizin werden vorgestellt.

S312-2 Nierenersatztherapie und Kognition: Auswirkungen von Dialyse und Nierentransplantation bei älteren Patient:innen

A. M. Affeldt

Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln

Die Auswirkungen der Nierenersatztherapie auf die kognitive Funktion älterer Menschen stehen zunehmend im Fokus der Forschung. Der Vortrag beleuchtet zum einen, wie der kognitive Status geriatrischer Patient:innen die Ergebnisse unter Hämodialyse oder nach Nierentransplantation beeinflusst. Zum anderen wird der Einfluss verschiedener Nierenersatzverfahren auf die kognitive Leistungsfähigkeit dargestellt. Im Mittelpunkt stehen Unterschiede im kognitiven Outcome in Abhängigkeit von der Therapieform, potenziell reversible und irreversible Veränderungen sowie Risikofaktoren für eine kognitive Verschlechterung. Konsequenzen für die klinische Entscheidungsfindung und das geriatrische Management werden im Anschluss diskutiert.

S312-3 Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Demenz – Antihypertensiva und SGLT2-Inhibitoren – wann, wie lange und mit welchem Ziel?

U. Hoffmann

mit Nephrologie, Diabetologie, Endokrinologie, Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg

Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt der Anteil von Menschen mit Demenz in der Bevölkerung weiter an. Da die Prävalenz mit dem Alter steigt, leiden viele Menschen mit Demenz unter anderen Komorbiditäten, zudem stellen viele chronische Erkrankungen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz dar. In diesem Symposium möchten wir beleuchten, inwieweit Menschen mit kognitiver Einschränkung oder Demenz von den Möglichkeiten der modernen Medizin profitieren und wann ggf. nicht. Bezüglich der Therapie der Alzheimer Demenz

hat die Entwicklung der Amyloid-Antikörper neue Perspektiven eröffnet. Herr Prof. Dodel wird auf diese Möglichkeit darstellen unter der kritischen Betrachtung für welche Patienten ein Nutzen zu erwarten ist. Herr Prof. Fronhofen wird beleuchten, ob die Amyloidlast im Schlaf reduziert werden kann. Frau Prof. Hoffmann wird die kardiovaskulären Risikofaktoren der Demenz betrachten und die Zielsetzung einer Therapie sowie deren Dauer in den unterschiedlichen Stadien der Demenz reflektieren. Frau Dr. Affeldt berichtet aus der Transplantationsmedizin über die Nierenersatzverfahren und die Auswirkungen auf die Kognition älterer Patient:innen.

S314 Innovationen zur Optimierung der notfall- und akutmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten

Moderation: S. Bujak; J.-N. Krohn

Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Geriatrie, Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin; Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Die demographische Entwicklung verändert schon jetzt die Anforderungen an das gesamte Gesundheitssystem. Hiervon betroffen ist auch die notfallmedizinische Versorgung, die sich zunehmend der Thematik dieser vulnerablen Patientengruppe widmet. Wird bundeseinheitlich aktuell nur für einzelne Diagnosen ein an die Bedürfnisse der Patienten angepasstes Management gefordert, so widmen sich verschiedene Modellprojekte einer optimierten Versorgung geriatrischer Notfallpatienten. An drei Beispielen sollen Herausforderungen in der notfallmedizinischen Versorgung älterer Patienten erörtert und innovative Lösungsansätze vorgestellt werden.

Stay @Home, – treat@Home – das digitale Gesundheitstagebuch zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten geriatrischer Patienten

J. Neumann, Berlin

Die Zahl der ambulant gepflegten Menschen wächst stetig. Derzeit werden rund vier von fünf Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause versorgt. Tritt bei diesen ein akuter Behandlungsbedarf auf, führt dieser häufig zu einer Notfallaufnahme bzw. Krankenhauseinweisung. Dies wäre in vielen Fällen vermeidbar, wenn gesundheitliche Veränderungen der Pflegebedürftigen frühzeitig erkannt, kommuniziert und ggf. direkt eine medizinische bzw. pflegerische Einschätzung und Behandlung eingeleitet würde.

Das Projekt ist durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert mit dem Ziel durch ein 24/7 verfügbares Unterstützungsnetzwerk bei medizinischen Akutfällen ältere Menschen direkt in der Häuslichkeit zu behandeln, um damit ungeplante Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Ein weiteres Ziel des Projektes ist eine verbesserte Informationsweiterleitung verschiedener medizinischer Versorger über den Einsatz eines Digitalen interaktiven Gesundheitstagebuchs (DiG) zu gewährleisten.

Standardisierte Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit geriatrischer Patienten – wie geht man vor?

J. Karneboge, Siegen

Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit stellt insbesondere bei älteren Patienten eine häufige klinische Herausforderung dar.

Das Bedside Capacity Assessment Tool (BCAT) ist eine Kurzskaala zur standardisierten Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, die bereits seit 2018 im amerikanischen Sprachraum eingesetzt wird und nun auch in deutscher Sprache vorliegt. Im Vergleich zum derzeitigen Goldstandard MacCAT-T, der über 25 Minuten in Anspruch nimmt, kann das BCAT in etwa

15 Minuten durchgeführt werden und ist damit für den klinischen Alltag, auch in der Notfallmedizin, deutlich praktikabler.

Rettungseinsatzfahrzeug (REF) – patientenorientierte Prähospitalversorgung auch für geriatrische Patienten?

M. Dittmar, Regensburg

Rettungseinsatzfahrzeuge sind mit einem speziell geschulten Notfallsanitäter besetzt. Sie dienen der Entlastung des Rettungsdienstes, um in ausgewählten Fällen eine Vorabeschätzung zu treffen und so unnötige Klinikeinweisungen zu vermeiden. Hiervon könnten auch gezielt geriatrische Patienten profitieren. Hierzu bedarf es allerdings spezieller Ausbildungsinhalte, die sich auf die Herausforderungen und Besonderheiten dieser fragilen Patienten beziehen. Das Symposium stellt diese neue Versorgungsform vor und geht auf die Risiken und Chancen in Bezug auf ältere Patienten ein.

S315 Geriatrie im Pflegeheim – Übergänge als interprofessionelle Herausforderungen

Moderation: C. Hillmann

Innere Medizin/Akut-Geriatrie, Wichernkrankenhaus, Evangelisches Johannesstift, Berlin

Geriatrie ist gelebte medizinische Versorgung im interdisziplinären Team. Sie zielt darauf ab, den funktionellen Status und die Lebensqualität der älteren Patient*innen zu verbessern und so lange wie möglich deren Autonomie zu fördern. In der ambulanten geriatrischen Versorgung in der Langzeitpflege bekommt das Zusammenspiel der unterschiedlichen Ebenen von Rehabilitation, Akutversorgung mit kurativem Therapieziel und die Palliation genau diese sektorenübergreifende Bedeutung. Das dieses Verständnis nicht nur hier in Deutschland mehr Aufmerksamkeit erfährt, wird Damaso Sanchez (Ulm) anhand des EU-Projektes Join4Joy vorstellen. Anne Sophie Schmidt (Mönchengladbach) nimmt anhand des komplexen Themas Delir die Vermeidung von Hospitalisierung in den Fokus. Anschließend zeigt Sebastian Schiel (Fulda) auf, wie multiprofessionelles Lernen Therapiezielplanung und -erreichung unterstützt. Pflegeheime sind aber auch zunehmend Orte, in denen auch bei hoher Symptomlast eine adäquate End-of-Life Care gelingen kann. Monika Fuchs (Ulm) thematisiert hierfür die „außerklinische“ palliative Sedierung.

S315-1 Das EU-Projekt Join4Joy im Pflegeheim

D. Sanchez; D. Dallmeier; N. Barth

Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Die Bewegungsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen gewinnt aufgrund der positiven Auswirkungen auf Gesundheit, Mobilität und Wohlbefinden zunehmend an Bedeutung. Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Reduktion von Bewegungsmangel, konzentrieren sich aber traditionell eher auf das Erreichen funktioneller und klinischer Verbesserungen. Im EU-Projekt *Join4Joy* wurden Bewohner eines Pflegeheims in zwei Pilotstudien 12 Wochen, für eine Stunde pro Woche, mit einem Bewegungsprogramm unter dem Motto „*Tu es mit Freude*“ von Betreuungsassistenten trainiert. Der Fokus auf die Freude an der Bewegung und die soziale Einbindung kann die Akzeptanz von körperlicher Aktivität erhöhen und trägt dazu bei, dass auch ältere Menschen mit sozialen Benachteiligungen erreicht werden können. Die Studie untersuchte die Machbarkeit und Nachhaltigkeit eines solchen Ansatzes. Der Inhalt der Trainingseinheiten ist das Ergebnis eines Mitgestaltungsprozesses, sog. Co-Creation, der mit Fachleuten, Studenten, älteren Menschen (alleinlebend und in Pflegeheimen), Familienmitgliedern und Forschern in Spanien, Deutschland, Dänemark, Italien und Frankreich durchgeführt wurde.

Die Teilnehmer wurden ermutigt, mehr Aktivität mit Freude im täglichen Leben zu integrieren. Darüber hinaus werden Trainer*innen dazu eingeladen, an einer Online-Schulung zum Thema teilzunehmen sowie virtuellen Praxisgemeinschaften beizutreten, um Erfahrungen und Erkenntnisse, über verschiedene Einrichtungen und Länder hinweg, auszutauschen.

S315-2

Delir-Management im Pflegeheim – Eine dringende Herausforderung in der geriatrischen Versorgung

A.-S. Schmidt

Netzwerk Altersmedizin, Krankenhaus Neuwerk Maria von den Aposteln, Mönchengladbach

Delir in Pflegeheimen ist ein häufig unterschätztes Problem, das dringend mehr Aufmerksamkeit erfordert. Weltweit leben etwa 2–5 % der älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen, wo sie aufgrund funktioneller Einschränkungen, kognitiver Defizite, Demenz, Multimorbidität und Polypharmazie besonders anfällig für Delir sind.

Trotz der hohen Prävalenz bleibt Delir in Pflegeheimen häufig unerkannt. Gründe dafür sind unter anderem unzureichend geschultes Personal, fehlende standardisierte Screening-Tools und negative Einstellungen gegenüber dem Thema. Da Delir mit erhöhter Mortalität und einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität assoziiert ist, stellt seine frühzeitige Erkennung und Behandlung eine essenzielle Aufgabe dar.

Während in Krankenhäusern bereits erfolgreiche Versorgungsansätze implementiert wurden, besteht in Pflegeheimen weiterhin ein erheblicher Bedarf an Präventionsstrategien und nicht-pharmakologischen Interventionen. Studien zeigen, dass Maßnahmen wie Schulungsprogramme für Pflegepersonal, systematisches Delir-Screening und eine kritische Überprüfung der Medikation vielversprechende Ergebnisse liefern. Dennoch ist weitere Forschung erforderlich, um nachhaltige Konzepte für die Praxis zu entwickeln.

Die Optimierung des Delir-Managements kann nicht nur die Lebensqualität der Bewohner erheblich verbessern, sondern auch unnötige Krankenhauseinweisungen sowie andere negative Folgen reduzieren. Damit stellt es einen zentralen Ansatzpunkt zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen dar.

S315-3

Therapiezieländerung als multiprofessionelle Herausforderung im Pflegeheim – Fortbildungen für Handlungs- und Kommunikationskompetenz

S. Schiel

Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum Fulda, Fulda

Überdiagnostik und Übertherapie am Lebensende stellt eines der größten Missstände im Gesundheitswesen unserer Zeit dar. Es resultieren negative Auswirkungen für die Patient*innen, An- und Zugehörige, das professionelle Betreuungsumfeld und für die gesamte Gesellschaft.

Gerade bei alten und hochaltrigen Menschen führt die algorithmusbasierte Medizin immer wieder zu einem Handeln am individuellen Therapie- und Lebensziel vorbei. Leben können und sterben dürfen im vertrauten Umfeld.

Aus- und Fortbildungsmaßnahmen an der Basis der Versorgung alter und hochaltriger Menschen mit und ohne demenzielle Erkrankung sollen für palliativgeriatrische Aspekte sensibilisieren und suffiziente Versorgungsmöglichkeiten insbesondere in Einrichtungen der Altenpflege aufzeigen. Palliativgeriatrisches Wissen muss an der Basis der Gesundheitsversorgung implementiert werden – praktische Ansätze einer solchen Ausbildungsmöglichkeit werden vorgestellt.

S315-4

Außerklinische „Palliative Sedierung“ im Pflegeheim – Ethische Herausforderungen und End-of-Life-Care

M. Fuchs

Institut für geriatrische Forschung, Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, Ulm

Gezieltes Sedieren zur Leidenslinderung ist in rechtlicher, ethischer und medizinischer Hinsicht heute unverzichtbarer Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung. Die damit einhergehenden Herausforderungen durch das gezielte Herbeiführen eines verringerten Bewusstseins stellen einen tiefen Eingriff in den Kern der Persönlichkeit dar. Insgesamt ist wenig über die sedierungsbedingten Herausforderungen bekannt, mit denen Fachkräfte im Pflegeheim konfrontiert sind und wie sie damit umgehen. „Sedierung“ wird dementsprechend für verschiedene Vorgehensweisen verwendet, was zu Herausforderungen sowohl in der Praxis als auch in der Literatur führt. Die scheinbar negative Konnotation des Begriffs „Sedierung“ zur Herbeiführung von Bewusstlosigkeit bringt diese therapeutische Maßnahme teilweise mit Freiheitsentzug oder beschleunigtem Tod in Verbindung. Dies kann einer der Gründe für Abweichungen von den Leitlinien zur Sedierung sein, die insbesondere für die allgemeine Palliativversorgung berichtet werden, zum Beispiel in Bezug auf Indikationen, Entscheidungsprozesse und Medikamentenwahl – einschließlich des Einsatzes von Opioiden zur Sedierung. Zum einen ist eine angemessene Kennzeichnung der Behandlung durch medizinisches Fachpersonal die Voraussetzung für die Anwendung entsprechender Leitlinien und damit die Förderung von Best Practice. Zweitens sollte die Bewusstseinsreduktion explizit beschlossen und angemessen gekennzeichnet werden, um eine klare und transparente Kommunikation innerhalb des Teams sowie mit Patienten und Angehörigen zu ermöglichen. Dieser Beitrag fokussiert Studien und Handlungsempfehlungen zu Sedierung am Lebensende im außerklinischen Setting, vorrangig in Pflegeheimen.

S316 Freie Beiträge

S316-1

FORTA (Fit FOR The Aged) Liste 2024

F. Pazan; M. Wehling

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

Einleitung: Multimorbidität und Polypharmazie sind bei älteren Erwachsenen weit verbreitet. Darüber hinaus gibt es für die meisten Arzneimittel keine Belege für die Wirksamkeit und Sicherheit bei Hochbetagten. Folglich sind ältere Patienten häufig Opfer einer unangemessenen Arzneimitteltherapie. Seit den frühen 90er-Jahren wurden verschiedene Listenansätze/Kriterien entwickelt, um dieses Problem anzugehen. Um die Qualität der Pharmakotherapie bei älteren Menschen zu verbessern, wurde die FORTA-Liste entwickelt. Ihre Nützlichkeit wurde in der VALFORTA-Studie getestet, die zeigte, dass FORTA die Qualität der Pharmakotherapie deutlich verbessert und auch relevante klinische Ergebnisse wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder Aktivitäten des täglichen Lebens wurden signifikant verbessert.

Methoden: Als evidenzbasiertes Instrument muss die FORTA-Liste regelmäßig aktualisiert werden, da sich das Gebiet der geriatrischen Arzneitherapie rasch weiterentwickelt. Daher haben wir ein neues Delphi-Verfahren durchgeführt, um dieses nützliche klinische Instrument zu aktualisieren. An diesem 2-stufigen Delphi-Konsensverfahren nahmen 18 Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teil.

Die Ergebnisse: Onkologische Erkrankungen wurden aus der allgemeinen FORTA-Liste gestrichen und werden nun separat bewertet. Die neue FORTA-Liste enthält nun 253 Items, bestehend aus den am häufigsten ver-

wendeten Substanzen/Substanzklassen für die medikamentöse Langzeittherapie älterer Patienten, ausgerichtet auf 27 Diagnosen.

Schlussfolgerungen: Insgesamt enthält die aktualisierte Liste nun mehr Medikamente (außer für onkologische Erkrankungen), die zur Behandlung älterer Patienten eingesetzt werden.

S316-2

Initiale orthostatische Hypotonie bei geriatrischen Patient:innen – Einfluss von Messzeitpunkt und Aufstehgeschwindigkeit

A. Hassona

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg

Fragestellung: Die initiale orthostatische Hypotonie (iOH) ist durch einen ausgeprägten Blutdruckabfall innerhalb der ersten 15 Sekunden nach dem Aufstehen charakterisiert. Ihre klinische Relevanz in der stationären geriatrischen Versorgung ist bislang unzureichend untersucht. Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz der iOH bei geriatrischen Patient:innen zu bestimmen, klinische Unterschiede zwischen Personen mit und ohne iOH zu identifizieren und verschiedene Messintervalle hinsichtlich ihrer diagnostischen Aussagekraft zu analysieren.

Methode: In einer Akutgeriatrie wurden 137 stationäre Patient:innen mittels nichtinvasiver, kontinuierlicher beat-to-beat-Blutdruckmessung untersucht. Die Teilnehmenden absolvierten einen standardisierten aktiven Steh-Test mit einer zehnminütigen Liegephase, gefolgt von drei Minuten Stehen und einer zweiminütigen Nachbeobachtung in Rückenlage. iOH wurde als ein systolischer Blutdruckabfall ≥ 40 mmHg und/oder ein diastolischer Abfall ≥ 20 mmHg definiert. Hierfür wurden zwei Zeitfenster bestimmt: innerhalb der ersten 15 Sekunden nach der Aufforderung aufzustehen sowie innerhalb der ersten 15 nach Erreichen eines stabilen Stands. Weiterhin wurden Charakteristika der Patient:innen erfasst und zwischen Personen mit und ohne iOH verglichen.

Ergebnisse: Eine iOH wurde bei 54,0% der Patient:innen festgestellt, wenn beide zuvor definierten Zeitfenster zusammengefasst wurden. Patient:innen mit iOH wiesen eine signifikant längere Krankenhausverweildauer auf (18,6 vs. 16,7 Tage; $p=0,006$), während in den übrigen Parametern keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden. Die hämodynamische Analyse zeigte den stärksten Blutdruckabfall innerhalb der ersten 30 Sekunden nach Aufforderung aufzustehen (systolisch: $p=0,005$; diastolisch: $p<0,001$) im Vergleich zum Zeitfenster nach Einnahme eines stabilen Stands. Im Mittel benötigten die Teilnehmenden 30 Sekunden, um einen stabilen Stand zu erreichen.

Schlussfolgerung: Die iOH ist in der Akutgeriatrie hoch prävalent, wird jedoch aufgrund ihrer Dynamik häufig übersehen. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die verlängerte Aufstehgeschwindigkeit geriatrischer Patient:innen sein. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob eine kontinuierliche Blutdruckmessung ab Beginn der Lageveränderung die diagnostische Sensitivität verbessern kann. Eine frühzeitige Identifikation der iOH könnte funktionellen Verschlechterungen vorbeugen und die Krankenhausverweildauer reduzieren.

S316-3

Fragilitätsfrakturen an der Wirbelsäule: Längsschnittdaten aus der FriDA-Kohorte

B. Abel; P. Roigk; R. Leonhardt; U. Lindemann; G. Büchele¹; J. Koschate-Storm²; J. Schlotmann²; T. Laurentius³; T. Zieschang²; C. Bollheimer⁴; C. Becker⁵; K. Rapp

Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ¹Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ²Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ³Klinikum Oldenburg, Oldenburg; ⁴Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ⁵Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Wirbelkörperfrakturen sind typische Fragilitätsfrakturen und zählen zu den häufigsten und schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen älterer Menschen. Derartige Frakturen treten häufig im Kontext von Stürzen auf, können jedoch auch durch andere Umstände mit geringem oder mäßigem Verletzungsrisiko verursacht werden, wie beispielsweise Husten, Rotationsbewegungen oder Kollisionen mit Gegenständen während alltäglicher Aktivitäten. Die Behandlung von Wirbelkörperfrakturen kann operativ oder konservativ erfolgen. Eine differenzielle Berücksichtigung der Ätiologie (sturzbedingt vs. spontan) und der Behandlungsmodalitäten (operativ vs. konservativ) in der Anpassung von Ergebnisanalysen erfolgte bislang kaum.

Ziel der Arbeit: Die vorliegende Studie analysiert den klinischen Verlauf und die Behandlungsergebnisse von Patienten mit Wirbelkörperfraktur bis zu einem Jahr nach Fraktur, unter Bezugnahme der Therapieart (operativ vs. konservativ) und der Frakturursache (sturzbedingt vs. spontan).

Methodik: In der Zeit von Juli 2019 bis Februar 2024 wurden geriatrische Patienten, die mindestens 70 Jahre alt waren und innerhalb der letzten drei Monate eine Wirbelkörperfraktur erlitten hatten, an drei verschiedenen Studienorten (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart; Universitätsklinik für Geriatrie am Klinikum Oldenburg & Klinik für Innere Medizin und Geriatrie am Franziskushospital Aachen) für eine Beobachtungsstudie rekrutiert. Die Assessments erfolgten wenige Tage, 4 Monate sowie 12 Monate nach Krankenhausaufnahme und umfassten soziodemografische, medizinische, psychosoziale und funktionelle Parameter (z. B. Alter, Geschlecht, Pflegebedarf, Hilfsmittelnutzung, Schmerzen, Kognition, depressive Symptomatik, Life-Space, Mobilität oder körperliche Aktivität).

Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Einreichung des Abstracts war die Datenanalyse noch nicht abgeschlossen. Erste Längsschnittergebnisse im Verlauf von 4 Monaten zeigen in der Gesamtgruppe unter anderem eine signifikante Zunahme des Pflegebedarfs und der Nutzung von Gehhilfen. Zudem ist ein signifikanter Rückgang der Lebensqualität, des Life-Space sowie der Schmerzen festzustellen. Bei Patienten mit operativer Versorgung zeigt sich im selben Zeitraum und im Vergleich zu konservativ behandelten Patienten eine signifikant geringere Zunahme des Pflegebedarfs sowie eine signifikant größere Schmerzreduktion. Im Vergleich zu Patienten mit sturzbedingter Fraktur zeigen Patienten mit Spontanfraktur eine tendenzielle Zunahme depressiver Symptome sowie eine geringere Verbesserung der leistungsbezogenen Mobilität.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der FriDA-Kohorte liefern wichtige Erkenntnisse zum klinischen Verlauf von Patienten mit Fragilitätsfrakturen an der Wirbelsäule und geben Hinweise auf versorgungsrelevante Parameter, die für die Planung zukünftiger Interventionsstudien bedeutsam sind.

S316-4

Sicherheit und Effektivität von Ganzkörper-Elektromyostimulation (WB-EMS) im Alter: Ein Vergleich mit jüngeren Erwachsenen

R. Kob; J. Blöckl¹; W. Kemmler¹; T. Bertsch²; D. Schöne¹

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ¹Institut für Medizinische Physik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen; Institut für Medizinische Physik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen; ²Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin, Institut für Klinische Chemie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Aufgrund der hochintensiven Stimulation der Skelettmuskulatur durch Ganzkörper-Elektromyostimulation (WB-EMS) bei kurzer Trainingsdauer, moderater Anstrengung für den Trainierenden und geringer Belastung der Gelenke, scheint diese Trainingsform für gebrechliche, ältere Menschen sehr gut geeignet sein. Bei sehr hohen Intensitäten der WB-EMS traten in einzelne Fälle von Muskel- und Nierenschädigungen durch Rhabdomyolyse bei jüngeren Personen auf.

Ziel dieser Studie war es die Sicherheit und Wirksamkeit von WB-EMS bei gebrechlichen, älteren Menschen im Vergleich zu einer jungen, gesunden Vergleichsgruppe zu untersuchen.

17 alte (80,3 ± 3,5 Jahre) und 10 junge (34,2 ± 11,7 Jahre) Teilnehmer absolvierten ein achtwöchiges WB-EMS-Training (Woche 1–4: 1x/Woche; Woche 5–8: 1,5x/Woche) bestehend aus funktionellen Übungen zur Stärkung der unteren Extremitäten und des Gleichgewichts. In Woche 1, 3 und 8 wurden unmittelbar vor, 48 und 72 Stunden nach WB-EMS die Kreatinkinase (CK), die CK-MB, hoch-sensitives Troponin-T, Interleukin 6 und hoch-sensitives C-reaktives Protein gemessen. Symptome einer Rhabdomyolyse (Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Myoglobinurie) und unerwünschte Ereignisse wurden erfasst. Die funktionelle Kapazität wurde zu Beginn und nach 8 Wochen anhand der Short Physical Performance Battery (SPPB), des Timed Up-and-Go Test (TUG) des 30-Sekunden-Stuhl-Steh-Tests (30-STST), der maximalen isometrischen Beinkraft und der Handgriffkraft bewertet.

Mit Ausnahme des TUG ($p=0,173$) verbesserten sich die gebrechlichen Personen in allen funktionellen Tests. Im Vergleich zu der jungen Gruppe zeigten die gebrechlichen Personen die größten Verbesserungen bei der SPPB, der Handgriffkraft, der maximalen isokinetischen Hüft-/Kniestreckung und der Beugekraft. Die CK-Aktivität stieg bei jungen Menschen hoch signifikant an. Bei älteren Menschen stieg die CK in der ersten Woche nur grenzwertig-signifikant an, danach jedoch nicht mehr. Kein Teilnehmer erreichte CK-Erhöhungen nahe dem Schwellenwert von ≥ 5000 U/l und es wurden keine Symptome einer Rhabdomyolyse beobachtet. WB-EMS scheint für ältere Menschen eine sichere und effektive Trainingsmethode darzustellen. Die starke Freisetzung der CK aus der Muskulatur beschränkte sich dagegen auf die junge Vergleichsgruppe.

S316-5

Implementierung eines umfassenden geriatrischen Assessments in die Routineversorgung älterer Patient*innen mit einer Krebserkrankung: Eine bizenrische Machbarkeitsstudie

R. Mayland; F. M. Verri; M. Deterding¹; A. Aslan; R. Wirth¹; N. R. Neuendorff¹; M. Denking²

Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne; ²Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Ältere Patient*innen mit einer Krebserkrankung haben ein erhöhtes Risiko für therapiebedingte Toxizitäten aufgrund von Komorbiditäten und funktionellem Abbau. Ein umfassendes geriatrisches Assess-

ment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) hat sich als wirksam erwiesen, um die Verträglichkeit von Behandlungen und die Lebensqualität (QoL) in dieser Population zu verbessern. Trotz evidenzbasierter Empfehlungen wird das CGA in Deutschland noch nicht routinemäßig durchgeführt. Die GORILLA-Studie (*Integration of Geriatric assessment – guided care plan modifications and interventions into clinical paths of older adults with cancer*) untersucht die Machbarkeit der Integration eines CGA in die onkologische Routineversorgung.

Methoden: In dieser prospektiven, bizenrischen Validierungsstudie erhalten Patient*innen im Alter von ≥ 65 Jahren mit einer neu diagnostizierten Krebserkrankung oder vor der Einleitung einer neuen Therapielinie ein CGA. Basierend darauf werden Empfehlungen zu geriatrischen Interventionen erstellt. Eine Zusammenfassung des CGA wird in die Tumorkonferenz integriert. Im Anschluss erfolgt eine Evaluation der verantwortlichen Primärbehandelnden (Onkologie, Strahlentherapie, Chirurgie), ob sich ihre Therapieempfehlung durch die CGA-Ergebnisse geändert hat. Unter den Endpunkten befinden sich Machbarkeitsdaten (Teilnahmebereitschaft, Realisierbarkeit des CGA vor der Tumorkonferenz, Zeitaufwand, Umsetzung der empfohlenen Interventionen) sowie eine qualitative Evaluation der geriatrischen Interventionen. Weitere explorative Endpunkte umfassen die digitale Kompetenz sowie die Patientenprioritäten gegenüber einer geplanten Therapie.

Ergebnisse: Zum aktuellen Zeitpunkt sind 25 Patient*innen rekrutiert. Die Rekrutierung von ca. ~60–70 Patient*innen wird erwartungsgemäß im Sommer 2025 abgeschlossen sein.

Schlussfolgerungen: Diese Studie liefert Machbarkeitsdaten für eine Implementierung eines CGA in die Routineversorgung älterer Patient*innen mit einer Krebserkrankung. Erste Ergebnisse sind im Sommer 2025 zu erwarten und sollen im Rahmen des DGG 2025 vorgestellt werden.

S316-6

Medizinische Folgen und Maßnahmen bei Hitzewellen in zwei baden-württembergischen Pflegeheimen – eine explorative Studie

L. Steinacher; F. M. Verri; M. Denking²

Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einführung: Europa verzeichnet einen rasanten Anstieg an Hitzewellen, die besonders für ältere Menschen in Pflegeheimen eine ernsthafte gesundheitliche Gefahr darstellen. Dehydratation ist in dieser vulnerablen Gruppe eine häufige, aber oft unterdiagnostizierte Komplikation, die mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Diagnostische Methoden sind bislang unzureichend, und standardisierte präventive Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen fehlen weitgehend. Ziel dieser Studie ist es, die Auswirkungen von Hitze auf Pflegeheimbewohner*innen, die Anwendbarkeit der Speichelosmolalität als Dehydratationsmarker sowie bestehende Präventionsstrategien zu untersuchen.

Methoden: Die Studie kombiniert eine prospektive und retrospektive klinische Untersuchung in zwei Pflegeheimen in Baden-Württemberg (Mai–September 2025). Bei Bewohner*innen (≥ 65 Jahre) werden wiederholte Messungen der Speichelosmolalität und des Durchmessers der Vena cava inferior (mit Ultraschall) an heißen Tagen (≥ 30 °C) sowie an nicht-heißen Tagen durchgeführt. Zusätzlich werden medizinische Dokumentationen, Arztkontakte und Pflegedokumentationen ausgewertet. Interviews mit Hausärzt*innen und Pflegekräften erfassen die Wahrnehmung und das Management von hitzebedingten Gesundheitsrisiken.

Ergebnisse: Primäre Endpunkte sind die Korrelation zwischen Flüssigkeitshaushalt (Speichelosmolalität, Vena cava-Durchmesser) und Temperatur, die Häufigkeit von Dehydratations-bedingten Krankenhausaufenthalten, Gegenmaßnahmen sowie Notfalleinsätze. Sekundäre Endpunkte untersuchen die praktische Anwendbarkeit der Speichelosmolalitätsmessung in Pflegeheimen und die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen wie Hydrationsprotokolle oder medikamentöse Anpassungen.

Schlussfolgerung: Die Studie liefert Erkenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen auf Pflegeheimbewohner*innen sowie über effektive Schutzmaßnahmen. Die Ergebnisse werden beim Kongress vorgestellt und können zur Entwicklung evidenzbasierter Hitzeaktionspläne für Pflegeheime beitragen.

S316-7 Blood-based Biomarkers for Frailty Detection beyond Geriatric Units

L. Herdtle; F. Böhm; S. Braig; L. Fritzenschaft; M. Denking; D. Rothenbacher; D. Dallmeier

Institut für Geriatrie Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm

Introduction: Frail older adults require patient-centred treatment in all clinical settings. Thus, their efficient identification beyond geriatric units is crucial. We aimed to build sex-specific predictive models for frailty using blood-based biomarkers routinely available.

Methods: We analysed baseline data from the ActiFE cohort study (Ulm, Germany, 2009/2010), an interdisciplinary project, which included 1188 community-dwelling adults aged 65 and older. Frailty was defined using a frailty index (FI) based on the concept of accumulation of deficits. Routine blood-based biomarkers associated with frailty were selected according to evidence in previous literature. Sex-specific logistic regression analyses were performed adjusting for age and statins.

Results: Models for both sexes included haemoglobin, leucocytes, urea, gamma-glutamyl transferase (GGT), total and high-density lipoprotein cholesterol and C-reactive protein (CRP). In men, alanine-aminotransferase (ALT) was included additionally. Using a cut-off of 0.3 for the estimated probability of being frail ($FI \geq 0.2$), the models showed low sensitivity (men: 0.508, women: 0.643) and low positive predictive value (PV) (men: 0.474, women: 0.522). In contrast, detection of non-frail individuals was accurate with high specificity (men: 0.873, women: 0.796) and high negative PV (men: 0.888, women: 0.865). Models AUC were 0.787 and 0.804 in men and women, respectively. Notably, GGT was particularly strong as a marker, an association previously poorly explored.

Conclusion: With high specificity and negative PV, models including routine blood-based biomarkers offer a cost- and time-efficient method to identify non-frail individuals in different clinical settings. This could support the initial step of a serial frailty screening strategy aiming at an optimized patient-centred treatment.

S323 Alterstraumatologie perioperativ—die Grenzen der Evidenz Hot Topics: Analgesie, Volumenbedarf, Nahrungskarenz

Moderation: I. Gehrke; H. Frohnhofen

Medizinische Klinik VI – Altersmedizin im Klinikum Sindelfingen Böblingen, Kliniken Sindelfingen, Klinikverbund Südwest gGmbH, Sindelfingen; Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

In den Beiträgen des Symposiums wird ein Überblick zur aktuellen Evidenz in den hochdynamischen Umfeld der Alterstraumatologie gegeben, ebenso werden Handlungsempfehlungen zu alltäglichen Fragestellungen vorgestellt.

Von höchster Bedeutung für die subjektive Befindlichkeit des Patienten ist die effiziente und schnelle Behandlung der frakturbedingten Schmerzen vom Zeitpunkt des Erstkontaktes an. Hier sind Komorbiditäten, Begleitmedikation, vorbestehender (niedriger) Funktionsstatus und die eingeschränkte physiologische Reserve entscheidend für die Gestaltung der altersangepassten Schmerzbehandlungskonzepte. Perioperative Regio-

nalanästhesiologische Strategien tragen entscheidend dazu bei, auch die postoperative Schmerzsituation zu verbessern.

Der Umgang mit Analgetika in der postoperativen Phase und im Verlauf am Übergang in die ambulante Nachbehandlung bedarf ebenfalls abgestimmter Konzepte. Ziel ist es, insbesondere im Umgang mit stark wirksamen Analgetika eine bedarfsangepasste Versorgung unter Vermeidung von Missbrauch und langfristigen Nebenwirkungen zu erzielen.

Ein adäquates Flüssigkeits-Management ist ein weiterer entscheidender Faktor in der perioperativen Versorgung. Dieses umfasst zunächst die zutreffende Einschätzung des präoperativen Volumenstatus, weiterhin die Einschätzung des prä- und intraoperativen Bedarfs an Flüssigkeit. Ebenso wird die Frage nach dem Gebrauch kristalloider oder kolloiden Flüssigkeiten sowie der Infusionsdynamik immer wieder diskutiert. Sie ist bisher nicht evidenzbasiert zu beantworten.

Hier schließt sich thematisch das perioperative Fasten an, das vielfach unter der Vorstellung eines Aspirationsschutzes praktiziert wird. Alterstraumatologische Patienten haben ohnehin sehr häufig eine bereits manifeste Mangelernährung. Sie werden dadurch in ihrer Ernährungssituation weiter verschlechtert. Alternativen zu diesem Missstand können aufgezeigt werden.

S323-1 Alterstraumatologie perioperativ – wo stehen wir heute

I. Gehrke

Medizinische Klinik VI – Altersmedizin im Klinikum Sindelfingen Böblingen, Kliniken Sindelfingen, Klinikverbund Südwest gGmbH, Sindelfingen

Spätestens seit der verbindlichen Einführung des Ortho-geriatriischen Co-Management ist die Dynamik des Erkenntnisgewinns in der Alterstraumatologie erheblich gestiegen. Während in den ersten Jahren im Wesentlichen die Einhaltung geriatrischer Grundlagen und die Optimierung chirurgischer Behandlungsstrategien im Vordergrund standen, rücken aktuell perioperative Prozesse und deren Optimierung immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses. Auch der geeignete Umgang mit der posttraumatischen Initial-Analgesie und die schmerztherapeutische Begleitung des geriatrischen Patienten durch Operation, postoperative Phase und Rehabilitation bis in den ambulanten Bereich ist Gegenstand aktueller Evaluationsprojekte. Auch die Fragen des präoperativen Volumenbedarfes, der Volumensteuerung und nicht zuletzt der perioperativen Nahrungskarenz sind Gegenstand aktueller Diskussion.

S323-2 Alterstraumatologie perioperativ – Die Initial-Analgesie

V. Smolka

Krankenhaus Barmherzige Brüder, München

Von höchster Bedeutung für die subjektive Befindlichkeit des Patienten ist die effiziente und schnelle Behandlung der frakturbedingten Schmerzen vom Zeitpunkt des Erstkontaktes an. Hier sind Komorbiditäten, Begleitmedikation, vorbestehender (niedriger) Funktionsstatus und die eingeschränkte physiologische Reserve entscheidend für die Gestaltung der altersangepassten Schmerzbehandlungskonzepte. Hierbei ist die Primärversorgung durch außerklinische Notfallmedizin und Rettungskette die erste, häufig außer Acht gelassenen Schnittstelle in den Versorgungskonzepten alterstraumatologischer Patienten, gefolgt von den Initialkontakten im klinischen Umfeld der Notaufnahme. In dieser Frühversorgungssituation ist die Kenntnis geriatrischer Bedarfe der Behandlung häufig die entscheidende Grundlage für die weitere klinische Laufbahn des betagten Risikopatienten.

S323-3 Postoperative Schmerzbehandlung nach Hüftfraktur – sind wir wirklich sicher?

I. Gehrke

Medizinische Klinik VI – Altersmedizin im Klinikum Sindelfingen Böblingen, Kliniken Sindelfingen, Klinikverbund Südwest gGmbH, Sindelfingen

Multimodale Analgesiekonzepte erfordern eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Chirurg, Anästhesist und Geriater sowie Pflegefachkraft und Physiotherapeut. Sie sind geeignet, den Opioidkonsum und damit opioidbedingte Nebenwirkungen zu senken. Zu den Nebenwirkungen zählen etwa ein erhöhtes Sturz-, Fraktur- und Delirrisiko. Zentral wirkende Medikamente und Schmerzen sind modifizierbare Faktoren für ein prä- und postoperatives Delir. Beide Aspekte sind daher im therapeutischen Management alterstraumatologischer Patienten zu berücksichtigen. Neben einer adäquaten Schmerzkontrolle und einem gezielten Opioidkonsum sollte ein Screening auf Delir in der prä- und postoperativen Phase durchgeführt werden. In der postoperativen Analgesie orientieren sich Wirkstoffauswahl und Dosierung an der Organfunktion und patientenspezifischen Kriterien. Hier stehen Empfehlungs- oder Vermeidungslisten zur Verfügung (FORTA- und/oder Priscus-Liste) Bei jedem älteren Patienten muss ein Konzept für die weitere Versorgung entwickelt werden, dass die Anforderungen im ambulanten Kontext berücksichtigt. Um einen Opioid-Übergebrauch oder -Missbrauch sowie eine unzureichende Schmerztherapie zu verhindern, sind eine klare Kommunikation mit dem weiterbehandelnden Arzt und eine praxisorientierte Schmerzmanagementstrategie erforderlich.

S323-4 Perioperatives Flüssigkeitsmanagement – wo liegt die Balance?

C. Stenmanns

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

Die Flüssigkeitstherapie ist ein integraler Bestandteil des perioperativen Managements. Insbesondere bei älteren Patienten sollte das perioperative Flüssigkeitsmanagement individuell angepasst werden und die Art des chirurgischen Eingriffs sowie wichtige Patientenfaktoren, einschließlich des intravasculären Volumenstatus sowie akuter und chronischer Komorbiditäten, berücksichtigen. Ein perioperativer ausgeglichener Flüssigkeitshaushalt (Eurolämie) durch gezielte Substitution sollte in einem interdisziplinären Ansatz zwischen Chirurg, Anästhesist und Geriater angestrebt werden. Dem perioperativen Flüssigkeitsmanagement bei älteren Menschen fehlt nach wie vor Evidenz. Es ist weiterhin umstritten, ob kolloidale oder kristalloide Lösungen, in welcher Menge und wann verabreicht werden sollten. Ziel des Vortrags ist es, einen praxisgerechten Leitfaden für die prä-, intra- und postoperative Phase des Flüssigkeitsmanagements bei älteren Patienten vorzustellen, der dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie Expertenmeinungen und bewährten klinischen Verfahren entspricht.

S323-5 Perioperative Ernährung – Energie fehlt immer

M. K. Modreker

Geriatric, GFO Klinik Engelskirchen, Engelskirchen

Alterstraumatologische Patienten befinden sich in einem überwiegend schlechten Ernährungsstatus. Sie haben sehr häufig das Risiko für eine Mangelernährung oder eine bereits manifeste Mangelernährung. In der perioperativen Phase kommt es häufig zu einer längeren Phase der Nah-

rungskarenz, da eine präoperative vielstündige „Nüchternheit“ vielfach unter der Vorstellung eines Aspirationsschutzes praktiziert wird. Insbesondere bei präoperativen Wartezeiten und Verschiebungen kann dieses zu langen Hungerphasen führen. Dadurch wird die Ernährungssituation dieser Patienten weiter verschlechtert. Das perioperative Fasting ist kritisch zu diskutieren, Alternativen zu diesem Missstand sollen aufgezeigt werden.

S323-6 Alterstraumatologie intra-operativ – welche Analgesie ist die Beste für wen

T. Saller

Anästhesie in der Orthopädie, MUM-Muskuloskelettales Universitätszentrum München, LMA München, München

Nach dem Übergang des Patienten aus der Rettungskette über die klinische Notaufnahme in die operative Versorgung tragen inzwischen regionalanästhesiologische Strategien entscheidend dazu bei, auch die postoperative Schmerzsituation zu verbessern. Eine Darstellung dieses Themengebietes aus anästhesiologischer Sicht ist daher wichtiger Teil des perioperativen Settings. Der Vortrag umfasst die Vorstellung der wichtigsten modernen analgetischen Methoden wie PCA, Regionalanalgesie und PCEA auch im Hinblick auf die Differentialindikation.

S325 Geriatriches Assessment in Forschung und Klinik

Moderation: P. Benzinger

Geriatriches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Das geriatrische Assessment stellt eine zentrale Grundlage für die Diagnostik, Therapieplanung und Verlaufskontrolle in der Versorgung älterer Menschen dar. In diesem Symposium werden vier aktuelle Forschungsarbeiten vorgestellt, die sich mit dem geriatrischen Assessment in unterschiedlichen Settings befassen.

Fiona Dörr stellt in ihrem Beitrag eine umfassende Analyse von Routinedaten vor, auf deren Basis Versorgungslücken bei älteren Menschen mit kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen deutlich werden. Ihre Arbeit zeigt, dass trotz klar identifiziertem Bedarf nur sehr wenige Patient*innen mit Demenz oder MCI logopädische oder ergotherapeutische Behandlungen erhalten. Das geriatrische Assessment – insbesondere im ambulanten Bereich – könnte durch gezielte Screeninginstrumente eine zentrale Rolle bei der Indikationsstellung und besseren therapeutischen Anbindung spielen.

Jan Stöcker stellt das neue Instrument „AssCo1“ zur Ersteinschätzung kognitiver Beeinträchtigungen vor. Das Instrument wurde speziell für die frühe Phase des Krankenhausaufenthaltes entwickelt, in der viele herkömmliche Verfahren überfordert oder unzureichend sind. Erste Validierungsdaten gegen den MMSE und ein Expertenurteil zeigen eine hohe Validität des Verfahrens. Eine Weiterentwicklung des Instruments könnte in Zukunft eine noch gezieltere Diagnostik ermöglichen.

Im dritten Beitrag stellt Sonja Krupp eine Arbeit vor, in der sie gemeinsam mit Kolleg*innen die Prävalenz alltagsrelevanter Störungen des Handeinsatzes in der Akutgeriatrie untersuchte. Bei etwa einem Drittel der 633 untersuchten Patient*innen fanden sich signifikante Einschränkungen – insbesondere der Feinmotorik. Die Ergebnisse zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen subjektiv empfundenen Einschränkungen und objektiven Tests (20-Cent-Test, Handkraft, Greifraum) und sprechen für eine stärkere Integration handmotorischer Tests in das geriatrische Assessment.

Abschließend stellt Villipo Maria Verri die Ergebnisse der MobiTest-Studie vor, in der vier Mobilitätstests (DEMMI, CHARMI, SPBP, TUG) hinsichtlich

ihrer psychometrischen Eigenschaften und Vergleichbarkeit untersucht wurden. Durch die Anwendung einer Äquiprozentilmethode konnten Umrechnungstabellen entwickelt werden, die eine Harmonisierung von Mobilitätsdaten über verschiedene Versorgungssettings hinweg ermöglichen und somit den klinischen Informationsfluss verbessern.

Diese vier Beiträge verdeutlichen, wie wichtig eine strukturierte, differenzierte und kontextgerechte Anwendung geriatrischer Assessments ist – sowohl zur Diagnostik als auch zur Optimierung therapeutischer Entscheidungen und zur Verbesserung der Versorgung älterer Patient*innen in unterschiedlichen klinischen Kontexten.

S325-1

Therapeutische Versorgungslücken bei älteren Menschen mit kognitiv-sprachlichen Beeinträchtigungen – Das Geriatrische Assessment als Schnittstelle zu logopädischen und ergotherapeutischen Maßnahmen?

F. Dörr; K. Bilda; M. Wübbeler; S. Sommer

Fachbereich Pflege-, Hebammen-, und Therapiewissenschaften, Standort Gesundheitscampus, Hochschule Bochum, Bochum

Fragestellung: Kognitive Interventionen sind ein zentraler Baustein in der Behandlung von Menschen mit Demenz oder leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI). Logopäd:innen und Ergotherapeut:innen bieten entsprechende Therapieansätze an, die jedoch selten genutzt werden. Diese Studie untersucht Versorgungslücken in der Heilmittelversorgung anhand einer Routinedatenanalyse und diskutiert geeignete Entscheidungsinstrumente unter Berücksichtigung der S1-Leitlinie zum geriatrischen Assessment der Stufe 2. Das geriatrische Assessment in der ambulanten Versorgung bietet Möglichkeiten, entsprechende Therapiebedarfe zu identifizieren und gezielte Behandlungen einzuleiten.

Methode: Grundlage war eine Routinedatenanalyse im Längsschnittdesign zur Untersuchung der Verordnungsmuster und Inanspruchnahme logopädischer und ergotherapeutischer Leistungen bei Demenz/MCI. Datenbasis bildete die Forschungsdatenbank des Instituts für Angewandte Gesundheitsforschung Berlin (InGef), die Routinedaten von 5 Millionen gesetzlich versicherten Deutschen umfasst. Personen mit einer Demenz oder MCI Erstdiagnose zwischen 2017–2020 wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren nachverfolgt. Die Ergebnisse werden im Kontext des geriatrischen Assessments interpretiert, um Möglichkeiten zur Optimierung insbesondere des ambulanten Assessments vorzuschlagen.

Ergebnisse: Von 63.496 identifizierten Patient:innen erhielten 1,6 % mindestens eine logopädische und 4,2 % eine ergotherapeutische Verordnung im Nachbeobachtungszeitraum. Die Versorgung erfolgte ausschließlich ambulant. Hauptverordnende waren Neurolog:innen (34,6 % der logopädischen, 44,2 % der ergotherapeutischen Verordnungen), Allgemeinmediziner:innen (33,7 % bzw. 20,8 %) und Internist:innen mit Schwerpunkt Geriatrie (19,1 % bzw. 10,3 %). Die Therapie erfolgte überwiegend im Rahmen von Hausbesuchen (85,6 % Logopädie, 50,9 % Ergotherapie).

Schlussfolgerung: Insgesamt ist hinsichtlich logopädischer und ergotherapeutischer Maßnahmen eine deutliche Minderversorgung von Menschen mit Demenz oder MCI zu konstatieren. Zur Schließung dieser Versorgungslücke im ambulanten Bereich scheint die Implementierung von spezifischeren kognitiv-sprachlichen Screeningverfahren zur Konkretisierung entsprechender Behandlungsbedarfe geboten.

S325-2

Identifikation schweregradsensibler Items zur Detektion alltagsrelevanter kognitiver Beeinträchtigungen und Validierung eines neuen Verfahrens für die Ersteinschätzung der Kognition in der Geriatrie – AssCo 1

J. Stöcker; H. Stege¹; R. Becker²; K. Schumann²

Medizinische Hochschule Brandenburg „Theodor Fontane“, Brandenburg an der Havel;

¹Klinik für Geriatrie, Ruppiner Kliniken GmbH, Neuruppin; ²Alterstraumatologie, Zentrum für Orthopädie/Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Brandenburg, Brandenburg a. d. Havel

Fragestellung: Dem in der aktuellen S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ formulierten Anspruch, auf patient*innenschonende Weise möglichst viel therapeutisch nutzbaren Erkenntnisgewinn zu erzielen, werden die zur Verfügung stehenden Verfahren zur Ersteinschätzung der Kognition nur unzureichend gerecht.

Aufgrund der begrenzten Belastbarkeit vieler Patient*innen in den ersten Tagen unterschätzen insbesondere Verfahren der Stufe 2b regelmäßig die Leistungsfähigkeit der Untersuchten.

Darüber hinaus stellt es für viele Patient*innen eine (oft übersehene) Zumutung dar, zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes mit einem Demenztest konfrontiert zu werden.

Beschränkt man sich allerdings auf die Instrumente der Stufe 2a, sind handlungsleitende Empfehlungen aus den erzielten Ergebnissen nur eingeschränkt ableitbar.

Mit dem neu entwickelten Verfahren AssCo1 soll die Ersteinschätzung der Kognition geriatrischer Patient/-innen angemessener und aussagekräftiger gestaltet werden.

Methode: Die Daten werden an 460 Patient*innen zweier Kliniken (multizentrisch) erhoben.

Die Validierung erfolgt an einer erst nach Stabilisierung im Verlauf des Aufenthaltes erhobenen MMSE sowie einem synoptischen Expertenurteil. Für den Vergleich mit der MMSE werden die Ergebnisse des neuen Tests zunächst als Punktsomme (intervallskaliert) herangezogen. Mit größer werdender Stichprobe soll jedoch (in erster Annäherung mithilfe von Chi-Quadratverfahren, perspektivisch mithilfe des Item-Response-Ansatzes) die Vorhersagekraft jedes Items für einen bestimmten Schweregrad bestimmt werden. Auf diese Weise soll die Möglichkeit geprüft werden, den Test anhand eines einzelnen, auffällig beantworteten Items auswerten zu können.

(zu erwartende)

Ergebnisse: Anfang August 2025: Validität gegenüber MMSE, Retest-Reliabilität, Cronbachs Alpha, Sensitivität, Spezifität

– November 2025: Detektion schweregradsensibler Items

Schlussfolgerung: Mit erfolgreicher Validierung kann die Ersteinschätzung der Kognition patient*innen-schonend und zugleich aussagekräftig gestaltet werden.

Das Verfahren ist als zeitsparender Bedside-Test konstruiert und könnte auch für andere Fachgebiete (Orthogeriatric, Onkologie) bedeutsam werden.

S325-3

Prävalenz von Störungen des Handeinsatzes in der Akut-Geriatrie

S. Krupp; M. M. Antpöhler; J. Kasper

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Medizin, Universität zu Lübeck, Lübeck

Fragestellung: Im geriatrischen Assessment wird der Motorik der oberen Extremitäten meist wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Wie häufig sind alltagsrelevante Störungen, die vom Einsatz der Hände abhängen, bei

Patient*innen (P) in der Akutgeriatrie? Stehen dabei aus subjektiver Sicht Defizite der Feinmotorik, der Handkraft oder der Beweglichkeit im Sinne des Platzierens der Hand im Vordergrund?

Methode: Zwischen 01.03. und 31.08.2024 wurde fünfmal die Punktprevalenz bezüglich Störungen des Handeinsatzes bei stationären und tagesklinischen P einer Akutgeriatrie erhoben. Die Eingangsfrage lautete: „Haben Sie im Alltag Probleme bei manchen Tätigkeiten, für die man die Hände braucht?“ Sofern diese mindestens einmal wöchentlich ausgeübt oder wegen der Funktionsstörung aufgegeben wurden, erfolgten eine subjektive Bewertung der Schwere und eine Testung der Feinmotorik (20-Cents-Test), der Handkraft (Dynamometer) und des Greifraums im Sitzen (8-Punkte-Greifraum-Test).

Ergebnisse: Von 633 P gaben 207 (32,7 %) alltagsrelevante Störungen des Handeinsatzes an. 156 (75,4 %; 69 % Frauen, $82,8 \pm 7,3$ Jahre, Barthel-Index $51,3 \pm 16,9$, 12 % teilstationär) nahmen an der weiteren Untersuchung teil. Davon ordneten 134 P (85,9 %) ihre Schwierigkeiten der Feinmotorik („Fingerfertigkeit“) zu (rechts 117, links 111), 119 P (76,3 %, rechts 102, links 96) der Handkraft und 97 P (62,2 %, rechts 73, links 73) dem Problem, die Hand an ihren Einsatzort zu bewegen. Die Schulnoten 5 oder 6 wurden für die rechte bzw. linke Seite bezüglich der Feinmotorik von 40 (25,6 %) bzw. 47 (30,1 %) P vergeben, bezüglich der Handkraft von 35 (22,4 %) bzw. 38 (24,4 %) P und bezüglich des Greifraumes von 28 (17,9 %) bzw. 30 (19,2 %) P. Die Korrelation der Schulnoten mit den korrespondierenden Testergebnissen rechts bzw. links lag für den 20-Cents-Test bei $-0,451$ ($p < 0,001$) bzw. $-0,422$ ($p < 0,001$), für die Handkraft bei $-0,303$ ($p = 0,002$) bzw. $-0,435$ ($p < 0,001$) und für den Greifraum bei $-0,331$ ($p = 0,005$) bzw. $-0,543$ ($p < 0,001$).

Schlussfolgerung: Alltagsrelevante Störungen des Handeinsatzes betreffen in der Akut-Geriatrie etwa ein Drittel der P, am häufigsten Defizite der Feinmotorik, gefolgt von Handkraft und Greifraum. Subjektive Schwere und Testergebnis korrelierten am höchsten für die Feinmotorik (20-Cents-Test). Zum geriatrischen Assessment sollte die Aufdeckung und bei Therapierelevanz eine quantifizierende Dokumentation gehören, die Verlaufskontrollen ermöglicht.

S325-4

MobiTest-Studie: Vergleich gebräuchlicher Mobilitätstests in der Geriatrie

C. Leinert; L. Kroboth; T. Fleiner¹; F. M. Verri²; M. Denkinger

Institut für Geriatrie Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln; ²Geriatrie/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsformen in Gesundheitssystemen werden verschiedene Mobilitätstests eingesetzt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Diese prospektive Beobachtungsstudie untersucht die Vergleichbarkeit und psychometrischen Eigenschaften von vier Mobilitätstests bei geriatrischen Patient*innen – zwei fremdbeurteilte Tests (Charité Mobility Index (CHARMI), De Morton Mobility Index (DEMMI)) und zwei leistungsorientierte Tests (Short Physical Performance Battery (SPPB), Timed-up-and-go (TUG)).

Methoden: Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden 97 Patient*innen aus der akutgeriatrischen Versorgung sowie der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation rekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte innerhalb von vier Tagen nach Aufnahme (T1), vor Entlassung (T2) sowie telefonisch vier Monate später (T3). Mittels Äquiperzentil-Methode wurde eine gemeinsame, vergleichbare Skala aus den unterschiedlichen Tests erstellt. Die Qualität der Umrechnungen wurde anhand von Spearman- und CCC-Korrelationen mit dem DEMMI als Goldstandard bewertet.

Ergebnisse: Für die Äquivalenzanalyse standen insgesamt 177 Werte aus T1 und T2 zur Verfügung. Die Skalen von CHARMI, DEMMI, SPPB und TUG konnten miteinander abgeglichen werden und zeigten starke Korrelationen. Aufgrund von Bodeneffekten beim TUG konnten jedoch nicht für alle Tests äquivalente Werte bestimmt werden. Die besten Korrelationen zeig-

ten sich zwischen CHARMI und DEMMI mit $rc = 0,92$. Die SPPB korrelierte stärker mit beiden fremdbeurteilten Instrumenten als der TUG (SPPB x DEMMI $rc = 0,9$; SPPB x TUG $rc = 0,48$). Die Umrechnungstabellen werden auf dem Kongress dargestellt.

Schlussfolgerung: Wir stellen einen praxisnahen Ansatz zur Vergleichbarkeit und Umrechnung verschiedener Mobilitätstests in der Geriatrie vor. Diese Ergebnisse könnten zur Harmonisierung von Mobilitätsdaten beitragen und den Vergleich des funktionellen Status über verschiedene Versorgungssettings und Instrumente hinweg ermöglichen.

S326 Forschungssymposium Delir – Neue Erkenntnisse zu Screening, Diagnostik und Prävention

Moderation: S. Schütze

Diskutant: J. Trabert

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

Das Delir ist eine zentrale Herausforderung bei der Versorgung älterer Menschen und geriatrischer Patienten. Delire gehen mit erhöhter Morbidität, Mortalität, Progression kognitiver Einschränkungen und Institutionalierungsrate einher. Verbesserungen bei der Delirerkennung und bei der Umsetzung delirpräventiver Maßnahmen sind daher von höchster klinischer Relevanz.

In diesem „Forschungssymposium Delir“ möchte die AG Demenz und Delir aktuelle Aspekte zu Screening, Diagnostik und Prävention des Delirs beleuchten. Hierzu werden neue Studien zu Screeningtools und Biomarkern sowie zur Umsetzung und Wirksamkeit delirpräventiver Maßnahmen vorgestellt.

Geplante Vorträge:

- Die „Single Question in Delirium“ als Tools zur Verbesserung der Delirerkennung bei älteren Menschen im Krankenhaus (Johannes Trabert)
- Biomarker des Delirs (Christine von Arnim)
- Umsetzung delirpräventiver Maßnahmen im klinischen Alltag – Ergebnisse einer Umfrage in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen

S326-1

Neues zum Screening: Daten zur Single Question in Delirium bei geriatrischen Patienten

J. Trabert; S. Schütze

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

Hintergrund: Das Delir ist gerade bei älteren Patienten mit erheblichen Komplikationen verbunden, wird aber dennoch häufig übersehen. Dies liegt unter anderem an fehlendem Wissen oder fehlender Anwendung validierter Screening-Tools. Die Single Question in Delirium (SQiD) könnte mit der einfachen Frage „Ist Ihr Angehöriger zur Zeit verwirrt als vor dem Krankenhausaufenthalt?“ eine einfache Möglichkeit zum Screening bieten, wurde bisher aber kaum bei geriatrischen Patienten untersucht. Voraussetzung für die Durchführung sind Angehörige die die Patienten in den letzten Wochen gesehen haben.

Methodik und Ergebnisse: aktuelle Studien zur SQiD aus unserer Abteilung werden im Kontext bisheriger Studien präsentiert.

Zusammenfassung: die SQiD ist ein sehr einfaches und zeitökonomisches Screeninginstrument, hat aber Limitationen.

S326-2 Neue Erkenntnisse zur Pathophysiologie und Biomarkerforschung des Delirs

C. von Arnim

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

Ein Delir stellt eine häufige und schwerwiegende Komplikation bei hospitalisierten älteren Patienten dar, insbesondere postoperativ (POD) oder im Kontext von Infektionen. Trotz seiner klinischen Relevanz sind die zugrundeliegenden Pathomechanismen nur unzureichend verstanden. Aktuelle Hypothesen postulieren eine multifaktorielle Genese, bei der Neurotransmitterdysbalancen, metabolische Störungen und inflammatorische Prozesse zu neuronalen Netzwerkstörungen führen.

Neben prädisponierenden Faktoren (z. B. kognitive Einschränkungen) spielen auslösende Trigger wie Inflammation oder Stressreaktionen eine zentrale Rolle. Obwohl Risiko-Screenings klinische Faktoren nutzen, bleibt die individuelle Vorhersage unzuverlässig. Blutbasierte Biomarker könnten hier eine präzisere Risikostratifizierung ermöglichen und gleichzeitig Einblicke in pathophysiologische Mechanismen liefern.

Aktuelle Studien evaluieren Biomarker für POD-Risiko, darunter Marker für oxidativen Stress, Neurogenese, axonale Schäden (z. B. Neurofilament light), Neurogliaverletzungen/Ischämie (S100B, GFAP) sowie Entzündungsmediatoren (IL-6, CRP). In der PAWEL-Studie untersuchten wir den Zusammenhang zwischen obstruktiver Schlafapnoe (OSA), S100B und NSE im Serum und POD. Überraschenderweise zeigte sich ein Trend zu reduzierter POD-Inzidenz bei erhöhtem OSA-Risiko, was auf komplexe Interaktionen zwischen intermittierender Hypoxie und zerebraler Resilienz hindeutet. Ergänzend wurden in der FINDERI-Studie Biomaterialproben von > 500 herzchirurgischen Patient*innen gesammelt, um die translationale Delirforschung systematisch zu erweitern.

Trotz vielversprechender Ansätze erreichen einzelne Biomarker bisher keine ausreichende prädiktive Validität, sodass ihr klinischer Nutzen zur POD-Prävention oder Risikoidentifikation derzeit limitiert bleibt. Eine Kombination aus klinischen Scores und multimodalen Biomarkerpaneln könnte zukünftig den Einsatz in der klinischen Praxis verbessern.

Das Symposium beleuchtet die aktuelle Relevanz und mögliche pathophysiologische Implikationen. Es ist zukünftig erforderlich, Biomarker-Forschung zu betreiben, die auf eine frühzeitige Diagnose, eine personalisierte Behandlung und die Entwicklung neuer therapeutischer Strategien zur wirksamen Behandlung von Delirien abzielt. Die Integration großer Kohorten und maschineller Lernverfahren könnte hier entscheidende Fortschritte ermöglichen.

S326-4 Elektrophysiologische Biomarker zur Prädiktion des Post-Stroke Delirs: Evidenz für frühe Netzwerkstörungen

A. Mengel

Abt. Neurologie mit Schwerpunkt neurovaskuläre Erkrankungen, Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen

Das Post-Stroke Delir (PSD) ist mit einer Inzidenz von bis zu 40% eine der häufigsten und prognostisch bedeutsamsten Komplikationen nach Schlaganfall. Trotz der hohen Relevanz ist die zugrunde liegende Pathophysiologie nur unzureichend verstanden. Aufbauend auf dem Konzept der Netzwerkstörung als zentrales Merkmal von Delir haben wir in zwei prospektiven Studien elektrophysiologische Biomarker für die frühzeitige Identifikation von PSD untersucht.

Mittels transkranieller Magnetstimulation kombiniert mit EEG (TMS-EEG) konnten wir zeigen, dass Patienten, die innerhalb von 48 Stunden nach Schlaganfall eine signifikant reduzierte Netzwerkkomplexität aufwiesen – gemessen durch den Perturbational Complexity Index (PCIst) –, ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung und Dauer eines Delirs hatten.

Diese Veränderungen traten unabhängig von Infarktlokalisierung und klinischer Schwere auf und waren konsistent über verschiedene Hirnareale hinweg nachweisbar.

Zusätzlich konnten wir in einer multizentrischen EEG-Studie belegen, dass gestörte Hirnnetzwerkdynamik ein zentrales Merkmal des Delirs unabhängig von der Ätiologie darstellt. Unsere Daten liefern somit klinische Evidenz dafür, dass PSD keine reine Folge sekundärer Faktoren ist, sondern Ausdruck eines früh einsetzenden systemischen Netzwerkversagens. Die Identifikation elektrophysiologischer Risikomarker eröffnet neue Perspektiven für eine individualisierte Risikostratifizierung und für präventive neurostimulationbasierte Therapiestrategien. Zukünftige Arbeiten werden die Übertragbarkeit dieser Befunde auf postoperative und altersspezifische Delirformen untersuchen, um gemeinsame Mechanismen zu definieren und gezielte Interventionen zu entwickeln.

S331 Delir: Vieles ist neu! – Evidenz-to-go aus der S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter

Moderation: C. von Arnim; C. Leinert

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; Institut für Geriatrie Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Das Delir im höheren Lebensalter stellt eines der wichtigsten geriatrischen Syndrome dar und tritt nahezu in jedem Behandlungsetting auf. Es geht nicht nur mit einer erhöhten Mortalität, Institutionalisierung sowie kognitivem und funktionellem Abbau einher, sondern ist darüber hinaus überaus belastend für Betroffene, Angehörige und Mitarbeitende des Gesundheitswesens. In der neuen S3-Leitlinie der AWMF aus 2025 „Delir im höheren Lebensalter – Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zur Delir-Prävention, -Diagnostik und -Therapie beim alten Menschen“ wird die aktuelle Evidenz zum Thema zusammengetragen und kritisch bewertet.

In dem Highlight-Symposium berichten 4 Expert:innen aus dem Leitlinien Komitee von den Herausforderungen und Besonderheiten verschiedener Behandlungsettings und greifen dabei die aktuellen Empfehlungen der S3-Leitlinie auf.

Unter dem Titel „*Delirium at the front door*“ wird neben der Evidenz eines Screenings bei Aufnahme in die Klinik im Allgemeinen auf einzelne Screeningverfahren und deren Praktikabilität eingegangen. Auch Delir-Prävention beginnt in der Notaufnahme. Hierzu bedarf es Maßnahmenbündel, die im Symposium evidenzbasiert aufgearbeitet werden. Der differentialdiagnostischen Frage „*What is it? – DDD Delir, Demenz, Depression?*“ sowie den speziellen Aspekten des Delirs im Setting Alterspsychiatrie widmet sich der zweite Vortrag des Symposiums. Nachfolgend wird unter dem Titel „*Herzchirurgie – Delirium extreme?*“ ein besonders delirogenes Setting dargestellt und u. a. von spezifischen perioperativen Delir-Risikofaktoren, postoperativem Delir-Screening, multimodaler Delir-Prävention, Delir-Management auf der herzchirurgischen Intensiv- und Normalstation sowie Nachsorgeaspekten in einer Post-Delir-Ambulanz berichtet. Im letzten Teil des Symposiums wird unter dem Titel „*Getting it started and stay on track – Nicht-pharmakologisches Delir-Management*“ diskutiert, wie effektive Präventions- und Behandlungsstrategien im Gesamtsetting Krankenhaus implementiert und anhaltend betrieben werden können. Profitieren Sie von den fundierten Darstellungen aus den persönlichen Schwerpunktbereichen unserer Expert:innen und nehmen Sie den neuesten State-of-the-art zum Thema Delir als Evidenz-to-go mit auf den Nachhauseweg!

S331-1 Setting Notaufnahme – „Delirium at the front door“

K. Singler

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

Das Delir birgt in der notfallmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten zusätzliche Herausforderungen mit sich und gilt als ein prognostisch relevanter Parameter.

Aktuelle Kennzahlenauswertung auf Basis des DIVI-Notaufnahmeprotokolls zeigen, dass circa 30 % aller Patienten älter als 65 Jahre in der Notaufnahme ein Delir haben. Diese Angaben decken sich mit wissenschaftlichen Literaturangaben.

In der neuen S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ wird explizit auf diese Patientengruppe eingegangen und praxisnah das Management beschrieben.

Bereits die Identifizierung eines Delirs ist im Setting der Notaufnahme mit zusätzlichen Hürden verbunden, da oftmals der kognitive Ausgangszustand, der zu Behandelnden unbekannt ist. Die Leitlinie gibt Vorschläge möglicher Screening-Instrumente, geht auf mögliche Delir-Ursachen mit konsekutiver notfallmedizinischer Diagnostik ein und gibt eine Auswahl an auch in der Notaufnahme anwendbarer nicht medizinischer Therapiemaßnahmen.

So ermöglicht die Leitlinie im deutschsprachigen Raum erstmalig dem Anwender einen evidenzbasierten und trotzdem praxisorientierten Ansatz für das Delirmanagement geriatrischer Patienten in der Notaufnahme.

S331-2 Setting Alterspsychiatrie – „What is it? – DDD Delir, Demenz, Depression?“

S. Kreisel

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bielefeld, Bielefeld

Das Delir gilt als das prototypische altersmedizinische Syndrom an der Schnittstelle von Somatik und Psychiatrie und steht daher im besonderen Fokus der Gerontopsychiatrie, der somatischsten aller psychiatrischen Disziplinen. Die stationäre Gerontopsychiatrie ist ein integraler Bestandteil eines erfolgreichen Delir-Managements, sowohl durch ihre konsiliarische Tätigkeit als auch durch die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur, insbesondere bei expansiven Verlaufsformen des Syndroms.

Die Expertise der Gerontopsychiatrie als das altersmedizinische „Kopffach“ kommt in besonderer Weise bei zwei weiteren Komponenten des Delir-Managements zu tragen, zu denen hier vorgetragen wird. Zum einen die Frage der Differentialdiagnose, insbesondere in Bezug auf die ja auch als Risikofaktor bestehenden Demenzerkrankungen. Zum anderen die Delirprävention: Vieles, was state of the art in der nicht-pharmakologischen Delirprävention in der Somatik ist, gehört in der psychiatrischen Regelbehandlung zum lang etablierten Alltag.

Inhalte der S3-Leitlinie werden zu diesen Punkten im Besonderen diskutiert.

S331-3 Herzchirurgie – Delirium extreme?

M. Sadlonova

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

Im Jahr 2050 werden voraussichtlich 22,7 Millionen Menschen in Deutschland 65 Jahre oder älter sein. Im Rahmen dieses soziodemographischen Wandels werden insbesondere degenerative Herz-Kreislaufkrankungen,

wie die koronare Herzkrankheit bzw. die Aortenklappenstenose mit Indikation zum herzchirurgischen Eingriff (z. B. aortokoronare Bypassoperation bzw. Aortenklappenersatz), an Inzidenz zunehmen. Bei älteren, oft polymorbiden und gebrechlichen Patient*innen ist das Auftreten eines postoperativen Delirs (POD) eine häufige Komplikation im Rahmen eines herzchirurgischen Eingriffs. Die Inzidenz von POD bei älteren Patient*innen ab 70 Jahren, die sich einer Herzoperation unterziehen, kann bis zu 55 % betragen. POD geht mit einer erhöhten Morbidität, Mortalität, (Re-)Hospitalisierung sowie kognitiven Dysfunktion bis hin zur akzelerierten Demenz einher. Des Weiteren zeigen Patient*innen nach einem produktiven POD (mit Symptomen, wie z. B. Agitiertheit, wahnhafte Verknennung der Situation, Desorientiertheit, optische Halluzinationen) ein deutlich erhöhtes Risiko nicht nur für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung, sondern auch einer Depression und Angstsymptomatik. Die klinische Manifestation und Schwere der deliranten Symptome im herzchirurgischen Kontext verdient oft die Bezeichnung *delirium extreme*. Insbesondere in den ersten Tagen nach einer Herzoperation können sich Patient*innen mit Delir-Symptomen wie z. B. Desorientiertheit, Agitiertheit bzw. optischen Halluzinationen durch die Manipulation an den zahlreichen Zugängen (z. B. Drainagen, Herzdraht mit externem Herzschrittmacher, zentralvenösem Katheter) erheblich selbst gefährden. Zudem können die Symptome eines hypoaktiven POD die Adhärenz zur Mobilisierung bzw. Atemtherapie negativ beeinflussen und die Entwicklung einer Pneumonie oder anderer Komplikationen begünstigen. In diesem Vortrag widmet sich die Vortragende den spezifischen präzipitierenden und behandlungsassoziierten POD-Risikofaktoren sowie Maßnahmen einer perioperativen nicht-medikamentösen Delir-Prävention im herzchirurgischen Setting. Zudem bietet der Vortrag einen Überblick der medikamentösen Maßnahmen i. S. eines symptomatischen Delir-Managements auf der chirurgischen Intensivstation sowie den Normalstationen mit besonderem Fokus auf geriatrische, aber auch kardiovaskuläre Aspekte. Abschließend wird der Vortrag das Thema der geriatrischen und psychosomatischen Nachsorge von herzchirurgischen Patient*innen mit einem POD umreißen.

S331-4 „Getting it started and stay on track“ – nicht-pharmakologisches Delir-Management

J. Spank

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart

Das Delir stellt auf Grund seiner komplexen Bedürfnis- und Bedarfslage, insbesondere bei Älteren, eine ernst zu nehmende Herausforderung im Gesundheitswesen dar. Patienten mit einem Delir stellen eine Notfallsituation dar und benötigen eine umgehende Behandlung, um Komplikationen wie einer erhöhten Sturzrate, Beschleunigung irreversibler kognitiver Abbauprozesse und einer erhöhten Letalität, entgegen zu wirken. Insbesondere nichtmedikamentöse und multikomponente Maßnahmen können die Delirinzidenz bei Älteren im Krankenhaus reduzieren. Mit der neuen S3-Leitlinie der AWMF „Delir im höheren Lebensalter“ werden die bestehenden Herausforderungen aufgenommen und mitunter Empfehlungen zu nichtmedikamentösen (Delirpräventiven-) Maßnahmen gegeben (PICO 4). Best-practice Beispiele wie das AKTIVER-Programm (Alltags- und Kognitionstraining- Interdisziplinäre Delirvermeidung) zeigen, wie die Umsetzung eines Delirmanagements in der Praxis nachhaltig gelingen kann.

Das innerhalb der multizentrischen PAWEL-Studie (Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität) entwickelte AKTIVER Programm konnte aufzeigen, dass durch die nichtmedikamentöse und multimodale Intervention AKTIVER u. a. die Delirrate um bis zu 40 % reduziert werden kann. Das Programm umfasst hierbei z. B. Module wie Orientierung, Mobilisierung, Aktivierung, Entspannung und Schlafförderung, Diagnostikbegleitung und Mahlzeitenbegleitung. Seit 2019 besteht AKTIVER am Klinikum Stuttgart in der Regelversorgung. So konnten bislang über 3700

Patienten ab 65 Jahren durch das zusätzliche AKTIVER-Team auf über 28 Stationen unterschiedlicher Fachrichtungen mitbetreut werden und von nichtmedikamentösen Interventionsbündeln profitieren. Durch einen Pflegekonsolidierdienst, welcher durch die einzelnen Stationen hinzugezogen werden kann, haben knapp 8000 Patienten eine ausführliche Anamnese zu z. B. Laborparametern, Medikation oder Biografie durch Pflegeexpertinnen erhalten mit entsprechenden Empfehlungen zur weiteren Therapie. Diese erfolgt im interprofessionellen Team in einem engen Austausch mit Ärzten, Pflegefachpersonal sowie Therapeuten. Das validierte AKTIVER-Programm bietet somit eine Chance für Krankenhäuser, systematisch Delirrisiken und Delire frühzeitig zu erkennen und entsprechende (präventive) Maßnahmen einzuleiten.

S332 Differentialdiagnostik und Therapie der Parkinson-Syndrome beim geriatrischen Patienten

Moderation: S. Schütze; M. Djukic

Medizinisch-Geriatrie Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.;
Geriatrische & Neurologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende,
Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Die Prävalenz von Parkinson-Krankheit und atypischen Parkinson-Syndromen steigt mit dem Alter steil an. Über 80 % der Erkrankten sind 70 Jahre und älter. Die Symptomatik, insbesondere die posturale Instabilität, wird verschlimmert durch im Alter häufige Begleiterkrankungen (v. a. Polyneuropathien, Sehstörungen, Erkrankungen des Innenohrs und Sarkopenie). Die Prävalenz der orthostatischen Hypotension steigt mit dem Lebensalter und wird häufig durch die Anti-Parkinson-Medikation und die medikamentöse Therapie der Begleiterkrankungen verschlimmert. Neuropsychiatrische Symptome wie Apathie, Depression und Angst können im Rahmen eines Parkinson-Syndroms auftreten, sind aber auch unabhängig davon im Alter häufig. Etwa 80 % der an einem Parkinson-Syndrom Erkrankten entwickeln im Verlauf eine Demenz. Dem Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine) liegt eine Störung des zerebralen Dopamin-Haushalts zugrunde, die häufig mit Anti-Parkinson-Medikamenten behandelt wird.

Die Diagnostik und adäquate Behandlung der Parkinson-Syndrome und des Restless-Legs-Syndroms im Alter stellen den Geriater vor vielfältige Herausforderungen. Das Symposium soll einen Beitrag zur besseren Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe leisten.

S332-1 Differentialdiagnostik der Parkinson-Syndrome im Alter

E. Yoshida-Stiksrud

Geriatrische & Neurologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Göttingen

Auch wenn die Parkinson-Krankheit die höchste Inzidenz aufweist (1 %) findet man in der Geriatrie Parkinson-Syndrome häufig. Die Lewy-Körper-Demenz ist mit einer Inzidenz von 0,4 % die zweithäufigste Ursache kognitiven Abbaus nach der Alzheimer-Krankheit. Vaskuläre zerebrale Schäden, die zu Parkinson-Symptomen führen können, nehmen mit dem Alter zu. Die Multi-System-Atrophie und die Progressive Supranukleäre Blickparese sind wichtige Differentialdiagnosen in der Geriatrie, die als Ursache von Stürzen, Gangstörungen, Dysphagien und kognitiven Störungen leicht übersehen werden. Klinische Zeichen richtig zu deuten, wird im klinischen Alltag helfen eine rationale und spezifische Diagnostik, eine sinnvolle medikamentöse Einstellung mit Levodopa und eine prognostische Einordnung und Organisation von Hilfsmitteln zu ermöglichen. Daher richtet dieser Vortrag das Augenmerk auf die „red flags“ der körperlichen Untersuchung und Anamnese bei V. a. „Parkinson“ in der Geriatrie sowie spezifische klinische Zeichen zur Differenzierung atypischer Parkinson-Syndrome.

S332-2 Pharmakokinetik und -dynamik der Anti-Parkinson-Medikamente

R. Nau

Geriatrische & Neurologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende,
Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Von allen Anti-Parkinson-Medikamenten haben Levodopa/Decarboxylase-Kombinationen die günstigste Wirkungs-/Nebenwirkungs-Relation. Während zu Beginn der Parkinson-Krankheit die Levodopa-Wirkung auch nach Abfall der Plasmaspiegel noch anhält, laufen im Spätstadium Plasmaspiegel und Wirkung parallel. Hieraus ergibt sich im Spätstadium der Parkinson-Krankheit die Herausforderung, die Plasmaspiegel stabil zu halten. Trotz fixer Kombination mit einem Decarboxylase-Inhibitor hat Levodopa eine kurze Eliminationshalbwertszeit ($t_{1/2}$) (ca. 1,8 h beim älteren Menschen). Lösliche Levodopa-Tabletten werden (auf- und nicht aufständig) rasch resorbiert, während Retard-Präparate langsam und nicht vollständig resorbiert werden. Mehrere Levodopa-Präparate eignen sich für die Gabe über Magensonde. Mit jejunaler oder subkutaner Infusionstherapie (morgendlicher Bolus, dann kontinuierliche Infusion) lassen sich gleichmäßige Levodopa-Spiegel während des gesamten Tages erreichen. Die Pharmakokinetik von Levodopa wird beeinflusst durch Essen (Fett und große neutrale Aminosäuren), hohes Alter, Geschlecht, geringes Körpergewicht und verlangsamte Magenentleerung bzw. Darmatonie. Durch Zugabe von einem Catechol-O-Methyl-Transferase (COMT)- bzw. einem Monoaminoxidase (MAO) B-Hemmer lässt sich die $t_{1/2}$ von Levodopa verlängern. Die COMT-Inhibitoren Entacapon und Opicapon penetrieren kaum ins ZNS, erhöhen die Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve (AUC) und verlängern $t_{1/2}$ von Levodopa im Plasma. Entacapon wird aufgrund seiner kurzen $t_{1/2}$ von ca. 2,5 h gleichzeitig mit Levodopa gegeben. Kombinationspräparate mit Levodopa (+ Decarboxylase-Inhibitor) vereinfachen die Therapie. Opicapon hat mit 1,0–1,4 h ebenfalls eine kurze $t_{1/2}$ im Plasma. Der Opicapon-COMT-Komplex ist lange stabil, so dass nach 24 h die COMT-Aktivität noch um ca. 65 % reduziert ist. Opicapon 50 mg wird daher einmal täglich eingenommen.

MAO B-Hemmer wirken im Plasma und im ZNS. Die orale Bioverfügbarkeit von Rasagilin ist etwa 35 %, die $t_{1/2}$ beträgt im Steady State etwa 3 h. Rasagilin wird vorwiegend hepatisch eliminiert. Als irreversibler MAO B-Hemmer wird es 1 × tgl. dosiert. Der Dopamin-Agonisten Pramipexol hat eine $t_{1/2}$ ca. 12 h bei Älteren mit normaler Nierenfunktion. Da es fast ausschließlich renal eliminiert wird, steigt seine $t_{1/2}$ bei Patienten mit mäßigen bis schweren Nierenfunktionsstörungen auf ca. 36 h an. Es wird als Retardpräparat 1 × täglich verordnet werden, während Ropinirol ($t_{1/2}$ ca. 6 h) 3 × täglich appliziert wird. Das transdermal verabreichte Rotigotin hat eine $t_{1/2}$ von 2–3 h. Der Glutamat-Antagonist Amantadin steht für die orale und intravenöse Therapie zur Verfügung. Er wird fast vollständig renal eliminiert, hat eine geringe therapeutische Breite und kumuliert bei Niereninsuffizienz. Aufgrund zahlreicher Nebenwirkungen und Medikamenten-Interaktionen müssen Amantadin, Dopamin-Agonisten und auch MAO B-Hemmer beim geriatrischen Patienten vermieden bzw. mit Vorsicht angewendet werden.

S332-3 Therapie der Parkinson-Krankheit bei geriatrischen Patienten – ein interprofessioneller Ansatz

O. Ismayilov; S. Schütze

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

Die Parkinson-Krankheit stellt im höheren Lebensalter eine zunehmende Herausforderung dar. Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt auch die Zahl der älteren Menschen mit Morbus Parkinson kontinuierlich zu. Neben den motorischen Symptomen wie Tremor, Rigor und Bradykinese sollten auch die nicht-motorischen Symptome – darunter kognitive Be-

einrächtigungen, Depressionen, autonome Dysfunktionen und Schlafstörungen – erkannt und gezielt behandelt werden, da sie wesentlich zur Krankheitslast beitragen und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.

Die Auswahl und Anpassung der Medikation erfordert bei älteren Patienten besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit. Nebenwirkungen wie Delir oder orthostatische Hypotonie treten im höheren Alter häufiger auf und können zu erheblichen Komplikationen führen. Zusätzlich erhöht eine häufig bestehende Polymedikation das Risiko für Wechselwirkungen und erfordert eine regelmäßige Überwachung der Therapie.

Die Therapie geriatrischer Parkinson-Patienten erfordert einen multimodalen Ansatz. Neben der medikamentösen Behandlung spielen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie eine zentrale Rolle.

Altersbedingte Komorbiditäten, kognitive Einschränkungen und ein erhöhtes Sturzrisiko müssen bei der Therapieplanung beachtet werden. Ziel ist es, Lebensqualität, Selbstständigkeit und Mobilität der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten und zu fördern.

Ziel dieses Vortrags ist es, die Besonderheiten der Parkinson-Therapie im höheren Lebensalter darzustellen und praxisnahe Ansätze für die interprofessionellere Versorgung zu vermitteln.

S332-4

Differentialdiagnostik und Therapie des Normaldruck-Hydrozephalus beim geriatrischen Patienten

M. Djukic

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

Die Erkrankung des Normaldruckhydrozephalus (NPH) ist aufgrund ihrer variablen Ausprägung, ihrer hohen Therapierelevanz und der nicht einheitlichen Datenlage prädestiniert für einen Vortrag.

Die typische klinische Trias (vorhanden bei 48 % der Patienten) besteht aus Gangstörung (nahe 100 %), kognitiven Defiziten (bis zu 100 %) und Harninkontinenz (45–90 %). Aufgrund der Einfachheit und Komplikationsarmut sollte der Liquorablassversuch (Spinal-Tap-Test, einmalige/wiederholte Liquorpunktion und Entnahme von 30–50 ml Liquor) als diagnostischer Standardtest durchgeführt werden. Die Liquoruntersuchung dient zusätzlich zum Ausschluss entzündlicher Ursachen, zur Differenzialdiagnose gegenüber dem Morbus Alzheimer und kann ggf. ergänzend zur lumbalen Druckmessung dienen.

Patienten mit gesichertem Normaldruckhydrozephalus profitieren mehrheitlich von der Versorgung mit einem Shunt-System zur dauerhaften Liquorableitung.

Die größte Verbesserung der klinischen Symptomatik ist nach 24 bis 48 Stunden zu erwarten. Grundsätzlich ist ein positiver Effekt des Liquorablasses auf die Gangstörung und die Urininkontinenz, weniger aber auf die kognitiven Defizite zu erwarten.

Höheres Lebensalter vermindert nicht die Chance auf eine erfolgreiche Behandlung des Normaldruckhydrozephalus.

Der Vortrag erörtert die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Schritte in der Versorgung von Patienten mit NPH. Ergänzend werden wissenschaftliche Daten aus dem eigenen Studienkollektiv präsentiert.

S332-5

Geriatrische Besonderheiten zur Diagnostik und Therapie des Restless-legs Syndroms

M. Brandt

Klinik für Neurologie und Geriatrie, Elblandklinikum Meißen, Meißen

Die Prävalenz des Restless-legs-Syndroms (RLS) nimmt mit steigendem Alter zu und liegt in der Gruppe der über 65-jährigen bei ca. 10 %. Damit handelt es sich um eine der häufigsten neurologischen Erkrankun-

gen älterer Menschen. Auf Grund der nächtlichen Akzentuierung des typischen unangenehmen Bewegungsdrangs der Beine, entsteht vor allem durch die resultierende Schlafstörung ein erheblicher Leidensdruck. Besonders im geriatrischen Bereich stellt das RLS eine unterschätzte Ursache für Schlafstörungen dar. Mit dem Wissen über die funktionelle Bedeutung des Schlafs für die Resilienz des Nervensystems, die kognitive Leistung und das kardiovaskuläre Risiko, kommt dem Erkennen und der Behandlung des RLS vor allem im höheren Lebensalter eine entscheidende Rolle zu. Ätiologisch spielen bei dieser Patientengruppe insbesondere Komorbiditäten und begleitende Medikation eine wesentliche Rolle, die oft eine diagnostische und therapeutische Herausforderung darstellen. Nicht selten kann auf Grund kognitiver Defizite die Anamnese nur bedingt zur differentialdiagnostischen Klärung beitragen und allgemeine Therapieempfehlungen im geriatrischen Kontext nur eingeschränkt angewendet werden. Eine interdisziplinäre, individuell angepasste Behandlung unter Berücksichtigung kognitiver und funktioneller Ressourcen ist daher unerlässlich. Der Vortrag soll einen Überblick geben, über den diagnostischen Algorithmus unter besonderer Berücksichtigung der Geriatrie-typischen Multimorbidität und Polypharmazie sowie den aktuellen Empfehlungen zu ursächlichen und symptomatischen Therapieansätzen.

S333 Journal Club des Wissenschaftsforums Geriatrie: Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres

S333

Journal Club des Wissenschaftsforums Geriatrie: Mein wichtigstes Paper des letzten Jahres

Moderation: P. Benzinger

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Sechs Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftler mit unterschiedlichen klinischen Schwerpunkten stellen jeweils kurz die für sie wichtigste wissenschaftliche Veröffentlichung des letzten Jahres vor. Für die Zuhörernden ergibt sich damit die Möglichkeit eines wissenschaftlichen Updates.

- S. Sommer
Fachbereich Pflege-, Hebammen-, und Therapiewissenschaften, Standort Gesundheitscampus, Hochschule Bochum, Bochum;
- S. Grund
Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg;
- M. Drey
Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München;
- C. Friedrich
Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum OWL – Campus Lippe, Lemgo;
- J. Kellner
Geriatrie, Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale);
- M. Bongartz
Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg;

S334 Freie Beiträge

S334-1

Advance Care Planning in der Akutgeriatrie: Bedarf und Herausforderungen aus Patient*innen- und Angehörigenperspektive – eine qualitative Studie

N. Berges; J. Schäning; T. Prell

Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale)

Hintergrund: Multimorbidität und Frailty erhöhen das Risiko für Krankenhausaufenthalte, Stürze und Sterblichkeit erheblich. Zeitgleich sind geriatrische Patient*innen oft unzureichend in Therapieentscheidungen eingebunden. *Advance Care Planning (ACP)* kann dazu beitragen, Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie Behandlungen entgegen dem Patient*innenwillen zu vermeiden. Das akutgeriatrische Setting stellt einen möglichen Zeitpunkt für ACP-Gesprächsprozesse dar. Eine breite Implementierung erfordert jedoch eine detaillierte Analyse der individuellen Bedürfnisse geriatrischer Patient*innen.

Methoden: Qualitative, semi-strukturierte Interviews mit Patient*innen und Angehörigen im akutgeriatrischen Setting. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv kategorisiert.

Ergebnisse: In 18 Interviews (Patient*innen: $n = 15$; Angehörige: $n = 3$; Alter MW 80,2 Jahre, SD 6,7; Versorgungssituation: eigene Häuslichkeit 83 %, Betreutes Wohnen 11 %, Pflegeheim 6 %) zeigten sich erhebliche Defizite im Verständnis von Patient*innenverfügungen (PV) sowie Unsicherheiten bezüglich ihrer Tragweite und rechtlichen Konsequenzen. Inhalte vorhandener PV können oft nicht wiedergegeben werden oder wurden seit ihrer Erstellung nicht aktualisiert. Zukünftige Therapieentscheidungen werden häufig an Zugehörige oder das Gesundheitssystem delegiert, ohne individuelle Wünsche klar zu kommunizieren. Diese Problematik wird durch gesellschaftliche Tabuisierung, mangelnde familiäre Kommunikationsbereitschaft und negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem – insbesondere Defizite in der partizipativen Entscheidungsfindung – verstärkt. Ein wesentliches Hindernis stellte zudem ein ausgeprägtes Wissensdefizit in Bezug auf Behandlungsabläufe und Konsequenzen lebensverlängernder Maßnahmen sowie medizinische Prognosen dar, was zu erheblicher Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung über die Inanspruchnahme lebensverlängernder Therapien führte. Insgesamt zeigte sich ein ausgeprägtes Misstrauen und Resignation gegenüber dem Gesundheitssystem, das Zweifel an der Berücksichtigung des eigenen Behandlungswillens hervorruft. Zentrale Anliegen in Bezug auf zukünftige Therapiezielfindung sind die Wiederherstellung der Selbstständigkeit, die ausgeprägte Angst vor Pflegeabhängigkeit sowie der Wunsch nach einer symptomlindernden Sterbebegleitung.

Schlussfolgerung: Viele Patient*innen verstehen den Zweck und Vorteile von ACP nicht vollständig, was ihr Engagement verringern kann. Insgesamt besteht trotz Barrieren ein hoher Bedarf an strukturierten ACP-Gesprächen in der Akutgeriatrie. Für eine erfolgreiche Implementierung sind förderliche und hinderliche Faktoren, ausreichende Zeitressourcen und qualifiziertes Personal entscheidend.

S334-2

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß 115 g SGB V: Konzeption stationär-geriatrischer Versorgungsleistungen aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie der Medizinischen Dienste

M. Meinck; F. Ernst

Kompetenz-Centrum Geriatrie, MDK Nord, Hamburg

Hintergrund: Mit dem KHVVG wurde im Jahre 2024 mit dem neuen § 115 g SGB V die Möglichkeit zur Etablierung Sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SüV) geschaffen. Diese müssen als Standorte von Krankenhäusern mindestens stationäre Leistungen aus den Bereichen Innere Medizin und Geriatrie erbringen. Der Beitrag bestimmt geeignete geriatrische Krankenhausbehandlungen von SüV und benennt die hierfür zu erfüllenden einrichtungsseitigen Anforderungen.

Methodik: Anhand von Katalogen ambulant-sensitiver Leistungen und von Krankenhausabrechnungsdaten (Hauptdiagnose- und Prozedurencodes geriatrischer Fachabteilungen des Jahres 2023) wurden geeignete geriatrische Indikationen für SüV bestimmt und hierzu angemessene Struktur- und Prozessanforderungen abgeleitet Hierbei wurden die Ebenen Mindest- und Optionsleistungen unterschieden.

Ergebnisse: Geriatrische Mindestleistungen einer SüV sollten im Kern internistisch-geriatrische Akutbehandlungen sein, die hinsichtlich Diagnostik und Kuration nur geringe strukturelle Vorhaltungen erfordern und damit nicht über die Anforderungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin hinausgehen. Es wurden 29 ambulant-sensitive Diagnosegruppen und 50 weitere geriatritypische dreistellige HD geriatrischer Fachabteilungen als Behandlungsanlässe identifiziert. Die Diagnosen umfassen im Kern chronische Erkrankungen, Infektionskrankheiten, geriatritypische Merkmalskomplexe und weitere Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems (z.B. Arthrose, Osteoporose, Arthritis, sonstige Muskelerkrankungen). Bei den 84 identifizierten endständigen Prozeduren handelt es sich neben diagnostischen Verfahren (konventionelles Röntgen, Sonographie, Labor) im Kern um ausgewählte Verbände, Komplexbehandlungen, Wunddebridements, Spülungen, Punktionen und psychosoziale Interventionen. Im Vordergrund stehen internistische oder allgemeinmedizinische Basisqualifikationen für Diagnostik und Behandlung. Darüber hinaus muss die Einbindung geriatrischer Kompetenz mindestens telemedizinisch erfolgen. Neben Pflege sollte die SüV zudem mindestens über den Therapiebereich Physiotherapie und einen Sozialdienst verfügen. Die Gewährleistung geriatrischer Kompetenz vor Ort erscheint darüber hinaus erst für weitere optionale geriatrische Leistungen einer SüV notwendig. Bei zusätzlicher Vorhaltung weiterer Therapiebereiche wie Ergotherapie, Logopädie und Neuro-/Psychologie) wäre dann die Durchführung geriatrischer Komplexleistungen möglich. Die in der Geriatrie etablierte multiprofessionelle Arbeitsweise mit regelmäßigen Teambesprechungen wäre zu etablieren. Aus fachgeriatrischer Sicht wären zudem palliativmedizinische Behandlungen mindestens als Konsil eines externen Palliativdienstes eine weitere sinnvolle optionale Leistung von SüV.

Schlussfolgerungen: Dieses zweistufige geriatrische Konzept könnte die breite Etablierung von SüV an nicht bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorten ermöglichen und zur Entlastung spezialisierter Klinikstandorte beitragen.

S334-3

Effekt des Orexinantagonisten Daridorexant auf die Dauer eines Delirs bei älteren Klinikpatienten

C. Beyersdorf; C. Stenmanns; H. L. Möllmann; H. Frohnhofen

Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Das Delirium ist ein zunehmend häufiger auftretendes neuropsychiatrisches Syndrom mit erheblichen negativen Konsequenzen für den Betroffenen. Die wesentliche Interventionsmaßnahme ist die Prävention. Für die pharmakologische Behandlung eines eingetretenen Delirs ist die Datenlage sehr heterogen. Erste Mitteilungen lassen aber vermuten, dass die neuen Orexinantagonisten einen günstigen Einfluss auf den Verlauf eines Delirs haben.

Methodik: Wir analysierten retrospektiv die Maßnahmen, die bei Patienten der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf mit einem akuten Delir in der Zeit von Januar 2023 bis Dezember 2024 durchgeführt wurden. Alle Patienten waren Teilnehmer einer Studie zur Erfassung der Inzidenz eines Delirs. Die jeweilige Behandlung des Delirs war den behandelnden Ärzten freigestellt.

Ergebnisse: Die Daten von 135 Patienten mit einem Delir konnten analysiert werden. Das mediane Alter der Patienten betrug 87 (IQR 82–90) Jahre, die Dauer des Delirs 4 (IQR 2–7) Tage. Die Einteilung erfolgte in die drei Behandlungsgruppen a. Allgemeinmaßnahmen ($N=63$), b. Neuroleptika ($N=33$) und c. Daridorexant ($N=39$). Die drei Gruppen unterschieden sich nicht in ihren anthropometrischen oder medizinischen Parametern. Die Delirdauer betrug in den Gruppen a 5 (IQR 3–8), b 7 (IQR 4–9) und c 2 (IQR 1–2) Tage.

In einer Regressionsanalyse mit Einschluss der Parameter Alter, Komorbiditäten, Frailty und Medikation war nur die Behandlung mit Daridorexant mit einer signifikant kürzeren Delirdauer assoziiert (OR 0,037 95 % CI: 0,011–0,120, $p < 0,001$).

Schlussfolgerung: Der Orexinantagonist Daridorexant führte bei Patienten mit einem Delir zu einer signifikant kürzeren Dauer des Delirs verglichen mit der alleinigen Durchführung von Allgemeinmaßnahmen oder der Verabreichung von Neuroleptika. Eine prospektive, randomisierte Interventionsstudie ist zur Sicherung eines kausalen Zusammenhanges erforderlich.

S334-4

Gestaltung und Effektivität von Arzneimitteltherapiesicherheitsmaßnahmen bei älteren Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen – ein systematischer Review mit partizipativen Elementen

V. Jungreithmayr; A. Eidam; T. Terstegen; S. Rastätter; J. M. Bauer; P. Benzinger; H. Seidling

Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Innere Medizin VI, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; Geriatriisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die selbstständige Durchführung der Arzneimitteltherapie stellt für viele ältere Patient:innen eine Herausforderung dar. Zur erfolgreichen medikamentösen Therapie gehören auch das Planen, Organisieren und Anwenden von Arzneimitteln – Fähigkeiten, die insbesondere bei kognitiver Beeinträchtigung eingeschränkt sind. Ziel dieses vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojektes ist es, Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für ältere Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Literatur zu identifizieren, ihre Effektivität aufzuzeigen und ihre Relevanz für dieses spezifische Patient:innenkollektiv bzw. ihre pflegenden An- und Zugehörigen zu beurteilen.

Methodik: Zur Beantwortung der Fragestellungen führen wir einen systematischen Review mit partizipativen Elementen durch. Als partizipative Elemente finden drei Treffen eines interdisziplinären Projektbeirates bestehend aus methodischen und fachlichen Expert:innen sowie zwei Fokusgruppen-Diskussionen mit betroffenen An- und Zugehörigen bzw. Pflegekräften von älteren Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen statt. Der Projektbeirat berät die Erstellung des systematischen Reviews im Hinblick auf die Definition der Suchstrategie, die Ausgestaltung der Extraktionstabelle und die Interpretation der Ergebnisse. Die ersten Fokusgruppen-Diskussionen informieren die Erstellung der Suchstrategie im Hinblick auf erlebte Schwierigkeiten in der Durchführung der Arzneimitteltherapie. In einem nächsten Schritt erfolgt in den Fokusgruppen-Diskussionen die Bewertung der Relevanz der in der Literatur identifizierten AMTS-Maßnahmen.

Ergebnisse: Die partizipativen Elemente führten zur Adaption der vorläufigen Suchstrategie sowohl in Bezug auf die zur Verfeinerung angewendeten Methoden als auch durch das Hinzufügen von Stich- und Schlagworten, die von in den Fokusgruppen-Diskussionen angesprochenen Themen abgeleitet wurden. Insgesamt wurden mit der am 24.01.2025 durchgeführten Suche 16.018 Treffer aus 5 Datenbanken (Embase, PubMed, CINAHL, CENTRAL und PsycINFO) gefunden. Davon wurden 5051 automatisch als Duplikate erkannt und entfernt. Es wird mit rund 500 zu screenenden Volltexten gerechnet.

Zusammenfassung: Dieses noch andauernde Projekt wird Aufschluss über bereits etablierte und effektive AMTS-Maßnahmen für ältere Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen bringen. Die partizipative Gestaltung dieses systematischen Reviews erlaubt es, für diese Patient:innen relevante Schlussfolgerungen aus der Literatur zu ziehen.

S334-5

Umsetzung eines Demenz- und Delirmanagements im klinischen Alltag – Ergebnisse einer Umfrage in Krankenhäusern Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens

J. Köbcke; C. Bäcker¹; O. Lux²

Geriatric, Bonifatius Hospital Lingen, Lingen; ¹Geriatric, St. Marien-Hospital Vreden, Klinikum Westmünsterland, Vreden; ²Pflegedirektion, St. Marien-Krankenhaus Ahaus und St. Marien Hospital Vreden, Ahaus

Der Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West e.V. geht der Frage nach, wie sich demenzsensible Krankenhäuser definieren bzw. Krankenhäuser demenzsensibel gestaltet werden können. Patient:innen mit dementiellen Syndrom sind eine vulnerable Patientengruppe mit sehr hohem Risiko für die Entwicklung eines Delirs. Krankenhäuser erkennen zunehmend die Bedeutung, dass diese Patient:innen eine andere Betreuung im stationären Sektor benötigen als die klassische standardisierte, auf Effizienz ausgerichtete Arbeitsweise in Krankenhäusern. Viele Häuser weisen erste bis umfassende Strukturen auf, um auf die besonderen Bedürfnisse demenzerkrankter Patient:innen eingehen und um damit das Auftreten von Deliren reduzieren zu können. Der Begriff des „Demenzsensiblen Krankenhauses“ ist nicht geschützt und vielfältig einsetzbar. Die Vergleichbarkeit ist daher z.T. gering.

Die interprofessionelle Arbeitsgruppe „Demenzsensibles Krankenhaus“ des QV Nord-West hat sich das Ziel gesetzt, bereits etablierte Krankenhausesstrukturen und Maßnahmenprogramme in den Häusern in Umgang mit dementen Patient:innen sowohl quantitativ als auch qualitativ zu erfassen. In Anlehnung an den Praxis Leitfaden der Robert Bosch Stiftung zum Aufbau Demenz sensibler Krankenhäuser werden folgende Bereiche abgefragt: Wissensbildung der Mitarbeitenden, Strukturen im klinischen und therapeutischen Alltag, Umgang mit Krisensituationen, räumliche Anpassungen und transsakrale Zusammenarbeit¹.

Es soll der Versuch unternommen werden, eine Kategorisierung der bereits in den befragten Häusern angewendeten Maßnahmen zu erstellen und sie mit best practice Beispielen zu untermauern. Diese können die

Verantwortlichen unterstützen, ihr Krankenhaus demenzsensibel zu gestalten. Ebenfalls soll in diesem Vorgang ermittelt werden, ob und wie eine Demenzsensibilität einer Einrichtung messbar untermauert werden kann.

Literatur

1. Kirchen-Peters S, Kripp E (2019) Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart

S334 Freie Beiträge

S334-6

A.-S. Haas; T. Eckert; C.-P. Jansen; A.-L. Schubert¹; H.-W. Wahl²; C. Becker; J. M. Bauer

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ¹Abteilung für Analyse und Modellierung komplexer Daten, Psychologisches Institut, Johannes Gutenberg Universität Mainz, Mainz; ²Netzwerk Altersforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Der Einsatz sensorbasierter Technologien ermöglicht die Messung von Mobilität älterer Menschen unter Alltagsbedingungen. Der technisch und klinisch validierte Mobilise-D-Algorithmus, welcher bereits in verschiedenen klinischen Populationen angewendet wurde, wurde in einer Stichprobe gesunder älterer Erwachsener implementiert. Anhand umfassender Analyse von digitalen Mobilitätsmarkern ist es möglich normative Daten von älteren Menschen zu beschreiben. Damit können gesunde ältere Menschen und klinische Populationen unterschieden werden.

Ziel: Primäres Ziel ist die Beschreibung körperlicher Gangaktivität älterer gesunder Erwachsener über den Verlauf einer Woche. Weiterhin werden die Aktivitätsprofile von Frauen und Männern unterschiedlicher Altersgruppen beschrieben. Weitere Ziele sind die Aktivitätsprofile von Männern und Frauen unterschiedlicher Altersgruppen zu identifizieren.

Methoden: Basis der durchgeführten Analyse bildet die Studie SMART-AGE, welche ältere Erwachsene (Alter ≥ 67 Jahre) der Städte Mannheim und Heidelberg einschließt. Die körperliche Aktivität der Studienteilnehmer:innen (ST) wurde über den Zeitraum einer Woche mittels Axivity AX6 Sensoren erfasst. Die Analysen der Bewegungsdaten erfolgten mittels der MobGap-Pipeline. Es werden die Baseline-Daten vorgestellt.

Statistische Analysen: Zur Visualisierung der deskriptiven Ergebnisse werden Boxplots und Streudiagramme genutzt. Metrische Variablen werden mittels Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung kontrolliert.

Zu erwartende Ergebnisse: Es werden Daten zu folgenden Gangkategorien vorgestellt: Gehumfang, Gangtempo, Verteilung der Gangepisoden, Gehvariabilität und Rhythmus. Der Abschluss der Datenanalyse erfolgt bis Juli 2025. Die vorläufigen Datenanalysen zeigen, dass der überwiegende Teil der ST einen Umfang von über 8000 Schritten erreicht. Das Gehtempo der meisten ST liegt bei über 1 m pro Sekunde. Es wurden geringfügige, aber signifikante Unterschiede zwischen den Städten beobachtet. Die Gangaktivität in dieser Kohorte zeigte, dass Männer eine geringfügig höhere Gangaktivität aufweisen als Frauen.

S336 Videoforum Bewegungsstörung

S336

Videoforum Bewegungsstörungen

Moderation: M. Schnieder; J. Trabert

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; Medizinisch-Geriatrie Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a.M.

Nach dem erfolgreichen Start letztes Jahr in Kassel, soll es auch auf dieses Jahr wieder ein Videoforum Bewegungsstörungen von der AG Neurologie geben.

In der Reihe werden jeweils ein oder mehrere Videos zu einem klinischen Fall mit Bewegungsstörungen jeglicher Art vorgestellt und wissenschaftlich diskutiert. Wobei als Bewegungsstörungen nicht nur die extrapyramidalen Bewegungsstörungen im engeren Sinne gemeint sind, sondern auch jegliche Störungen des Ganges, der Okulomotorik, der pharyngealen Motorik oder auch Schwindel-Syndrome oder orthopädisch bedingte Gangstörungen. Kurz um, alle Bewegungsstörungen, die im geriatrischen Alltag vorkommen und uns immer wieder vor Herausforderungen stellen. Das Ziel des Forums ist die Darstellung von klinischen Beispielen, visuell aufgearbeitet und wissenschaftlich diskutiert.

Die Vorträge werden vom Publikum per Abstimmung bewertet und die besten Vorträge mit einem Preisgeld ausgezeichnet.

WS04 Workshop: Mundgesundheit in der Geriatrie – eine interprofessionelle Aufgabe

Moderation: A. Horn; E. Ludwig

FB Gesundheit – Münster School of Health, FH Münster – University of Applied Sciences, Münster; Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis, Ulm

Alte und gebrechliche Menschen haben heute viel mehr eigene Zähne oder tragen technisch aufwendigen Zahnersatz – zunehmend abgestützt auf Implantaten – im Mund. Daraus ergeben sich eine Vielzahl neuer Herausforderungen, um nicht nur die Mundgesundheit, sondern auch die allgemeine Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern.

Neben den Anforderungen an die pflegerische Versorgung betont der neue DNQP-Expertenstandard zur „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ die Bedeutung der Kooperation von Pflege & Zahnmedizin. Prof. Horn und Dr. Ludwig waren an der Entwicklung des Expertenstandards direkt beteiligt und haben in der Folge das interprofessionelle Workshop-Format „Pflege & Zahnmedizin im Dialog“ entwickelt. Den Teilnehmer:innen wird im interprofessionellen Austausch das Rüstzeug an die Hand gegeben, um als Multiplikator:innen die Mundgesundheit von Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf in den verschiedenen Settings (Pflege, Zahnarztpraxis, Aus- & Fortbildung) zu fördern. Im Rahmen des Kongresses werden Auszüge des Workshops vorgestellt.

Inhalte:

- Mundhöhle: Anatomie, Zahnersatz, Erkrankungen, Pflegemittel
- Zusammenhänge Mundgesundheit & allgemeine Gesundheit
- Assessment: Erkrankungen Mundhöhle, Probleme Zahnersatz, Mundhygienedefizite
- Schnittstellen Pflege & Zahnmedizin
- Herausforderndes Verhalten: Beziehungsgestaltung
- Pflegemittel & Anwendung im Setting der Pflege
- Kooperation Bethesda-Klinik Ulm/Zahnarzt

WS06 Workshop: 1,2 oder 3: Ernährungstherapie in der Geriatrie – vom Einsteiger zum Profi

Moderation: K. Häseler-Ouart

Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena

Fragestellung: Die Prävalenz der Ernährungsprobleme im Alter, vor allem die Mangelernährung, steigt, insbesondere im klinischen, stationären Setting, kontinuierlich. In diesem Zuge auch das Bewusstsein, auf diesem Gebiet therapeutisch aktiv zu werden. Oft stellt sich jedoch im klinischen Alltag das Problem, wie man von der Theorie und in welchen Schritten zur sinnvollen Therapie gelangt.

Methodik: Einleitend durch Fallbeispiele sollen gemeinsam in diesem Workshop Konzepte für Diagnostik, Therapieplanung, Kontrolle erstellt werden.

Ergebnisse: Am Anfang werden die unterschiedlichen Screening und Assessment Tools, deren Auswahl und Durchführung, sowie wichtige klinische Untersuchungsparameter erarbeitet und erläutert. Darauf baut sich die zielgerichtete, individuelle Therapieplanung. Schwerpunkt soll hier vor allem die Praxis mit Inhalten der Nährstoff- und Ernährungskunde sein. Begleitend wichtig in der Ernährungstherapie sind neben der klinischen Kontrolle vor allem aber auch Laborkontrolle: Welche Parameter, in welchen Umfang, zu welcher Zeit zu bestimmen gilt, welche Bedeutung und Konsequenzen man aus diesen zieht, solle ebenfalls erarbeitet werden.

Zusammenfassung: Dieser Workshop wird praxisnah, teilweise in Form von Quizfragen, ein praxisnaher Weg für „Einsteiger zum Profi“ mit dem Ziel der adäquaten Ernährungstherapie für geriatrische Patient:innen im klinischen Alltag erstellen. Wichtig soll hierbei vor allem die klinisch praktische Anwendung sein.

Beiträge:

Screening, Assessment: Wie erfasse ich Ernährungszustand?

Mirja Katrin Modreker, Engelskirchen

Ernährungstherapie in der Praxis: wieviel ist viel? Wovon?

Beatrice Heck, Freiburg

Laborkontrollen unter Ernährungstherapie: Welche brauche ich wirklich?

Rolf Schaefer, Bergisch-Gladbach

Poster

P01

Der spannende Bewohner; Chorea Huntington ethisch betrachtet. Die ethische Fallbesprechung

J. Mattenklotz

caricampus Soest, Soest

Ein Fall aus der Praxis und für die Praxis. Ein junger Betroffener mit der Diagnose Chorea Huntington wird in einem Heim der Altenhilfe aufgenommen. Der Fall wirft viele Fragen auf.

Im Rahmen der ethischen Fallbesprechung, wird der Fall reflektiert und in die Praxis übertragen.

Konzeptarbeit ist zentrales Thema.

P02

Erkennung von Perfusionsstörungen bei geriatrischen Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (mild cognitive impairment [MCI]) und Demenz: Bestimmung der Differenz des Zeitverschiebungswertes mittels funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie in Ruhe (rs-fMRT)-Studienprotokoll

A. Rosada; M. Hasic; A. Khalil¹; J. B. Fiebach²; K. Villringer²; I. Galinovic²

Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ¹Institut für Neuroradiologie, Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ²Centrum für Schlaganfallforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Fragestellung: Die frühzeitige und präzise Diagnose von leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI) und Demenz ist entscheidend für therapeutische Interventionen. Traditionelle bildgebende Verfahren (CT, MRT) stoßen jedoch bei der Erkennung subtiler, frühzeitiger Veränderungen im Gehirn an ihre Grenzen. Aktivitäts-darstellende, bildgebende Diagnostik wie z. B. das FDG-PET oder die SPECT können zur nuklearmedizinischen Diagnostik eingesetzt werden, sind jedoch nicht ubiquitär verfügbar. Diese Studie untersucht, ob mittels Resting-State-fMRT (rs-fMRT) mit Zeitverschiebungsanalyse (TSA), eine fortschrittliche, aber noch nicht routinemäßig eingesetzte kontrastmittelfreie Methode, Perfusionsdefizite in relevanten Hirnregionen bei MCI- und Demenz-Patienten detektiert werden können. Ziel ist es, neue diagnostische Ansätze zu entwickeln, die eine frühere und genauere Erkennung von kognitiven Veränderungen ermöglichen und somit die klinische Versorgung verbessern.

Methodik: In dieser explorativen Studie werden geriatrische Patienten (Alter: 60–90 Jahre) im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung seit September 2024 rekrutiert. Drei Gruppen werden gebildet: Patienten mit leichter bis mittelgradige Demenz (30), Patienten mit MCI (30) und gesunde Kontrollprobanden (15). Die Diagnostik erfolgt mithilfe standardisierter neuropsychologischer Tests bei der Aufnahme (MOCA, GDS) sowie ausführliche (neuro)psychologische Tests CERAD, CDR, IQCODE und CRIq. Die rs-fMRT-Daten werden mit TSA analysiert, um Perfusionsdefizite zu identifizieren. Unterschiede in der Hirnperfusion zwischen den Gruppen sowie Assoziationen zwischen Hirnperfusion und neuropsychologischen Scores werden voxelweise mittels nichtparametrischer Permutationsinferenz und regional mittels gemischter Modelle untersucht. Die Rekrutierung war aufgrund der sekundären demenziellen Symptomatik durch Allgemeinzustandsverschlechterung und Delirium sowie durch Incompliance erschwert.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Es wird erwartet, dass Patienten mit MCI und Demenz längere Zeitverschiebungswerte, die einer verzögerten Hirnperfusion entsprechen, in verschiedenen Hirnregionen aufweisen. Die TSA könnte langfristig eine nicht-invasive Alternative zur kontrastmittelgestützten Perfusionsbildgebung darstellen, insbesondere für Patienten mit Kontrastmittelkontraindikationen, wie etwa bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz. Sollte die TSA eine akkurate Beurteilung der zerebralen Perfusion ermöglichen, könnte diese Methode die klinische Diagnostik verbessern und zur Optimierung der Behandlung von MCI und Demenz beitragen. Die Autoren berichten über Schwierigkeiten und Fallstricke einer laufenden Studie zur funktionellen Bildgebung bei Patienten mit Demenz.

P03

Frailty-Screening bei Dialysepatient*innen: Die Aussagekraft von Selbsteinschätzung und Routinedaten

M. Künzig; M. Nooreddin; C. Hertneck; M. Denking; D. Dallmeier; M. Kächele; L. Bettac; B. Schröppel

Innere Medizin I, Sektion Nephrologie, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Frailty ist häufig bei Menschen mit chronischer Nierenerkrankung. Ein regelmäßiges Screening bei Dialysepatient*innen wird empfohlen, wobei das optimale Instrument dafür noch nicht definiert ist. Da Performance-basierte Tests durch prädialytische Volumenüberladung und postdialytische Fatigue beeinflusst werden können untersuchten wir ob eine Selbsteinschätzung mittels visueller Analogskala (VAS) sowie die Identifikation von Frailty-Prädiktoren geeignet sind das Frailty-Screening bei Dialysepatient*innen zu optimieren.

Methode: Frailty wurde anhand modifizierter Fried-Kriterien festgestellt und mittels Selbsteinschätzung auf einer 5-stufigen VAS beurteilt. Die Übereinstimmung wurde mittels Cohen's Kappa evaluiert. Frailty Prädiktoren wurden mittels logistischer Regression mit Rückwärtselimination identifiziert.

Ergebnisse: Eingeschlossen wurden 122 Hämodialyse-Patient*innen (medianes Alter 68 Jahren, 71 % Männer). Insgesamt wurden 52 (42,6 %) als frail eingestuft, während sich 23 Patient*innen (18,8 %) mittels VAS als frail einschätzten. Dies ergab eine Sensitivität von 36,5 % und eine Spezifität von 94,3 %. Cohen's Kappa lag bei 0,36 (95 % CI [0,21, 0,51]), sodass sich die Übereinstimmung als mittelmäßig einstufen lässt. Bei Patient*innen die als frail eingestuft wurden (Fried), erfolgte die Dialyse signifikant häufiger über einen getunnelten Vorhofkatheter als über einen arteriovenösen Shunt. In dieser Gruppe bestand zudem eine geringere residuelle Diurese, niedrigere Albumin- und Kreatininwerte, höhere Rate an kardiovaskulären Erkrankungen und häufiger eine regelmäßige Analgetika-Einnahme. Das prognostische Modell unter Berücksichtigung dieser Faktoren zeigte eine gute Vorhersagekraft mit AUC von 0,816 [95 % CI 0,737; 0,896]. **Schlussfolgerung:** Die Selbsteinschätzung des Frailty-Status mittels VAS hat das Potential die Identifizierung robusterer Patient*innen zu unterstützen. Zukünftig sollte eine Verbesserung der Sensitivität angestrebt werden, etwa durch ausführlichere Informationen für die Patient*innen zum Frailty-Konzept. Routinedaten wie Dialysezugang, Diurese, Kreatinin und Albumin könnten dazu beitragen, Menschen mit hohem Risiko für Frailty zu identifizieren.

P04

Nighttime Safety of Daridorexant: Response to Noise Stimuli, and Effects on Postural Stability, Walking and Memory

C. Muehlan; I. Koopmans; M. Magliocca; C. Vaillant; R. Zuiker; J. Dingemans
Idorsia Pharmaceuticals Ltd, Allschwil/CH; Centre for Human Drug Research, Leiden/NL

Introduction: Daridorexant is a dual orexin receptor antagonist approved for the treatment of adult patients with insomnia disorder. Following single-dose administration at bedtime to healthy non-elderly and elderly subjects, pharmacodynamics (PD) and safety were investigated in the middle of the night (MOTN) after forced awakening to a noise stimulus.

Methods: Double-blind, placebo-controlled, randomized, 3-way crossover study (placebo, 25, and 50 mg daridorexant in the evening) in 36 male and female non-elderly and elderly subjects (1:1 sex/age ratio). Four h after bedtime administration, the auditory awakening threshold (AAT) was determined (increasing noise signal up to 100 dB). Next, the main PD endpoint postural stability (body sway) as well as basic functional mobility (Timed Up and Go (TUG) test), and cognitive function/memory using the

Visual Verbal Learning Test (VVL) were assessed. Thereafter, subjects returned to bed.

Results: All 36 subjects completed the study. The average AAT was approximately 60 dB across treatments with no differences between daridorexant and placebo. Body sway showed a small, dose-dependent increase vs placebo with differences in least square means (LSM) 95 % confidence interval (CI) of 36.7 (2, 71) and 65.9 (31, 100) mm, for daridorexant 25 and 50 mg, respectively. The overall increased body sway was driven by non-elderly subjects, as effects in elderly were similar to placebo. Subjects completed the TUG test in 6–8 s across treatments, with a small, dose-dependent increase vs placebo with a difference in LSM (95 % CI) of 0.14 (0.02, 0.27) and 0.47 (0.34, 0.59) s for daridorexant 25 and 50 mg, respectively. The VVL (immediate and delayed number of correctly recalled words) showed minimal differences in LSM (95 % CI) to placebo of up to -1.0 (-1.5, -0.5) and -0.7 (-1.2, -0.2) words for daridorexant 25 and 50 mg, respectively. During delayed word recognition, subjects correctly recognized 77–79 % true positive and true negative words across treatments with no difference to placebo for either daridorexant dose.

Conclusion: Following bedtime administration, daridorexant preserved the ability to respond to external noise stimuli and subjects were able to operate safely during the night.

(ENCORE poster, originally presented at SLEEP 2024)

P05

Objektive Körpermaße und ihr subjektives Empfinden bei geriatrischen Patient*innen

A. Cordes; A. Coconcelli; J. Geritz; C. Maetzler; W. Maetzler; P. Bergmann

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; Internistische Altersmedizin, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Hintergrund: Fehl- und Mangelernährung sind in der Geriatrie weit verbreitet und gehen mit erhöhter Morbidität und Mortalität einher. Eine unzutreffende Selbsteinschätzung des eigenen *Body-Mass-Index* (BMI) und damit des eigenen Ernährungszustandes kann das Problembewusstsein und die Bereitschaft zur Anpassung des Essverhaltens mindern, was den rechtzeitigen Beginn präventiver und therapeutischer Maßnahmen erschwert. Die vorliegende Studie legt Daten zu der Frage vor, inwieweit die Selbsteinschätzungen von Körperform, -gewicht und -größe bei geriatrischen Patient*innen zutreffen und ob sich Abweichungen mit Faktoren wie Mangelernährung, Depressivität, sozialer Unterstützung, Mobilität und Wohnform assoziieren lassen.

Fragestellung: Weicht die Selbsteinschätzung des BMI in einer geriatrischen Kohorte signifikant vom gemessenen BMI ab, und lässt sich diese Abweichung mit Faktoren wie Mangelernährung, Depressivität, sozialer Unterstützung, Mobilität und Wohnform assoziieren?

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer prospektiv angelegten Studie auf einer Station für interdisziplinäre Altersmedizin. Die Proband*innen schätzten neben der eigenen Körpergröße und des eigenen Körpergewichts auch ihre eigene Körperform anhand von Piktogrammen der *Stunkard-Skala* ein. Die *Stunkard-Skala* wurde mithilfe publizierter Literaturdaten in BMI-Werte übersetzt. Ergänzend erfolgten Erhebungen zum Ernährungsstatus, zu psychosozialen Faktoren und zur Mobilität. Die Differenz zwischen geschätztem und gemessenem BMI (BMI_{delta}) wurde mittels t-Test für abhängige Stichproben analysiert.

Ergebnisse: Die Kohorte umfasst 37 Männer und 44 Frauen im Alter von 75 bis 93 Jahren und weist ein mittleres Alter von 82,3 Jahren und einen durchschnittlichen BMI von 26,5 kg/m² auf. Der geschätzte BMI wich sowohl bei Männern (24,6 kg/m² versus 26,1 kg/m², $p=0,02$) als auch bei Frauen (24,4 kg/m² versus 26,8 kg/m², $p=0,007$) vom tatsächlichen BMI ab.

Schlussfolgerung: Das BMI_{delta} dürfte bei geriatrischen Patient*innen eine relevante Rolle spielen. Der Einfluss dieser Variable auf das Ernährungsverhalten ist bislang nicht verstanden. Es werden bis zur Vorstellung auf dem Kongress noch eine Korrelationsanalyse mittels Spearman's Rho und eine hierarchische lineare Regressionsanalyse zur Prüfung potenzieller

Einflussfaktoren auf BMI_{delta} erfolgen. Ein größeres BMI_{delta} wird bei Personen mit eingeschränkter Mobilität, Depressivität, geringerer sozialer Unterstützung und Mangelernährung vermutet.

P07

Erwartungen von Patientenvertreter:innen an eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Mundgesundheit bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – eine qualitative Analyse

S. Maier; A. Zenthöfer¹; C. Sekundo¹; D. Wolff¹; M. Müller²; P. Benzinger

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ¹Medizinische Fakultät Heidelberg, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg, Universität Heidelberg, Heidelberg;

²Pflegewissenschaft und Interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Pflegebedürftige Personen haben im Vergleich zu Gleichaltrigen eine deutlich schlechtere Mundgesundheit. Es fehlen Strukturen und Prozesse insbesondere für Pflegebedürftige, die in der häuslichen Umgebung versorgt werden. Eine bedarfsgerechte zahnmedizinische Betreuung und eine effektive Prävention sind in der häuslichen Pflege nicht sichergestellt. Ambulante Pflegedienste übernehmen eine zentrale Rolle in der Beratung und Versorgung von pflegebedürftigen Personen, sind aber bislang nicht regelmäßig in Strukturen und Prozesse der zahnmedizinischen Versorgung eingebunden. Um dieser Versorgungslücke entgegenzuwirken, soll eine neue Versorgungsform entwickelt und erprobt werden, die eine strukturierte Kooperation zwischen Pflegediensten und Zahnärzt:innen vorsieht.

Methodik: Im Rahmen der Einbindung von Patientenvertreter:innen (PPI) in der Konzeptionsphase einer Studie wurden problemzentrierte Interviews mit vier Personen durchgeführt, um deren Erfahrungen bzgl. Mundgesundheit bei Pflegebedürftigkeit und deren Erwartungen an die neue Versorgungsform zu erfassen. Die Daten wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen, dass Angst und Scham relevante Gründe dafür seien, keine zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für eine erfolgreiche Wiederaufnahme sei es von großer Bedeutung, diese Gründe zu kennen und anzusprechen. Die Befragten wünschten sich bei der Entwicklung eines Schulungskonzepts für Pflegedienste und niedergelassene Zahnärzt:innen, dass neben mundspezifischen Weiterbildungsthemen auch Inhalte zum Umgang mit Menschen mit kognitiven Veränderungen eingebettet werden. Um eine neue Versorgungsform in einem ambulanten Pflegedienst zu etablieren, müsse das Pflegepersonal und die Angehörigen beteiligt bzw. geschult werden.

Zusammenfassung: Ein Schwerpunkt in den Interviews waren die Schulungsinhalte. Neben fachlichem Wissen stelle der Umgang mit Vorbehalten einen wesentlichen Bereich dar.

P08

Körpertemperatur und Serumspiegel von C-reaktivem Protein und Procalcitonin bei stationären geriatrischen Patienten mit Bakteriämie

R. D'Cruz; O. Habich; S. Schütze

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

Hintergrund: Ältere Menschen, insbesondere geriatrische Patienten, zeigen eine erhöhte Anfälligkeit für bakterielle Infektionen. Inzidenz und Sterblichkeit durch Sepsis steigen mit dem Alter, die frühe Diagnose einer Bakteriämie ist entscheidend für die Prognose. Aufgrund der Immunoseneszenz sind der Anstieg der Körpertemperatur sowie die Erhöhung von Serum-Biomarkern wie C-reaktives Protein (CRP) und möglicherweise auch Procalcitonin (PCT) bei älteren Erwachsenen im Vergleich zu jünge-

ren weniger ausgeprägt. Wir analysierten diese Parameter bei multimorbiden geriatrischen Patienten mit Bakteriämie, um die Indikationsstellung für Blutkulturdiagnostik in dieser vulnerablen Patientengruppe zu verbessern.

Methodik: Bei Patienten unserer akutgeriatrischen Klinik, bei denen durch Abnahme von Blutkulturen (in der Regel zwei oder drei Blutkulturpaare) eine Bakteriämie nachgewiesen wurde, wurden die Körpertemperatur sowie die Serumspiegel von CRP und PCT (sofern bestimmt) am Tag der positiven Blutkulturen dokumentiert. Patienten, bei denen der nachgewiesene Erreger als Verunreinigung bewertet wurde, wurden ausgeschlossen. Es erfolgten deskriptive statistische Analysen. Die Daten werden als Mediane (25./75. Perzentilen) dargestellt.

Ergebnisse: Bei 22 von 115 Patienten, bei denen Blutkulturen abgenommen wurden, wurde ein bakterieller Erreger nachgewiesen (19,1%). Das Alter der Patienten mit Bakteriämie betrug 84,5 (80,25/88) Jahre. Der Körpertemperatur lag bei 37,6 (36,6/38,6) °C, der CRP-Serumspiegel bei 156,7 (115/207,6) mg/l und der PCT-Serumspiegel ($n=15$) bei 0,48 (0,23/1,29) ng/ml. 54,5% der Patienten mit Bakteriämie hatten zum Zeitpunkt der Blutkulturentnahme eine Körpertemperatur von $<38,0$ °C, bei 31,8% war der Körpertemperatur überhaupt nicht erhöht ($<36,7$ °C). Die Mehrheit dieser Patienten (90,1%) wies CRP-Serumspiegel >100 mg/l auf. Der PCT-Serumspiegel war bei nur 46,7% der Patienten mit positiver Blutkultur $>0,5$ ng/ml und bei nur 73,3% $>0,25$ ng/ml. Keiner der Patienten mit einer Bakteriämie hatte einen PCT-Serumspiegel $<0,1$ ng/ml.

Schlussfolgerung: Bei geriatrischen Patienten mit Verdacht auf eine bakterielle Infektion sollten Blutkulturen unabhängig von der Körpertemperatur entnommen werden, um die frühe Erkennung einer Bakteriämie zu verbessern. Ein PCT-Spiegel $<0,25$ ng/ml schließt eine Bakteriämie nicht zuverlässig aus. In weiteren klinischen Studien sollte untersucht werden, welcher Schwellenwert für den PCT-Serumspiegel bei multimorbiden geriatrischen Patienten zur Verdachtserhebung bzw. zum Ausschluss einer relevanten bakteriellen Infektion verwendet werden sollte.

P09

Prävention und Rehabilitation von leichten bis mittelschweren Schädel-Hirn-Verletzungen bei älteren Erwachsenen

P. Hartmann¹, C.-P. Jansen¹, T. Schink^{2,3}, J. M. Bauer¹, S. Krieg^{2,3}, C. Werner¹, C. Becker¹, A. Younsi^{2,3}

¹Geriatrisches Zentrum, Medizinische Fakultät Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg; ²Neurochirurgische Klinik, Universitätsklinikum Heidelberg; ³Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg

Hintergrund: Schädel-Hirn-Traumata (SHT) stellen insbesondere bei älteren Erwachsenen eine große Herausforderung für die Prävention und Rehabilitation dar. Strukturierte Ansätze sind trotz der hohen und steigenden Fallzahlen sowie einem hohen Risiko für wiederkehrende SHT nicht vorhanden.

Zielsetzungen: Durch eine systematische, multifaktorielle Bewertung sollen Risikofaktoren für ein erneutes SHT bei Personen im Alter von ≥ 65 Jahren identifiziert und charakterisiert werden. Zudem sollen auf Basis dieser Bewertung personalisierte, und ergotherapeutisch unterstützte Maßnahmen zur Verbesserung von Selbständigkeit, Sicherheit und Partizipation empfohlen und deren Umsetzung untersucht werden. Ziel ist, so einen multifaktoriellen Präventionsansatz zu entwickeln, mit dem die Zahl der wiederkehrenden SHT verringert und die Behandlungsergebnisse verbessert werden können.

Methoden: In dieser prospektiven, nicht-randomisierten, monozentrischen Beobachtungsstudie werden mindestens 100 Teilnehmer im Alter von ≥ 65 Jahren mit leichtem SHT (Glasgow Coma Scale 13–15) untersucht. Die Teilnehmer werden einer strukturierten Bewertung unterzogen, einschließlich Mobilitätstests (SPPB, TUG), Bewertung des Wohnumfelds, Medikamentenüberprüfung und eines Sehtests. Ein tragbarer Sensor (Axi-vity AX 6) wird neun Tage lang Bewegungsdaten aufzeichnen. Auf der Grundlage der Ergebnisse werden personalisierte Empfehlungen gege-

ben und nach drei Monaten wird eine Nachuntersuchung durchgeführt, um die Einhaltung der Maßnahmen, die motorisch-funktionelle Entwicklung und die Sturzhäufigkeit zu bewerten.

Endpunkte: Wesentlicher Endpunkt ist die Umsetzung der personalisierten Empfehlungen. Darüber hinaus ist die Erstellung eines Risikofaktorenkatalogs sowie eines daraus resultierenden Empfehlungskatalogs von zentraler Bedeutung. Aufgrund der kurzen Projektdauer wird keine große Anzahl erneuter Stürze und SHT erwartet, aber dennoch erfasst.

Schlussfolgerung: Mit dieser Studie soll ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Prävention und Rehabilitation geleistet werden. Dieser ist als Pilot für eine nachfolgende multizentrische, randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie anzusehen

P10

Identifikation der ICD-basierten Sarkopenie: I(C)-DSAR – Das MUnchner Sarkopenie Register (MUSAR) – Wegbereiter für mehr Sichtbarkeit, häufigere Diagnosestellung und innovative neue Therapien

O. Tausendfreund; U. Ferrari; C. Held; S. Martini; K. Müller; H. Reif; M. Rippl; S. Schlüssel; R. Schmidmaier; M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Hintergrund: Die Konsensusdefinition der Sarkopenie ermöglicht mittlerweile eine klare diagnostische Vorgehensweise (ICD-GM 62.50). Trotz der hohen geschätzten Prävalenz besteht jedoch weiterhin eine erhebliche diagnostische und therapeutische Lücke. Während Krafttraining und eine proteinreiche Ernährung etablierte Behandlungsoptionen sind, fehlen bislang spezifische medikamentöse Therapien.

Das Münchner Sarkopenie-Register (MUSAR) wurde ins Leben gerufen, um das Bewusstsein für die Krankheit und die betroffenen Patienten und Patientinnen zu stärken. Es soll helfen Erkenntnisse zu Risikofaktoren und Ursachen der Sarkopenie sowie mögliche neue therapeutische Ansätze zu gewinnen. Eine der größten Herausforderungen in geriatrischen Studien ist die schwierige Rekrutierung von Teilnehmern. MUSAR begegnet diesem Problem, indem es systematisch Patientendaten während des Krankenhausaufenthalts erfasst. Auch zukünftige Forschungsfragen können durch die umfangreiche Datenbank mit longitudinalen Daten beantwortet. Der web-basierten modulare Aufbau ermöglicht nationale sowie internationale Kooperationen.

Methode: Seit 2018 haben Patienten der geriatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München die Möglichkeit, ihre Daten dem Register zur Verfügung zu stellen. Dabei werden soziodemografische, anthropometrische, funktionelle und laborchemische Daten erfasst.

Erste Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen, dass sarkopene Patienten signifikant älter sind, mehr Komorbiditäten aufweisen und eine schlechtere funktionelle Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität haben als nicht sarkopene Patienten. Diese Erkenntnisse unterstreichen den dringenden Bedarf an weiterer Forschung und neuen Therapieansätzen, um die Lebensqualität und Selbstständigkeit betroffener Patienten und Patientinnen nachhaltig zu verbessern.

P11

Rethinking Somatopause: Pituitary Function in High-Aged Multimorbid Hospitalized Patients with IGF-I Deficiency

O. Tausendfreund; M. Bidlingmaier; S. Martini; H. Reif; M. Rippl; K. Schilbach; R. Schmidmaier; M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Background: The decline of the somatotrophic axis with age remains poorly understood. It is unclear whether this reduction is primarily due to diminished pituitary GH production or other mechanisms, such as an acquired peripheral GH resistance. To investigate this, we assessed high-aged multimorbid hospitalized patients with IGF-I deficiency using a standardized GHRH/arginine test to determine whether their condition reflects a primary pituitary GH deficiency, indicative of a somatopause.

Methods: Seventeen multimorbid patients (11 men, 6 women) with IGF-I concentrations below two standard deviations of healthy 30-year-old adults were identified between November 2022 and September 2023. To assess the somatotrophic axis they underwent a standardized GHRH/arginine test.

Results: The mean patient age was 82 years, with an average BMI of 26.5 kg/m². Five patients were recruited from the geriatric day clinic, 13 patients from the acute geriatric ward. Patients suffered from a variety of common age-related stable diseases including coronary artery disease, chronic liver or kidney disease, chronic heart failure as well as acute conditions e. g., urosepsis or endocarditis.

The average peak GH concentration was 14.8 µg/L (range: 2.76–47.4 µg/L). Taking into account both, gender and BMI (with a mean of 26.5 kg/m²) for each participant, the pituitary gland was adequately stimulated in 16 out of the 17 patients (94%). No patient reported adverse effects related to the GHRH/arginine test such as facial flushing, nausea, headache, or transient dysgeusia.

Conclusions: Our findings indicate that the somatotrophic function of the pituitary gland remains intact in advanced age. The pituitary gland does not appear to be the primary pacemaker of the functional decline in the somatotrophic axis. Further research is needed to determine whether this decline is driven by reduced hypothalamic activity, peripheral mechanisms, or cachexia. Additionally, the potential role of other regulatory factors, such as growth hormone-binding protein (GHBP), ghrelin, and somatostatin, remains to be fully understood.

P12

Timed Up and Go als Indikator für Symptomschwere und Sturzrisiko bei der Parkinson-Krankheit

B. Bohlander; C. Hansen; C. Becker¹; M. A. Hobert; W. Maetzler; PD Cohort Study Investigatoren Mobilise-D Konsortium²

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; ¹Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ²Kiel

Hintergrund und Fragestellung: Stürze stellen bei der Parkinson-Krankheit ein erhebliches Risiko dar. Einige Studien haben den Timed Up and Go (TUG)-Test als Prädiktor für das Sturzrisiko und die Symptomschwere untersucht, teilweise mit Sensoren. In dieser Studie soll untersucht werden, ob Teilzeiten des TUG (z. B. Dauer der Drehungen) mit retrospektiven Stürzen assoziiert sind und so als Prädiktor für das Sturzrisiko dienen können, da sie mit dem Pathomechanismus der Stürze bei dieser Erkrankung enger assoziiert sind.

Methodik: Die untersuchte Kohorte (N=150, 65 ± 10 Jahre, 34 % weiblich) stammt aus der Mobilise-D-Studie in Kiel, einer prospektiven Longitudinalstudie zur Untersuchung von Mobilitätseinschränkungen u. a. bei Personen mit Parkinson-Krankheit. Es wurden die TUG-Gesamt- und Teilzeiten mittels Bewegungssensoren, sowie der MDS-UPDRS-III Score und

die Hoehn-und-Yahr-Skala zu Beginn der Studie erfasst. Stürze wurden als Frage retrospektiv über sechs Monate erfasst. Die Auswertung erfolgte mittels Pearson-Korrelation und logistischer Regression.

Ergebnisse: Die TUG-Zeiten korrelierten wie folgt mit dem MDS-UPDRS-III/Hoehn-und-Yahr-Skala: Gesamtzeit ρ (rho)=0,47/0,45, beide $p < 0,001$; Teilzeit Drehen am 3-Meter-Punkt: ρ (rho)=0,47/0,41, beide $p < 0,001$; Drehen vor dem Hinsetzen ρ (rho)=0,5/0,38, beide $p < 0,001$. Für die retrospektiven Stürze erwiesen sich die Modelle sowohl für die TUG-Gesamtzeit (χ^2 (149)=9,46, $p=0,011$, Odds Ratio (OR)=1,14; 95 % CI: 1,03, 1,27) als auch die TUG-Teilzeiten Drehen am 3-Meter-Punkt (χ^2 (149)=6,54, $p=0,02$, OR=1,88; 95 % CI: 1,09, 3,24) und Drehen vor dem Hinsetzen (χ^2 (149)=13, $p=0,002$, OR=3,39; 95 % CI: 1,54, 7,52) als signifikant. Das bedeutet insgesamt, dass eine längere Dauer im TUG und den Drehbewegungen mit vermehrten Stürzen assoziiert sind.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Studie zeigt, dass die retrospektive Sturzwahrscheinlichkeit bei Personen mit Parkinson-Krankheit, gemessen an der Sturzhäufigkeit der vergangenen sechs Monate, stärker mit spezifischen Teilzeiten des TUG (Drehen vor dem Hinsetzen und am 3-Meter-Punkt) assoziiert ist als mit der Gesamtzeit des TUG. Diese Ergebnisse stärken die prädiktive Validität der TUG-Teilzeiten als Prädiktoren für das Sturzrisiko und unterstreichen den Nutzen sensorbasierter Datenerhebungen zur gezielteren Risikoabschätzung bei Personen mit Parkinson-Krankheit.

P13

Sturzbedingte Wirbelkörper- und Beckenfrakturen der FriDA Kohorte unter der Lupe – Erkenntnisse für die Sturzprävention

R. Leonhardt¹; B. Abel¹; P. Roigk¹; U. Lindemann¹; J. Koschate-Storm¹;
J. Schlotmann¹; T. Laurentius²; T. Zieschang¹; C. Bollheimer³; G. Büchele⁴;
C. Becker⁵; K. Rapp

Klinik für Geriatrie Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; ¹Abteilung Geriatrie, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ²Klinikum Oldenburg, Oldenburg; ³Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen; ⁴Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm; ⁵Geriatriisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund: Die Inzidenz von Wirbelkörper- und Beckenfrakturen steigt mit der Alterung der Gesellschaft. Damit verbunden sind nicht nur erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen, sondern auch eine bedeutende Belastung des Gesundheitssystems. Zu den wesentlichen Ursachen für Wirbelkörper- und Beckenfrakturen zählen Stürze. Durch die Analyse der strukturierten und detaillierten Sturzanamnese innerhalb der FriDA-Kohorte sollen wichtige Erkenntnisse für die Sturzprävention bei älteren Menschen gewonnen werden.

Fragestellung: Gibt es spezifische Muster, die das Auftreten sturzbedingter Wirbelkörper- und Beckenfrakturen begünstigen und lassen sich daraus Rückschlüsse für die Sturzprävention ziehen?

Methode: Im Rahmen einer prospektiven, observativen Kohortenstudie wurden Daten von Juli 2019 bis Februar 2024 in drei deutschen Studienzentren erhoben. Eingeschlossen wurden Patienten ab 70 Jahren mit (sub-)akuten Wirbelkörper- oder Beckenfrakturen. Die Datenerhebung erfolgte zu 4 Zeitpunkten: Zu Beginn, vor Entlassung sowie 4 und 12 Monate nach Aufnahme im Krankenhaus. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Beschreibung der Sturzmechanismen. In einer deskriptiven Querschnittsanalyse wurde der Anteil sturzbedingter Frakturen in der FriDA-Kohorte ermittelt und hinsichtlich sturzbegleitender Aktivitäten, sturzauslösender Faktoren, verwendeter Gehhilfen, Sturzrichtung sowie der Fähigkeit, selbstständig vom Boden aufzustehen, analysiert.

Ergebnisse: Bei einer Gesamtstichprobe von $n=546$ lag der Anteil sturzbedingter Frakturen bei 77 %. Von den Wirbelkörperfrakturen ($n=341$) waren 70 %, von den Beckenfrakturen ($n=205$) 91 % sturzbedingt. Insgesamt ereigneten sich 77 % aller Stürze innerhäuslich. Ein Rollator wurde

bei 13 % der Stürze genutzt. Die sturzbegleitende Aktivität war in 33 % beim Vorwärtsgen, in 9 % beim Treppensteigen und in 9 % beim Stehen mit Greifbewegung. Der häufigste Sturzauslöser war Schwindel (17 %). Die häufigsten Sturzrichtungen waren seitlich (35 %) und nach hinten (33 %). Bei 61 % der sturzbedingten Frakturen benötigten die Betroffenen Unterstützung beim Aufstehen vom Boden.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise für die Prävention sturzbedingter Wirbelkörper- und Beckenfrakturen bei älteren Menschen. Neben gezieltem Rumpfmuskel- und Gleichgewichtstraining kommt dem Bodenaufstehtraining eine besondere Bedeutung zu. Weitere präventive Maßnahmen umfassen die Wohnraumanpassung, die Hilfsmittelversorgung, den Hausnotruf sowie die Behandlung von Schwindel.

P14

Lütgendortmunder Sarkopenie Studie: Muskelverlust nach B-Mode Sonographie ist mit Hypoalbuminämie assoziiert, im Gegensatz zu anderen Verfahren, und zwar Handkraftmessung oder Wadenumfang, bei älteren Patienten in geriatrischen Komplexbehandlung

N. Polenova¹; I. Halabaku¹; M. Grunert¹; B. Nasari¹; M. Haas

Innere Medizin und Geriatrie, Klinikum Westfalen Lütgendortmund, Dortmund

Einführung: Die Sarkopenie beschreibt einen generalisierten Verlust von Muskelkraft, -masse und -funktion. Sie geht mit einer reduzierten Lebensqualität und einer erhöhten Mortalität einher. Es gibt verschiedene Verfahren, um die Muskelmasse einzuschätzen, nämlich Handkraftmessung, Wadenumfang, Muskelsonographie und s. w.

Zielsetzung: Unsere Studie wurde in 2024 angefangen hat ein Ziel nach Faktoren zu suchen, die mit Sarkopenie im Zusammenhang stehen, bei Patienten, die zur stationären geriatrischen Komplexbehandlung eingeliefert werden, abzuschätzen.

Methodik: Wir analysierten 78 Patienten, die innerhalb des Zeitraums von August 2024 bis März 2025 Beobachtungsstudie eingeschlossen wurden. Die folgenden Parameter wurden bewertet: Alter, Geschlecht, BMI, Komorbidität, laborchemische Parameter, geriatrische Assessments (DEMMI, Barthel, MMST). Als Kriterium des Muskelabbaus folgende Methoden wurden die oben genannte Methoden verwendet.

Als Cutoff-Werte wurden die folgenden Werte herangezogen: bzw. Handkraftmessung (27 kg für Männer und 16 kg für Frauen), bzw. Wadenumfang (22,5 cm bei Männern und 19,0 cm bei Frauen) gemäß den Kriterien der European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGS-OP2). Als Schwellenwerte bzw. Sonographie zur Beurteilung der Sarkopenie, wurde eine Dicke von Musculus Quadriceps femoris von 1,4 cm bei Männern und 1,0 cm bei Frauen herangezogen (Tada et al., 2018; Cruz-Jentoft et al., 2019).

Ergebnisse: Die niedrige Muskelmasse nach Handkraftmessung wurde mit höherem Alter assoziiert (mean Alter 84 und 79 Jahre ($p=0,035$)). Niedrige Wadenumfang wurde nur mit kleinerem BMI assoziiert (mean BMI 23,4 und 29,2 kg/m² ($p=0,019$)). Verminderte Muskelstärke, erfasst durch B-Modus-Ultraschallsonographie, wurde auch mit höherem Alter (mean Alter 86,7 und 80 Jahren ($p=0,204$)) und auch Hypoalbuminämie assoziiert (mean Albumin Wert 3,018 und 3,606 g/dl ($p=0,0136$)).

Schlussfolgerung: Die Zusammenhang zwischen niedriger Proteinaufnahme/-verwertung und der Entwicklung von Sarkopenie bei älteren Menschen wurde in zahlreichen Studien beschrieben und ist aus pathophysiologischer Sicht gut nachvollziehbar. Es ist möglich, dass die Ultraschalluntersuchung eine präzisere Beurteilung des Muskelzustands bei älteren Menschen ermöglicht, da sie Veränderungen im Anteil des Fettgewebes bei der Messung des Wadenumfangs berücksichtigen kann und nicht von der korrekten Durchführung der Dynamometrie abhängt, die bei Demenzpatienten möglicherweise erschwert sein könnte.

P15

Die Ermittlung des Muskelvolumens aus der CT-Routinebildgebung bei älteren Patienten

B. Müller; S. Schlüssel; M. Ingrisch; M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München; Clinical Data Science, Klinik und Poliklinik für Radiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Die Sarkopenie ist definiert als der Verlust von Muskelmasse und -funktion. Die frühzeitige Bestimmung der Muskelmasse ist von Vorteil, um Risikopatienten einer Sarkopenie einer Behandlung zuzuführen. Die aktuelle Methode zur Messung der Muskelmasse mittels Dual Energy X-ray Absorptiometrie (DXA) ist eine Belastung für Patienten und Gesundheitssysteme und wird zu selten durchgeführt. Daher ist es wünschenswert, diese Information aus der Routinebildgebung der Computertomographie (CT) zu gewinnen, um Patienten mit reduzierter Muskelmasse frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln.

Die erste Kohorte umfasst 208 Patienten (Durchschnittsalter: 81 ± 7 Jahre, 53,4 % Frauen), die auf der Akutgeriatrie stationär aufgenommen wurden. Das Muskelvolumen wurde aus der CT-Routinebildgebung mittels eines pretrainierten Deep Learning Modells berechnet. Das errechnete Muskelvolumen wurde mit der Muskelmasse aus der DXA korreliert. Dabei konnten wir vielversprechende Korrelationen zwischen dem Muskelvolumen aus dem CT-Thorax und der appendikulären Magermasse (AMM) aus der DXA identifizieren, vor allem für die absoluten Werte ($r=0,669$, $p<0,001$) und deren Normierung auf Körpergröße² ($r=0,529$, $p<0,001$). In unseren Analysen konnten wir dadurch erstmals dreidimensionale (3D) Cut-Off-Werte für das Muskelvolumen aus der CT zur Sarkopeniediagnostik festlegen, die zukünftig zur frühzeitigen standardisierten Sarkopenie Diagnostik genutzt werden könnten.

Die zweite Kohorte umfasst 165 hospitalisierte Patienten (Durchschnittsalter 69 ± 8 Jahre, Mortalität 37,0 %), die im Nationalen Pandemie Kohorten Netz (NAPKON) erfasst wurden. Die Körperzusammensetzung wurde mittels eines pretrainierten Deep Learning Modells aus der CT-Routinebildgebung berechnet. Eine binäre logistische Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Adipositas, Sarkopenie und Mortalität bei COVID-19-Patienten zu untersuchen. Überlebende hatten ein höheres Muskelvolumen ($p=0,015$), ein niedrigeres intramuskuläres Fettvolumen ($p=0,027$) und einen niedrigeren BMI ($p=0,027$). Wir konnten zudem erstmalig zeigen, dass das Muskelvolumen (Odds-Ratio=0,540) auch nach Adjustierung für Geschlecht, Alter, Diabetes mellitus, chronische Lungenerkrankung, chronische Nierenerkrankung und die Position der Arme im CT den stärksten Einfluss auf das Überleben bei COVID-19 hat.

P16

Prävalenz und Therapie der COPD bei stationären geriatrischen Patienten

O. Habich; S. Schütze

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

Fragestellung: Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist häufig und hat einen negativen Einfluss auf Funktionalität und Lebensqualität betroffener Patienten. In Deutschland liegt die Prävalenz in der Bevölkerung > 40 Jahre bei etwa 13,2 %. Untersuchungen zur Prävalenz bei älteren Menschen in unterschiedlichen Settings, insbesondere in stationären geriatrischen Patientenkollektiven, sind wünschenswert. Obwohl es klare Diagnostik- und Therapiealgorithmen gibt, wird die Charakterisierung anhand der GOLD-Kriterien oft nicht adäquat vorgenommen. Etwa die Hälfte der COPD-Patienten erhält auch 12 Monate nach der Erstdiagnose noch keine inhalative Dauertherapie, unabhängig vom Alter. Die vorliegende Untersuchung dient der Vorbereitung auf eine geplante Stu-

die zur Prävalenz, Diagnostik und Therapie der COPD bei stationären geriatrischen Patienten.

Methodik: In unserer akutgeriatrischen Klinik wurde an einem Stichtag eine Punktprävalenz-Analyse der COPD durchgeführt. Die Diagnose COPD wurde anhand des bei Aufnahme vorliegenden Arzt- bzw. Verlegungsbriefs erfasst. Es wurde überprüft, ob die Diagnose COPD anhand der aktuellen GOLD-Empfehlungen weiter charakterisiert wurde. Zudem wurde überprüft, ob eine inhalative Dauertherapie bestand und wenn ja, wie viele Devices zum Einsatz kamen. Der Gebrauch inhalativer Glucocorticoide (ICS) wurde erfasst.

Ergebnisse: Bei 6 von 77 Patienten war die Diagnose einer COPD bei Aufnahme in den zur Verfügung stehenden Unterlagen erwähnt, dies entspricht einer Prävalenz von 7,8 %. 50 % der COPD-Patienten waren weiblich, das Alter lag bei 79,5 (70/89), der Barthel-Index bei Aufnahme bei 32,5 (30/70) [jeweils: Median (Min/Max)]. Nur in einem Fall (16,7 %) erfolgte eine weitere Einteilung anhand der GOLD-Kriterien (in diesem Fall GOLD IV). Vier Patienten (66,7 %) erhielten eine inhalative Dauertherapie mit LAMA bzw. LAMA/LABA, ein Patient (16,7 %) in Kombination mit einem ICS. Die Therapie erfolgte bei allen Patienten mittels eines einzigen Devices.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse untermauern die Notwendigkeit der genaueren Untersuchung der COPD bei stationären geriatrischen Patienten. Mit 7,8 % war ein relevanter Anteil der stationären geriatrischen Patienten am Stichtag von einer COPD betroffen, auch wenn die Punktprävalenz der COPD an diesem Tag niedriger war als aufgrund der Prävalenzdaten in Deutschland erwartet. Die inhalative Dauertherapie erfolgte mittels LAMA bzw. LAMA/LABA-Kombination, ein übermäßiger Gebrauch von ICS, welche in der Therapie nicht routinemäßig eingesetzt werden sollten, zeigte sich nicht. Erfreulicherweise wurde die jeweilige Therapie bei allen Patienten mit nur einem Device durchgeführt. Die Diagnosestellung der COPD führte bei einem Drittel der Patienten nicht zur Einleitung einer adäquaten inhalativen Dauertherapie. Der Aufenthalt in einer geriatrischen Klinik sollte bei COPD-Patienten zum Anlass genommen werden, eine COPD-Therapie einzuleiten bzw. eine bestehende Therapie zu modifizieren.

P17

Zu alt für digitale Therapie? – Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

G. Eckardt; L. Zapke

Therapie, Sana Geriatriezentrum Zwenkau, Zwenkau; Zentrum für Altersmedizin, Sana Kliniken Leipziger Land, Zwenkau

Eine geriatrische Rehabilitation mit ihrem multimodalen Therapieansatz kann entscheidend dazu beitragen, die kognitiven und motorischen Fähigkeiten älterer Menschen wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Jedoch zeigt sich, dass die Übungsintensität nach dem stationären Aufenthalt wieder abnimmt und häufig eine Versorgungslücke entsteht, bis die Therapie ambulant fortgesetzt wird. Erarbeitete Therapieergebnisse gehen verloren, wodurch sich das Sturzrisiko wieder erhöhen bzw. der Erhalt der Selbstständigkeit gefährdet werden kann. Digitale Nachsorgeprogramme in der Physiotherapie sollen diese Lücke schließen und Unterversorgung vorbeugen, insbesondere auch in strukturschwachen ländlichen Regionen. Basierend auf den Ergebnissen einer zuvor durchgeführten Umfrage, die die Verfügbarkeit von digitalen Geräten bei etwa der Hälfte der geriatrischen Patient*innen sowie das bestehende Interesse gegenüber digitalen Therapieanwendungen belegen, wurde in der stationären geriatrischen Reha ein digitales Therapie-Nachsorge-Programm implementiert und mit Reha-Patient*innen verprobt. Ziel der Machbarkeitsstudie war es, die Anwendbarkeit, Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz der digitalen Therapieanwendung Physitrack® zu untersuchen. Es handelte sich um eine 9-wöchige, prospektive, einarmige Pilotstudie mit 12 Patient*innen im Alter ≥ 68 Jahre, die bereits ein eigenes Smartphone oder Tablet besaßen. Allen Teilnehmenden wurden Übungen aus den Bereichen Kraft, Mobilität und/oder Gleichgewicht für die Zeit in

der Reha sowie für weitere 6 Wochen in der Häuslichkeit verordnet. Untersuchungsgegenstand der Studie waren die Durchführbarkeit, die Therapietreue, die Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit, die Einstellung gegenüber digitalen Therapieangeboten sowie die Motivation für körperliche Bewegung. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen die grundsätzliche Anwendbarkeit des digitalen Therapienachsorgeprogramms für geriatrische Rehapatient*innen unter Beachtung der Multimorbidität und der individuellen Fähigkeiten sowie der Möglichkeit einer begleitenden Einschulungsphase. Auch wenn der Einsatz aktuell noch nicht für alle geriatrischen Patient*innen geeignet erscheint, betont die Machbarkeitsstudie das große Potential. Ein digitales, physiotherapeutisches Nachsorgeprogramm kann dazu beitragen, die geriatrische Versorgung zu stärken und Therapieergebnisse sektorenübergreifend und nachhaltig zu sichern.

P18

Mangelhafte Dokumentation von Wirbelkörperfrakturen im opportunistischen Screening mittels Computertomographie

V. Lahodski; V. Ruzicka

Klinik für Geriatrie, Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“, Rudolstadt

Einleitung: Osteoporotische Wirbelkörperfrakturen (OWF) sind ein häufiges Symptom der manifesten Osteoporose (OP). OWF sind in der Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose des Dachverbandes der Osteologie (DVO) eine der wichtigsten Risikofaktoren für zukünftige Frakturen. Die Klassifikation OWF nach Genant findet praxisrelevante Berücksichtigung in der DVO Leitlinie sowohl zur Einschätzung der Risikokonstellation als auch in der Ableitung einer medikamentösen OP-Therapie.

Computertomographie (CT)-Aufnahmen, die aus anderen als Fraktur-Gründen angefertigt wurden und die Wirbelsäule einschließen, können zur Identifizierung von Patienten mit OWF verwendet werden (opportunistisches Screening).

Methodik: Die retrospektive monozentrische Studie umfasst eine konsekutive Serie von 357 CT-Untersuchungen (Thorax $N=160$, Abdomen $N=134$, Thorax und Abdomen $N=63$) bei 357 Patienten einer internistisch-geriatrischen Klinik. Die Bildgebung wurde vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 aus unterschiedlichen internistischen Gründen, aber nicht im Zusammenhang mit OP bzw. OWF durchgeführt. Einschlusskriterien waren Alter ≥ 50 Jahren, jede Wirbelkörperfraktur (WF) im CT mit Deformität des Wirbelkörpers Genant ≥ 2 . Ausschlusskriterien waren Alter < 50 Jahren, CT ohne WF-Nachweis bzw. Deformität Genant < 2 , malignes Leiden mit ossären Metastasen, operativ versorgte WF. Die Auswertung der CT-Aufnahmen wurde durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Erfahrung in der Nutzung der Genant-Klassifikation durchgeführt. Im Anschluss wurden bei Patienten mit OWF die radiologischen Befunde auf Diagnosestellung der Fraktur und die Entlassungsepikrisen auf das Vorliegen der Diagnose OWF/OP geprüft.

Ergebnisse: In 17 % der CT-Aufnahmen (Thorax $N=25$, Abdomen $N=20$, Thorax und Abdomen $N=16$) wurden OWF entdeckt. Die Gesamtzahl der OWF betrug 122 bei 61 Patienten (39 Frauen, 22 Männer) mit einem Durchschnittsalter von 78 Jahren ($SD \pm 11,2$ Jahre). In 49 % dieser Fälle ($N=29$) wurden mehrfache Frakturen festgestellt. In 21 % der radiologischen Berichte ($N=13$) wurde keine OWF erwähnt oder diese nicht vollständig beschrieben. In 52 % der Entlassungsepikrisen ($N=32$) wurde keine Diagnose OWF/OP erwähnt.

Zusammenfassung: Opportunistisches Screening OWF mittels CT und Genant-Methode ist einfach in der Anwendung und klinisch relevant. Die Versorgungsrealität zeigt eine große Lücke in der Dokumentation OWF bei stationär behandelten Patienten.

P19

Frailty among persons aged 80 years and older: Findings from a nationally representative study in Germany (Frailty bei Personen ab 80 Jahren: Erkenntnisse aus einer national repräsentativen Studie in Deutschland)

M. Amthor; M. König

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin D – Geriatrie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Research question: Frailty is a multidimensional geriatric syndrome associated with increased morbidity, disability, and mortality. Beyond physical and psychological impairments, frailty also encompasses a social dimension, impacting autonomy, social participation, and overall quality of life. Assessing frailty can help identify vulnerable subgroups among older adults. A comprehensive understanding of the distribution and determinants of frailty is critical for informing care planning and the development of targeted prevention strategies in the context of demographic aging.

Methods: We analyzed data from the Old Age in Germany (D80+) study, a nationwide, representative, cross-sectional survey conducted in 2020–2021. Frailty was operationalized using a 48-item Frailty Index (FI) based on the deficit accumulation model according to Rockwood and Theou (2007/2023). Participants with data on at least 38 of the 48 health deficits were included.

Results: The analysis included 9911 individuals aged 80 years and older, living in private households and care facilities across Germany. The mean FI was 0.21 ± 0.14 , with women showing a significantly higher mean frailty index (0.23 ± 0.13) than men (0.18 ± 0.13 , $p < 0.001$). Based on pre-defined FI cut-offs (0.15, 0.25, 0.4), 20.18 % ($n=2000$) were categorized as robust, 26.98 % ($n=2674$) as pre-frail, 30.91 % ($n=3063$) as frail, and 21.94 % ($n=2174$) as extremely frail. Frailty prevalence ($FI \geq 0.25$) increased with advancing age and was particularly high among residents of nursing homes (95,70 %). Individuals living with a partner had a lower likelihood of being frail. The frailer participants were, the more likely they were to report limited social cohesion, reduced autonomy and inadequate access to an age-friendly environment. The prevalence of frailty also varied regionally, with the lowest rates observed in northern Germany.

Conclusion: Frailty is highly prevalent among persons aged 80 years and older in Germany, with significant variation across sociodemographic and regional contexts. The degree of frailty is closely intertwined with bio-psycho-social factors, likely functioning both as a consequence of these influences and as a mechanism that further reinforces vulnerability. Given that many associated factors are potentially modifiable, frailty assessment provides a valuable opportunity to identify targets for intervention to support healthy aging in an increasingly aged society.

P20

Das Mikrobiom im alternden Stoffwechsel und sein Zusammenhang mit Ernährungsstatus und Muskelmasse

A. Coconelli; A. Cordes; J. Geritz; C. Maetzler; C. Bang¹; V. A. López-Agudelo¹; F. Hinrichsen²; W. Maetzler; P. Bergmann³

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; ¹Institut für Klinische Molekularbiologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; ²Klinik für Innere Medizin I, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; ³Internistische Altersmedizin, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Hintergrund: Etwa 21 % der älteren Menschen in der EU sind von Mangelernährung betroffen, was zu Gesundheitsproblemen wie Verlust von Muskelmasse und Körpergewicht führt und das Risiko für Morbidität und Mortalität erhöht. Mangelernährung ist meist multikausal bedingt, ihre Therapie im Alter häufig schwierig. Das enterale Mikrobiom und seine Funktionen scheinen auf vielfältige Weise mit dem Stoffwechsel und al-

tersabhängigen Prozessen verschränkt. Ziel dieser Studie ist, die Rolle des Mikrobioms in Zusammenhang mit Mangelernährung und Muskelmasseverlust bei stationären geriatrischen Patienten zu untersuchen.

Methodik: Im Rahmen einer stationären frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung auf einer interdisziplinären Station für Altersmedizin und Neurogeriatrie wurden 176 geriatrische Patienten in eine Studie eingeschlossen, die neben einem umfangreichen geriatrischen Assessment die Untersuchung von Bioproben umfasste. Der Ernährungsstatus wurde mittels MNA Short-Form (MNA SF) erfasst und durch anthropometrische und ernährungswissenschaftliche Daten wie Gewicht, BMI, Muskelmasse, Griffkraft und täglichen Energiebedarf ergänzt. Speichel- und Stuhlproben wurden mittels PCR amplifiziert und durch NGS der 16S rRNA sowie teilweise durch metagenomische Shotgun-Sequenzierung analysiert. Die Mikrobiomzusammensetzung wurde über α -Diversität (Shannon, Wilcoxon) und β -Diversität (Bray-Curtis, PERMANOVA) analysiert. Speziesabundanz wurden mit MaAsLin2 (log-transformiert, Prävalenz $\geq 10\%$, FDR $< 0,25$) untersucht.

Ergebnisse: Die Kohorte weist ein Alter von 78 ± 8 Jahren (MW, SD) und einen Frauenanteil von 53% auf. Der BMI betrug 27 ± 6 kg/m², die Muskelmasse 23 ± 8 kg. Der tägliche Energiebedarf betrug 2163 ± 264 kcal bei Männern und 1663 ± 260 kcal bei Frauen. In der Beurteilung durch den MNA SF waren 41% normal ernährt, 42% hatten ein Risiko für Mangelernährung, 17% waren mangelernährt. Die Metagenomanalyse zeigte eine stärkere ernährungsabhängige Variation der oralen als der intestinalen Mikrobiota. Bei unterernährten Personen war *Blautia producta* in der oralen Mikrobiota sowie *Klebsiella pneumoniae* im Stuhl signifikant erhöht. Im unteren Terzil der Handkraft war *Butyrivimonas virosa* im Stuhl signifikant reduziert.

Diskussion: Bereits in vorangegangenen Arbeiten wurde die Bedeutung des Mikrobioms auf Prozesse der Alterung und des Stoffwechsels beschrieben. Die vorliegende Arbeit soll zum Verständnis der Zusammenhänge zwischen Mikrobiom, Alter und Mangelernährung beitragen.

P22

Biopsychosoziale Prädiktoren des Outcomes geriatrischer Intensivpatient:innen – Studienprotokoll einer longitudinalen Beobachtungsstudie

J. Fluch-Niebuhr; W. Köhring; J. Schumann; T. Prell

Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); University Clinic and Outpatient Clinic for Anesthesiology and Operative Intensive Care, Universitätsmedizin Halle (Saale), Halle (Saale)

Fragestellung: Ältere Patient:innen auf Intensivstationen (ICU) stellen eine vulnerable und heterogene Population dar. Aufgrund von Multimorbidität, altersassoziierten Veränderungen und Immundysregulation besteht ein erhöhtes Risiko für Mortalität und Morbidität sowie für einen Verlust funktioneller Fähigkeiten nach dem ICU-Aufenthalt. Bisherige Forschung fokussiert oft auf krankheitsspezifische Aspekte und berücksichtigt selten biopsychosoziale Einflussfaktoren oder biologische Marker der Alterung wie Seneszenz. Für eine individualisierte Prognose und Therapieplanung fehlen bislang umfassende Modelle, die den Phänotyp des gesunden Alterns bei geriatrischen Intensivpatient:innen integrieren. Ziel dieser Studie ist es daher, biopsychosoziale sowie biologische Faktoren zu identifizieren, die den Genesungsverlauf und das funktionelle Outcome älterer Patient:innen nach intensivmedizinischer Behandlung beeinflussen. Zudem soll ein multimodales Prognosemodell entwickelt werden, das zur individualisierten Risikostratifizierung beiträgt.

Methodik: Es handelt sich um eine prospektive, longitudinale Beobachtungsstudie mit geplanter Rekrutierung von 300 Patient:innen nach elektiver Operation und intensivmedizinischer Behandlung. Die Datenerhebung erfolgt zu drei Zeitpunkten: prästationär (Baseline), 3 und 6 Monate nach ICU-Entlassung. Erfasst werden medizinische, funktionelle, kognitive und psychosoziale sowie biologische Marker der Seneszenz. Ergänzend werden Gesundheitsverläufe und -anspruchnahme dokumentiert.

Erwartete Ergebnisse: Die Studie wird einen umfassenden Datensatz generieren, der neue Einblicke in die Rolle biopsychosozialer Alterungsprozesse für die Genesung geriatrischer ICU-Patient:innen ermöglicht. Das prognostische Modell soll die Risikostratifizierung und Versorgung dieser besonders gefährdeten Gruppe verbessern und Grundlage für personalisierte Behandlungsstrategien bieten.

Schlussfolgerung: Die Studie adressiert eine bedeutende Forschungslücke in der geriatrischen Intensivmedizin, indem sie biopsychosoziale Dimensionen systematisch erfasst. Durch die Entwicklung eines multimodalen Prognosemodells sollen die individuelle Risikobewertung verbessert und personalisierte Therapieansätze ermöglicht werden. Langfristig könnten die Ergebnisse zur Optimierung der intensivmedizinischen Versorgung älterer Patient:innen beitragen und helfen, Ressourcen gezielt einzusetzen.

P23

Predictors of in-hospital mortality in elderly sepsis patients: a nationwide retrospective cohort study in Germany from 2016 to 2019

K. Heimrich; T. Prell¹; N. Rose²; T. Ruhnke³; C. Fleischmann-Struzek²

Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena; ¹Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); ²Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Jena; ³WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin

Fragestellung: Sepsis ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, welche insbesondere im Alter ein bedeutendes Gesundheitsproblem darstellt. Ziel der Studie war es, die Kohorte älterer Sepsis-Patienten und deren stationäre Versorgung zu beschreiben, sowie patienten- und Sepsis spezifische Prädiktoren für die Krankenhausmortalität zu identifizieren.

Methodik: Wir führten eine retrospektive Kohortenstudie durch, basierend auf deutschlandweiten Krankenkassendaten der AOK. Studienpopulation waren Versicherte ab 70 Jahren, welche von 2016–2019 mit einer Sepsis stationär behandelt wurden. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Methoden und multivariater blockweiser Cox-Regressionsanalysen.

Ergebnisse: Wir identifizierten 227.110 Patienten, welche wegen einer Sepsis stationär behandelt wurden. Das mittlere Alter betrug $80,9 \pm 6,1$ Jahre, $49,2\%$ der Patienten waren weiblich. Vor Aufnahme hatten $57,8\%$ der Patienten einen Pflegegrad. Im Mittel hatten die Patienten $3,8 \pm 2,2$ Komorbiditäten (Charlson-Komorbiditätsindex). Als Sepsisfokus wurden vorrangig Infektionen der unteren Atemwege ($43,0\%$) und des Harntrakts ($37,3\%$) diagnostiziert. Pulmonale ($55,8\%$) und kardiovaskuläre Organdysfunktionen ($49,4\%$) waren am häufigsten. Eine intensivmedizinische Behandlung erfolgte bei $36,5\%$ der Patienten. Die Krankenhausmortalität betrug $35,2\%$ ($N = 80.030$). Neben dem Alter (OR 1,044; 95 %-confidence interval [CI] 1,039–1,050) und dem Vorliegen eines metastasierten Tumorleidens (OR 1,524; 95 %-CI 1,464–1,586) hatten patientenspezifisch insbesondere ein höherer Pflegegrad (Pflegegrad 5: OR 1,990; 95 %-CI 1,897–2,087) und vorbestehende Lebererkrankungen (OR 1,534; 95 %-CI 1,419–1,658), sowie Sepsis spezifische Organdysfunktionen von Leber (OR 4,172; 95 %-CI 3,919–4,440) und Nieren (OR 2,021; 95 %-CI 1,974–2,068) Einfluss auf die Krankenhausmortalität. Eine intensivmedizinische Behandlung hatte hingegen nur geringen Einfluss (OR 1,092; 95 %-CI 1,064–1,119).

Zusammenfassung: Die Mortalität bei älteren Patienten mit Sepsis ist hoch. Neben dem Alter der Patienten belegen die Ergebnisse den Einfluss von Pflegebedürftigkeit, Komorbiditäten und Krankheitsschwere auf den Behandlungsverlauf.

P24

Sind GLP-1-Rezeptor-Agonisten und SGLT2-Inhibitoren für Patient*innen höheren Lebensalters geeignet?

S. Stüdemann; S. Engeli

Klinische Pharmakologie, Institut für Pharmakologie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Fragestellung: GLP-1-Rezeptor-Agonisten und SGLT2-Inhibitoren sind derzeit zur Behandlung bei Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Herzinsuffizienz und chronischer Nierenkrankheit zugelassen und werden vielfach verordnet. Zu den Anwender*innen gehören, bedingt durch die mit dem Alter steigende Prävalenz dieser Erkrankungen, insbesondere auch ältere Patient*innen. Das Ziel unserer Recherche war, einen Überblick über die Repräsentation älterer Menschen in den Zulassungsstudien von Liraglutid, Dulaglutid, Semaglutid, Tirzepatid, Dapagliflozin und Empagliflozin zu erhalten und nach altersspezifischen Hinweisen zu Wirksamkeit und Verträglichkeit im Alter zu suchen.

Methode: Wir analysierten Publikationen von den Studien, die die jeweiligen Fachinformationen oder die Assessment Reports der EMA für die Beurteilung von Wirksamkeit und Sicherheit berücksichtigt haben, sowie die Daten in den Assessment Reports selbst und ergänzende Informationen aus der öffentlich zugänglichen Datenbank ClinicalTrials.gov.

Ergebnisse: Die eingeschlossenen Studien definierten als Einschlusskriterium meist ein Alter von mindestens 18 Jahren, oft ohne Maximalalter. In 46 % der 104 betrachteten Studien konnten wir keine Angaben bezüglich des Anteils älterer Menschen in der jeweiligen Studienpopulation finden. In fast allen Studien, für die entsprechende Daten zum Alter publiziert wurden, sind Patient*innen mit einem Alter von ≥ 75 Jahren unterrepräsentiert.

Subgruppenanalysen der Wirksamkeit für unterschiedliche Altersgruppen fanden wir selten. Kardiovaskuläre Endpunktstudien und Studien, die Patient*innen mit Herzinsuffizienz oder chronischer Nierenerkrankung einschlossen, berichten dagegen häufiger über die Vergleiche der primären Endpunkte zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, bei meist deutlich höherem Einschlussalter. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit aus anderen Studien sind, wenn überhaupt, in den Assessment Reports der EMA zu finden.

Verträglichkeitsdaten sind vor allem in den Assessment Reports der EMA dargestellt. In vielen Studien zeigte sich mit zunehmendem Alter eine steigende Häufigkeit unerwünschter Ereignisse oder daraus resultierendem Abbruch der Studienmedikation, allerdings meist in allen Studienarmen.

Schlussfolgerung: Insgesamt konnten wir keine deutlichen Hinweise darauf finden, dass höheres Alter die Wirksamkeit oder Sicherheit der genannten Wirkstoffe wesentlich beeinflusst. Allerdings ist zu beachten, dass Daten bezüglich älterer Patient*innen stark limitiert sind.

P25

It's NEVER Lupus!

A. Shami; J. Koch; O. Mohr; W. Stenzel; M. Nosul

Zentrum für Geriatrie und Physikalische Medizin, Helios Klinikum Berlin-Buch, Berlin; Neuropathologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund: Übernahme einer 71-jährigen Patientin aus der Neurochirurgie zur konservativen Weiterbehandlung bilateraler zerebraler Kontusionsblutungen nach Sturz. Anamnestisch Polyarthritiden bei systemischem Lupus erythematodes (SLE), dokumentiertes Antikörperprofil: Ro, Jo1, U1RNP. Hydroxychloroquinegabe (HCQ) seit 9 Monaten, Atorvastatin mit unklarer Indikation.

Leitsymptome: Sarkopenie und Frailty. Keine Arthritis, keine Hautveränderungen. Auf Nachfrage Doppelbilder. Schläffe, proximal betonte Tetraparese mit raschem Absinken im Arm-/Beinhalteversuch. Schwacher

Bizepssehnenreflex, sonst keine Muskeleigenreflexe. Keine Pyramidenbahnzeichen. Gang/Stand unmöglich.

Diagnostik: *Differentialdiagnostisch:* Periphere Neuropathie, Polymyalgia rheumatica, inflammatorische Myopathie bei Antisynthetase-Syndrom, immunvermittelte nekrotisierende Myopathie (IMNM), SLE-Myopathie, HCQ-Myopathie.

Labor: 20fach erhöhtes CRP, 6fach erhöhte Kreatinkinase.

Immunserologie: Hochpositive ANA (Titer 1:1280, ICAP-AC4+20), Zielantigene Jo1 und Ro52. Restliche Immunologie unauffällig.

EMG/ENG: Myositische/myopathische Potenziale, Ausschluss peripherer Ursachen.

MR-Tomographie: Ödem und Kontrastmittelaufnahme gesamter Oberschenkelmuskulatur.

Muskelbiopsie: Antisynthetasesyndrom-assoziierte Myositis sowie Zeichen toxischer Muskelschädigung infolge HCQ-Therapie. Ausschluss IMNM und SLE-Myositis.

CT-Thorax: Keine interstitielle Lungenerkrankung (ILD).

Diagnose: Antisynthetase-Syndrom (Jo1-Syndrom) mit HCQ-Myopathie.

Therapie und Verlauf: Initial i. v.-Methylprednisolon bei V. a. Augenmuskeltbeteiligung, gefolgt von p. o.-Prednisolon (absolut 1 mg/kg/KG) mit langsamer Reduktion nach klinischem Ansprechen. Eindosierung Azathioprin-Therapie bei eingeschränkter Nierenfunktionsleistung. HCQ Stopp. Physio- und Ergotherapie. Darunter rapider Abfall von CRP und CK, Mobilisierung am Gehbock möglich. Verlegung in neurologische Frührehabilitation Phase B.

Diskussion: Auch geriatrische Patienten sind von seltenen Erkrankungen betroffen und profitieren von rationaler Diagnostik und Therapie. Seltene Koinzidenz eines Antisynthetase-Syndroms und iatrogenen HCQ-Myopathie. Großer Stellenwert der Muskelpathologie. Vorbeschriebene Diagnosen sollten kritisch hinterfragt werden.

P26

Häufigkeiten von subjektiven und objektiven Problemen älterer PatientInnen bei der Medikamentenhandhabung in einer Hausarztpraxis

T. Richter

Praxis, Troisdorf

Hintergrund: Angesichts des globalen Alterungsprozesses treten altersbedingte Probleme, wie Schwierigkeiten beim Selbstmanagement der Medikation, häufiger auf.

Diese haben Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer Menschen, sowie dessen deren Gesundheitsoutcomes.

Um Maßnahmen zur Verbesserung des Medikamentenselbstmanagement älterer PatientInnen innerhalb der hausärztlichen Versorgung zukünftig ableiten zu können, haben wir zunächst subjektive und objektive Probleme älterer PatientInnen bei der Medikamentenhandhabung in einer Hausarztpraxis erhoben.

Methode: Entsprechend der ABLYMED (ability to self-administer medication in non-demented, non-hospitalized patients) Studie, die an stationären PatientInnen durchgeführt wurde, wurden in dieser Ergänzungsstudie 102 PatientInnen (≥ 70 Jahre, ≥ 5 Arzneimittel in der Dauermedikation, eigenständiges Medikamentenmanagement) einer Hausarztpraxis hinsichtlich subjektiver und objektiver Handhabungsprobleme untersucht. Die subjektiven Probleme wurden mittels Fragebogen erhoben, bei dem zu jeder verordneten Darreichungsform nach Handhabungsproblemen gefragt wurde (ja/nein).

Die objektiven Probleme wurden durch eine Anwendungsbeobachtung von fünf verschiedenen Placebodarreichungsformen erhoben. Die Bewertung erfolgt durch eine geschulte Hausärztin mittels in der ABLYMED Studie validierten Bewertungsbogen. Objektive Handhabungsprobleme lagen vor, wenn der Gesamteindruck einer Darreichungsform mit schlecht oder sehr schlecht bewertet wurde.

Ergebnisse: Von den 102 PatientInnen konnten (medianes Alter 78 Verhältnis m/w: 40 Männer und 62 Frauen) vollständige Datensätze erhoben werden. Bei den subjektiven Problemen gaben 8 Patienten Probleme mit Tabletten und 9 Patienten mit Augentropfen an. Bei den objektiven Problemen hatten 5 Patienten Probleme mit Tabletten. Die Ergebnisse entsprechen nicht den Ergebnissen der ABLYMED Studie an KrankenhauspatientInnen.

P27 Altersmedizin digital vernetzt

F. Meißner; L. Zapke

vital.services GmbH, Leipzig; Zentrum für Altersmedizin, Sana Kliniken Leipziger Land, Zwenkau

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung, der Mangel an medizinischem Fachpersonal und damit einhergehende komplexe Gesundheitsprobleme stellen eine wachsende Herausforderung im Gesundheitswesen dar. Darüber hinaus steigen die Qualitätsanforderungen und erfordern an Klinikstandorten die Bereitstellung von teilweise nicht verfügbarer fachlicher Expertise. Damit die flächendeckende Gesundheitsversorgung, insbesondere auch in ländlichen Regionen – im Sinne eines Gesamtversorgungskonzepts – nachhaltig sichergestellt, Versorgungsprozesse effizienter gestaltet und ergänzende, bedarfsorientierte Versorgungsmöglichkeiten in einer regionalen Struktur etabliert werden können, spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen und darüber hinaus eine patientenzentrierte Dokumentation, Kommunikation und Koordination telemedizinischer Leistungen zu ermöglichen, steht die Kommunikationsplattform DiGeNa (Digitale Geriatrie nah am Menschen) als digitales und datenschutzsicheres Begleit- und Unterstützungsangebot für die Versorgung vorrangig geriatrischer Patient:innen zur Verfügung. Über die Bereitstellung von Fachexpertise im Rahmen von virtuellen Fallbesprechungen, Visiten und Konsilen kann der Austausch zwischen Fachkräften niedrigschwellig, fachlich qualitätsgerecht, kostenarm und über regionale Grenzen hinweg erfolgen. Darüber hinaus trägt die Erkennung komplexer Versorgungsbedarfe durch Screenings und Risikobewertungen zu einer gezielten Behandlung bei. Auch die aktuelle Studienlage zeigt, dass die Behandlungsqualität in Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen durch telemedizinische Unterstützung verbessert werden kann.

In dem Beitrag wird vorgestellt, wie die digitale Einbindung geriatrischer Expertise bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf – auch ohne geriatrische Primäriindikation – nicht nur die medizinisch-ethische Pflicht zu interdisziplinärer Versorgung, sondern auch die Umsetzung bestehender sozialrechtlicher und regulatorischer Anforderungen unterstützen kann. Sie erlaubt die optimale Nutzung knapper regionaler Ressourcen, fördert indikationsgerechtes Handeln und trägt zu einer qualitätsgesicherten, wirtschaftlichen Versorgung bei. Insbesondere diese Art von granularen Daten kann somit auch als Grundlage für weitere Versorgungsforschung dienen.

P28 Verlauf von COVID-19 Infektion im stationären Setting

M. Sotoudeh; J. Maib-Aguilar; A. Huellen; U. Schmitz; Y.-D. Ko; M. B. Monin; A. H. Jacobs; M. Kowar

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn; Internistische Onkologie, Johanniter-Krankenhaus, Evangelische Kliniken Bonn, Bonn

Einführung: Die SARS-CoV-2-Pandemie wirkte sich weltweit auf das Gesundheitswesen, die Gesellschaft, die Wirtschaft und das tägliche Leben der Menschen aus und stellte eine der ersten großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts dar. Zur Erforschung und Bekämpfung von COVID-19 kam es weltweit zu einer beispiellosen Kooperation in der Wissenschaft

und im Gesundheitswesen. Die Entwicklung von Impfstoffen und antiviralen Therapien gegen SARS-CoV-2 in kurzer Zeit muss als Erfolgsgeschichte bewertet werden. Gesamtgesellschaftlich betrachtet besteht mittlerweile bei einem Großteil der Bevölkerung in Deutschland durch SARS-CoV-2-Impfungen und/oder Infektionen ein effektiver immunologischer Schutz vor komplizierten Verläufen. In dieser retrospektiven Studie soll gezeigt werden, inwieweit Impfungen, Medikamente und Schutzmaßnahmen zu einem Rückgang der Mortalität geführt hat.

Methodik: Es wurden Patientenakten aus den Jahren 2020–2023 der Johanniter Kliniken Bonn auf COVID-19 ausgewertet. Hierbei wurde die Prävalenz auf COVID-19 untersucht und das Outcome in Hinsicht auf Mortalität in zeitlichem Zusammenhang zur Entwicklung der Impfung und antiviraler Therapie.

Ergebnisse: Insgesamt wurden in den Jahren 2020 bis 2023 2157 Patienten mit einer COVID-19 Infektion stationär behandelt. 61,8% waren ältere Patienten (> 70. Lebensjahr). Hierbei zeigte sich bis 2022 eine stetige Zunahme der Infektionszahlen und zuletzt im Jahr 2023 eine Abnahme, wobei es zu einer stärkeren Abnahme der Infektionszahlen bei Patienten unter dem 70. Lebensjahr kam. Parallel hierzu zeigte sich ein Anstieg der Mortalitätszahlen bis 2022 und im Jahr 2023 eine langsame Abnahme. Die Mortalitätszahlen bei den älteren Patienten > 70. Lebensjahr waren höher als bei den jüngeren Patienten (Maximum bis 30% in 2020) und lagen auch nach Einführung von Impfung und antiviraler Therapie in 2023 noch bei 11,3%.

Zusammenfassung: In der Krankenhauspopulation der Johanniter Kliniken in Bonn zeigt sich, dass insbesondere ältere Patienten von der COVID-19 Pandemie betroffen sind. Trotz verbesserter Präventions- (Impfung) und spezifischer neuer Behandlungsmaßnahmen (anti-virale Therapie) liegt die Mortalität im Alter weiterhin hoch, sodass eine rasche antivirale Therapie weiterhin gerechtfertigt erscheint. Inwieweit Geriatrietypische Komorbiditäten und Polymedikation einen Einfluss auf den Verlauf einer COVID-19 Infektion haben, soll in weiteren Auswertungen der Kohorte dargestellt werden.

P29 Auswirkung von nichtmedikamentösen Interventionen bei Patienten mit Delir im Akutkrankenhaus

L. Brandstetter; R. Woltersdorf; U. Jaehde¹; A. H. Jacobs²; M. Kowar²

Klinische Pharmazie, Pharmazeutisches Institut, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn; ¹Klinische Pharmazie – Pharmazeutisches Institut, Universität Bonn, Bonn; ²Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn

Unter einem Delir versteht man eine akute Störung des Bewusstseins. Die Therapie ist schwierig und eine nicht-medikamentöse Therapie sollte hierbei den Vorrang gegeben werden. In dieser Studie soll der Effekt einer nicht-medikamentösen psychosozialen Intervention (NPPI) im Management eines Delirs dargestellt werden.

Methodik: Die Studie wurde in 2 Phasen unterteilt. In der ersten Phase wurden 79 Patienten auf einer geriatrischen Station auf Alter, Geschlecht, Barthel Index (BI), Mini-Mental-Status-Test (MMST), Uhrentest, Geriatriisches Depressionsskala (GDS) und Delirium Predictive Score und anticholinerge Last mittels Anticholinergic cognitive Burden Skala (ACB) und neu verschriebene zentrale Delirantien (new prescription of centrally active delirants, NPD), welche im Rahmen eines Delirs verschrieben wurden, erhoben. Die Delirdiagnose wurde anhand des Confusion Assessment Method (CAM) gestellt. Die Patienten erhielten eine standardisierte geriatrische Therapie.

Nach der ersten Phase wurden drei NPPI eingeführt. Diese Interventionen bestanden aus einer kognitiven Stimulation (Neurovitalis, Remineszenz (Autobiographie mittels Autobiographiebuch und Musiktherapie). In einer zweiten Phase der Studie erfolgte eine erneute Untersuchung von 109 Patienten, die eine NPPI erhielten oder nicht. Die Einordnung, wer eine NPPI erhielt, erfolgte nach klinischem Ermessen des behandelnden Arztes. An-

schließlich wurde der Effekt auf die Verschreibung von Neuroleptika, Benzodiazepinen und Outcome der Patienten ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 185 Patienten in die Studie eingeschlossen, wobei 79 in Phase 1 und 109 in Phase 2 entfielen. In beiden Phasen der Studie zeigte sich eine Häufigkeit des Delirs von 10 % (8 Patienten in Phase 1, 10 in Phase 2). In die Interventionsphase in Phase 2 entfielen 26 Patienten. In der Interventionsgruppe konnte gezeigt werden, dass die anticholinerge Last von 27 % bei Aufnahme auf 12 % bei Entlassung gesenkt werden konnte. Zudem zeigte sich, dass die Rate an NPDs in der Interventionsgruppe ähnlich hoch ist, wie bei Patienten ohne Delir. Im Vergleich zu Delirpatienten in Phase 1, war die Rate halb so hoch. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika in der Interventionsgruppe zeigte sich mit 8 % ähnlich hoch wie bei Patienten ohne kognitiven Einschränkungen und geringer als bei Patienten mit Delir in Phase 1. Die Verordnung von Opioiden im Rahmen einer Schmerztherapie zeigte sich in allen Gruppen ähnlich hoch.

Limitation dieser Studie ist die relativ geringe Fallzahl zu nennen, insbesondere die der Delirpatienten. Zudem erfolgte die Einteilung in die Interventionsgruppe nach Einschätzung des Arztes und nicht ausschließlich nach dem CAM-Test.

Zusammenfassung: In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass durch Einführung einer nicht-medikamentösen Therapie (kognitive Stimulation, Reminiszenz, Musiktherapie) die Verschreibung von Neuroleptika vermindert und die anticholinerge Last bei Entlassung gesenkt werden konnte.

P30

Ergotherapeutische Hausbesuche: Therapie und Hilfe im Alltag für ältere Menschen

E. Feustel

München

Fragestellung: Wie kann eine Kommune ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder schweren Erkrankungen durch therapeutische Hausbesuche unterstützen und welche Herausforderungen bestehen bei diesem Versorgungsangebot?

Methode: Der hier dargestellte Überblick basiert auf den Ergebnissen zweier Evaluationen (1997–2000 und 2009–2011), die die Wirksamkeit der mobilen geriatrischen Rehabilitation dokumentieren. Zudem wurden qualitative Daten aus einem Fachgespräch anlässlich des 20-jährigen Bestehens des Angebots im Jahr 2017 sowie aktuelle Statistiken und Berichte über die Versorgungsstruktur und -herausforderungen seit 2018 analysiert. Seit der Implementierung einer Fachstelle „Gesund im Alter“ in der Kommunalverwaltung Ende 2023 wird das Angebot fachlich von einer Gerontologin begleitet.

Ergebnisse: Die Evaluierungen bestätigten, dass die Klient*innen signifikante Verbesserungen in körperlichen und kognitiven Funktionen sowie im subjektiven Wohlbefinden verzeichnen konnten. Der Stadtratsbeschluss von 2018 zur Weiterentwicklung des Angebots und die Auszeichnung mit einem Gesundheitspreis im gleichen Jahr verdeutlichten den Bedarf und den gesellschaftlichen Stellenwert des Angebots. Seitdem haben sich die identifizierten Herausforderungen des Angebots wie der Fachkräftemangel, die steigende Anzahl alleinlebender Klient*innen und Klient*innen mit Demenz sowie der erhöhte Koordinationsaufwand beim Zugang zu weiteren Hilfsangeboten verstärkt. Im Jahr 2023 erhielten 320 Menschen regelmäßig Ergotherapie in ihrem häuslichen Umfeld (die Zahlen für 2024 liegen erst ab April 2025 vor).

Schlussfolgerung: das Angebot stellt eine wertvolle Ressource für die geriatrische Versorgung dar, die es älteren Menschen ermöglicht, in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben. Um die Wirksamkeit und Reichweite dieses Angebots zu sichern, sind jedoch gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels sowie zur Verbesserung der Vernetzung mit anderen Hilfsdiensten erforderlich. Die kontinuierliche Anpassung und Unterstützung des Angebots sind entscheidend, um den wachsenden Bedürfnissen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden und die Qualität der Versorgung nachhaltig zu gewährleisten.

P31

Prognosis and clinical profiles of older patients with hip or pelvic fracture

J. Albers; H. Frohnhofen¹; A. Lukas²; H.L. Möllmann³; D. Latz¹; C. Stenmanns¹

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ¹Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Geriatric, St. Martinus Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf; ³Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Background: Orthogeriatric co-management (OGCM) significantly improves outcomes in elderly patients with hip fractures. Elderly patients with hip and pelvic fractures as typical fragility fractures share similar clinical and geriatric characteristics. In the department of Orthopedics and Trauma Surgery, Age trauma center, University Hospital Duesseldorf, OGCM is also established for older patients (age 70 +) with pelvic fractures.

Objectives: The aim of this study was to analyse and to compare geriatric patients with hip and pelvic fractures with regard to their clinical profile and with regard to their clinical outcome and prognosis in a medium observation time of 23 (3–48) months after discharge. In order to analyse the effect of OGCM concerning the post-discharge period and to determine whether co-management could also be beneficial for patients with pelvic fractures.

Methods: We compared clinical data on admission and follow-up (collected by telephone interview from 97 elderly patients (age 70+) who were hospitalized for fractures [hip fractures (N= 50) or pelvic fractures (N= 47; 24 % of whom underwent operation, 76 % were treated conservatively)].

Results: The median age of all participants was 84 years (IQR 85–89), with 73 % of patients being female. Hip fractures accounted for 52 % of cases, while 48 % involved pelvic fractures. On admission both groups exhibited a high burden of comorbidities and geriatric syndromes, such as a high Charlson index, an impaired functionality, an increased risk of delirium and a high percentage of polypharmacy. Key clinical parameters including comorbidities, medication and functional impairments were significantly comparable between the two groups.

Also in clinical data after discharge compared to the admission status no significant differences in the geriatric profiles were observed (e.g. activity of daily living, frailty, sarcopenia and survival time). The median survival time was calculated with 43 weeks (IQR 20–94). 23% (11/47) of patients with pelvic fracture and 26% (13/50) of patients with hip fractures died within the observed period after discharge.

Conclusions: Elderly patients with hip and pelvic fractures share similar clinical and geriatric characteristics on admission and concerning the outcome and prognosis after discharge. Given the established benefits of orthogeriatric co-management for hip fracture patients, a similar approach may improve outcomes for patients with pelvic fractures. Considering the deterioration of functionality and the persistent low or deteriorated status of frailty in both groups after discharge the need for regular and ongoing ambulant physiotherapy and close nursing and medical care is obvious. These hypotheses warrant validation through prospective studies.

P32

Die Kaeffizienz als integrativer Parameter für orale und systemische Gesundheit im Alter

W. Könning; B. Holtfreter¹; M. Gollasch²; T. Kocher¹; M. König

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin D – Geriatrie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ¹Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ²Altersmedizinisches Zentrum, Kreiskrankenhaus Wolgast, Wolgast

Hintergrund: Eine intakte Kaufunktion ist zentral für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Kauffunktion und systemischen Erkrankungen wie

Schlaganfall, Lungenerkrankungen und kognitiven Defiziten. Ältere Menschen mit Zahnverlust oder Teilbezahnung meiden oft schwer kaubare, ballaststoffreiche Lebensmittel, was das Risiko für Mangelernährung und gesundheitliche Beeinträchtigungen steigert. Auch gibt es Hinweise, dass eine eingeschränkte Kaufunktion mit Gebrechlichkeit (Frailty) und deren Progression assoziiert ist. Trotz ihrer Relevanz wird die Kauffunktion in der klinischen Diagnostik bislang kaum berücksichtigt. Ziel dieser Studie war es, Determinanten der Kaeffizienz und deren Zusammenhang mit Frailty zu untersuchen.

Methodik: Die Querschnittsstudie umfasste 150 Patienten einer akutergeriatrischen Klinik im Nordosten Deutschlands. Die Kaeffizienz wurde mittels Zweifarbenmischtest (Hue-check Gum®) erfasst. Des Weiteren erfolgten eine umfassende zahnmedizinische (u. a. Zahnzahl, Sondierungstiefen, Attachmentverluste, Blutung), sowie medizinisch-geriatrische Untersuchungen (u. a. Clinical Frailty Scale [CFS], Mini Nutritional Assessment [MNA-SF]).

Ergebnisse: Von den eingeschlossenen 150 Patienten (82,3 ± 7,6 Jahre, 63,3 % weiblich) waren 28,7 % zahnlos. Das MNA identifizierte bei 44,6 % eine Mangelernährung, bei weiteren 47,5 % ein entsprechendes Risiko. 81,2 % waren frail. Mit steigendem Frailtygrad verschlechterten sich nahezu alle untersuchten Mundgesundheitsparameter. In ordinal-logistischen Regressionsanalysen zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Kaeffizienz und Frailty (OR = 1,99; $p = 0,037$), unabhängig von Zahnstatus, Prothesen- oder Ernährungsstatus. Auch mit dem Ernährungsstatus bestand ein signifikanter Zusammenhang (OR = 1,91; $p = 0,030$), der nach Adjustierung für Frailty an Stärke verlor und nicht mehr signifikant war – ein Hinweis auf einen überlappenden Erklärungsanteil.

Schlussfolgerung: Eine verminderte Kaeffizienz ist nicht nur ein Indikator für die orale Gesundheit, sondern auch ein Indikator für den allgemeinen Grad der Gebrechlichkeit, d. h. ein integrativer Parameter für orale und systemische Faktoren.

Preisbewerbung: Wir sind ein Team aus Zahnmedizinern, Geriatern und Versorgungsforschern aus Greifswald, und arbeiten gemeinsam am Thema Oral Health und Frailty.

P33

Herausforderungen der Multimedikation bei geriatrischen Patienten im hausärztlichen Setting

K. Stojanow; J. Trabert¹; M. van den Akker²; S. Schütze¹

Praxis für Allgemeinmedizin Dr. S. Schmidt & J. Gasteyer, Frankfurt a. M.; ¹Medizinisch-Geriatriische Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.; ²Arbeitsbereich Multimedikation und Versorgungsforschung, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt a. M., Frankfurt a. M.

Fragestellung: Eine gute Kommunikation zwischen Behandlern im stationären und ambulanten Sektor ist bei der Betreuung geriatrischer Patienten unerlässlich, u. a. um eine adäquate medikamentöse Therapie zu gewährleisten. Multimorbidität und Multimedikation stellen im ambulanten Setting oft eine Herausforderung dar. Die Identifikation und Berücksichtigung patientenbezogener und institutioneller Faktoren, die die Umsetzung und Einhaltung von Medikationsplänen beeinflussen, ist wesentlich für eine diesbezüglich verbesserte Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis.

Methodik: Als Basis für die Ausarbeitung eines strukturierten Fragebogens für Hausärzte wurden in einer Lehrpraxis in Frankfurt a. M. sechs geriatrische Patienten anhand von leitfadenbasierten Interviews befragt, um Erfahrungen und Schwierigkeiten mit Multimedikation aus Patientensicht zu explorieren. Zusätzlich wurden anhand von Krankenakten und Entlassungsbriefen besondere Merkmale und Ereignisse während der medikamentösen Behandlung sowie Herausforderungen der medikamentösen Therapie aus Sicht der behandelnden Hausärzte erfasst.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der Patienten (5 Frauen, 1 Mann) betrug 79,5 Jahre (SD = 6,66, Min = 69, Max = 87). Die Patienten nahmen durchschnittlich 9,7 Medikamente ein (SD = 3,88, Min = 5, Max = 16). Zu

den am häufigsten verordneten Medikamentengruppen zählten Antikoagulantien, Analgetika, Diuretika und Bronchodilatoren. Als unmittelbare Probleme bei der Einnahme wurden von den Patienten das Schlucken mehrerer Tabletten gleichzeitig, das Einhalten der Einnahmezeiten und die manuelle Handhabung bei bestimmten Applikationsformen genannt. Die am häufigsten genannten unerwünschten Wirkungen waren gastrointestinale Störungen, erhöhte Blutungsneigung, Schwindel, Müdigkeit sowie vermehrter Harndrang, teilweise bei Inkontinenz. Aus Sicht der Hausärzte bestanden Probleme im Umgang mit Medikamentenabus, unzureichende Möglichkeiten zum Monitoring der Adhärenz sowie Unsicherheiten bei der Dosierung von Antikoagulantien und Analgetika. **Zusammenfassung:** Die Ergebnisse der Interviews zeigen Kernprobleme der Multimedikation auf, welche zu Abweichungen bei der Medikamenteneinnahme führen können. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse werden für die Erstellung strukturierter Fragebögen für Hausärzte genutzt, durch die Probleme hinsichtlich medikamentöser Verordnungen an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis aus hausärztlicher Perspektive identifiziert werden sollen.

P34

Freitextbasierte Identifikation von Delir in elektronischen Patientendaten: Perspektiven für klinische Vorhersagemodelle und Versorgungsforschung

M. Köster; P. Ludolph; D. Schädler

Tiplu GmbH, Hamburg; Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Hintergrund: Die retrospektive Identifikation von Delir in elektronischen Patientendaten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Generierung hochwertiger Trainingsdatensätze für KI-basierte klinische Vorhersagemodelle [1]. Darüber hinaus kann sie einen Beitrag zur Ermittlung valider epidemiologischer Kennzahlen zur Überwachung und Qualitätssicherung der Krankenhausversorgung leisten. Die Identifikation von Delir erfolgt in der Regel anhand ICD-basierter Falldefinitionen, die die klinische Diagnose jedoch nur unzureichend abbilden [2]. Dies impliziert die Notwendigkeit, klinische Daten in die Falldefinition zu integrieren [3].

Fragestellung: Unterscheidet sich die Klassifikationsgüte bei der retrospektiven Identifikation von Delir-Fällen, wenn neben ICD-Codes auch freitextbasierte Informationen aus der klinischen Dokumentation verwendet werden?

Methodik: Die Datenbasis der Studie umfasst 588.253 elektronische Fallakten der Jahre 2016 bis 2022 aus allen Fachabteilungen eines großen Universitätsklinikums. Auf der Grundlage einer geschichteten Stichprobe mit 345 Fallakten wurde ein manuell gelabelter Goldstandarddatensatz erstellt. Die zur Identifikation eines Delirs verwendeten Falldefinitionen wurden basierend auf einer Literaturrecherche und unter Berücksichtigung der Datenverfügbarkeit in den Fallakten erarbeitet. Diese umfassen eine ICD-basierte Referenzversion (V1) sowie zwei Testversionen, die zusätzlich (V2) oder ausschließlich (V3) Freitexte mittels regelbasierter Schlagwortsuche einbeziehen. Für alle Versionen wurden Evaluationsmetriken auf dem Goldstandarddatensatz sowie Prävalenzen in der Grundgesamtheit (Datenbasis) ermittelt.

Vorläufige Ergebnisse: Sowohl V2 (91 %) als auch V3 (84 %) erzielten eine höhere Sensitivität als V1 (74 %). V3 zeigte die höchste Spezifität (93 %), gefolgt von V1 (90 %) und V2 (83 %). Der F1-Score war für V3 (83 %) und V2 (78 %) höher als für V1 (74 %). In der Grundgesamtheit erzielte V2 eine höhere Prävalenz (3,98 %) als V1 (3,06 %) und V3 (2,46 %).

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass mittels Integration von Freitexten die Identifikation von Delir-Fällen mit höherer Klassifikationsgüte möglich ist. Diese kann zur Generierung qualitativ hochwertiger Trainingsdatensätze für KI-Anwendungen sowie zur Ermittlung valider epidemiologischer Kennzahlen beitragen.

Literatur

1. Coombes et al (2021) A novel model to label delirium in an intensive care unit from clinician actions. *BMC Med Inform Decis Mak* 21:1–12
2. Chuen et al (2022) Assessing the accuracy of international classification of diseases (ICD) coding for delirium. *J Appl Gerontol* 41(5):1485–1490
3. McCoy et al (2017) Enhancing delirium case definitions in electronic health records using clinical free text. *Psychosomatics* 58(2):113–120

P35

Delir durch die Augen des Gesundheitspersonals – Vorgehen und Herausforderungen im Klinikalltag

C. Hertneck; E. Barth¹; M. Reiter²; L. S. Schulte-Kemna³; C. Melle⁴; D. Fritz⁵; H. Breimaier⁶; C. Löffler⁷; B. Feil⁷; L. Fink⁶; H. Maucher⁸; S. Brefka⁹; C. Leinert; D. Dallmeier

Institut für Geriatrie Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; ¹Leiter der Sektion Operative Intensivmedizin, Klinik fuer Anaesthesiologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ²Onkologie, Innere Medizin III, Universität Ulm, Ulm; ³Innere Medizin I, Sektion Nephrologie, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁴Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁵Institut für betriebliche Fort- und Weiterbildung, Universitätsklinikum Ulm, Ulm; ⁶Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm, Ulm; ⁷Pflegedirektion, Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH, Ulm; ⁸Pflegedirektion, RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken gGmbH, Ulm; ⁹Geriatric/Geriatriisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Trotz klinisch bedeutsamer Inzidenz wird eine adäquate Delir-Prävention, -Diagnostik und -Therapie im Klinikalltag häufig unzureichend umgesetzt. Die bislang wenig berücksichtigte Perspektive des Gesundheitspersonals könnte wertvolle Erkenntnisse zu dieser Problematik liefern.

Methode: In dieser Querschnittstudie wurde das Personal einer geriatrischen Klinik, einer fächerübergreifenden sowie einer orthopädisch-neurologischen Universitätsklinik vom 04.11. bis 06.12.2024 mittels Online-Fragebogen zu seinen Kenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit Delir befragt. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 1006 überwiegend mehrjährig berufserfahrene Personen teil (72,1 % weiblich, 24,9 % männlich, 2,9 % divers). Die Stichprobe umfasste u. a. Pflegefachpersonen (38,0 %), Ärzt*innen (15,6 %) und Therapeut*innen (8,9 %). Insgesamt 74,7 % ($n=751$) der Teilnehmenden zählten zu den Berufsgruppen mit Patient*innenkontakt (MP), welche vorwiegend erwachsene und geriatrische Patient*innen auf Intensiv- und Bettenstationen betreuten. Während 46,2 % der MP berichteten, bei typischen Delirsymptomen eine Untersuchung durchzuführen, gaben 10,0 % an, dies nie zu tun. Viele MP äußerten, dass die Abläufe zu Prävention (41,8 %), Erkennung (34,8 %) und Behandlung (36,4 %) von Delir in ihrem Arbeitsumfeld nicht etabliert seien. Am häufigsten genannte Behandlungsmethoden waren Beruhigungsmedikamente (16,3 %), Schmerztherapie (15,8 %) und (Früh-)Mobilisation (14,4 %). Als größte Hindernisse im Delir-Management wurden Zeit- und Personalmangel (26,3 %), fehlendes Wissen (24,0 %) und fehlende Materialien/ungeeignetes Umfeld (14,7 %) angegeben. Bevorzugte Weiterbildungsformen zu Delir waren Fallbeispieldiskussionen (27,5 %), Online-Lernkurse (21,8 %), Vorlesungen (21,4 %) und schriftliche Informationsmaterialien (21,4 %).

Schlussfolgerung: Die Gesundheitspersonal-Perspektive verdeutlicht bestehende Defizite in der Erkennung, Prävention und Behandlung von Delir, insbesondere hinsichtlich Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen. Sie bietet zudem aufschlussreiche Einblicke in Verbesserungsmöglichkeiten der Versorgungsgestaltung (u. a. Umgang mit Wissenslücken, Ressourcenknappheit) und zeigt, dass verschiedene Weiterbildungsformate gleichermaßen von den MP akzeptierte Lösungsansätze darstellen.

P36

Risikofaktoren für Stürze bei Patient:innen mit Parkinson-Krankheit

F. Stegmann; C. Hansen; M. A. Hobert; P. Raisdorf; C. Becker¹; W. Maetzler; P.D. PD Cohort Study Investigatoren Mobilise-D Konsortium²

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; ¹Digitale Geriatrie, Medizinische Klinik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ²Kiel

Fragestellung: Welche demographischen, kognitiven und motorischen Parameter sind bei Patient:innen mit Parkinson-Krankheit (PK) prädiktiv für Stürze?

Methodik: Im Rahmen der Mobilise-D Studie (www.mobilise-d.eu) wurden 180 Proband:innen rekrutiert. Zunächst wurden demographische und klinische Daten erhoben. Die Sturzanzahl wurde prospektiv über 12 Monate mittels Sturzkalendern erfasst. Basierend hierauf erfolgte eine Einteilung der Proband:innen in „Stürzer“ (≥ 2 Stürze/Jahr) und „Nicht-Stürzer“ (≤ 1 Sturz/Jahr). Gruppenunterschiede wurden statistisch geprüft, anschließend eine logistische Regression zur Bestimmung prädiktiver Faktoren durchgeführt.

Ergebnisse: Zwischen den Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters ($p=0,001$), der Sturzgeschichte (≤ 1 Sturz im Jahr vor Studienbeginn, $p<0,001$), den Items Bradykinese ($p=0,013$), Gangbild ($p=0,018$), Körperhaltung ($p=0,049$), posturale Stabilität ($p=0,009$) des *Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (MDS-UPDRS), dessen Gesamtpunktzahl ($p=0,002$) sowie der *Short Fall Efficacy Scale International* ($p=0,001$). Die Durchschnittswerte dieser Parameter waren bei „Stürzern“ höher. Es zeigte sich zudem ein signifikanter Unterschied im *Montréal Cognitive Assessment* ($p=0,014$), hier lieferten „Stürzer“ durchschnittlich niedrigere Werte. Keine signifikanten Unterschiede bestanden für das Geschlecht, die Krankheitsdauer, die MDS-UPDRS-Items Freezing of Gait, Hoehn- und -Yahr-Stadium, Rigor, Ruhetremor sowie den *Patient Health Questionnaire-2*. Ein Regressionsmodell mit MDS-UPDRS-Gesamtpunktzahl (OR = 1,02) und Sturzgeschichte (OR = 11,03) differenzierte die Gruppen mit einer AUC von 0,80.

Zusammenfassung: In der prospektiven Analyse dieser vergleichsweise großen, monozentrischen Kohorte mit Proband:innen mit PK zeigten sich die vorbeschriebenen demographischen und klinischen Parameter mit einem erhöhten zukünftigen Sturzrisiko assoziiert. Die Gesamtpunktzahl des MDS-UPDRS und die Sturzgeschichte erwiesen sich in der kombinierten Analyse als am stärksten prädiktiv und sollten daher bei gefährdeten PK-Patient:innen als wichtigste Risikofaktoren regelmäßig erhoben werden.

P37

Expertenbefragung zur deutschsprachigen Version des Fragebogens zum Bewusstsein von Mangelernährung bei älteren, im Privathaushalt lebenden Personen („Malnutrition Awareness Scale“ – MAS)

M. Volpp; D. Eglseer¹; R. Diekmann²; M. Sealy³; E. Leistra⁴; M. Visser⁴; H.T. Jager-Wittenaar³; D. Volkert; L. Weber

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ¹Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz/A; ²Nachwuchsgruppe Ernährung und Funktionalität im Alter, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ³Allied Health Care and Nursing, Research Group Healthy Ageing, Hanze University of Applied Sciences Groningen, Groningen/NL; ⁴Department of Health Sciences, Faculty of Science, and Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam/NL

Fragestellung: Ein ursprünglich in den Niederlanden konzipierter und getesteter Fragebogen zum Bewusstsein von Mangelernährung bei selbstständig im Privathaushalt lebenden älteren Personen (Malnutrition Awareness Scale, MAS) wurde ins Deutsche übersetzt und sprachlich ange-

passt. Diese Studie untersucht die Relevanz der MAS-Items im Rahmen einer Expertenbefragung.

Methoden: Dreizehn im Bereich der Mangelernährung bei älteren Personen tätige Experten (7 weiblich; 3 Ärzte, 6 Ernährungsfachkräfte, 4 Pflegefachkräfte; 3 Wissenschaftler, 6 Praktiker, 4 in Wissenschaft und Praxis Tätige) bewerteten mit einem Fragebogen die Relevanz der 22 Items des deutschsprachigen MAS anhand einer 5-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht relevant, 2 = nicht relevant, 3 = neutral, 4 = relevant, 5 = sehr relevant). Für jedes Item wurden Median, Interquartilbereich (IQB) und sowohl für jedes Item als auch für alle Items zusammen der Anteil (sehr) relevanter, neutraler und (überhaupt) nicht relevanter Bewertungen berechnet. Stufte ein Experte ein Item als (überhaupt) nicht relevant ein, wurde er gebeten, seine Bewertung zu begründen.

Ergebnisse: Die Mediane von 21 der 22 Items lagen bei 4 oder 5. Zehn Items wurden von allen, 7 weitere von mehr als 75 % der Experten als (sehr) relevant beurteilt. 85 % aller Bewertungen waren (sehr) relevant, 9 % neutral und 6 % (überhaupt) nicht relevant. Die Aussage „Kennen Sie jemanden in Ihrem Umfeld, der/die mehr essen sollte, aufgrund einer ungewollten Gewichtsabnahme?“ wurde als einziges Item von weniger als der Hälfte (38 %) als (sehr) relevant bewertet und erreichte einen Median von 3 (IQB 3–4). Die beiden Experten, die (überhaupt) nicht relevant bewerteten, nannten jeweils eine Begründung: Personen mit ungewollter Gewichtsabnahme handelten ggf. bereits; die Frage lenke vom eigenen Körper ab. Die Frage „Wenn Sie sich kurz vor einer warmen Mahlzeit nicht hungrig fühlen, essen Sie trotzdem?“ wurde im Median mit 4 (IQB 2–5) und von vier Experten als (überhaupt) nicht relevant bewertet. Drei ergänzten ihre Bewertung mit je einer Begründung: Die Temperatur der Mahlzeit sei für die Relevanz unerheblich; die Ursachen für fehlenden Hunger seien vielfältig; die Mahlzeitenfrequenz sei relevanter.

Schlussfolgerung: Der MAS enthält entsprechend der Einschätzung von Experten fast ausschließlich relevante Items für die Erfassung des Bewusstseins von Mangelernährung. Die Relevanz einzelner Items bzw. deren Formulierung sollte nochmals überprüft werden.

P38

Polypharmazie bei Patient:innen vor und nach akutgeriatrischer Rehabilitation – eine Beobachtungsstudie in Wolgast

B. Eisenmann; D. Kühn; S. Engeli; M. Gollasch

Klinische Pharmakologie, Institut für Pharmakologie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; Altersmedizinische Zentrum, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin D – Geriatrie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Fragestellung: Alte Patient:innen sind durch Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikamente (PIM) besonders gefährdet, da dadurch das Risiko für Frailty, Delir, Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Wirkungen ansteigt. In Deutschland wurde kürzlich die PRISCUS; ^{2,0}-Liste zur Identifikation von PIM veröffentlicht.

Methode: Wir führten eine monozentrische Beobachtungsstudie vor und nach akutgeriatrischer Rehabilitation durch. Das Durchschnittsalter der Patient:innen ($n=201$) betrug 82,1 Jahre (Spanne 68–100 Jahre). Wir ermittelten die Prävalenz von Polypharmazie und PIM-Verschreibungen nach PRISCUS 2.0 sowie deren Zusammenhang mit den Ergebnissen geriatrischer Assessments.

Ergebnisse: Der funktionelle Zustand der Patient:innen verbesserte sich im Verlauf der Rehabilitation signifikant (jeweils Mittelwert und 95 %-Konfidenzintervall; alle $p < 0,001$): der Barthel-Index stieg von 54,5 (52,5–56,6) auf 72,1 Punkte (69,8–74,4). Der Tinetti-Test zeigte eine Erhöhung von 13,8 (12,8–14,8) auf 18,1 Punkte (17,2–19,0). Im Timed-Up-and-Go-Test nahm die benötigte Zeit von 27,2 s (23,0–30,7) auf 20,7 s (19,2–22,3) ab. Bei Aufnahme betrug die mittlere Anzahl an Arzneimitteln 10,7 (95 %-KI 10,1–11,3), 1,8 davon waren PIM (1,6–1,9), diese Zahlen waren bei Entlassung unverändert: 10,6 (10,1–11,1) und 1,7 PIM (1,6–1,8). Polypharmazie (≥ 5 Medikamente) lag bei Aufnahme bei 95 % und bei Entlassung bei 97,5 % der Patient:innen vor. Die Zahl der PIM-Wirkstoffe ver-

ringerte sich von 48 auf 33. Am häufigsten wurde Pantoprazol verordnet (jeweils 127 Verordnungen bei Aufnahme und Entlassung), gefolgt von Melperon (27 vs. 42 im Rahmen der Delirbehandlung) und Spironolacton (21 vs. 27). Doxazosin wurde von 15 auf 5 Verordnungen reduziert. Quetiapin wurde 7 × neu verordnet (2 vs. 9). Etoricoxib (5 Verordnungen) wurde vollständig abgesetzt. Zolpidem (5 Verordnungen bei Aufnahme) wurde durch Melperon ersetzt oder abgesetzt und nur noch einmal verordnet.

Schlussfolgerung: In dieser Gruppe alter Menschen, die nach einem akuten Ereignis komplexgeriatrisch behandelt wurden, nahm weder die Prävalenz der Polypharmazie noch die Anzahl der PIM-Verschreibungen ab. Wir fanden eine deutliche Kontraktion der PIM-Wirkstoffe, besonders kritische Wirkstoffe wurden abgesetzt oder ersetzt. Das intensive geriatrische Rehabilitationsprogramm verbesserte den Gesundheitszustand der Patient:innen, die qualitative aber nicht quantitative Verbesserung der Medikation hat dabei vermutlich einen Beitrag geleistet.

P39

Entwicklung eines Best-Practice-Konzepts zur Verbesserung der fach- und zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Studienprotokoll des Projekts FAST-CARE

C. Höhn; G. Metzner; J. Willems; A.-L. Hillebrecht¹; M. Ott²; C. Maurer²; E. Farin-Glattacker; M. Glattacker

Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg;

¹Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg; ²Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg

Hintergrund: Im Jahr 2021 wurden mehr als 790.000 Menschen in Deutschland in der stationären Langzeitpflege versorgt (Statistisches Bundesamt, 2022). Pflegeheimbewohner*innen sind meist multimorbid erkrankt und haben komplexe Versorgungsbedarfe (Balzer et al., 2013). Gleichzeitig zeigt sich jedoch eine unzureichende fach- und zahnärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen (Schulz et al., 2021).

Zielsetzung: Da bisher kein als wirksam belegtes, routineteagliches Modell zur Verbesserung der fach- und zahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen existiert, verfolgt das Projekt FAST-CARE (gefördert vom GBA im Innovationsfonds Versorgungsforschung) das Ziel, bestehende Evidenz und Erfahrungen zu integrieren, ein konsentiertes Best-Practice-Konzept zu entwickeln und durch eine theoriegeleitete, modellhafte Implementierungsplanung einen Weg zu einer allgemeinen Implementierung aufzuzeigen. Der vorliegende Beitrag beschreibt die methodische Umsetzung des Projekts FAST-CARE.

Methodik: Die Evidenzsynthese zur Erstellung des Best-Practice-Konzepts erfolgt zum einen über eine Recherche nach thematisch vergleichbaren Projekten und umgesetzten Versorgungskonzepten zur fach- und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Zum anderen wird eine systematische Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Versorgungsansätzen durchgeführt sowie deren Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem beurteilt. Daneben werden verschiedene Stakeholder (Fach- und Zahnärzt*innen, Pflegeheimbewohner*innen und Angehörige, Projektleiter*innen thematisch vergleichbarer Projekte sowie Vertreter*innen von Pflegeeinrichtungen) mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews befragt. Alle Ergebnisse aus den unterschiedlichen Zugängen werden in einem Best-Practice-Konzept gebündelt und in einem Konsensusprozess mit Expert*innen diskutiert und überarbeitet. Im Rahmen der Implementierungsplanung in sechs Pflegeeinrichtungen wird das Konzept auf seine praktische Umsetzbarkeit geprüft und anschließend modifiziert und finalisiert.

Zusammenfassung: Mit dem entwickelten Best-Practice-Konzept wird ein konsensuell abgestimmtes und praxistaugliches Konzept vorliegen, welches generalisierbar ist und helfen soll, die fach- und zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen nachhaltig zu verbessern.

P40

Ein Unglück kommt selten allein!

B. Schulze-Schilf

Geriatrie, Helios Leisnig, Leisnig

Anamnese: Wir berichten von einer 83-jährigen Dame, die nach elektiver TAVI zur geriatrischen Komplexbehandlung übernommen wurde.

Als Nebendiagnose sind bekannt: Aortenklappenstenose 3. Grades, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, HLP, V. a. COPD, chr. Schmerzsyndrom, Hyperthyreos, Gicht, chr. Nikotinabusus (60 pack years) und pAVK.

Verlauf: Die Aufnahme in die kardiologische Fachklinik erfolgte am Anfang März dieses Jahrs zur elektiven TAVI. Nach HKU kam es zu einem iatrog. Aneurysma spurium der Art. femoralis comm.rechts und Verletzung der V. iliaca externa rechts mit retroperitonealem Hämatom.

Die Folge war ein hämorrh. Schock, mit Bildung eines retroperit. Hämatoms. Dies komprimierte die Darmgefäße und eine Hemikolektomie links mit endständigem Transversostoma und Hartmannstumpf folgte. Zusätzlich erlitt die Pat. ein Kompartiment mit Spaltung des rechten Unterschenkels. Dieses war bei Verlegung noch z.T. offen.

In den BK wurden Enteroc. faecium, Staph aureus und Klebsilla aeruginosa nachgewiesen. Ein TEE lehnt die Pat. ab. Bei steigenden Infektparametern veranlassten wir ein CT des Abdomens. Hier äußerte sich der Verdacht auf Infektion des noch bestehenden retroperit. Hämatoms. Eine CT-gestützte Punktion wurde durchgeführt und eine Drainage eingelegt.

Aktuell befindet sich die Pat. noch in der Akutgeriatrie.

Schlussfolgerung: Geriatrische Patienten sind eine hoch vulnerable Patientengruppe, die auch bei elektiven (Routine) Eingriffen unter einem besonderen Augenmerk beobachtet werden müssen. Hier sollte eine engmaschige Betreuung durch geriatrische Fachexpertise erfolgen. Eine Etablierung von Geriatern in Heart-Team sollte regulär erfolgen, um solche Pat. mit zu betreuen.

P41

Holzauge sei wachsam!

B. Schulze-Schilf

Geriatrie, Helios Leisnig, Leisnig

Anamnese: Wir berichten über eine 85jähr. Dame, die nach einem Harnwegsinfektion mit E.coli vom Maximalversorger bei Frailty zur geriatrischen Komplexbehandlung übernommen wurde (10/24).

Als Nebendiagnosen bestanden: art. Hypertonie, Z.n. Myokardinfarkt mit 3-fach Stent 2017, HDL, Hypothyreose bei Z.n. Radiojodtherapie, chr. Niereninsuffizienz Stadium II, chr. Nikotinabusus und eine Anämie (Hb 4,5 mmol/l).

Bereits seit 2022 hatte die Pat. mehr als 10 endoluminale gefäßchirurg. Eingriffe bei Zn. thorakoabdominellem Aortenaneurysma, Crawford II erhalten. Es wurden diverse Bildgebungen angefertigt. Ein Termin für den nächsten Verschluss eines Endoleaks an der Prothese mit entspr. Voruntersuchungen bestand bereits.

Verlauf: Bei Aufnahme imponierte ein geblähtes Abdomen mit Schmerzen nach Nahrungsaufnahme. Die Pat. berichtet, dass diese seit Anfang 2024 zunehmend vorkommen würden, weshalb sie kaum noch essen konnte und einen deutlichen Gewichtsverlust von -20 kg bot.

Die Antibiose wurde mit Pip/Taz fortgeführt. Die Laborwerte fielen. 2 Tage nach Absetzen kam es zum erneuten Anstieg der Infektparametern mit Fieber und Abfall des Hbs.

Bei Verdacht auf Endokarditis bei Nachweis multipler Keime in jeder(!) BK wurde eine TEE veranlasst. Aufgrund des Hb-Abfalls wurde eine ÖGD veranlasst. Hier fiel ein über 4 cm großes källöses Ulcus der Speiseröhre mit Perforation zum thrombosierten Aneurysmasack der Aorta desc. mit Luftsinschlüssen auf. Die Infektion reichte bis nach intraspinal auf Höhe BWK 7/8.

Nach Rücksprache mit der Gefäßchirurgie müsste eine komplette Revision der Aortenprothese sowie auch eine großanlegte operative Sanierung der Wirbelsäule bei Infektion stattfinden. Nach Rücksprache mit der Pat. und der Familie wurde sich auf ein palliatives Procedere geeinigt. Nach Absetzen der Antibiose verstarb die Pat. unter Symptomkontrolle mittels Morphium-Perfusor innerhalb von 6 Tagen.

Schlussfolgerung: Symptome, die nicht zur eigentlichen Aufnahme-Diagnose passen, sollten abgeklärt werden. Die Pat. war seit Symptombeginn der Bauchschmerzen mehrfach im KH. Dabei wurde aber immer nur auf Laborwerte/Urin- und Blutkulturen und Gefäßstatus geschaut.

Hier ist ein gravierender Vorteil der Geriatrie in seiner ganzheitlichen Betrachtungsweise des alten Menschen hervorzuheben. Der Ausgang des Falles verlief negativ, aber die Angehörigen waren sehr dankbar, dass sie eine Ursache für den seit Monaten bemerkte Verfall ihrer Mutter erhalten haben.

P42

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei hochaltrigen Krebspatienten: Funktionelles Ansprechen nach Tumorentität und -prognose

V. Goede; T. Pianta; S. Langenfeld; H. Breiden; J. Theeb; M. Johnsen; R.-J. Schulz
Altersmedizinisches Zentrum, Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien, Köln

Fragestellung: In geriatrischen Kliniken ist die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK, OPS 8.550) eine vielfach eingesetzte Prozedur. Sie kann auch bei hochaltrigen Krebspatienten angezeigt sein, wenn z. B. nach Tumoroperationen oder während onkologischer Systemtherapien unbeherrschte Alterssyndrome und -krankheiten das klinische Bild prägen und im Krankenhaus multidimensional untersucht und behandelt werden müssen. Über das funktionelle Ansprechen solcher Patienten auf eine GFK – insbesondere in Abhängigkeit der vorliegenden Krebsart und Heilungsaussichten – lagen bisher kaum Daten vor.

Methodik: Analyse aller in einem Zeitraum von 3 Jahren in unserem Altersmedizinischen Zentrum (Department für Onkologische Geriatrie) i. R. einer GFK über mind. 14 Tage stationär versorgten Patienten mit onkologischer Grunderkrankung (solide und hämatologische Tumore). Primärer Endpunkt: Funktionelles Ansprechen (durchschnittlicher Anstieg Barthel-Index [dA-BI]) mit Subgruppen-Analyse nach Tumorentität und -prognose (kurative vs. palliative Behandlungssituation).

Ergebnisse: N = 393 Patienten (jeweils 50 % Frauen und Männer, medianes Alter 79 Jahre, 74 % solide und 26 % hämatologische Tumore) wurden analysiert. Im Durchschnitt stieg der Barthel-Index während der GFK um 11 Punkte an. Patienten mit soliden vs. hämatologischen Tumoren zeigten kein unterschiedliches funktionelles Ansprechen (dA-BI 10 vs. 11). In palliativen Behandlungssituationen war das Ansprechen schlechter als bei kurativem Therapieanspruch (dA-BI 8 vs. 15); palliative Patienten mit soliden Tumoren sprachen funktionell insgesamt unbefriedigend auf die GFK an (dA-BI 7). Ein besonders geringes Ansprechen wurde bei inkurablen Lungenkarzinomen (dA-BI 1) oder Urothelkarzinomen (dA-BI 0) beobachtet, während Patienten mit kurativ operiertem Kolonkarzinom sehr gut auf die GFK ansprachen (dA-BI 18).

Schlussfolgerung: Hochaltrige Patienten mit onkologischer Grunderkrankung und kompletierter GFK zeigen mehrheitlich ein funktionelles Ansprechen (Anstieg Barthel-Index). Die Ansprechgüte variiert jedoch in Abhängigkeit von Krebsart und Heilungsaussicht. Diese Daten können geriatrische Kliniken dabei unterstützen, geeignete Krebspatienten für eine erfolgreiche GFK zu identifizieren.

P43

Akteure und Faktoren, die das Würdegefühl von Angehörigen von Menschen mit Demenz in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus beeinflussen: eine qualitative Studie

E. Wiese; T. Halms; G. Zerbini; P. Reicherts; M. Kunz; A. Hasan; J. Häckert

Sektion Gerontopsychiatrie, Bezirkskrankenhaus Augsburg, Augsburg

Fragestellung: Das Würdegefühl von Angehörigen von Menschen mit Demenz (AMD) in psychiatrischen Akutkrankenhäusern ist bis dato kaum erforscht. Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, wie verschiedene Akteure und Faktoren das individuelle Würdegefühl von ADM in der Psychiatrie beeinflussen.

Methodik: Auf drei gerontopsychiatrischen Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses wurde mit 20 AMD ein semi-strukturiertes Interview zu deren Würdegefühl geführt. Die Transkripte wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet und induktiv-deduktiv mithilfe des Programms MAXQDA kategorisiert.

Ergebnisse: Wir konnten als Hauptkategorien vier Akteure definieren, welche allesamt einen aktiven Einfluss auf das Würdegefühl der AMD haben. Es handelt sich um: (1) der:die AMD selbst als würdebeflussendes Individuum sowie drei relationale Akteure, namentlich: (2) die an Demenz erkrankte Person, (3) das soziale Umfeld des AMD und (4) Hilfs-Einrichtungen. Die an Demenz erkrankte Person wurde numerisch am häufigsten genannt und das soziale Umfeld am wenigsten. Zudem wurden alle Akteure in die Subkategorien Stärkung und Verletzung des Würdegefühls unterteilt. Somit haben wir als spezifische Sub-Subkategorien 11 Würdegefühl-verstärkende (z. B. Rollenkontinuität) und 10 Würdegefühl-schwächende (z. B. Defizitäre Kommunikation der psychiatrischen Einrichtung mit den ADM) Faktoren herausgearbeitet.

Zusammenfassung: Diese Studie bietet Einblicke in das Würdegefühl von ADM, einer in der geriatrischen Forschung marginalisierten Kohorte. Die Ergebnisse berichten von vier Würdegefühl-tangierenden Akteuren sowie 21 spezifischen Faktoren wie das Würdegefühl der ADM gestärkt oder geschwächt wird.

Hinweis: Die Ergebnisse unserer Forschung sind derzeit beim *American Journal of Geriatric Psychiatry* eingereicht und Under Review.

P44

Ergebnisse eines überarbeiteten Lehrkonzeptes im Querschnittsfach QB7 Medizin des Alterns und des alten Menschen

J. Kellner; L. A. Schmiljun¹; H. Schmidt²; S. Gottschalk²; H. Mühlhammer; D. Stoevesandt¹; T. Prell

Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); ¹Dorothea Erleben Lernzentrum, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Fragestellung: Bis 2022 bestand die Lehre in der Altersmedizin aus Vorlesungen und Seminaren mit Fallvorstellungen, die von Dozierenden verschiedener Fachbereiche moderiert wurden. Die jährlichen Evaluationen (2016–2021) ergaben Noten von durchschnittlich 2,4 (SD 0,3) für Vorlesungen und 2,6 (SD 0,2) für Seminare. Die Seminare wurden als wenig effektiv hinsichtlich Wissenszuwachs bewertet. Zukünftige Anforderungen im Medizinstudium verlangen eine praxisnahe, interprofessionelle Lehre mit kommunikativen Kompetenzen. Daher wurden 2022–2024 die Vorlesungen überarbeitet und die Fallseminare durch ein interprofessionelles Seminar (IPL), ein Selbsterfahrungsseminar sowie ein Praktikum ersetzt. Ziel war es, interprofessionelle Kompetenzen zu fördern und geriatrische Themen praxisnah zu vermitteln.

Methodik: Die Veranstaltungen wurden von 2022 bis 2024 mittels EvaSys-Fragebogen quantitativ und qualitativ evaluiert. Die Ergebnisse flossen in die kontinuierliche Weiterentwicklung des Lehrkonzeptes ein.

Ergebnisse: Die Vorlesungen wurden nach geriatrischen Syndromen gegliedert, mit dem NKLM 2.0 abgeglichen und um standortspezifische Forschungsthemen ergänzt. 2022 wurde das Seminar „Instant Aging“ etabliert, das Selbsterfahrung zum Altern sowie Kompetenzen in Prävention und Gesundheitsförderung vermittelt. 2023 folgten die erste curricular verankerte IPL-Veranstaltung zu Demenz und Delir sowie ein dreiteiliges Praktikum zu Gangstörung, Polypharmazie und geriatrische Gesprächsführung mit Simulationspatient*innen. 2024 wurde das IPL Seminar mit Fokus auf Delirprävention überarbeitet. Teilnehmende Professionen sind: Humanmedizin, Evidenzbasierte Pflege, Anästhesietechnische Assistenz, Pflegefachmann/-frau, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Pflegeassistenz. Die Studierenden bewerteten die praktischen Übungen und die Selbsterfahrung als lehrreich und schätzten den innovativen Ansatz der Wissensvermittlung sowie den Einsatz von App-Anwendungen und Videobeispielen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, gemeinsame Arbeitsphasen und Fallbesprechungen wurden als gewinnbringend empfunden. Die Gesamtbewertung verbesserte sich auf 1,4 für Vorlesungen und 1,5 für Seminare/Praktika.

Zusammenfassung: Das „Instant Aging“-Seminar fördert das Verständnis für die Bedürfnisse älterer Menschen. Das IPL-Seminar förderte das Verständnis für die eigene und die Rollen anderer Berufe und die positive Haltung zur interprofessionellen Teamarbeit. Alle Veranstaltungen führten zu einem subjektiven Lernzuwachs.

P45

Entwicklung eines Gewaltschutzkonzeptes in einer geriatrischen Klinik

K. Kolbe; A. Dammermann¹; T. Thanas; A. Oni; D. Picksack; J. Suhn; J. Kemper²; B.-O. Fechner²; M. Paul; M. Reh

Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide; ¹Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Lübeck; ²Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und study nurse, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide

In Krankenhäusern kommt es nahezu täglich zu Gewalt und Grenzverletzungen.

Gewalt kann zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden in beide Richtungen oder untereinander stattfinden. Zudem können Angehörige involviert sein.

In der geriatrischen Klinik werden viele Patient*innen mit demenziellen Entwicklungen sowie Pflegebedürftigkeit behandelt, welche sowohl überdurchschnittlich häufig Gewalt ausgesetzt sind als auch ein Risiko für ausübende Gewalt am Klinikpersonal darstellen.

Gewalt lässt sich in verschiedene Formen (u. A. körperlich, psychisch, sexualisiert) einteilen, welche häufig kombiniert auftreten. Die Entstehung von Gewalt ist multifaktoriell und kann unabsichtlich bzw. unbewusst sowie indirekt durch Strukturen und Prozesse bedingt sein.

Das Erleben von Gewalt führt neben psychischen und körperlichen Auswirkungen zu Verlust von Vertrauen und Respekt in Beziehungen von Patient*innen und Mitarbeitenden.

Als Grundlage wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe implementiert, mit einer Risiko- und Ressourcenanalyse die Ist-Situation evaluiert und ein umfassendes Gewaltschutzkonzept mit Leitbild, Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Aufarbeitung entwickelt. Mit monatlichen Treffen, vielseitigen Fortbildungen und externen Kooperationspartner*innen wird die Kompetenz des Teams geschult und als Multiplikator ausgebildet. Aufgrund der hohen Prävalenzen von Gewalt im Krankenhaus ist es wichtig, ein Schutzkonzept mit Interventionsplan und geschultem, vertrauensvollen Ansprechteam zu implementieren, um Gewalt auf jeder möglichen Stufe entgegen zu treten. Die Erfolge der Maßnahmen sollten regelmäßig evaluiert und angepasst werden.

In der geriatrischen Klinik wird eine vulnerable Patient*innengruppe behandelt, die sowohl ein hohes Risiko für Erleben sowie Ausübung von Gewalt hat. Daher entwickeln und implementieren wir berufsübergreifend ein Schutzkonzept. Dabei ist uns ein transparenter und partizipativer Entwicklungsprozess wichtig, um Akzeptanz sowie Motivation zu steigern und eine nachhaltige Verankerung zu erreichen.

P46

Fähigkeit zum Medikamentenselbstmanagement und Gesundheitsoutcomes bei älteren Menschen – Follow-up der ABLYMED (ability to self-administer medication in non-demented in-hospital patients) Studie

J. Ngomo

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Die pharmakologische Dauerbehandlung chronischer Erkrankungen gehört zu den häufigsten therapeutischen Maßnahmen. Neben Adhärenz sowie Unter-, Über- und Fehlbehandlung ist die korrekte Handhabung verordneter Medikamente ein wichtiger Faktor für den Therapieerfolg. In der ABLYMED-Studie wurde ein Instrument entwickelt, um die Medikamentenhandhabung für verschiedene Darreichungsformen zu bewerten. Wir untersuchten, ob sich Probleme bei der Handhabung der Medikation auf künftige gesundheitliche Ereignisse auswirken.

Methoden: Bei Teilnehmern der ABLYMED-Studie wurde ein strukturiertes Telefoninterview durchgeführt. Ziel der aktuellen Nachverfolgung war es, zwei Jahre nach der Erhebung der objektiven Medikamentenhandhabung den langfristigen Verlauf des Gesundheitszustands zu evaluieren und Zusammenhänge zwischen der Handhabung bei der Erstuntersuchung und Gesundheitsoutcomes beim 2-Jahres-Follow-Up zu untersuchen. Erfasst wurden Krankenhausaufenthalte, Stürze, Neuerkrankungen und die weiterhin eigenhändige Medikamentenhandhabung. Subjektiver Gesundheitszustand und die empfundene Herausforderung im Umgang mit der Medikation wurden jeweils mittels 5-stufiger Likert-Skala erhoben. Bei nicht erreichbaren Patienten oder Angehörigen wurde der Überlebensstatus über das Einwohnermeldeamt erfragt. Mittels Mann-Whitney-U-Test wurde analysiert, ob sich Patienten ohne vs. mit den spezifischen Gesundheitsoutcomes beim Follow-Up im ABLYMED-Score zur objektiven Handhabungsbewertung signifikant unterscheiden (Signifikanzniveau: $p < 0,05$).

Ergebnisse: Daten von 95 (m: 48; w: 47; mittleres Alter: 82,1 Jahre; Std.-Abweichung: 6,5 Jahre) der 100 initial eingeschlossenen Patienten wurden erhoben. 61 Patienten konnten telefonisch erreicht werden. Angehörige informierten über den Tod von 20 weiteren Patienten. Bei 14 Patienten lagen zusätzliche Daten des Einwohnermeldeamts vor. Patienten mit Krankenhausaufenthalten wiesen höhere ABLYMED-Scores bei der Erstuntersuchung auf (Q2: 11,5 [Q1: 10,0; Q3: 13,0]) als solche ohne Aufenthalt (9,5 [8,5; 11,5], $p = 0,060$). Auch Patienten ohne eigenhändige Medikamentenhandhabung (12,5 [9,8; 17,3]) und jene mit hoher empfundener Herausforderung (12,5 [9,4; 15,5]) zeigten deskriptiv höhere Scores als Patienten mit eigenhändiger Handhabung (10,5 [9,5; 12,5], $p = 0,193$) bzw. gering empfundener Herausforderung (10,5 [9,5; 12,3], $p = 0,206$).

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine bessere Medikamentenhandhabung das Risiko für Krankenhausaufenthalte und weitere gesundheitliche Komplikationen senken könnte. Studien mit größeren Kollektiven und längerer Nachbeobachtung sind erforderlich, um diese Befunde zu bestätigen und zu vertiefen.

P47

BiPerAge – Effekte eines Indoor-Fahrradsimulationstrainings mit Perturbationen auf die Fahrradkompetenz älterer Erwachsener (Projektvorstellung)

J. Rogler; R. Kob; S. Krumpoch

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg; ^oInstitut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Regelmäßiges Fahrradfahren fördert Gesundheit, Mobilität und Unabhängigkeit bis ins hohe Alter. Durch die altersbedingte Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit steigt das Risiko, mit dem Fahrrad zu verunglücken, erheblich. Um dem entgegenzuwirken, benötigt es zielgerichtete, fahrradbezogene Konzepte für ältere Menschen, die ein formdes Gleichgewichtstraining bieten – ein Anspruch, der bisher aus Sicherheitsgründen in der Praxis kaum umsetzbar war.

Ziel und Hypothese: Ziel der Studie BiPerAge ist die Verbesserung der Radfahrfähigkeiten von Menschen ab 65 Jahren durch das Training auf einem innovativen, stationären Fahrradsystem, das Perturbationen (unangekündigte Störungen des Gleichgewichtsvermögens durch Kippen der Plattform) erzeugen kann. Es wird ein Transfereffekt dieses Trainings auf die Anzahl der objektiv messbaren Unsicherheiten in einem Fahrradparcours im Freien erwartet, verglichen mit der aktiven Kontrollgruppe ohne Perturbationen. Zudem wird eine Verbesserung der Gleichgewichtskontrolle und der Sturzbedenken erwartet.

Methodik: BiPerAge ist ein bizentrisches Projekt – die FAU Erlangen-Nürnberg arbeitet zusammen mit der Ben-Gurion-Universität aus Israel. Die Teilnehmer (Ziel: $N = 127$) trainieren in 20 Einheiten mit oder ohne Perturbationen.

Die tägliche Radfahrkompetenz ist der primäre Endpunkt und wird mit einem validierten und standardisierten Radfahrparcours vor (T0) und nach dem Interventionszeitraum (T1) getestet. Der Fahrradparcours besteht aus verschiedenen Aufgaben, die motorische und kognitive Fähigkeiten erfordern, die sich auf Verkehrssituationen des täglichen Lebens beziehen, z. B. Ab- und Aufsteigen vom Fahrrad oder Linksabbiegen.

Zusätzlich werden statisches und dynamisches Gleichgewicht (z. B. SPPB, mBESS, FSST), Sturzgeschichte (alltäglich und fahrradbezogen), kognitive und geistige Befindlichkeit (z. B. MMSE, TMT, PSS, GAS, EQ-5D-5L & VAS), körperliche Aktivität (z. B. PASE, activPAL) und die Krankheitsgeschichte untersucht.

P48

Relativer lateraler Armschwung – ein Parameter des dynamischen Gleichgewichts bei altersassoziierten Erkrankungen?

A. Schaade; E. Warmerdam; R. Romijnders; M. A. Hobert; C. Hansen; W. Maetzler

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; Biomedical signals and systems, Faculty of electrical engineering, mathematics and computer science, University of Twente, Enschede/NL

Fragestellung: Das dynamische Gleichgewicht (dG) ist essenziell für sicheres Gehen und insbesondere bei alters-assoziierten Erkrankungen einträchtig. Ein relevanter Bestandteil des dG ist der Armschwung. Pilotuntersuchungen implizieren, dass die laterale Amplitudenkomponente des Armschwungs mit eingeschränktem dG im Sinne einer Ausgleichsbewegung assoziiert sein könnte. Diese Arbeit untersucht, ob der relative laterale Armschwung – definiert als Prozentsatz der medio-lateralen Armschwungamplitude zur Amplitude des Hauptarmschwungs – bei altersassoziierten neurologischen Erkrankungen verändert, und mit quantitativen Gangparametern assoziiert ist.

Methoden: Untersucht wurden 20 Personen mit altersassoziierten neurologischen Erkrankungen (Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, Z. n. Schlaganfall, chronischer Rückenschmerz; Alter 54 ± 19 Jahre) und 20 gesunde Kontrollen (46 ± 20 Jahre, $p=0,188$) mittels 3D-optischer und IMU-Bewegungsanalyse während des Gehens bei bevorzugter Geschwindigkeit auf dem Laufband. Erfasst wurden relativer lateraler Armschwung, Armschwungamplituden, Winkelgeschwindigkeit des medio-lateralen Armschwungs, kurzzeitiger maximaler Lyapunov Exponent und quantitative Gangparameter (Ganggeschwindigkeit, Schrittzeitvariabilität, Schrittbreitenvariabilität, Schrittlängenvariabilität, Schrittlängenasymmetrie). Statistischen Analysen erfolgten mittels T-Tests, ANCOVAs (Kovarianten: Alter, Ganggeschwindigkeit) und Spearman-Korrelationen in JASP (0.16.3).

Ergebnisse: Der relative laterale Armschwung betrug bei den Personen mit alters-assoziierten neurologischen Erkrankungen $22 \pm 9\%$ und bei den Kontrollen $25 \pm 10\%$ ($p=0,448$). Der relative laterale Armschwung korrelierte (wie erwartet) mit der Winkelgeschwindigkeit des medio-lateralen Armschwungs ($p < 0,001$), aber nicht mit anderen hier erhobenen quantitativen Mobilitätsparametern.

Schlussfolgerung: Der auf dem Laufband erhobene relative laterale Armschwung scheint weder bei Personen mit alters-assoziierten neurologischen Erkrankungen noch Gesunden ein valider Indikator für das dG zu sein. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben und erweiterten Assessments (normaler Untergrund, verschiedene Gangkonditionen) sind notwendig, um das Potential des relativen lateralen Armschwungs als Verlaufs- und Therapieparameter des dG einordnen zu können.

P49

Osteoporose-Therapie nach hüftgelenksnahen Oberschenkel- und Wirbelkörperfrakturen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

E. Kailouh; H. Siggelkow¹; J. Krull²; M. Djukic; R. Nau

Geriatric & Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ¹ MVZ endokrinologikum Göttingen, Göttingen; ² Unfallchirurgie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

In den Kliniken für Unfallchirurgie und Geriatrie des Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende (EKW) werden zahlreiche stationäre Patienten nach osteoporotisch bedingten Frakturen (hüftgelenksnahe Frakturen und Wirbelkörperfrakturen nach Niedrigenergie-Trauma bzw. ohne Trauma) betreut. Die S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose wurde zuletzt 2023 überarbeitet. Im Vergleich zu der Version aus dem Jahre 2017 wird seit 2023 empfohlen, dass eine spezifische medikamentöse Osteoporose-Therapie nach Auftreten einer osteoporotischen Fraktur rasch und ohne Verzögerung begonnen werden soll. Es ist somit wünschenswert, dass eine solche Therapie bereits durch die erstbehandelnde Einheit (in der Regel die Unfallchirurgie, bei zur Rehabilitation verlegten Patienten die Geriatrie) eingeleitet wird, um dann im ambulanten Sektor fortgeführt zu werden. In einer retrospektiven Studie untersuchen wir, ob sich nach der letzten Aktualisierung der S3-Leitlinien zur Osteoporose-Therapie die Behandlung der betroffenen Patienten im Jahr 2024 im Vergleich zu 2022 im Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende geändert hat.

In einer ersten Stichprobe wurden 120 Patienten aus dem Jahr 2022 mit hüftgelenksnahen Frakturen im Evangelischen Krankenhaus Göttingen-Weende evaluiert. 33 Patienten erhielten bereits vor der Aufnahme im Krankenhaus eine Osteoporose-Therapie. Alle 33 Patienten wurden mit Vitamin D behandelt, lediglich drei Patienten erhielten vor Aufnahme Bisphosphonate. Bedauerlicherweise verstarben sieben Patienten im Krankenhaus. Am Ende des stationären Aufenthalts wurden erfreulicherweise 111 von 113 entlassenen Patienten (98 %) mit einer Osteoporose-Therapie im Sinne einer Vitamin-D-Substitution entlassen. 12 dieser Patienten (11 %) hatten zusätzlich eine Therapie mit Bisphosphonaten in der Entlassungs-

medikation. Lediglich zwei Patienten (2 %) wurden ohne Osteoporose-Therapie entlassen.

Die vergleichende Auswertung der Patienten mit osteoporotisch bedingten Frakturen im Jahr 2022 sowie 2024 wird derzeit durchgeführt. Es ist zu erwarten, dass auch im Jahre 2024 fast alle Patienten mit einer Vitamin-D-Substitution entlassen wurden. Der Anteil der Patienten mit einer spezifischen Osteoporose-Therapie sollte im Jahr 2024 höher liegen als der Anteil im Jahr 2022.

P50

Alterseffekte der räumlichen Navigationsfähigkeit unter Verwendung eines Virtual Reality Paradigmas – ein Modell für die kognitive Früherkennung und Rehabilitation?

R. Röwe; I. Hadler; S. Philippen; Y. Fiedler; Y. A. Tabi; J. Rave; F. Wölk; T. Bartsch

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel; Informatik und Elektrotechnik, Fachhochschule Kiel, Kiel

Hintergrund: Die räumliche Navigation ist ein komplexer neurokognitiver Prozess, wesentlich gesteuert vom Hippocampus. Mit zunehmendem Alter kommt es zu Veränderungen der allozentrischen Navigation, die sich in einer reduzierten Fähigkeit zur Verarbeitung räumlicher Informationen in unbekanntem Umgebungen äußern kann.

Ziele: In dieser Kohortenstudie wurde untersucht, ob ein auf virtueller Realität (VR) basierendes Navigationsparadigma altersspezifische Unterschiede in der Navigationsfähigkeit zwischen gesunden jungen (18–45 Jahre, $n=35$) und älteren Erwachsenen (65–85 Jahre, $n=30$) detektieren kann.

Methoden: Es wurde ein neues VR-Paradigma in Anlehnung an das Morris-Wasserlabyrinth verwendet, bei dem die Teilnehmer mit Hilfe der Meta Oculus Quest 2 auf einer kreisförmigen Insel zu einem aufzufindenden Ziel navigieren. Diese Insel ist in vier Quadranten unterteilt, auf denen sich jeweils eine Landmarke in einer festen Entfernung befindet. Das VR-Paradigma besteht aus einer Lernphase mit achtzehn Durchgängen und drei Abrufdurchgängen, die nach einer Pause von 30 Minuten geprüft wurden. Die Teilnehmer beginnen jeden Durchgang in einem anderen Quadranten. In der Abrufphase sollen die Teilnehmer die Zielposition innerhalb eines Zeitlimits von 30 Sekunden wiederfinden. Das VR-Paradigma wurde in einen fünf und einen zehn Meter umfassenden Radius der Inselarena in zwei separaten Testungen durchgeführt. Anhand von Daten der Meta Oculus Quest 2 wurde die Leistung der Teilnehmer mit Fokus auf die Parameter Pfadlänge in der Lernphase sowie relativer mittlerer Abstand zum Ziel in der Abrufphase untersucht. Gruppenunterschiede und der Einfluss des Navigationsradius wurden mittels einer ANOVA analysiert.

Ergebnisse: Gesunde ältere Erwachsene zeigten einen Lerneffekt aber signifikante Gruppenunterschiede im Vergleich zu gesunden jungen Erwachsenen hinsichtlich des Ortsgedächtnisses in der Lernphase, da sie eine längere Pfadlänge bis zum Auffinden des Ziels aufwiesen ($p=0,029$). Der Inselradius hatte jedoch keinen Einfluss auf die Navigationsfähigkeit während des Lernens. In der Abrufphase nach Konsolidierung ($p < 0,001$) zeigten sich die älteren Teilnehmer schlechter hinsichtlich der relativen mittleren Entfernung zum Ziel ($p < 0,001$). Es zeigte sich bei den älteren Teilnehmern zusätzlich ein Haupteffekt des Inselradius auf die Navigation ($p < 0,001$) bezüglich der relativen mittleren Entfernung zum Ziel. Im Gegensatz zur Lernphase hatte der Inselradius in der Abrufphase nur in der Gruppe der gesunden älteren Erwachsenen einen signifikanten Einfluss auf die Präzision der räumlichen Navigation ($p < 0,001$).

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen, dass gesunde ältere Erwachsene das Ziel weniger präzise lokalisieren können, insbesondere wenn der Radius der Arena größer ist. Dies deutet darauf hin, dass das verwendete VR-Paradigma ein Modell der kognitiven Früherkennung neurodegenerativer Erkrankungen und Rehabilitation in der Geriatrie darstellen kann.

P51

Der Einfluss der Inflammation auf die intestinale Eisenresorption

B. Wang; R. Wirth; E. Bergmann; L. Funk; C. Gieh; I. Levermann; G. Lueg; T. Roloff; M. Schnepfer; K. Stoev; R. Zubi; N. R. Neuendorff; M. Pourhassan

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne

Hintergrund und Ziele: Eisenmangel ist ein im Alter häufiger Befund, der bei älteren Krankenhauspatienten häufig auch mit Inflammation kombiniert ist. Es ist allgemein bekannt, dass bei erhöhten Inflammationsparametern orales Eisen schlecht resorbiert wird. Jedoch ist nicht bekannt, ab welchem Grad der Inflammation, gemessen mit dem CRP, nicht mehr mit einer ausreichenden Resorption zu rechnen ist, was die vorliegende Studie klären sollte.

Methoden: In der vorliegenden Studie wurde bei akutgeriatrischen Patientinnen und Patienten mit einer Transferrin-Sättigung < 16 % die orale Eisenresorption bei unterschiedlichem CRP-Werten gemessen und im Rahmen einer retrospektiven Analyse systematisch ausgewertet. Hierzu wurden Serum-CRP und Eisenspiegel vor dem Frühstück bestimmt und anschließend 2 Kapseln mit je 100 mg Eisen(II)glycinsulfat eingenommen. Anschließend wurde nach 2 und 4 Stunden nochmals der Serumeisenspiegel bestimmt und die Differenzen zum Baseline-Eisenspiegel nach 2 und 4 Stunden als Maß für die intestinale Eisenresorption errechnet.

Ergebnisse: Nach Einteilung des Kollektivs von 59 Personen in sechs etwa gleichgroße CRP-Gruppen von £ 0,5; 0,51–2,50; 2,51–5,00; 5,01–7,50; 7,51–10,00; ³10,01 mg/dl lässt sich darstellen, dass ab einem CRP von 2,5 mg/dl die intestinale Eisenresorption nach 2 Stunden deutlich reduziert ist und oberhalb eines CRP-Wertes von 5 mg/dl kaum noch nachweisbar ist. In der multivariaten Regressionsanalyse zeigte sich, dass der CRP-Wert unabhängig von Hb-Wert und Eisenstatus signifikant negativ mit der intestinalen Eisenresorption assoziiert ist.

Schlussfolgerung: Bei Serum-CRP-Werten zwischen 2,5 und 5,0 mg/dl zeigt sich bereits eine deutlich reduzierte intestinale Eisenresorption, die bei CRP-Werten > 5 mg/dl kaum noch nachweisbar ist. Daher sollte spätestens ab einem CRP von 5 mg/dl keine orale Eisensubstitution stattfinden.

P52

Zwischen Klinik und Alltag: Potenziale und Grenzen einer Adhärenz-Intervention bei Parkinson

H. Mühlhammer; S. Mendorf; U. Teschner; T. Prell

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

Hintergrund: Die Verbesserung der Therapieadhärenz ist eine zentrale Herausforderung in der Versorgung chronisch kranker neurogeriatrischer Patient:innen. Dieses Projekt stellt die erste umfassende Untersuchung dar, die gezielt krankheitsspezifische Ursachen von Non-Adhärenz analysiert hat und sektorenübergreifend adressiert.

Methoden: In einer randomisierten, kontrollierten Studie untersuchen wir die Effekte einer komplexen, ursachenspezifischen Intervention zur Verbesserung der Adhärenz bei älteren Parkinson-Patient:innen. Basierend auf eigenen Vorarbeiten und der Literatur kamen edukative, verhaltensorientierte oder gemischte Strategien zum Einsatz, adressiert an Patient:innen und Behandelnde. Ziel war eine optimierte Informationsvermittlung und Versorgungsstruktur.

Die Strategieauswahl basierte auf dem Stendal Adherence to Medication Score (SAMS) und wurde individuell an die Hauptursache der Non-Adhärenz (Vergessen, fehlendes Wissen, Modifikation) angepasst. Die Intervention umfasste mündliche Beratung und schriftliches Informationsmaterial und wurde mit der Standardversorgung verglichen.

Insgesamt nahmen 128 Patient:innen (64 pro Arm) teil. Erhoben wurden motorische Funktion, Lebensqualität und Adhärenz zu Studienbeginn so-

wie nach drei und sechs Monaten. Weitere Details zur Studie finden sich im DRKS unter DRKS00023655.

Ergebnisse: Die Interventionsmaßnahme erzielte in ihrer aktuellen Form nicht die erwartete Wirkung. Ursächlich hierfür waren u. a. pandemiebedingte Anpassungen, insbesondere der reduzierte Umfang der ambulanten Einbindung, ausgefallene Schulungen sowie eine eingeschränkte Betreuung beim Sektorübergang. Zudem wurde die ursprünglich geplante Erhebung der Zielgröße pandemiebedingt auf einen telefonisch erfassbaren Einzel-Score reduziert, was die Sensitivität der Messung potenziell beeinträchtigte. Außerdem zeigte sich im Kollektiv bereits zu Beginn eine relativ hohe Adhärenz, was eine weitere Verbesserung durch die Intervention erschwerte.

Schlussfolgerung: Die bisherigen Ergebnisse deuten auf eine begrenzte Wirksamkeit der Intervention im untersuchten Kollektiv hin. Künftige Studien sollten gezielt Patientengruppen mit erhöhtem Adhärenzbedarf ansprechen und stärker auf krankheitsspezifische sowie individuelle Bedürfnisse eingehen. Subgruppenanalysen können förderliche Einflussfaktoren identifizieren. Besonders der Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung sollte künftig stärker adressiert werden, da dieser Schlüsselbereich pandemiebedingt nur eingeschränkt berücksichtigt wurde.

Ausblick: Eine gezielte Weiterentwicklung der Intervention sowie eine verbesserte Verzahnung zwischen stationärem und ambulatem Sektor sind essenziell, um langfristig die Adhärenz und somit die Versorgung von neurogeriatrischen Patient:innen zu verbessern.

Förderhinweis: Dieses Vorhaben wird im Rahmen der BMBF-Fördermaßnahme für Nachwuchsgruppen in der Versorgungsforschung gefördert.

P53

Exoskelett-gestützte Frühmobilisation älterer Patient:innen mit Frailty: Eine Pilotstudie

H. Mühlhammer; P. Jahn¹; J. Eschweiler²; A. Sternkopf; P. Lochbihler; T. Prell

Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale); ¹AG Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale); ²Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsmedizin Halle, Halle (Saale)

Hintergrund: Die motorische Rehabilitation geriatrischer Patient*innen mit Frailty stellt eine wachsende Herausforderung im klinischen Alltag dar. Ziel dieser Pilotstudie war es, die Machbarkeit und Akzeptanz eines exoskelettgestützten Trainingsprogramms in der geriatrischen Versorgung zu prüfen.

Methodik: Im Rahmen einer Pilotstudie (N=10; Alter 69–90 Jahre; 3 Männer, 7 Frauen) wurden geriatrische Patient:innen mit Frailty im geriatrischen Komplexprogramm (GKP) entweder einer Interventionsgruppe (Training mit Exoskelett) oder einer Kontrollgruppe (Standardrehabilitation) zugewiesen. Das eingesetzte Exoskelett (HAL Lumbar Type, Cyberdyne Inc.) nutzt ein Feedbackverfahren zur simultanen Stimulation von Muskeln und Nerven, um Bewegungsabläufe neu zu bahnen. Es unterstützt Hüftflexion und -extension und reduziert die Belastung auch bei komplexen Bewegungen. Während des zweiwöchigen GKP erhielten Patient:innen der Interventionsgruppe tägliche physiotherapeutische Einheiten mit Exoskelettunterstützung, die Kontrollgruppe absolvierte Übungseinheiten ohne Exoskelett. Dauer und Frequenz der Physiotherapie waren in beiden Gruppen identisch und wurden von geschulten Therapeutinnen durchgeführt. Zur Erhebung der Outcome-Parameter fanden Untersuchungen zu Beginn und Abschluss des GKP statt; eine telefonische Nachbefragung erfolgte drei Monate nach Abschluss der Intervention. Zur Evaluation von Praktikabilität und potenziellen Effekten wurden neben Routinedaten auch Fragebögen zu Lebensqualität, Teilhabe und Sturzergebnissen sowie standardisierte Mobilitätstests (u. a. Timed Up and Go und Tinetti-Test) eingesetzt.

Ergebnisse: Die Rekrutierung und Durchführung der Intervention erwiesen sich als grundsätzlich machbar. Erste Rückmeldungen deuten auf eine gemischte Akzeptanz bei Patient:innen und Therapeut:innen hin. Herausforderungen zeigten sich insbesondere in Bezug auf logistische Abläufe

und die individuelle Anpassung des Exoskeletts. Bei Personen mit ausgeprägter Frailty stellte zudem das Gewicht des Exoskeletts eine relevante Hürde dar, da die Anwendung eine gewisse Grundstabilität voraussetzt. Die Ergebnisse der Follow-Up-Untersuchungen werden auf dem Poster dargestellt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Pilotstudie bestätigen die grundsätzliche Umsetzbarkeit eines Exoskelett-Trainings in der geriatrischen Versorgung. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Planung einer multizentrischen randomisierten Studie ein. Dabei sollen auch leichtere Exoskelett-Modelle evaluiert sowie Möglichkeiten einer prolongierten Nachbehandlung in der ambulanten Versorgung geprüft werden.

P54

Koexistenz und Prävalenzen von Osteoporose-typischen Frakturen, Sarkopenie und Frailty bei älteren Patient*innen mit inadäquatem Trauma

R. Plessmann; N. Merz; A. K. Eggimann

Medical Faculty, University of Bern, Bern/CH; Orthogeriatrics, Department of Geriatrics, Inselspital, Bern/CH

Fragestellung: In dieser Studie wollen wir einen Einblick in die Prävalenzen und Koexistenz von Osteoporose-typischen Frakturen, Sarkopenie und Frailty bei älteren Patient*innen, die aufgrund einer Fraktur infolge eines inadäquaten Traumas akut hospitalisiert wurden, geben. Des Weiteren zeigen wir hierbei geschlechtsspezifische Unterschiede auf.

Methodik: Es handelt sich um eine Single Center Beobachtungsstudie im Zeitraum von Juni 2024 bis Januar 2025. Eingeschlossen wurden alle Patient*innen, 70 Jahre und älter, die aufgrund einer Fraktur durch inadäquates Trauma akut stationär behandelt wurden. Ausschlusskriterien waren eine schwere Demenz oder eine pathologische Fraktur infolge eines Tumorleidens. Eine Osteoporose-typische Fraktur wird als Fraktur der Hüfte, Wirbelkörper, Oberarm und/oder Vorderarm definiert. Die Diagnose Sarkopenie wurde ermittelt durch Handkraftmessung und Ultraschallmessung des M. Rectus Femoris unter Nutzung validierter Grenzwerte (European Working Group on Sarcopenia in Older People 2). Frailty wurde als Vorliegen einer Clinical Frailty Scale $>= 5$ Punkte definiert. Prävalenzen wurden deskriptiv beschrieben und geschlechtsspezifische Unterschiede mittels des Chi2-Tests ausgewertet.

Ergebnisse: Von insgesamt 112 Patient*innen (72,3 % Frauen) betrug das Durchschnittsalter 81 Jahre (Standardabweichung 6,9 Jahre). Eine Osteoporose-typische Fraktur fand sich bei 83 (74,1 %), Sarkopenie bei 38 (33,9 %), und Frailty bei 41 (36,6 %) der Patient*innen. Eine Überlappung von Fraktur, Sarkopenie und Frailty konnte bei 11 (9,8 %) der Patient*innen festgestellt werden.

Es fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Prävalenz von Osteoporose-typischer Fraktur bei Frauen vs. Männern (54,3 % vs. 58,1 %, $p=0,7$), sowie von Frailty (32,2 % vs. 48,4 %, $p=0,1$). Dagegen zeigte sich eine höhere Prävalenz einer Sarkopenie bei Männern vs. Frauen (53,3 % vs. 28,6 %, $p=0,02$). Dieser Unterschied in der Prävalenz von Sarkopenie erklärt sich durch eine geschlechtsspezifische Differenz in der Handkraftmessung bei ähnlich hoher Muskelmasse.

Schlussfolgerung: Insgesamt sind die isolierten Prävalenzen von Osteoporose-typischen Frakturen, Sarkopenie und Frailty substanzial, eine Überlappung von allen drei besteht bei 1:10 der älteren Patient*innen. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von Sarkopenie, insbesondere in der Handkraft. Dies weist darauf hin, dass die Schwellenwerte der Handkraft weiter untersucht werden sollten.

P55

Zwischen Erwartung und Konzept: Perspektiven lokaler Stakeholder und Expert*innen zum Demenzdorf-Modell

A. Zimmer¹; M. Messer^{1,2}

¹Institut für Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg; ²Lehrstuhl für Pflegewissenschaft, Universität Würzburg, Würzburg

Fragestellung: Das Demenzdorf-Konzept gilt als innovatives Versorgungsmodell, das durch eine lebensnahe, geschützte Umgebung und die Einbindung in das Gemeinwesen eine hohe Lebensqualität für Menschen mit Demenz anstrebt. Besonders in ländlichen Regionen, in denen spezialisierte Angebote fehlen, stößt dieses Modell auf wachsendes Interesse. Die Studie untersucht, inwieweit die Erwartungen der lokalen Bevölkerung an die zukünftige Demenzversorgung mit den Potenzialen übereinstimmen, die Expert*innen dem Demenzdorf-Konzept zuschreiben.

Methodik: Es wurden acht leitfadengestützte Interviews mit internationalen Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis (EXP) zum Konzept der Demenzdörfer geführt. Darüber hinaus fanden Interviews und Fokusgruppen mit lokalen Stakeholdern und Bürger*innen (BGR) statt ($n=27$); darunter pflegende Angehörige, betroffene Personen und Akteure der regionalen Demenzversorgung. Die qualitative Auswertung erfolgte in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker; die Perspektiven der Gruppen wurden systematisch verglichen.

Ergebnisse: Hinsichtlich der Bedarfe und Erwartungen der BGR zeigt sich eine hohe Übereinstimmung in Bezug auf zentrale Elemente, die von den EXP dem Demenzdorf-Konzept zugeschrieben werden. Hierzu gehören Anforderungen an die Gestaltung und Architektur der Gebäude und Außenanlagen, die Qualifikation des Pflegepersonals, die Pflegephilosophie sowie das Wohnkonzept. Auch das Bestreben nach offener Nachbarschafts Kooperation bildet eine Gemeinsamkeit, wenngleich der erwartete Verwirklichungsgrad unterschiedlich ausfällt. Unterschiede zeigen sich im Bereich der Sicherheit, dem BGR eine höhere Bedeutung beimessen als EXP. Darüber hinaus werden sogenannte „Scheinelemente“ (z. B. nachgebildete Haltestellen) von BGR überwiegend akzeptiert, während EXP sie eher kritisch bewerten. BGR äußern zudem einen klaren Bedarf nach hybriden Versorgungsformen, etwa durch die Kombination ambulanter und stationärer Angebote. EXP sehen darin ebenfalls ein Entwicklungspotenzial innerhalb des bestehenden Konzepts

Schlussfolgerung: Das Konzept des Demenzdorfes bietet das Potenzial, den Erwartungen lokaler Gruppen gerecht zu werden – sofern es flexibel an regionale Bedürfnisse angepasst wird, insbesondere in Bezug auf Alltagsgestaltung, Sicherheit und Angebotsvielfalt.

P56

Demenzdorf-Konzepte in der pflegerischen Versorgung: Ein Scoping Review zu Merkmalen und Wirkungen

A. Zimmer¹; M. Messer^{1,2}

¹Institut für Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg; ²Lehrstuhl für Pflegewissenschaft, Universität Würzburg, Würzburg

Fragestellung: Vor dem Hintergrund der steigenden Prävalenz von Demenz stellt sich die Frage, wie eine zukunftsfähige und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann. Die Studie untersucht, welche Merkmale das Demenzdorf-Konzept auszeichnen und welche Auswirkungen für Bewohnende und Personal in der Literatur beschrieben werden.

Methodik: Im Rahmen eines Scoping Reviews wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Web of Science sowie eine ergänzende Handsuche durchgeführt. Eingeschlossen wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache. Das Screening erfolgte unabhängig durch zwei Personen.

Ergebnisse: Von 1077 identifizierten Referenzen wurden 33 Publikationen in die Analyse einbezogen. Die überwiegend qualitativen Studien be-

schreiben verschiedene Dimensionen des Demenzdorf-Konzepts. Dieses zeichnet sich durch eine demenzsensible Architektur, personenzentrierte Pflege, die Förderung von Autonomie sowie die Integration in ein alltagsnahes Umfeld aus. Das Konzept wird als grundsätzlich geeignet für alle Stadien der Demenz beschrieben, dass eine Versorgung bis zum Lebensende bieten kann. Allerdings sind derzeitige Umsetzungen in der Praxis oftmals nicht auf jüngere Betroffene (< 65 Jahre) ausgerichtet. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Bewohnenden durch Autonomieförderung und naturnahen Angeboten profitieren. Beobachtet wurden positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und das Verhalten der Bewohnenden. Daten aus einem italienischen Demenzdorf deuten auf eine mögliche Reduktion von Depressionen und herausforderndem Verhalten sowie eine erhöhte körperliche Aktivität hin. In konzeptionellen Analysen wird das Risiko sozialer Ausgrenzung diskutiert. Für das Pflegepersonal werden ein erweitertes Aufgabenprofil, gestärkte Rollenidentität und geringere physische und psychische Belastungen erwartet. Erste Hinweise aus einem Demenzdorf deuten auf eine erhöhte Arbeitszufriedenheit und reduzierte Stressbelastung hin. Herausforderungen bestehen unter anderem mit der erforderlichen Identifikation mit der konzeptionellen Vision des Konzepts bei der Personalgewinnung.

Schlussfolgerung: Die Literatur weist auf zahlreiche potenzielle Vorteile des Demenzdorf-Konzepts für sowohl Bewohnende als auch Personal hin, die jedoch je nach konkreter Umsetzung variieren. Insgesamt besteht jedoch hoher Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Untersuchung der Effekte in kontrollierten Studiendesigns.

P57

Chronische Nierenkrankheit bei älteren und hochbetagten Menschen in Deutschland: Evaluierung von Behandlung und Gesundheitsergebnissen mittels einer Sekundärdatenanalyse

U. Hoffmann¹; M. Schultze¹; M. Müller²; R. Kerner³; J. Birnbaum³

mit Nephrologie, Diabetologie, Endokrinologie, Klinik für Allgemein Innere Medizin und Geriatrie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg; ¹ZEG Berlin Center for Epidemiology and Health Research GmbH, Berlin; ²WIG; ³Institute for Health Economics and Health System Research, Leipzig; ³BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Hamburg

Fragestellung: Die chronische Nierenkrankheit (CKD) ist eine bei älteren Menschen weit verbreitete Erkrankung, die durch einen fortschreitenden Verlust der Nierenfunktion gekennzeichnet ist. Angesichts der alternden Bevölkerung sind die Auswirkungen von CKD auf die Gesundheitssysteme erheblich. Diese Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten untersucht die Epidemiologie, Komorbiditäten und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von CKD-Patient:innen in Deutschland, wobei der Schwerpunkt auf älteren und hochbetagten Patient:innen liegt, um das Verständnis und die Behandlung der Krankheit zu verbessern.

Methoden: Es wurde eine retrospektive Real-World-Analyse unter Verwendung von repräsentativen deutschen Krankenkassendaten durchgeführt, um die epidemiologischen Merkmale von CKD-Patient:innen von 2018 bis 2022 detailliert zu erfassen. In dieser Studie wurden die Prävalenz der Krankheit, die Gesamtmortalität, Komorbiditäten, Kosten und die Nutzung von Gesundheitsressourcen untersucht. Die CKD-Kohorte umfasste Patient:innen, die durch mindestens einen krankheitsdefinierenden ICD-10-Code identifiziert wurden, wobei die Medikamente anhand von ATC-Codes analysiert wurden. Die jährliche Prävalenz wurde berechnet und die Daten wurden mit deskriptiven Statistiken an nationale demografische Unterschiede angepasst.

Ergebnisse: Die Prävalenz der diagnostizierten CKD lag im Jahr 2022 in Deutschland bei 4,9%. 69,0% dieser Patient:innen sind 70 Jahre und älter, was einer Gesamtzahl von 2,8 Millionen Menschen entspricht und eine Prävalenz von 20,8% in dieser Altersgruppe ergibt. Im Durchschnitt wurde jeder Patient:in der 70+-Kohorte im Jahr 2022 1,0 Mal ins Krankenhaus eingeliefert, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von über 9 Tagen. Die Gesamtmortalität in der Kohorte betrug 11,6%. Die häufigsten

Begleiterkrankungen waren arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 94,0%, 70,4% bzw. 60,6%. Die KDIGO definiert die medikamentöse Erstlinientherapie bei CKD als ACEi/ARB und SGLT2i. 67,6% erhielten eine ACEi/ARB-Therapie, 15,1% SGLT2i und 12,0% bekamen beides verschrieben. Die Gesamtkosten für Patient:innen mit CKD in der Kohorte 70+ beliefen sich im Jahr 2022 auf 39,3 Milliarden €.

Schlussfolgerung: Die Analyse unterstreicht die hohe Prävalenz von CKD bei älteren Patient:innen, die mit einer hohen Sterblichkeits- und Krankenhausaufenthaltsrate einhergeht. Aufgrund der niedrigen Screening- und Diagnoseraten unterschätzt diese Analyse wahrscheinlich die Prävalenz und die Gesamtkosten für das deutsche Gesundheitssystem. Um die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken sowie das Outcome auch der älteren Patient:innen zu verbessern, sollte auch bei dieser Patientengruppe eine CKD frühzeitig identifiziert werden, damit individualisiert leitliniengerechte nephroprotektive Strategien angewendet werden können.

P58

Auswirkung der Tiefen Hirnstimulation auf die Mobilität bei Parkinson-Krankheit: Eine EU-weite Longitudinalstudie

K. Scheuermann¹; C. Hansen¹; C. Becker¹; W. Maetzler¹; M. A. Hobert²

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel;

¹Digitale Geriatrie, Medizinische Klinik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg,

Heidelberg; ²im Namen der PD Cohort des Mobilise-D Konsortiums, Lübeck

Fragestellung: Die Tiefe Hirnstimulation (THS) ist eine etablierte Methode bei Personen mit der Parkinson-Krankheit (PmPK), die einer Therapieresistenz unterliegen oder bei Einnahme von Parkinsonmedikation unter starken motorischen Fluktuationen leiden. In verschiedenen Studien wurde bereits gezeigt, dass THS unter standardisierten Bedingungen eine positive Assoziation mit verschiedenen Gangparameter hat: Die Schrittlänge ist vergrößert und weniger variabel, die Geschwindigkeit nimmt zu. Jedoch ist nicht belegt, ob sich diese Veränderungen auch in der Alltagsmobilität niederschlagen.

Methodik: Die *Mobilise-D Clinical Validation Study* (www.mobilise-d.eu) ist eine seit 2021 laufende, europaweite Beobachtungsstudie über 3 Jahre zu Mobilität bei Erkrankungen mit Bewegungseinschränkung. Es wurden u. a. 600 PmPK eingeschlossen. Alle trugen über bis zu 6 Wochen einen Inertialsensor am unteren Rücken. In die hier vorgelegte Analyse werden $N=31$ PmPK ($62,6 \pm 14,6$ Jahre, 19,4% weiblich, Erkrankungsdauer 11,7 Jahre) eingeschlossen, die bereits vor Studieneinschluss eine THS erhalten haben (THS+). Als Kontrollgruppe dienen 31 PmPK ohne THS (Erkrankungsdauer 6,1 Jahre), die hinsichtlich Alter, Geschlecht und Krankheits Schwere (motorischer Part der Movement Disorder Society-sponserten Version der Unified PD Rating Scale, MDS-UPDRS III) gematcht wurden (THS-). Es werden die Gangdaten aus der supervidierten (6-Minuten-Gehtest, 6 MWT) und der unsupervidierten Erhebung (Alltagserfassung 24/7 über 7 Tage) verwendet und untereinander, wie auch mit der subjektiven Einschätzung der Mobilität verglichen (*Late-Life Function and Disability Instrument*, LLFDI)).

Resultate und Diskussion: Aktuell liegen die Daten für die erste Visite in aufbereiteter Form vor, bis zum Beginn des Kongresses werden die Daten aller 6 Visiten vorliegen. Zum Zeitpunkt der ersten Visite zeigen die PmPK-THS- in den supervidierten als auch in der unsupervidierten Daten keine signifikanten Unterschiede in Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge und eine Schrittlängenvariabilität. Diese Daten deuten darauf hin, dass die etablierten Tests zur Messung der Krankheits Schwere bei PmPK die Mobilitätsaspekte bei Subgruppen (hier THS ja versus nein) adäquat abbilden. Die weiteren Analysen werden zeigen, ob der LLFDI dies eventuell noch besser kann und ob der longitudinale Verlauf sich durch die hier verwendeten Instrumente unterschiedlich abbildet.

P59

Digital Assessment of Diadochokinesis—Development of a new device

U. Kuipers

Geriatric, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Bad Oldesloe

Introduction: Bradydiadochokinesis is a symptom within extrapyramidal motor disorders. Diadochokinesis is defined as rapid, voluntary back-and-forth movements controlled by antagonistic muscles. The basal ganglia, cerebellum and particularly thalamus are involved. Motor performance is easy to observe clinically and is preferably used to guide drug therapy for Parkinson's syndromes. Therefore, there is great interest in determining motor performance and coordination, as accurately and objectively as possible.

In recent decades sensors became more available but they are used almost exclusively in larger institutes or university laboratories. The reasons for their infrequent use are:

Devices for clinical use must comply with the Medical Devices Act (including CE marking). Performance is difficult to understand because technical documentation are often unavailable. Devices are expensive, setup is cumbersome, use and training are time-consuming and operation is complex. Managers doubt their usefulness and are hesitant to purchase them due to the resource requirements (cost, time, personnel and space). The additional costs are not reimbursed by health insurance companies. Start-ups doubt sufficient demand.

Methods: This poster presents the development of a new electronic device (in-house-manufacture) for the digital assessment of diadochokinesis.

A magnet is mounted on one end of a ball-bearing axle. A rotation sensor (OSRAM Hall Effect Sensor) is positioned 2 mm from the axis. A lightbulb-shaped handle is mounted on the opposite end. The subject is instructed to perform rapid, alternating rotational movements for at least 20 repetitions.

The device measures position (absolute angle, resolution $< 1^\circ$), time (resolution < 0.05 s), and calculates movement frequency, as well as its variability over time. The data is visualized, stored locally, and can be transferred in ASCII format to various operating systems for further analysis. Processing occurs immediately after measurement. The device is portable, and the measurement and analysis are completed within one minute. Typical recording durations range from 10 to 20 seconds. The hardware is fully modifiable, as all—including source code—were developed and assembled de novo from scratch.

Hardware:

- Sensor, magnetic Hall sensor (OSRAM Board Mount Hall Effect/Magnetic Sensors),
- Processor: PIC microcontroller, 20 MHz
- Memory: FRAM
- PCBs: time base, TFT Display, processor,
- Fabrication: Electronics and mechanical

Software components:

- Development environment: MikroC for PIC, EasyPIC 6 (Mikroelektronika),
- Desktop software: Embarcadero Borland Delphi 10.1 Berlin,
- Custom software for documentation, circuit diagrams, microcontroller programming
- Operation Systems: Microsoft Windows 7–11

Keywords: Extrapyramidal motor disorders, Parkinson's syndrome, geriatric diagnostics, digital motor assessment sensor-based measurement, medical device development, diadochokinesis, movement disorders

P60

Inzidenz, Merkmale und Folgen von Thrombosen der Vena jugularis interna nach zentralen Zugängen im Rahmen operativer Eingriffe in Orthopädie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie, im Vergleich geriatrisches Patientenkollektiv gegen nicht geriatrisches Patientenkollektiv

N. Mundt; H. Frohnhofen¹; H. Schelzig²; M. Prost¹; H. L. Möllmann³; D. Latz¹; C. Stenmanns¹; A. Lukas⁴

Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ¹Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ³Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ⁴Geriatric, St. Martinus Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf

Zielsetzung und Fragestellung: Zentrale Venenkatheter (ZVK) in der Vena jugularis interna (VCI) sind eine etablierte Maßnahme im perioperativen Management von orthopädisch-unfallchirurgischen sowie gefäßchirurgischen Patient:innen. Jegliche Etablierung von zentralen als auch peripheren Zugängen kann lokal durch die Veränderungen der Blutstrom-eigenschaften die Bildung von katheterassoziierten Thrombosen (KAT) erhöhen. Trotz ihrer breiten Anwendung ist die Inzidenz zur Entstehung solcher KAT sowie das Risiko daraus resultierender katheterassoziierten thromboembolischer Komplikationen (TEK) unzureichend untersucht. Ziel dieser Studie war eine erste deskriptive Auswertung der Inzidenz und Merkmale von KAT systematisch zu erfassen, mit besonderem Fokus auf Unterschiede zwischen einer geriatrischen und nicht-geriatrischen Patientengruppe.

Material und Methoden: In einer sechsmonatigen prospektiven klinischen Studie wurden konsekutiv Patient:innen aus den Fachbereichen Orthopädie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie mit zentralem Venenkatheter in der VCI untersucht. Eine initiale sonographische Kontrolle erfolgte nach ZVK-Anlage, gefolgt von wöchentlichen Verlaufskontrollen. Die Einteilung erfolgte in eine geriatrische Gruppe, die definitionsgemäß über Alter (70 und älter), ISA-Score (> 3) und Polypharmazie (> 6) gebildet und mit einer nicht-geriatrischen Gruppe verglichen wurde. Die Sonografie wurde standardisiert in sagittaler und transversaler Ebene bis mindestens 5 cm kranial und distal der Katheterspitze durchgeführt. Etwaige KAT wurden dreidimensional vermessen. Statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Ergebnisse: Von 117 eingeschlossenen Patient:innen wiesen 90 (77 %) eine KAT auf. Der Vergleich ergab keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz zwischen geriatrischer (78,9 %) und nicht-geriatrischer Gruppe (76,7 %, $p=0,767$), die mittlere Thrombosegröße war in beiden Gruppen nahezu identisch (geriatrisch: $0,82 \text{ cm}^2$, $SD=0,71$; nicht-geriatrisch: $0,81 \text{ cm}^2$, $SD=0,67$; $p=0,949$). Grundsätzlich zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Verweildauer des ZVK und KAT in den beiden Untersuchungsgruppen. KAT traten signifikant häufiger bei längerer Verweildauer des ZVK's auf ($6,28 \pm 5,36$ vs. $3,56 \pm 3,31$ Tage, $p=0,018$).

Diskussion: Die vorliegende Auswertung zeigt eine insgesamt hohe Inzidenz von KAT – unabhängig vom geriatrischen Status der Patient:innen. Auch wenn keine signifikanten Unterschiede der Prävalenz und Thrombosegröße zwischen den Untersuchungsgruppen besteht, so stellt die Katheterverweildauer, gepaart mit der insgesamt hohen Inzidenz einen relevanten Risikofaktor dar. Die Ergebnisse legen nahe, eine standardisierte sonographische Kontrolle zur frühzeitigen Detektion von KAT in Betracht zu ziehen, sowie die Indikation zur ZVK-Anlage kritisch zu überprüfen. Angesichts der hohen Inzidenz und potenzieller Folgekomplikationen sollte zukünftig auch das Outcome von TEK systematisch erfasst und bewertet werden.

P61

Digitales heimbasiertes Training zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Erwachsenen nach einer Hüft-Totalendoprothese (iPATH): Studienprotokoll für eine randomisierte kontrollierte Studie

T. Buchner; T. Eckert; A.-S. Haas; S. Knopf¹; J. M. Bauer; C. Becker²; T. Reiner¹; C. Werner

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ¹Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; ²Digitale Geriatrie, Medizinische Klinik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Die Hüftarthrose gehört zu den häufigsten Erkrankungen, die die Mobilität und Lebensqualität älterer Erwachsener beeinträchtigt. Eine Hüft-Totalendoprothese (HTEP) ist eine wirksame Behandlungsmethode zur Schmerzlinderung und Verbesserung der körperlichen Funktion. Übersichtsarbeiten zeigen jedoch, dass das präoperativ sehr niedrige Maß an körperlicher Aktivität (Physical Activity, PA) häufig auch nach der HTEP-Operation (OP) unverändert bleibt. Dies könnte auf zu kurze Rehabilitationsphasen, verfestigte sedentäre Verhaltensmuster oder methodische Limitierungen der bisher eingesetzten Sensortechnologien zurückzuführen sein. Digitale heimbasierte Trainingsprogramme und gesundheitspsychologische Ansätze zur Verhaltensänderung bieten neue Möglichkeiten zur Steigerung der PA nach einer HTEP-OP. Fortschritte in der Sensortechnologie ermöglichen es zudem, neben Häufigkeits- und zeitlichen nun auch räumliche PA-Parameter zu erfassen. Ziel der iPATH-Studie ist es, die Wirksamkeit zweier postrehabitativer Interventionen im Vergleich zur Standardversorgung hinsichtlich der Steigerung der PA bei älteren Erwachsenen nach einer HTEP-OP zu evaluieren.

Methode: In einer monozentrischen, dreiarmligen randomisierten kontrollierten Studie werden 213 HTEP-Patient*innen (≥ 65 Jahre) nach der Rehabilitation einer von drei Gruppen zugeteilt: (1) einem 12-wöchigen digitalen heimbasierten Training („Keep On Keep Up“, KOKU), (2) KOKU mit zusätzlichem gesundheitspsychologischem Personal Coaching (PC) oder (3) der Standardversorgung. Der primäre Endpunkt ist die durchschnittliche tägliche Schrittzahl sowie die kumulative tägliche Gehstrecke sechs Monate nach der HTEP-OP. Beide Parameter werden über sieben Tage mittels eines validierten körperfixierten Sensors (AX6; Axivity Ltd., UK) gemessen. Sekundäre Endpunkte umfassen die körperliche Leistungsfähigkeit, Life-Space-Mobilität, Schmerzen, Stürze, Hüftfunktion, Sturzangst, Lebensqualität und Akzeptanz der Interventionen. Die Datenerhebung erfolgt eine Woche präoperativ, sechs Wochen postoperativ und sechs Monate postoperativ.

Schlussfolgerung: Erwartete Ergebnisse umfassen eine höheres Maß an PA sechs Monate nach der HTEP-OP bei Teilnehmer*innen der KOKU-Gruppe im Vergleich zur Standardversorgung, wobei für die kombinierte Intervention (KOKU + PC) eine noch deutlichere Steigerung der PA erwartet wird. Bei erfolgreichen Ergebnissen haben diese Interventionen das Potenzial, die Gesundheit von HTEP-Patient*innen durch eine gesteigerte PA signifikant zu verbessern, das Risiko für Morbidität und Mortalität zu senken sowie als effektives digitales heimbasiertes Trainingsprogramm in die Routineversorgung integriert zu werden.

P62

Proteinsupplementierung und Muskelgesundheit bei gesunden Älteren – Ergebnisse eines Umbrella Reviews systematischer Reviews im Rahmen der evidenzbasierten Proteinleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

A. Eidam; N. Kalotai¹; J. Haardt¹; B. Watzl¹; D. Volkert²; J. M. Bauer

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ¹Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn; ²Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Fragestellung: Für die evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. zur Proteinzufuhr untersuchten wir im Rahmen eines Umbrella Reviews den Zusammenhang zwischen Proteinaufnahme und Muskelgesundheit (Muskelmasse, -kraft und körperliche Leistungsfähigkeit) gesunder älterer Erwachsener. Hier berichten wir die Ergebnisse für den Effekt einer Proteinsupplementierung.

Methodik: Durchsucht wurden die Datenbanken PubMed, Embase und Cochrane Database of Systematic Reviews. Eingeschlossen wurden systematische Reviews (SRs) prospektiver Studien (randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), Kohortenstudien) mit oder ohne Metaanalysen, die den Zusammenhang zwischen Proteinaufnahme/-supplementierung und Muskelmasse, Muskelkraft und/oder körperlicher Leistungsfähigkeit bei gesunden Erwachsenen im Alter von ≥ 50 Jahren untersuchten. Die Bewertung der methodischen Qualität der SRs erfolgte mittels einer modifizierten Version von AMSTAR 2, die der endpunktspezifischen Evidenz mittels NutriGrade. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde gemäß der Leitlinien-Methodik als „unzureichend“, „möglich“, „wahrscheinlich“ oder „überzeugend“ beurteilt. In der aktuellen Auswertung berücksichtigen wir nur die Ergebnisse aus SRs von RCTs.

Ergebnisse: Analysen aus 10 SRs von RCTs wurden zur Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz herangezogen. Eine Supplementierung von Protein (unspezifisch) mit Krafttraining (2 SRs, 3 Analysen) und eine Supplementierung von tierischem Protein ohne Krafttraining (1 SR, 3 Analysen) haben „möglicherweise“ keinen Effekt auf Surrogatparameter der Muskelmasse. Eine Supplementierung von tierischem Protein hat mit und ohne Krafttraining „möglicherweise“ keinen Effekt auf die Muskelkraft (4 SRs, 13 Analysen bzw. 2 SRs, 2 Analysen) und die körperliche Leistungsfähigkeit (3 SRs, 8 Analysen bzw. 2 SRs, 3 Analysen). Für vier weitere Exposition-Outcome-Kombinationen wurde die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als „unzureichend“ bewertet. SRs, die den Zusammenhang zwischen der Supplementierung von pflanzlichem Protein und der Muskelgesundheit untersuchten, konnten nicht identifiziert werden.

Zusammenfassung: Bei gesunden älteren Erwachsenen hat eine Proteinsupplementierung – ohne oder in Kombination mit Krafttraining – möglicherweise keinen maßgeblichen Nutzen für die Muskelgesundheit. Für einzelne Exposition-Outcome-Kombinationen ist die Evidenzbasis derzeit unzureichend.

P63

Die Wirkung von Musik auf Menschen mit Demenz im Seniorenheim: Perspektiven der Betreuungspersonen – eine qualitative Studie

K. M. Lex; L. Martensmeier¹; J. Pahl²; F. Dittmer³; S. Strupeit

Institut für Pflegewissenschaft und Interprofessionelles Lernen, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald; ¹Greifswald; ²Senioren- und Wohnzentrum am Botanischen Garten, Pommerscher Diakonieverein e.V., Greifswald; ³Institut für Kirchenmusik und Musikwissenschaft, Universität Greifswald, Greifswald

Hintergrund: „Herausforderndes Verhalten“ bei Menschen mit Demenz durch nicht-pharmakologische Maßnahmen zu reduzieren, ist „state of the art“. Zu diesen Maßnahmen gehört auch das Musizieren. Zahlreiche Studien zeigen, dass sich sowohl aktives als auch passives Musizieren po-

sitiv auf das Verhalten von Menschen mit Demenz auswirken können. Wie sich musikalische Interventionen im Kontext der Langzeitpflege auf Pflegenden und Betreuende auswirken, wurde bisher kaum untersucht. In einer stationären Altenpflegeeinrichtung finden seit Jahresbeginn 2025 regelmäßig Konzerte für Bewohner*innen statt. An den Konzerten nehmen ca. 35 Menschen mit Demenz teil. Die Konzerte stehen unter bestimmten Themen wie „Berge“ oder „Schnee“ und bieten ein Repertoire von Volksliedern bis hin zu Schlagern und Klassik. Die Bewohner*innen werden von Betreuungs- und Pflegekräften zu den Konzerten begleitet und während der Konzerte unterstützt, z. B. bei Toilettengängen oder starker Unruhe.

Fragestellung: Welche Veränderungen nehmen Betreuungspersonen und Pflegenden nach einer musikalischen Intervention bei Seniorenheimbewohnenden mit Demenz wahr?

Methode: Eine begleitende Evaluation der Musikintervention ist in Form einer qualitativen Fokusgruppenstudie geplant. Im Laufe des Jahres werden 2 Gruppeninterviews anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens mit Betreuungs- und Pflegekräften durchgeführt. Inhaltliche Schwerpunkte sind die Auswirkungen der Konzerte auf die Pflege- und Betreuungskräfte. Die Auswertung erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Die vorläufigen Ergebnisse zeigen eine gute Akzeptanz seitens der Bewohner*innen sowie der Pflege- und Betreuungskräfte. Thema der Interviews wird sein, wie sich die Intervention auf die Betreuenden auswirkt. Die Gruppeninterviews sollen zeigen, ob aus Sicht der Betreuenden ein Gewinn an Lebensqualität durch die musikalische Intervention eingetreten ist.

Schlussfolgerungen: Diese explorative Studie wird neue Ergebnisse über die Auswirkungen einer musikalischen Intervention auf Menschen mit Demenz und ihre Betreuer in stationären Altenpflegeeinrichtungen liefern. Die Perspektive des Pflegepersonals ist dabei von besonderem Interesse, da es die meiste Zeit mit den Bewohner*innen verbringt und sich auch für diese Gruppe positive Effekte zeigen können, bei denen ein längerfristiges Musikangebot sinnvoll sein kann.

P64

Multidimensional frailty and quality of life in German participants of the “aged European population quality of life in infectious disease (aequi) study”

A. Bausch¹; L. Pickert¹; S. Modaber¹; M. Schnieder²; A. M. Affeldt¹; S. Maggi³; A. Cruz-Jentoft⁴; G. Gavazzi⁵; N. Veronese⁶; C. von Arnim²; H. Burkhardt⁷; C. Lehmann¹; P. Antczak⁸; M. C. Polidori¹

Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln; ¹Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; ²Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; ³National Research Council, Neuroscience Institute, Aging Branch, Padua/I; ⁴Department of Geriatric Medicine, Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid/E; ⁵Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble-Alpes, La Tronche/F; ⁶Faculty of Medicine, Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma/I; ⁷Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim; ⁸Zentrum für Molekulare Medizin, CECAD, Uniklinik Köln, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln

Introduction: Person-centered domains beyond disease severity and organ functions are known to critically impact on health, quality of life and recovery trajectories with advancing age, but they largely escape clinical algorithms in routine care. The aim of the present analysis was to multidimensionally characterize older inpatients with infectious disease from the German cohort of the AEQUI study [1].

Methods: A prospective multicenter study with six months follow-up across three university hospitals in Germany. In the case group, patients > 65 years with respiratory infections or bloodstream infections were included. The matched control group included patients with non-infectious conditions. Multidimensional frailty was assessed with the CGA-based

Multidimensional Prognostic Index (MPI), delivering a 0 (full robustness)–to 1 (severe frailty) continuous value based on domains typically excluded in non-geriatric routine diagnostics. Health-related quality of life and self-rated health was measured by EQ5D-3L (European Quality of Life 5 Dimensions and 3 Lines) with EQ5D-VAS (visual analogue scale).

Results: In the 289 enrolled patients (142 cases, 147 controls, 61 % M, 77.5 ± 7.6 years), mean MPI at inclusion was 0.39 ± 0.17 indicating pre-frailty, with 37 % robust, 55 % pre-frail and 7 % frail individuals. Patients in the case group had a significantly higher MPI than controls (0.43 vs 0.36, $p = 0.001$). At inclusion, participants rated their own health on a scale from 0 (worst) to 100 (best), with a mean score of 50.4 ± 21.8. Cases reported significantly worse health compared to controls (46.0 vs 54.6, $p < 0.001$). At the time of abstract submission, a detailed analysis of 6 months follow-up data and MPI-subdomains is ongoing.

Conclusions: Frailty and self-perceived health were significantly worse in patients hospitalized presenting with infectious diseases than in controls in the German AEQUI cohort. Since both worsened MPI and self-perceived health are unfavorable prognostic outcomes, the association with infectious diseases at inclusion should be further explored. Reducing admission rates to hospitals, e. g. by increasing vaccination rates, could address this issue.

Literatur

1. Veronese N, Polidori MC, Maggi S, Cruz-Jentoft AJ, Gavazzi G (2025) Measuring the impact of hospitalization for infectious diseases on the quality of life of older patients in four European countries: the AEQUI longitudinal matched cohort study (2020–2023). Clin Microbiol Infect. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.01.009>

P65

Rectus Femoris Ultrasound as a Screening Tool for Low Muscle Mass in Geriatric Inpatients: A Diagnostic Accuracy Study

N. Meyer; C. M. Meyer¹; C. Steinmetz; S. Heinemann; C. von Arnim; M. Valentova²

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; ¹Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Klinik für Innere Medizin IV, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar; ²Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

Background: Sarcopenia diagnosis requires evidence of low muscle mass. Bioelectrical impedance analysis (BIA) is commonly used to assess appendicular skeletal muscle mass (ASMI) but is often limited in geriatric patients with contraindications like electronic implants and may overestimate values in hypervolemia. Muscle ultrasound (MUS) offers a promising, non-invasive, bedside alternative without known contraindications.

Objective: To assess the diagnostic performance of MUS compared to BIA as the clinical reference standard.

Methods: We prospectively enrolled 65 geriatric inpatients (mean age 81 ± 7.6 years; 43 % male; median BMI 24.7 kg/m² [IQR 21.4–26.8]). Muscle status was assessed using handgrip strength (HGS), the Timed Up and Go (TUG) test, BIA-measured ASMI, and MUS of the right-sided rectus femoris, vastus intermedius, and biceps brachii.

Results: Thirty-one patients (48 %) had reduced muscle mass according to the ASMI, defined as < 5.5 kg/m² in females and < 7.0 kg/m² in males. Patients with reduced ASMI were more often male (18/31 [28%] vs. 10/34 [15%]) had a lower BMI (median 21.7 kg/m² [IQR 20.3–24.3] vs. 26.0 kg/m² [23.9–28.2]), lower Mini-Mental State Test scores (MMST: 25 [23–27] vs. 27 [25–29]), and lower Mini Nutritional Assessment scores (MNA: 17.5 [15–21] vs. 22.5 [21–24]) compared to patients with normal ASMI (all p -values < 0.05, Mann-Whitney U test). There were no significant differences in HGS, TUG, or the SARC-F questionnaire scores between the groups. Among MUS parameters, rectus femoris thickness was significantly lower in patients with reduced compared to normal ASMI (median 10 mm [9–12] vs. 12 mm [11–14]; $p = 0.002$). No significant differences were ob-

served between groups in the cross-sectional area (CSA) of the rectus femoris, the thickness of the vastus intermedius, the thickness and CSA of the biceps brachii, or the echo intensity of the rectus femoris and biceps brachii. The diagnostic performance of rectus femoris thickness for identifying reduced ASMI yielded a moderate AUC of 0.737 (95% CI: 0.612–0.862; $p < 0.001$).

Conclusion: Ultrasound-based measurement of rectus femoris thickness shows moderate diagnostic accuracy (AUC 0.737) for identifying low muscle mass in geriatric inpatients. While BIA remains the standard, MUS is a feasible bedside alternative, particularly in patients with electronic implants or fluid overload. Further studies are needed to validate cutoff values and optimize MUS protocols for sarcopenia screening.

P66

Einfluss von Daridorexant auf die Dauer eines postoperativen Delirs

C. Stenmanns; H. Frohnhofen; C. Beyersdorf; H. L. Möllmann

Fachabteilung für Altersmedizin, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund: Das Delir ist eine gefürchtete Komplikation bei älteren Patienten, die mit kognitivem und funktionellem Abbau, erhöhter Abhängigkeit im Alltag und erhöhter Mortalität assoziiert ist. Bis heute ist unklar, wie Delir am besten behandelt werden kann. Während nicht-pharmakologische Maßnahmen eine solide Evidenz in der Prävention eines Delirs haben, ist die Datenlage zur pharmakologischen Behandlung inkonsistent. Da erste Studien einen günstigen Effekt des Orexinantagonisten Suvorexant auf den Verlauf eines Delirs zeigen, untersuchten daher den Einfluss des in Deutschland zur Insomniebehandlung zugelassenen Orexin-Antagonisten Daridorexant auf den Verlauf eines Delirs bei älteren chirurgischen Patienten.

Methoden: Wir analysierten retrospektiv die prospektiv in der Zeit von Januar 2022 bis Dezember 2024 erhobenen Daten einer Studie zur Inzidenz eines Delirs bei älteren Klinikpatienten. Die Patienten wurden retrospektiv anhand der nicht randomisierten Art der Behandlung des Delirs gruppiert: alleinige nicht-pharmakologische Maßnahmen (Gruppe 1), nicht-pharmakologische Maßnahmen plus Antipsychotika (Gruppe 2) und nicht-pharmakologische Maßnahmen plus Daridorexant (Gruppe 3). Hauptzielgröße war die Dauer des Delirs in der jeweiligen Behandlungsgruppe.

Ergebnisse: $N = 141$ Patienten erlitten während des stationären Aufenthaltes ein Delir. Auf die Gruppe 1 entfielen 67/47 % Patienten, auf Gruppe 2 34/24 % und auf Gruppe 3 40/29 % Patienten. Die mediane Dauer des Delirs betrug in der Gruppe 1 4,5 Tage, in Gruppe 2 7,8 Tage und in Gruppe 3 2,3 Tage. Die Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 3 sowie Gruppe 2 und 3 waren signifikant ($p < 0,001$). In einer linearen Regressionsanalyse war allein die Behandlung mit Daridorexant signifikant mit der Dauer des Delirs assoziiert.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Orexinantagonist Daridorexant bei älteren Klinikpatienten die Dauer eines Delirs signifikant verkürzen kann. Prospektive Interventionsstudien sind zur Sicherung eines solchen Zusammenhangs erforderlich.

P67

Langer Mittagsschlaf und Funktionalität im höheren Lebensalter

C. Stenmanns; B. Nickel; H. Frohnhofen

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

Die aktuellen Leitlinien empfehlen einen Mittagsschlaf von höchstens 30 Minuten Dauer. Langer Mittagsschlaf ist mit zahlreichen ungünstigen gesundheitlichen Folgen assoziiert. Eine Folge ist die geringere physische

Aktivität durch lange Schlafphasen am Tage und ein damit verbundenes Risiko für eine Dekonditionierung.

Wir untersuchten daher die Frage, ob die angegebene Dauer des Mittagsschlafes mit Frailty und Sarkopenie korreliert.

Wir analysierten die Daten von älteren (70+) stationären Patienten die in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf in der Zeit von 4/2000 bis 2/2025 behandelt wurden. Bei diesen Patienten wurden die anthropometrischen Daten erfasst, ein geriatrisches Assessment durchgeführt und eine umfangreiche Schlafanamnese durchgeführt. Der angegebene Mittagsschlaf wurde in die vier Gruppen a. keiner/weniger als 30 Minuten, b. 30 bis 60 Minuten, c. 60–90 Minuten und d. mehr als 90 Minuten unterteilt.

Die Korrelation zwischen der Dauer des Mittagsschlafes und der Greifkraft, dem SARC-F-Score und der Clinical-Frailty-Scale (CFS) wurden berechnet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität genehmigt.

Die Daten von 452 (34 %) Männern und 881 (66 %) Frauen konnten analysiert werden. Der Anteil der Patienten mit einem Mittagsschlaf betrug für die Gruppen a. 68 %, b. 21 %, c. 4 % und d. 7 %. Ein Mittagsschlaf von mehr als 30 Minuten war signifikant assoziiert mit dem ISAR-score ($r = 0,211$, $p < 0,001$), dem Katz-Index ($r = -0,116$, $p < 0,001$), dem IADL-Score ($r = -0,193$, $p < 0,001$), der CFS ($r = 0,210$, $p < 0,001$), der Greifkraft ($r = -0,116$, $p < 0,001$) und dem SARC-F-Score ($r = 0,188$, $p < 0,001$).

Langer Mittagsschlaf ist bei älteren Klinikpatienten mit zahlreichen funktionellen Assessmentparametern wie Sarkopenie und Frailty assoziiert.

P68

Prävalenz der Hypomagnesiämie bei stationären geriatrischen Patienten

O. Ismayilov; S. Schütze; O. Habich

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

Fragestellung: Der essentielle Mineralstoff Magnesium (Mg) ist als Cofaktor von mehr als 600 Enzymen an der Regulation zahlreicher biochemischer Reaktionen und zellulärer Funktionen beteiligt. Verminderte Magnesium-Serumkonzentrationen (Hypomagnesiämie) sind mit verschiedenen geriatrischen Erkrankungen assoziiert, u. a. mit arterieller Hypertonie, Diabetes, kardiovaskulären, muskulären und neurodegenerativen Erkrankungen. Im klinischen Alltag wird die Hypomagnesiämie jedoch bei vielen Patienten nicht diagnostiziert und nicht behandelt.

Methodik: In unserer akutgeriatrischen Klinik wurden bei allen an einem Stichtag stationären Patienten die Mg-Serumkonzentrationen aus dem Aufnahmelabor erfasst. Die Prävalenz der Hypomagnesiämie wurde unter Verwendung von zwei unterschiedlichen Referenzwerten ermittelt: $< 0,66$ mmol/l (eigenes Labor) und $< 0,75$ mmol/l [Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)]. Die Medikation aller Patienten wurde auf Diuretika und Protonenpumpenhemmer (PPI) überprüft.

Ergebnisse: Von 79 Pat. war bei 71 (89,9 %) die Mg-Serumkonzentration im Aufnahmelabor bestimmt worden [Alter: Median (Min/Max): 85 (70/98) Jahre; 62 % Frauen]. Bei 8 Pat. (11,3 %) lag die Mg-Serumkonzentration $< 0,66$ mmol/l [83 (72/91) Jahre; 6 Frauen], bei 20 Pat. (28,2 %) lag die Mg-Serumkonzentration $< 0,75$ mmol/l [85 (73/98) Jahre; 13 Frauen]. Patienten mit Hypomagnesiämie nahmen nicht häufiger Diuretika und/oder PPI ein als Patienten mit normalen Mg-Serumkonzentrationen [85 % versus 88,5 %].

Zusammenfassung: Aufgrund der mannigfaltigen Funktionen des Magnesiums und der einfachen und komplikationslosen oralen Substitutionsmöglichkeiten sollte ein Magnesiummangel nicht übersehen werden. Durch routinemäßige Bestimmung des Mg-Serumspiegels und die Verwendung des DGE-Referenzwerts konnte in unserer Punktprävalenzanalyse bei mehr als 25 % der stationären geriatrischen Patienten eine Hypomagnesiämie diagnostiziert werden. Eine genauere Untersuchung der Prävalenz der Hypomagnesiämie sowie ihrer Ursachen und Auswirkungen bei multimorbiden und funktionell eingeschränkten geriatrischen Patienten erscheint sinnvoll.

P69

Auswirkungen von in der stationären Akutsomatik durchgeführter Patientinnen- und Patientenedukation zum Thema „Sturz“ auf ältere Personen

M. Stieger

Altstätten

Fragestellung: Stürze im Alter werden mit gesundheitlichen Einschränkungen, dem Verlust von Selbstständigkeit und einer Reduktion der Lebensqualität assoziiert und gelten in der stationären Akutsomatik mit bis zu 78,0% der Fälle als vermeidbar. Da Edukation im Bereich der Prävention als wirksam gilt, wurde folgende Forschungsfrage untersucht: „Welche Auswirkungen hat in der stationären Akutsomatik durchgeführte Patientinnen- und Patientenedukation zum Thema „Sturz“ auf ältere Personen?“

Methodik: Für die Erstellung einer Literaturübersicht im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde eine sensitive Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete, Cochrane Library, GeroLit, PubMed® und PEDro durchgeführt. Ergänzend erfolgten Hand- und Zitationsuchen.

Ergebnisse: Die sechs inkludierten Studien untersuchten unterschiedliche Auswirkungen videobasierter, simulationsbasierter, schriftlicher und multimedialer Edukation mit oder ohne Follow-up. Es zeigte sich, dass Sturzedukation die Inzidenzdichte von Stürzen, die Sturzungst sowie das Selbstmanagement älterer Personen in der stationären Akutsomatik positiv beeinflussen kann. Hinsichtlich kumulierter Sturzinzidenz und Rehospitalisationen wurden keine signifikanten Effekte nachgewiesen. Bei der multimedialen Edukation wurden jedoch auch negative Auswirkungen beobachtet: Ohne Follow-up verstärkte sie depressive Symptome und bei kognitiv eingeschränkten Personen traten nach der Intervention vermehrt Stürze mit Verletzungsfolge auf. Aufgrund der Heterogenität der Studien und der geringen Evidenzlage können diese Ergebnisse jedoch nur Hinweise auf mögliche Trends hinsichtlich Auswirkungen von Sturzedukation geben.

Zusammenfassung: Für Personen ohne kognitive Einschränkungen kann Sturzedukation in der stationären Akutsomatik tendenziell empfohlen werden. Die Art und die Inhalte der Interventionen müssen jedoch an die Charakteristika der älteren Personen angepasst werden. Aufgrund der hohen Relevanz der Sturzprävention im Alter bedarf es zwingend weiterer, qualitativ hochwertiger Forschung zur untersuchten Forschungsfrage.

P70

Die Lübecker Skala der Basis-Mobilität – wann ohne Zeitmessung, wann mit?

S. Krupp; J. Müller; J. Kasper

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Medizin, Universität zu Lübeck, Lübeck

Fragestellung: Die Lübecker Skala der Basis-Mobilität (LSBM) enthält sieben Aufgaben, die für die Bewegung innerhalb des Zimmers wichtige Handlungsschritte darstellen und neben Hilfebedarf auch selbstständig kompensierte Beeinträchtigungen abbilden. Sie wurde in der Subgruppe geriatrischer Krankenhauspatienten validiert, die den Timed Up & Go-Test (TUG) bei Aufnahme nicht absolvieren konnten. Wie ist die Änderungssensitivität in der Gruppe der mobileren Patienten, die den TUG bewältigen? Bei welchen Patienten bietet die Durchführung mit Zeitmessung (t-LSBM) Vorteile?

Methodik: Bei stationären Patienten einer Akut-Geriatrie, die bereits bei Aufnahme den TUG bewältigt hatten, wurde mit einem Intervall von mindestens 10 Tagen zweimal die LSBM erhoben, ergänzt um eine Messung des Zeitbedarfs für die fünf enthaltenen Transfers, außerdem der TUG. Die Korrelationen zwischen den Tests sowie die Effektstärke für die Änderungssensitivität wurden berechnet. Perzentilen für den Zeitbedarf der einzelnen Items der t-LSBM wurden bestimmt.

Ergebnisse: Zwischen April 2022 und Mai 2024 nahmen 85 Patienten teil (66% Frauen, $81,6 \pm 6,0$ Jahre, Barthel-Index $57,8 \pm 9,9$). Der Summenscore der LSBM lag bei der ersten Untersuchung im Mittel bei $5,00 \pm 2,94$, der kumulative Zeitbedarf für die Transfers bei $60,3 \pm 26,2$ Sekunden, für den TUG (habituell) bei $32,2 \pm 14,0$ Sekunden. Die Werte verbesserten sich auf den LSBM-Score $3,28 \pm 2,23$ mit einem Zeitbedarf in der t-LSBM von $46,2 \pm 18,8$ Sekunden und im TUG von $26,3 \pm 10,1$ Sekunden (p jeweils $< 0,001$). Die Änderungssensitivität der LSBM ohne und mit Zeitmessung lag jeweils bei 0,77, für den TUG bei 0,56. 16 Patienten (18,8%) erreichten bereits in der ersten Bestimmung der LSBM bei jedem Item Schweregrad 0 (nicht beeinträchtigt). Mit dem Übergang von der Durchführung mit personeller Hilfe auf die Selbstständigkeit kann ein Anstieg des Zeitbedarfs verbunden sein.

Schlussfolgerung: Die LSBM eignet sich auch für geriatrische Krankenhaus-Patienten, die den TUG bewältigen und weist eine höhere Änderungssensitivität als dieser auf. Ist ein P bei der Durchführung von Aufgaben auf Hilfe angewiesen, so liegt der Fokus der Therapie auf dem Erreichen von Selbstständigkeit, die Schnelligkeit der Durchführung ist von geringerem Interesse. Bewältigt ein P dagegen alle Items ohne personelle Unterstützung, so liefert die Erweiterung zur t-LSBM einen für die Therapiekontrolle wichtigen zusätzlichen Parameter und vermeidet auch bei Erreichen eines LSBM-Summenscores von 0 den Deckeneffekt.

P71

Distaler Ösophagusspasmus als eine seltene Ursache für zunehmenden körperlichen Abbau mit Mangelernährung, Sarkopenie und Frailty

J. Klein; A. H. Jacobs; M. Kowar

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

Hintergrund: Schluckbeschwerden im Rahmen einer oralen Dysphagie (OD) beschreibt ein Symptom, welchem viele Ursachen zu Grunde liegen können.

Fallbericht: Wir berichten über eine 92-jährige Patientin, die aufgrund einer zunehmenden Immobilität und Schmerzen im Rahmen einer Os sacrum Fraktur aus der unfallchirurgischen Abteilung zu uns verlegt wurde. Die Beschwerden bestehen bereits seit längerem und sind zuletzt deutlich progredient. Zudem wird eine seit mehreren Monaten bestehende postprandiale Übelkeit und Erbrechen beklagt. Bereits 3 Monate vor Aufnahme in unserer Klinik erfolgte eine geriatrische Behandlung in einer auswärtigen Abteilung, in der ein Traktionsdivertikel des Ösophagus als Ursache bei ansonsten unauffälligem Breischluck und FEES (Fiberoendoskopische Evaluation des Schluckaktes) beschrieben wurde. Als Geriatrie-typische Multimorbidität bestanden eine Herzinsuffizienz bei KHK mit Vorhofflimmern, eine arterielle Hypertonie, COPD, chronische Dermatitis, eine Persönlichkeitsstörung, Z. n. TIA, Eisenmangelanämie und Osteoporose.

Verlauf im Krankenhaus: Es erfolgte eine analgetische Therapie (Novalgin, Opiat), worunter die Schmerzen bei Mobilisation gut kontrolliert werden konnten. Im Rahmen der Physiotherapie stand die Schwäche bei Sarkopenie und Mangelernährung im Vordergrund. Postprandial kam es rezidivierend zum Erbrechen, weswegen eine weitere Abklärung erfolgte.

Diagnostik: Radiologisch zeigte sich im Gastrografen-Breischluck ein Abbruch im Bereich des distalen Ösophagusphinkters. Hierdurch kam es zu einem Aufstau und Retention im Bereich des vorbekannten Zenkerdivertikels. Die erneut durchgeführte Gastro-Duodenoskopie zeigte, wie bereits im Voraufenthalt, einen unauffälligen Befund, insbesondere im Bereich des distalen Ösophagusphinkters.

Therapie und Diagnose: In Zusammenschau der Befunde und der Vorbe-funde sahen wir eine funktionelle Störung des distalen Ösophagusphinkters im Sinne eines Spasmus. Auf eine Manometrie wurde aufgrund des eindeutigen Befundes verzichtet. Es erfolgte in einer erneuten Gastroskopie die Instillation von Botulinumtoxin im Bereich des distalen Ösophagusphinkters. Hierunter zeigte sich bereits am Folgetag eine deutliche

Besserung der Beschwerden (mit vollständigem Sistieren des postprandialen Erbrechens). In der erneut durchgeführten radiologischen Breischluckuntersuchung zeigte sich eine gute Passage bei weiterhin bekanntem Divertikel.

Zusammenfassung: Eine genaue Diagnosefindung bei unklarer oraler Dysphagie ist essenziell, um Komplikationen wie Gewichtsverlust, Schwäche, Pneumonien und damit einhergehender Verschlechterung der Lebensqualität mit konsekutiv erhöhter Morbidität und Mortalität zu verhindern. In diesem Fall konnte bei Diagnose eines funktionellen Spasmus des distalen Ösophagus mit entsprechender Therapie wieder eine deutliche Besserung der Lebensqualität erreicht werden.

P72

Reliabilität der Compensatory Arm and Leg Movements (CALM) Scale zur Bewertung kompensatorischer Gleichgewichtsreaktionen nach Perturbationen bei älteren Personen

N. Hezel; C. Becker; J.M. Bauer; C. Werner

Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg

Fragestellung: Reaktives Gleichgewicht beschreibt die Fähigkeit, unerwartete Störungen des Gleichgewichts durch geeignete kompensatorische Bewegungen der Arme oder Beine auszugleichen. Die Compensatory Arm and Leg Movements (CALM) Scale ermöglicht eine standardisierte und reliabel einsetzbare Bewertung dieser Kompensationsbewegungen bei jungen, aktiven Personen. Unklar ist bislang, wie zuverlässig die CALM Scale bei älteren Personen mit Sturzrisiko anwendbar ist. Ziel der Studie ist daher, die Reliabilität der CALM Scale zur Bewertung kompensatorischer Gleichgewichtsreaktionen nach Perturbationen in dieser Zielgruppe zu überprüfen.

Methode: Vierunddreißig ältere Personen ($80,1 \pm 5,4$ Jahre) mit Sturzrisiko (Timed Up & Go = $12,5 \pm 6,5$ s, Gehgeschwindigkeit = $0,84 \pm 0,17$ m/s) absolvierten den Stepping Threshold Test. Dabei reagierten sie im Stehen auf maximal 24 unerwartete Perturbationen (vorwärts, rückwärts, rechts, links). Die Testdurchführung wurde per Videokamera aufgezeichnet. Die Bewertung der Kompensationsbewegungen der Arme und Beine mittels der CALM Scale erfolgte durch zwei unabhängige Beobachter und zu zwei Zeitpunkten. Pro Perturbation wurden Arm- (1 = near fall \rightarrow 5 = bewegungslos, Arme am Körper) bzw. Beinbewegungen (1 = near fall \rightarrow 9 = bewegungslos, Füße in Ausgangsposition) separat beurteilt. Ein Gesamtscore wurde aus der Summe aller Einzelbewertungen gebildet. Die Inter-Rater- (Beobachter 1 vs. Beobachter 2) sowie Intra-Rater-Reliabilität (Zeitpunkt 1 vs. Zeitpunkt 2) wurde anhand von Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten (ICC, absolute Übereinstimmung) überprüft.

Ergebnisse: Es wurden insgesamt 425 Perturbationen bewertet. Die durchschnittliche Bewertungsdauer pro Perturbation lag bei $28,8 \pm 3,6$ Sekunden. Der Gesamtscore aller Kompensationsbewegungen weist sowohl eine sehr hohe Inter-Rater- (ICC = 0,987 [95 % Konfidenzintervall [KI] = 0,974, 0,993]; $p < 0,001$) als auch Intra-Rater-Reliabilität (ICC = 0,997 [95 % KI = 0,994, 0,998]; $p < 0,001$) auf. Detaillierte Analysen in Abhängigkeit der Kompensationsbewegung (Arm- vs. Beinbewegung) und Perturbationsrichtung (anterior-posterior vs. mediolateral) befinden sich aktuell in Auswertung und werden bis Juni 2025 abgeschlossen. Die finalen Ergebnisse werden beim Kongress vorgestellt.

Schlussfolgerung: Die vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die CALM Scale zur Bewertung kompensatorischer Gleichgewichtsreaktionen nach Perturbationen bei älteren Personen mit Sturzrisiko klinisch geeignet und reliabel ist.

P73

Efficacy and safety of daridorexant in patients with chronic insomnia disorder and comorbid nocturia

K. Lederer; S. Shoffner¹; J.-E. B. Miranda²; R. Rowles³; A. Olivieri³; M. Meinel³

Advanced Sleep Research GmbH, Berlin; ¹Accellacare Research of Cary, Cary/USA; ²Centro Médico Teknon, Barcelona/E; ³Idorsia Pharmaceuticals Ltd, Allschwil/CH

Introduction: Chronic insomnia and nocturia are frequently associated, particularly in older adults. Both chronic insomnia and nocturnal voids ≥ 2 /night significantly impact sleep quality, daytime functioning and quality of life. This study evaluated the efficacy and safety of daridorexant in patients with insomnia and comorbid nocturia.

Method: This double-blind, placebo-controlled, two-way cross-over study randomised 60 patients aged ≥ 55 years with chronic insomnia (insomnia complaints ≥ 3 months; insomnia severity index [ISI] score ≥ 13) and self-reported nocturia (≥ 3 voids/night for ≥ 1 month) to 4-weeks nightly treatment of daridorexant 50 mg or placebo. This was followed by a 14–21-day washout period, after which patients received the alternate 4-week treatment. The primary endpoint was changed from baseline to Week 4 in self-reported total sleep time (sTST). Other insomnia endpoints included change from baseline in ISI score (to Weeks 2, 4), sTST (to Weeks 1, 2, 3), depth of sleep (visual analogue scale, to Weeks 1, 2, 3, 4) and daytime functioning (Insomnia Daytime symptoms and Impacts Questionnaire [IDSIQ] total score, to Weeks 1, 2, 3, 4). Nocturia endpoints, evaluated using the Minze diary Pod, included change from baseline in number and time to first nocturnal void (Weeks 1, 4). Safety endpoints included adverse events (AEs) and AEs of special interest (AESI: falls, urinary incontinence).

Results: Daridorexant (vs. placebo) significantly increased mean sTST (56.6 vs. 35.7 mins; $p = 0.002$) at Week 4; significant improvements were seen from Week 1 (first timepoint). Daridorexant (vs. placebo) significantly ($p < 0.05$) decreased ISI scores (Weeks 2, 4) and significantly ($p < 0.05$) improved depth of sleep (Weeks 1–4) and IDSIQ total score (Weeks 1, 3). Daridorexant (vs. placebo) reduced the number of nocturnal voids (Week 1: -1.5 vs. -1.0 , $p < 0.001$; Week 4: -1.6 vs. -1.3 , $p = 0.09$) and increased median time to first nocturnal void (difference to placebo, Week 1: $+31$ mins, $p = 0.0027$; Week 4: $+23$ mins, $p = 0.2026$). No serious AEs/AEs leading to discontinuation were reported in the study. No AESIs were reported during daridorexant administration.

Conclusion: In patients with insomnia and comorbid nocturia, daridorexant improves sleep, daytime functioning and nocturia symptoms, with no increased risk of falls or urinary incontinence.

(ENCORE Poster, originally presented on Sleep Europe Congress 2024)

P74

Einsatz einer telemedizinischen Ultraschalluntersuchung bei stationären geriatrischen Patient*innen: eine Machbarkeitsstudie

S. Heinemann; M. F. Seitz; C. Steinmetz; C. von Arnim; M. Valentova

Klinik für Geriatrie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen; Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen

Fragestellung: Ist eine telemedizinisch angeleitete Ultraschalluntersuchung bei stationären geriatrischen Patient*innen technisch durchführbar, zeitlich praktikabel und benutzerfreundlich? Ist eine ausreichende Messgenauigkeit gegeben, und unterscheiden sich die Ergebnisse zwischen Medizinstudierenden und Pflegefachkräften?

Methode: In einer monozentrischen Beobachtungsstudie führten Medizinstudierende und Pflegefachkräfte bei 30 akut-stationären geriatrischen Patient*innen jeweils eine telemedizinisch angeleitete Ultraschalluntersuchung der Vena cava inferior (VCI) durch. Die Supervision erfolgte aus der Ferne und in Echtzeit durch eine erfahrene Ultraschallärztin mittels

der im Ultraschallgerät integrierten Teleguidance-Funktion. Primäre Endpunkte waren die technische Durchführbarkeit (erfolgreiche Verbindung), die Genauigkeit der VCI-Messung (mindestens 80 % der Messungen mit Abweichung von maximal 2 Millimeter im Vergleich zur Referenzmessung der Supervisorin) sowie die Untersuchungsdauer (Ziel: ≤ 10 Minuten). Sekundäre Endpunkte umfassten die Benutzerfreundlichkeit (Skala 0–100, Zielwert: ≥ 75 %) sowie den Vergleich der Messgenauigkeit zwischen den beiden Berufsgruppen.

Ergebnisse: Alle $N=60$ Ultraschalluntersuchungen (Medizinstudierende: $n=30$, Pflegefachkräfte: $n=30$) konnten erfolgreich durchgeführt werden (100 % technische Verbindung). In 48 von 60 Fällen (80 %) lag die Messabweichung der Vena cava inferior im angestrebten Bereich (± 2 Millimeter). Die mittlere Untersuchungsdauer betrug $3,0 \pm 1,6$ Minuten bei Medizinstudierenden und $3,5 \pm 2,3$ Minuten bei Pflegefachkräften. Die Benutzerfreundlichkeit wurde im Durchschnitt mit 89 % (alle Werte ≥ 85 %) bewertet. Die Messgenauigkeit war bei Pflegefachkräften mit 27 von 30 Fällen (90 %) höher als bei Medizinstudierenden (21 von 30; 70 %), der Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz ($p=0,104$; Fisher's Exact Test).

Schlussfolgerung: Die telemedizinische Supervision von Ultraschalluntersuchungen am Krankenbett geriatrischer Patient*innen ist technisch zuverlässig, praktikabel und wird von Anwender*innen als benutzerfreundlich wahrgenommen. Die Methode bietet Potenzial für den Einsatz in Versorgungskontexten mit begrenzter Personalverfügbarkeit. Weitere Studien mit größeren Fallzahlen sind erforderlich, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu validieren.

P75

Hämodialysepatientinnen und -patienten > 65 Jahre zeigen starke Einschränkungen im standardisierten geriatrischen Assessment

C. Koehler; J. Fuge; T. Laurentius¹; W. Pommer²; S. Fleig³

Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen; ¹Klinikum Oldenburg, Oldenburg; ²MVZ Windscheidstraße, Berlin; ³Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen

Die chronische Nierenkrankheit geht einher mit hohem kardiovaskulärem Risiko und Komorbiditäten wie Diabetes, Hypertonie, Knochenstoffwechselstörungen und Gefäßerkrankungen. Menschen an Dialyse sind in enger ärztlicher Betreuung mit stark internistischem Fokus. Ein großer Anteil der Betroffenen ist im geriatrischen Alter, und Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, Sturzrisiko, Ernährung, Kognition und Stimmung bleiben oft lange unerkannt.

In der ALDIA-Studie (Altern an Dialyse: Altersmedizinische Funktionsuntersuchungen bei Dialysepatienten über 65 Jahren) haben wir 52 ambulante Hämodialyse (HD)-Patienten und -Patientinnen (medianes Alter 76,8 J) eingeschlossen und ein standardisiertes geriatrisches Assessment (comprehensive geriatric assessment, CGA) sowie eine Einschätzung der Lebensqualität durchgeführt. Neben fragebogenbasierten Testungen (Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), Geriatric Depression Scale (GDS), WHO-Quality of Life-Bref, Mini Mental State Test (MMST), Parker Mobility Scale (PMS), Sarcopenie-Fragebogen (Sarc-F)) wurde ein Timed-up-and-Go (TUG)-Test durchgeführt und Handkraft mittels Dynamometer sowie Körperzusammensetzung mittels bioelektrischer Impedanzanalyse (BIA) gemessen. Die Ergebnisse wurden individuell rückgemeldet, eine zweite Testung erfolgte nach zwölf Wochen. Neben der standardisierten Testung wurden Betroffene und Betreuende (ärztlich sowie pflegerisch) um eine Eigen- bzw. Fremdeinschätzung in den Kategorien Mobilität, Sturzrisiko, Stimmung, Kognition und Ernährung gebeten.

Im Vergleich zu Referenzpopulationen weist unser Studienkollektiv (ambulante Hämodialyse) in allen Dimensionen Einschränkungen auf. Bei Handkraft, Muskelmasse und Phasewinkel sind die Mittelwerte reduziert, für den TUG wird mehr Zeit benötigt, die Lebensqualität (körperlich und psychologisch, WHO-QoL) ist niedriger. Kognition (MMST) und Stim-

mung (GDS) sind schlechter, und auch der Anteil mit auffälligem Ernährungsstatus (MNA-SF) ist in der Studienpopulation erhöht. Eigen- und Fremdeinschätzungen unterscheiden sich nicht signifikant.

Ein geriatrisches Assessment bei ambulanten Dialysepatientinnen und -patienten über 65 J zeigt häufiger als in der Referenzpopulation Einschränkungen in den Dimensionen Mobilität, Sturzrisiko, Ernährung, Kognition und Stimmung auf. Durch ein CGA können diese identifiziert werden und gezielte Interventionen ermöglichen. Größere, multizentrische Studien sind notwendig, um den Effekt dieser Interventionen zu messen.

P76

Thematisierung von Reanimation durch Geriater in Europa – eine europaweite Umfrage

J. Trabert; C. Trevisan¹; N. Golüke²; G. Chapelet³; E. Sanchez-Garcia⁴; M. Ni Lochlainn⁵

Medizinisch-Geriatrie Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.; ¹Department of Medical Sciences, University of Ferrara, Ferrara/I; ²Department of Geriatric Medicine, Hospital Gelderse Vallei, Ede/NL; ³Clinical Gerontology Department, CHU Nantes, Nantes/F; ⁴Mater Private Network, Cork/IRL; ⁵Centre for Ageing Resilience in a Changing Environment, Department of Twin Research and Genetic Epidemiology, King's College London, London/UK

Hintergrund/Ziel: Es wurde angenommen, dass die Praktiken in Bezug auf Do-Not-Resuscitate-Anordnungen (DNR) in Europa unterschiedlich sind. Diese Studie zielte darauf ab, solche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern zu untersuchen.

Methodik: Es wurde eine Online-Befragung unter geriatrisch tätigen Ärzten in Europa durchgeführt. Basisdaten wie Alter, Geschlecht, Jahre an Erfahrung, und das Land der Tätigkeit wurden erhoben. Dann wurden 16 Fragen zu Einstellungen zu DNR, wie Häufigkeit, Sicherheit sowie mögliche Barrieren, gestellt. Die Länder wurden in Nord-, Mittel-/Ost-, Süd- und Westeuropa eingeteilt. Der Vergleich zwischen den Ländern wurde durch deskriptive Analysen und multivariate logistische Regression durchgeführt.

Ergebnisse: 473 Befragte aus 22 europäischen Ländern wurden eingeschlossen. Das Durchschnittsalter betrug 41,8 Jahre, 64,9 % waren weiblich. 39,8 % der Teilnehmer gaben an, dass sie bei 26 % der aufgenommenen Patienten über eine Wiederbelebung gesprochen haben, und 79,7 % fühlten sich sicher, DNR-Anordnungen zu besprechen. Geringere Häufigkeit und Zuversicht wurden in den nördlichen (23,1 % bzw. 81,5 %), östlichen (18,8 % und 31,3 %) und südlichen Ländern (20,6 % bzw. 51,9 %) im Vergleich zu den westlichen Ländern (50,8 % bzw. 94,3 %) beobachtet. Dieser Trend bestätigte sich in der logistischen Regression. Die Wahrscheinlichkeit, DNR zu thematisieren bzw. sich darin sicher zu fühlen war im Vergleich zu westlichen Ländern durchweg reduziert. Nördliche Länder (OR = 0,27 [95 % CI: 0,10–0,68]; OR = 0,28 [95 % CI: 0,10–0,96]), östliche Länder (OR = 0,21 [95 % CI: 0,05–0,68]; OR = 0,02 [95 % CI: 0–0,06]) und südliche Länder (OR = 0,23 [95 % CI: 0,14–0,37]; OR = 0,05 [95 % CI: 0,02–0,09]).

Schlussfolgerung: Diese Umfrage zeigt erhebliche Unterschiede zwischen europäischen Ländern, wie Geriater das Thema Reanimation betrachten.

P77

Depressive Symptome in der Notaufnahme: Einfluss auf die Gesundheit nach einem Jahr

M. Yazlik; N. Warmer; M. C. Polidori; A. M. Affeldt

Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund: Depressive Symptome treten im höheren Lebensalter häufig auf, beeinträchtigen Lebensqualität und Gesundheitszustand, werden jedoch insbesondere in Notaufnahmen bislang unzureichend erfasst. Ebenso bleibt die geriatrische Frailty häufig unerkannt, obwohl sie

als Prädiktor für Mortalität, Rehospitalisierung und Pflegebedürftigkeit gilt. Ziel dieser Analyse war die Untersuchung der Prävalenz depressiver Symptome und deren Assoziation mit dem Ausmaß der Frailty bei älteren Patient:innen in der Notaufnahme.

Methoden: In dieser Sekundäranalyse der „Jede Jeck is anders“-Studie wurden 921 Patient:innen ≥ 65 Jahren eingeschlossen, die mit internistischen Beschwerden die Notaufnahme aufsuchten. Alle erhielten ein Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)-basiertes Assessment mit dem Multidimensionalen Prognostischen Index (MPI, MPI-1 = 0,00–0,33; robust, MPI-2 = 0,34–0,66; pre-frail und MPI-3 = 0,67–1; frail) zur Frailty-Erfassung und der Geriatrischen Depressionsskala (GDS, GDS-1 = 0–4 Punkte; unauffällig, GDS-2 = 5–9 Punkte; leichte bis mäßige Depression und GDS-3 = 10–15 Punkte; schwere Depression) zur Erfassung depressiver Symptome. Nach einem Jahr erfolgte ein telefonisches Follow-Up.

Ergebnisse: Das mittlere Alter der Patienten betrug 76 Jahre ($SD = 6,85$), wobei 42,7% weiblich waren. Bei Aufnahme betrug der mittlere GDS-Score 4,02 (unauffällig) und der mittlere MPI-Score 0,37 (pre-frail). Die Verteilung der GDS-Gruppen war wie folgt: 56,8% GDS-1, 40,1% GDS-2 und 3,1% GDS-3. Nach einem Jahr waren 27,17% der Patient:innen verstorben. Ein höherer GDS-Score war – nach Adjustierung für Alter und Geschlecht – signifikant mit einer erhöhten Mortalität assoziiert ($p = 0,022$). Der mittlere MPI-Score im ein Jahres Follow-Up betrug 0,34. Ein höherer GDS-Score war – nach Adjustierung für Alter und Geschlecht – signifikant mit einem höheren MPI-Score bei Aufnahme ($p < 0,001$) und nach einem Jahr ($p = 0,001$) assoziiert.

Zusammenfassung: Die Analyse zeigt, dass depressive Symptome bei Aufnahme in die Notaufnahme häufig auftreten und mit Frailty und ungünstigerem Gesundheitsverlauf assoziiert sind. Dies betont die Bedeutung ihrer frühzeitigen Erfassung und Berücksichtigung in der Therapieplanung. Weitere Studien sind erforderlich, um die Umsetzung und Integration in klinische Entscheidungsprozesse zu evaluieren.

P78

Validierung der „Single Question In Delirium“ (SQiD) in einer akutstationär-geriatrischen Population

M. T. Thormann; J. Trabert; S. Schütze

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M.; Medizinisch-Geriatrische Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.

Fragestellung: Das Delir ist gerade bei älteren Patienten mit erheblichen Komplikationen verbunden, wird aber dennoch häufig übersehen. Dies liegt unter anderem an fehlendem Wissen oder fehlender Anwendung validierter Screening-Tools. Die Single Question in Delirium (SQiD) könnte mit der einfachen Frage „Ist Ihr Angehöriger zur Zeit verwirrt als vor dem Krankenhausaufenthalt?“ eine Möglichkeit zum Screening bieten, wurde bisher aber kaum bei geriatrischen Patienten untersucht.

Methodik: In dieser prospektiven Validierungsstudie in einer großen akutstationären geriatrischen Abteilung wurde nach schriftlicher Einwilligung die SQiD von den Angehörigen spätestens 48 Stunden nach Aufnahme abgefragt. Verblindet gegenüber dieser Befragung erfolgte eine ärztliche Untersuchung auf Delir gemäß DSM V im gleichen Zeitraum. Die Ergebnisse von Befragung und Untersuchung wurden verglichen. Außerdem wurden zusätzliche klinische Parameter wie Frailty und Demenz erhoben. Die statistische Analyse erfolgte durch die Auswertung von Sensitivität, Spezifität, positivem und negativem prädiktiven Wert.

Ergebnisse: Insgesamt sollen 210 Patienten und deren Angehörige rekrutiert werden, davon 120 Patienten mit Delir und 90 Patienten ohne Delir. Bisher wurden 100 Patienten mit und 92 Patienten ohne Delir untersucht und deren Angehörigen befragt. Die Rekrutierung wird bis Mai 2025 abgeschlossen sein. Bei dem Kongress soll die Validität der SQiD in Zusammenhang mit Faktoren wie Frailty und vorbestehender Demenz berichtet werden.

Zusammenfassung: Sollte die SQiD über gute Screening-Eigenschaften bei akut-stationär geriatrischen Patienten verfügen würde dies die Wich-

tigkeit dieses Instrumentes unterstreichen. Dies insbesondere unter dem Aspekt der sehr einfachen, auch ungeschulten Durchführung.

P79

Einfluss der Lateralisierung motorischer Symptome auf quantitative Gangparameter sowie die Sturzhäufigkeit bei der Parkinson-Krankheit

F. Beck; W. Maetzler; C. Hansen

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

Im Verlauf der Parkinson-Krankheit (PK) treten charakteristische Gangbildveränderungen auf, die häufig zu Stürzen mit erheblichen Komplikationen führen. Zur objektiven Erfassung des Gehverhaltens eignen sich inertielle Messeinheiten (*Inertial Measurement Units*, IMUs), mit denen quantitative Gangparameter unter standardisierten Bedingungen sowie im Alltag erfasst werden können. Eine linksseitige Lateralisierung motorischer Symptome (LLS) wurde in neueren Studien mit höherer Krankheitslast und schnellerer Progression assoziiert.

Ziel dieser Untersuchung war, den Einfluss einer LLS bei PK auf Gangparameter und Sturzhäufigkeit zu analysieren. Hierzu wurden Personen mit LLS systematisch mit einer Gruppe von Personen mit nicht-links-lateralisierter Ausprägung (also symmetrisch oder rechts-lateralisiert, NLS) verglichen. Zudem wurde die Übertragbarkeit verschiedener Gangparameter im 6-Minuten-Gehtest auf den Alltag untersucht.

Im Rahmen der prospektiven, multizentrischen *Mobilise-D*-Studie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel wurden 62 Personen mit LLS (Krankheitsdauer 4,5 [3,2–8,5] Jahre) und 106 Personen mit NLS (4,5 [2,3–9,5] Jahre, $p = 0,80$) eingeschlossen. Die Gruppenzuordnung erfolgte auf Basis des MDS-UPDRS-III. Der MDS-UPDRS-II wurde zur Bewertung der Symptomschwere verwendet. Zusätzlich wurden Sturzkalender über einen Zeitraum von zwölf Monaten nach der Eingangsuntersuchung (T1) ausgewertet. Die Gangparameter wurden mittels einer am unteren Rücken getragenen IMU während des 6-Minuten-Gehtests sowie im Alltag über sieben Tage nach der T1 erhoben.

Gegenüber der NLS-Gruppe zeigte die LLS-Gruppe höhere Werte im MDS-UPDRS-III ($p < 0,001$) sowie eine geringere Gehgeschwindigkeit im 6-Minuten-Gehtest ($p = 0,009$), jedoch keinen signifikanten Unterschied im MDS-UPDRS-II (9 ± 6 versus 10 ± 7 Punkte, $p = 0,13$). Sowohl die Anzahl ($p = 0,043$) als auch die Dauer ($p = 0,019$) der Gehphasen im Alltag waren in der LLS-Gruppe geringer als in der NLS-Gruppe. Die Sturzhäufigkeit unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.

Die Untersuchung bestätigt die bereits bekannte schwerere Ausprägung von (motorischen) Symptomen bei hinsichtlich Krankheitsdauer vergleichbaren PK-Gruppen, wenn die Symptome links stärker als rechts bzw. nicht seitenunterschiedlich sind. Neu zeigen sich in dieser Studie Unterschiede in der objektiv erfassten Alltagsaktivität zwischen LLS- und NLS-Gruppen, welche interessanterweise durch den MDS-UPDRS-II nicht erfasst werden. Die Ergebnisse betonen die Relevanz von objektiv erfasster Alltagsaktivität, und können Relevanz für medizinische Beratung und (nicht-medikamentöse) Therapiestrategien haben.

P80

Frailty-Einschätzung bei älteren nierenkranken Patient:innen auf der Warteliste zur Nierentransplantation (NTX): Vorläufige Analyse geriatrischer Kurzassessments mit laufendem Follow-Up

J. Heinemann; T. Nieß¹; T. Benzing¹; D. Stippel²; M. Thomas³; R.-U. Müller¹; L. Völker¹; M. C. Polidori⁴; C. Kurschat¹; A. M. Affeldt⁴

Klinik II für Innere Medizin und Zentrum für Molekulare Medizin, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln; ¹Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln; ²Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum, Universität zu Köln, Köln; ³Klinik für Allgemein- Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinikum, Universität zu Köln, Köln; ⁴Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln

Fragestellung: Die verlässliche Einschätzung der Transplantabilität älterer nierenkranker Patient:innen stellt eine zentrale Herausforderung in der Transplantationsmedizin dar. Die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt die systematische Anwendung geriatrischer Assessments – auch in verkürzter Form – zur Entscheidungsunterstützung. Ob Kurzassessments wie der Fried Frailty-Score (FF) oder der Multidimensionale Prognostische Index (MPI) bei Patient:innen ≥ 60 Jahren auf der Warteliste für eine Nierentransplantation (NTX) ausreichend differenzieren und klinisch relevante Risiken abbilden, ist bislang unklar.

Methodik: Im Rahmen der prospektiven, randomisierten „Tx-Age“-Studie wurden 117 Patient:innen ≥ 60 Jahre eingeschlossen. Zur Frailty-Erhebung wurden FF (0–5 Punkte) und MPI (0–1) erfasst und in etablierte Risikogruppen sowie in „robust“, „pre-frail“ und „frail“ unterteilt. Zusammenhänge mit klinischen Parametern wurden mittels Chi-Quadrat-Test ausgewertet. Das Follow-Up erfolgt nach 3, 6 und 12 Monaten und ist derzeit noch nicht abgeschlossen.

Ergebnisse: Das mittlere Alter der 117 Patient:innen betrug 65 Jahre ($\pm 4,32$), im Bereich von 60 bis 77 Jahren. Der mittlere FF lag bei $2,42 (\pm 1,29)$, der MPI bei $0,29 (\pm 0,11)$. Laut MPI waren 70,9 % der Patienten robust, nach FF nur 6 %; 50,5 % wurden dort als frail eingestuft ($p = 0,001$). Der FF korrelierte signifikant mit Stürzen ($p = 0,039$) 6 Monate vor Erhebung, der MPI mit dem Pflegegrad ($p < 0,001$).

Zusammenfassung: Die vorläufigen Ergebnisse weisen auf signifikante Unterschiede in der Risikostratifizierung zwischen dem FF und MPI hin. Die derzeitige Follow-Up-Erhebung wird zeigen, welches der beiden Instrumente eine höhere prädiktive Validität hinsichtlich klinischer Outcomes bei Patient:innen auf der Warteliste aufweist und in welchem Maß Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)-basierte Instrumente zur fundierten Entscheidungsfindung im Rahmen des Transplantationsprozess älterer Patient:innen beitragen können.

P81

Hydratationsstatus geriatrischer Patienten – Subjektiver, klinischer Eindruck oder objektiver Parameter? Die Hydr-Age-Studie

L. Deißler; R. Wirth¹; M. Janneck²; U. Thiem³; A. Rösler⁴

Universität Hamburg, Hamburg; ¹Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne; ²Klinik für Kardiologie, Albertinen-Krankenhaus, Hamburg; ³Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne; ⁴Geriatrische Klinik, Bethesda Krankenhaus Hamburg Bergedorf, Hamburg

Hintergrund und Fragestellung: Die Erfassung des Hydratationsstatus (HS) geriatrischer Patienten stellt eine Herausforderung im klinischen Alltag dar. Faktoren wie Multimorbidität, Polypharmazie (z.B. Anticholinergika, β -Blocker) oder eine eingeschränkte Anamnese erschweren die Einschätzung zusätzlich. Weit verbreitete klinische Zeichen, wie Mundtrockenheit, Hautturgor u.a. sind in ihrer Aussagekraft umstritten. Verschie-

bungen im Wasser- und Elektrolythaushalt sind jedoch insbesondere bei älteren Patienten mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert. Die Hydr-Age-Studie ist eine explorative Querschnittstudie zur diagnostischen Güte klinischer, laborchemischer und apparativer Methoden zur Erfassung des HS geriatrischer Patienten.

Methodik: Bei Aufnahme auf eine akutgeriatrische Normalstation wurden die Patienten bezüglich ihres HS zunächst anhand von anamnestischen, klinischen, laborchemischen und apparativen Methoden untersucht. Anschließend wurden diese Daten in einem dreiteiligen Prozess ausgewertet. Hierbei wurden alle Einzelergebnisse verblindet an zwei unabhängige Gutachter weitergegeben, welche im nächsten Schritt eine unabhängige Diagnose stellten (De-, Eu-, Hyperhydrierung). Abweichende Einschätzungen wurden in einer gemeinsamen Diskussion endgültig diagnostiziert. Abschließend wurde die diagnostische Güte der Einzelmethoden anhand der zuvor gestellten Diagnose (sog. Pseudogoldstandard) analysiert.

Ergebnisse: In 85 von 101 Fällen stellten die Gutachter unabhängig voneinander die gleiche Diagnose. Dies entspricht einer substantiellen Übereinstimmung nach Cohens Kappa ($\kappa = 0,687$; $p < 0,001$). Das Tasten der Axillafeuchtigkeit zeigte eine gute Trennschärfe zur Diagnose einer Hypohydrierung (AUC = 0,845), während die Ultraschalluntersuchung der Vena cava inferior eine gute Trennschärfe zur Diagnose einer Hypo- (AUC = 0,854) und Hyperhydrierung (AUC = 0,849) aufwies. In der weiterführenden Auswertung erfolgte die Grenzwertbestimmung für diese beiden Methoden, sowie die Bestimmung der entsprechenden diagnostischen Genauigkeit.

Schlussfolgerung: Die Einschätzung des HS geriatrischer Patienten ist ein kritischer Faktor in deren medizinischer Versorgung. Neben der in der Intensiv- und Akutmedizin bereits etablierten Methode des Ultraschalls der Vena cava inferior zeigt vor allem das Vorliegen einer „trockenen Axilla“ eine gute Trennschärfe bei der Diagnose einer Hypohydrierung. In Zukunft sollten diese beiden niederschwellig anwendbaren Methoden in einem Diagnosealgorithmus zur Hypohydrierung bei geriatrischen Patienten weiter evaluiert werden. Alle weiteren Methoden wiesen zur Feststellung des HS geriatrischer Patienten eine unzureichende diagnostische Güte auf.

P82

Entwicklung und Evaluation einer Bewertungsmatrix für assistive Technologien: Eine Pilotstudie mit älteren Menschen und Gesundheitsfachkräften

F. M. Verri; P. Wiegel; B. Kohn; S. Mayer; D. Dallmeier; M. Denking

Geriatric/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm; Institut für Geriatrische Forschung, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm

Einleitung: Die Zahl älterer Menschen steigt weltweit und mit ihr auch die Nachfrage nach assistiven Technologien (AT). Diese sollen ältere Menschen bei alltäglichen Aktivitäten unterstützen und so zu einem selbstständigen Leben führen. Zwar existieren heute vielfältige frei zugängliche AT für ältere Menschen. Es werden jedoch spezifische Bewertungsinstrumente benötigt, um ältere Menschen und deren Bezugspersonen bei der Auswahl solcher Technologien zu unterstützen. Das Ziel dieser Studie war es, die Nützlichkeit und Akzeptanz einer Bewertungsmatrix für AT zu testen und erste Erfahrungen mit deren Einsatz zu sammeln.

Methoden: Zur systematischen Bewertung von Technologien wurde eine Bewertungsmatrix für AT entwickelt. Bei ihrer Konzeption wurden Experten:innen aus den Bereichen Geriatrie, Pflege, Therapie, öffentliche Gesundheitsversorgung und Informationstechnologie sowie ältere Personen konsultiert. Die Matrix beinhaltet personenbezogene, technologische und ökonomische Aspekte und umfasst 17 Items, die jeweils mittels einer 4-Punkte-Likertskala bewertet werden. In einer Pilotstudie sollten erste Erfahrungswerte zur Verwendung der Bewertungsmatrix gesammelt werden. Dazu wurden 10 Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie 9 potentielle Anwender:innen aufgefordert, drei verschiedene AT (Tablet-

tenspender, Notrufuhr und eine Bedienhilfe für Tablets) mittels der Bewertungsmatrix zu bewerten.

Ergebnisse: Die Mehrzahl der Teilnehmer:innen fand die Bewertungsmatrix angemessen für die Bewertung von Technologien. Insbesondere wurde die Relevanz, Skalierung, Gewichtung der Items sowie der Umfang der Matrix positiv bewertet. Die Fragen zur Eignung, Skalierung und Gewichtung der Items sowie die Verständlichkeit und Dauer des BEAT wurden im Durchschnitt alle mit mindestens 3,45 von 4 Punkten bewertet. Die Test-Retest-Reliabilität war gut für den Tabletenspender ($ICC=0,81$) sowie die Tablet-Bedienhilfe ($ICC=0,70$) und moderat für die Notrufuhr ($ICC=0,55$). Für die Konstruktvalidität zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang für die Notrufuhr ($\rho=0,39, p=0,026$) und den Tabletenspender ($\rho=0,67, p<0,001$) zu den QUEST Scores, nicht für die Bedienhilfe für Tablets ($\rho=0,32, p=0,07$). Zwischen BEAT und PIADS zeigten sich für die Notrufuhr ($\rho=0,51, p=0,003$) und den Tabletenspender ($\rho=0,48, p=0,005$) ein signifikanter positiver Zusammenhang, nicht aber für die Bedienhilfe für Tablets ($\rho=0,33, p=0,06$).

Schlussfolgerung: Die Bewertungsmatrix bietet eine systematische und multidimensionale Einschätzung von AT für gebrechliche ältere Menschen und macht sie damit untereinander vergleichbar.

P83

Suizidprävention und Suizidassistenz im Kontext der Palliative Care – Die Sichtweise der Profession Pflege in einem Spannungsfeld

E. Jacob

Ludwigsburg

Fragestellung: Wie gestaltet sich unter Betrachtung einer Wissenssoziologischen Diskursanalyse der Diskurs der Suizidprävention und Suizidassistenz im Kontext der Palliative Care aus der Perspektive der Profession Pflege in den vergangenen zehn Jahren von 2015 bis 2024?

Methode: Für die vorliegende Arbeit wurde die Methode einer Wissenssoziologischen Diskursanalyse durchgeführt. Das Kategoriensystem ergab sich durch das offene und selektive Kodieren als Teilelemente der Grounded Theory, wodurch sich Haupt- und Subkategorien bildeten. Das axiale Kodieren als weiteren Schritt ermöglichte ein Herstellen von Relationen zwischen den Kategorien.

Ergebnisse: Aufgrund eines komplexen Zusammenwirkens von Suizidprävention, Suizidassistenz, den Handlungsfeldern der Pflege – hier insbesondere das der Pflegepraxis – Palliative Care, Ethik und des Gesellschaftsverständnisses kommt es zur Entstehung eines Spannungsfeldes. Dieses besteht sowohl auf individueller Ebene für Pflegefachpersonen als auch auf institutioneller Ebene. Da jede Pflegesituation einen ethischen Gehalt inhärent hat, zeigt sich auch das Spannungsfeld mit einer ethischen Prägung.

Die Profession Pflege bezieht primär eine Positionierung zur Suizidprävention. Gleichsam denkt sie die Suizidassistenz mit, um Anfragen danach einordnen und damit umgehen zu können. Todeswünsche werden häufig in Pflegesituationen zum Ausdruck gebracht und an Pflegefachpersonen adressiert. Die Mitwirkung im Kontext der Suizidassistenz beruht jedoch auf einer individuell freiwilligen Entscheidungsfreiheit.

Um auf das Spannungsfeld eine Einflussnahme ausüben zu können, liefern die Palliative Care, Ethik und Bildung singulär und im Zusammenspiel Strategien, um Ideen und Interventionen zur Suizidprävention umzusetzen. Diese Trias trägt dazu bei auf das Spannungsfeld einzuwirken, um es auf individueller sowie auf institutioneller Ebene in ein Gleichgewicht zu bringen.

Schlussfolgerung: Der Diskurs, den die Profession Pflege formt, verdeutlicht die Importanz und Dringlichkeit einer gesetzlichen Rahmung. Ebenso benötigt es eine Entwicklung von Praxis- und Ethikleitlinien. Die Pflege hat sich zu einem von hoher Aktualität und Relevanz geprägten Thema positioniert. Der Profession Pflege kann konstatiert werden, dass sie eine bedeutsame Stimme zur Suizidprävention, Suizidassistenz und Palliative

Care hat, welche auf politischen, gesellschaftlichen und professionsübergreifenden Ebenen gehört werden sollte, um Entwicklungen gemeinsam zu gestalten.

P84

Einblicke in die geriatrische Forschung: Rahmenbedingungen, Trends und Herausforderungen aus ärztlicher Perspektive – Ergebnisse der GERisearch-Umfrage

B. Labeit¹; M. Caudal¹; V. Moskiou²; S. Grund³; O. Krause⁴; T. Laurentius⁵; J. Trabert⁶; A. M. Affeldt⁷; M. König⁸

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf; ¹Altersmedizinisches Zentrum Köln, Cellitinnen-Krankenhaus St. Marien Köln, Köln; ²Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; ³Geriatrisches Zentrum, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; ⁴Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; ⁵Universitätsklinik für Geriatrie, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg; ⁶Medizinisch-Geriatriische Klinik, AGAPLESION Markus-Krankenhaus, Frankfurt a. M.; ⁷Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; ⁸Klinik und Poliklinik für Innere Medizin D – Geriatrie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald

Hintergrund: Trotz des zunehmenden Bedarfs an geriatrischer Versorgung ist die Geriatrie in Deutschland sowohl im internationalen Vergleich als auch innerhalb der medizinischen Fachrichtungen wissenschaftlich unterrepräsentiert. Dies hemmt nicht nur die Weiterentwicklung evidenzbasierter Versorgungskonzepte, sondern auch die Etablierung des Fachgebiets insgesamt. Die vorliegende Studie untersucht die wissenschaftlichen Rahmenbedingungen, Interessen und Herausforderungen geriatrisch tätiger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, mit dem Ziel, langfristige Strategien zur Stärkung der geriatrischen Forschung und Versorgung zu entwickeln.

Methoden: Im Rahmen einer qualitativen Online-Querschnittserhebung, initiiert durch die JUN_GE Study Group, wurden Daten zur Demografie, beruflichen Situation, wissenschaftlichen Aktivität, Karrierezielen, Forschungsinteressen sowie zu wahrgenommenen Forschungshürden von in der Geriatrie tätigen Ärztinnen und Ärzten erhoben.

Ergebnisse: Unter den 274 Teilnehmenden (mediales Alter: 44,8 Jahre) waren 57 % Frauen. Während 33 % wissenschaftlich aktiv waren, gaben 37 % an, ungewollt inaktiv zu sein – darunter überproportional viele Frauen im Vergleich zu Männern (44,2 vs. 27,4 %, $p=0,003$) sowie insbesondere Befragte an außeruniversitären Einrichtungen (64,4 % vs. 20 %, $p<0,001$). Zu den häufigsten Forschungsinteressen zählten Kognition, Delir und Demenz, Medikation und Polypharmazie, Frailty, Sarkopenie, Alterstraumatologie, Ernährung, Multimorbidität, Prävention, Sturzereignisse und Osteoporose. Die höchste Forschungszufriedenheit wurde an Universitätskliniken mit geriatrischen Lehrstühlen berichtet, während die größte Unzufriedenheit in nicht-universitären Einrichtungen ohne Lehrstuhl vorherrschte. Als größte Barriere für wissenschaftliche Tätigkeit nannten 49 % die mangelnde Vereinbarkeit von klinischer Arbeit und Forschung, gefolgt von der Vereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen.

Schlussfolgerung: Es besteht ein dringender Bedarf, die geriatrische Forschungsinfrastruktur zu stärken und insbesondere die wissenschaftliche Teilhabe von Frauen sowie von Ärztinnen und Ärzten an außeruniversitären Einrichtungen zu fördern. Die Einrichtung geriatrischer Lehrstühle, die Etablierung geschützter Forschungszeiten und die Implementierung von Mentoring-Programmen könnten helfen, bestehende Lücken zu schließen. Trotz bestehender struktureller Hürden zeigt sich ein hohes wissenschaftliches Interesse innerhalb der geriatrisch tätigen Ärzteschaft.

P85

Klotho als potentieller Biomarker der körperlichen Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient:innen

M. Rippl; L. Deißler; S. Martini; K. Müller; S. Schlüssel; R. Schmidmaier; O. Tausendfreund; L. C. Welscher; M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Hintergrund: Körperliches Training ist zentral für den Erhalt der Muskelkraft im Alter. Hohe Klotho-Spiegel zeigten sich positiv mit dem Alterungsprozess und körperlicher Fitness assoziiert. Ziel der Studie war die Evaluation von Klotho als potenziellem Biomarker der körperlichen Leistungsfähigkeit nach Kraft- und Powertraining bei geriatrischen Patient:innen.

Methoden: 69 geriatrische Proband:innen (65–94 Jahre) mit mindestens Pre-Frailty wurden in ein 12-wöchiges Kraft- (KT) oder Powertraining (PT) oder der Kontrollgruppe ohne Intervention (K) zugeordnet. Die Serum-Klotho-Spiegel wurden zu Beginn und Ende mittels Sandwich-ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) bestimmt. Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde unter anderem anhand der Short Physical Performance Battery (SPPB), Chair Rise Tests (CRT) und Stufen-Power-Tests erfasst.

Ergebnisse: Im Vergleich zur Kontrollgruppe stiegen die Klotho-Spiegel nach Krafttraining signifikant an (KT: $+27 \pm 60$ pg/ml, KO: -16 ± 68 pg/ml; $p=0,016$). Auch die SPPB (KT: $+1,05 \pm 1,94$, KO: $-0,50 \pm 1,90$; $p=0,015$) und der CRT (KT: $-3,78 \text{ s} \pm 6,15$, KO: $-0,03 \text{ s} \pm 1,17$; $p=0,004$) verbesserten sich signifikant. Beim Powertraining zeigte sich kein signifikanter Unterschied der Klotho-Spiegel (PT: -19 ± 88 pg/ml, KO: -16 ± 68 pg/ml; $p=0,546$), jedoch eine signifikante Verbesserung der SPPB (PT: $+0,95 \pm 1,72$, KO: $-0,50 \pm 1,90$; $p=0,017$) und im Stufen-Power-Test (PT: $-33,79 \pm 47,78$, KO: $-6,35 \pm 52,30$; $p=0,044$).

Schlussfolgerung: Krafttraining führte zu einer signifikanten Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der Klotho-Spiegel. Powertraining verbesserte zwar ebenfalls funktionelle Parameter, beeinflusste die Klotho-Spiegel jedoch nicht signifikant, sodass Klotho ein möglicher trainingsformabhängiger Biomarker der körperlichen Performance zu sein scheint.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Autorenverzeichnis

A

Abel, B. P13, S316-3
 Affeldt, A. M. P64, P77, P80, P84, S312-2
 Albers, J. P31, S225-1
 Amthor, M. P19
 Antczak, P. P64
 Antpöhler, M. M. S325-3
 Aslan, A. S316-5
 Awai, C. E. S111-3
 Axer, H. S212-3
 Aykaç, V. S115-2

B

Bäcker, C. S334-5
 Bang, C. P20
 Barth, E. P35, S115-3
 Barth, N. S315-1
 Barthel, M. S122-4
 Bartsch, T. P50
 Bauer, J. M. P09, P61, P62, P72, S111-2, S124, S334-4, S334-6
 Bausch, A. P64
 Beck, F. P79
 Becker, C. P09, P12, P13, P36, P58, P61, P72, S111-2, S225-5, S316-3, S334-6

Becker, R. S325-2
 Benzing, T. P80
 Benzinger, P. P07, S325, S333, S334-4
 Berge, M. A. S225-5
 Berges, N. S334-1
 Bergmann, E. P51
 Bergmann, P. P05, P20
 Bertsch, T. S316-4
 Bettac, L. P03
 Beyersdorf, C. P66, S225-1, S334-3
 Bidlingmaier, M. P11
 Bilda, K. S325-1
 Birnbaum, J. P57
 Blöckl, J. S316-4
 Bobrowski, C. S225-6
 Bohlander, B. P12
 Böhm, F. S316-7
 Bojunga, J. S224
 Bolenz, C. S112-1, S112-2, S112-3, S112-5

Bollheimer, C. P13, S316-3
 Bongartz, M. S333
 Braig, S. S316-7
 Brandstetter, L. P29
 Brandt, M. S332-5
 Braun, G. S. S222
 Brefka, S. P35, S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5, S115-3

Breiden, H. P42
 Breimaier, H. P35
 Brinker, A. Y. S115-2
 Brütt, A. L. S235-2
 Büchele, G. P13, S316-3
 Buchner, T. P61
 Bujak, S. S314

Burkhardt, H. P64
 Buttgereit, F. S115-2

C

Caudal, M. P84
 Chapelet, G. P76
 Coconcelli, A. P05, P20
 Cordes, A. P05, P20
 Cruz-Jentoft, A. P64

D

D'Cruz, R. P08
 Dallmeier, D. S316-7, P03, P35, P82, S111-4, S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5, S115-3, S315-1
 Dammermann, A. P45
 Dapp, U. S115-1
 Decker, G. S112-1
 Deißler, L. P81, P85
 Denkinger, M. L13-1, S316-7, P03, P82, S111-1, S111-4, S112, S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5, S211, S316-5, S316-6, S325-4

Deterding, M. S316-5
 Deutsch, B. S114, S213, S225-4
 Diekmann, R. P37
 Dingemanse, J. P04
 Dittmer, F. P63
 Djukic, M. P49, S332, S332-4
 Dörr, F. S325-1
 Drebenstedt, C. S214, S214-1, S214-2, S214-3, S214-4
 Drey, M. P10, P11, P15, P85, S124, S224, S224, S333
 Dziewas, R. S225-2

E

Eckardt, G. P17
 Eckert, T. P61, S225-5, S334-6
 Ege, S. S115-5
 Eggimann, A. K. P54
 Eglseer, D. P37
 Eidam, A. P62, S334-4
 Eisenmann, B. P38
 El-Seoud, N. S111-2
 Engeli, S. P24, P38
 Ernst, F. S216-4, S334-2
 Eschweiler, J. P53

F

Farin-Glattacker, E. P39
 Fechner, B.-O. P45
 Feeser, B. S225-3
 Feil, B. P35, S115-3
 Ferrari, U. P10
 Feustel, E. P30
 Fiebach, J. B. P02

Fiedler, Y. P50
 Fink, L. P35
 Fischer, F. S115-2
 Fischer, T. S225-3
 Fischer, T. S214-1, S214-2, S214-3, S214-4

Fleig, S. P75
 Fleiner, T. S111-1, S325-4

Fleischmann-Struzek, C. P23
 Fluch-Niebuhr, J. P22
 Folbert, S. S215-2
 Fotteler, M. S112-2, S112-3
 Freidel, K. S225-3
 Friedrich, C. S333
 Fritz, D. P35, S115-3
 Fritzenschaft, L. S316-7
 Frohnhofen, H. P31, P60, P66, P67, S225-1, S312-1, S323, S334-3

Fuchs, M. S216-2, S315-4
 Fuchs, S. S214-1, S214-2, S214-3, S214-4
 Fuge, J. P75
 Führling, C. S213-3
 Funk, L. P51

G

Gagesch, M. S113
 Galinovic, I. P02
 Garcia-Aymerich, J. S225-5
 Gaßmann, K.-G. S225-4
 Gavazzi, G. P64
 Gebhard, F. S112-1, S112-2, S112-3, S112-5
 Gehrke, I. S233, S323, S323-1, S323-3
 Geritz, J. P05, P20
 Geschke, K. S122-3
 Giehl, C. P51
 Glattacker, M. P39
 Gnass, I. S214-1, S214-2, S214-3, S214-4

Goede, V. P42, S113-1
 Golgert, S. S115-1
 Gollasch, M. P32, P38
 Golüke, N. P76
 Gottschalk, S. P44
 Graf, V. S111-1
 Gruber, M. S111-1
 Grund, S. P84, S211, S333
 Grunert, M. P14
 Grupp, C. S114, S222

H

Haardt, J. P62
 Haas, A.-S. P61, S334-6
 Haas, M. P14
 Habich, O. P88, P16, P68
 Häckert, J. P03
 Hadler, I. P50
 Hahn, S. S116
 Halabaku, I. P14

Halms, T. P43
Hansen, C. P12, P36, P48, P58, P79
Hartmann, P.D. P09
Hasan, A. P43
Häselser-Ouart, K. S215-5, S233, S233, WS06
Hasic, M. P02
Hassona, A. S316-2
Hastedt, I. S115-5
Haug, V. S111-1, S111-4
Heck, B. S211, WS06
Heimrich, K. P23
Heinemann, J. P80
Heinemann, S. P65, P74, S115-6
Heißel, A. S115-2
Held, C. P10
Hendmeier, M. S214-1, S214-2, S214-3, S214-4
Herdtle, L. S316-7
Hertneck, C. P03, P35
Hezel, N. P72
Hillebrecht, A.-L. P39
Hillmann, C. S315
Himmelmann, L.K. S235-3
Hinrichsen, F. P20
Hobert, M. A. P12, P36, P48, P58
Hoffmann, U. P57, S115-4, S213-2, S222, S312-3
Hofmann, W. S211
Höhn, C. P39
Holtfreter, B. P32
Horn, A. S223-3, WS04
Huellen, A. P28

I

Iakovlev, R. S225-4
Ingrisch, M. P15
Ismayilov, O. P68, S332-3

J

Jacob, E. P83
Jacobs, A. H. P28, P29, P71, S236
Jaehde, U. P29
Jager-Wittenaar, H. T. P37
Jahn, P. P53
Janneck, M. P81
Jansen, C.-P. P09, S225-5, S334-6
Jaurisch-Hancke, C. S224
Johnsen, M. P42
Jungreithmayr, V. S334-4
Just, K. S213-4

K

Kächele, M. P03
Kailouh, E. P49
Kalotai, N. P62
Kasper, J. P70, S325-3
Kastler, F. S235-1
Kellner, J. P44, S333
Kemmler, W. S316-4
Kemper, J. P45
Kerner, R. P57
Kessler, E.-M. S122-3
Kestler, H. S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5

Ketteler, M. S124
Khalil, A. P02
Klein, J. P71
Knopf, S. P61
Ko, Y.-D. P28
Kob, R. P47, S316-4
Köbcke, J. S334-5
Kocar, T. S111-4, S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5
Koch, J. P25
Kocher, T. P32
Koehler, C. P75
Kohn, B. P82
Köhring, W. P22
Kolbe, K. P45
Köllner, V. S115-2
König, M. P19, P32, P84
Könning, W. P32
Koopmans, I. P04
Koschate-Storm, J. P13, S111-2, S316-3
Köster, M. P34
Kowar, M. P28, P29, P71
Krause, O. P84
Kreisel, S. S331-2
Krieg, S. P09
Kroboth, L. S111-4, S325-4
Krohn, J.-N. S314
Krull, J. P49
Krumpoch, S. P47
Krupp, S. P70, S325-3
Kühn, D. P38
Kuipers, U. P59
Kumlehn, B. M. S111-4
Kunz, M. P43
Kunze, A. S212-1
Künzig, M. P03
Kurschat, C. P80

L

Labeit, B. P84, S123-1, S225-2
Lahodski, V. P18
Langenfeld, S. P42
Latz, D. P31, P60, S225-1
Laurentius, T. P13, P75, P84, S316-3
Lechner, F. S221-1
Lederer, K. P73
Lehmann, C. P64
Leinert, C. P35, S111-4, S112-1, S112-2, S112-3, S112-4, S112-5, S115-3, S325-4, S331
Leistra, E. P37
Lenzen-Großimlinghaus, R. S233
Leonhardt, R. P13, S316-3
Levermann, I. P51
Lex, K. M. P63
Liegl, G. S115-2
Lindemann, U. P13, S316-3
Lochbihler, P. P53
Löffler, C. P35, S115-3
López-Agudelo, V. A. P20
Ludolph, P. P34
Ludwig, E. S223-4, WS04
Lueg, G. P51, S123-2, S225-2
Lukas, A. P31, P60

Lux, O. S334-5

M

Maetzler, C. P05, P20
Maetzler, W. P05, P12, P20, P36, P48, P58, P79, S212-2
Maggi, S. P64
Magliocca, M. P04
Maib-Aguilar, J. P28
Maier, S. P07, S223-2
Martensmeier, L. P63
Martini, S. P10, P11, P85
Mattenklotz, J. P01
Maucher, H. P35
Maurer, C. P39
Mayer, G. S312-1
Mayer, S. P82
Mayland, R. S. S316-5
Meinck, M. S334-2
Meinel, M. P73
Meißner, F. P27
Melle, C. P35
Mendorf, S. P52
Mengel, A. S326-4
Merz, N. P54
Messer, M. P55, P56
Metzner, G. P39
Meyer, C. S115-6
Meyer, C. M. P65
Meyer, N. P65, S115-6
Meyer, T. S123-5
Mez, G. S111-4
Michalski, D. S236-1
Miranda, J.-E. B. P73
Modaber, S. P64
Modreker, M. K. S233, S233, S323-5, WS06
Mohr, O. P25
Möllmann, H. L. P31, P60, P66, S225-1, S334-3
Monin, M. B. P28
Moskiou, V. P84
Muehlan, C. P04
Muhle, P. S225-2
Mühlhammer, H. P44, P52, P53
Müller, B. P15
Müller, J. P70
Müller, K. P10, P85
Müller, M. P57
Müller, M. P07
Müller, R.-U. P80
Müller-Stierlin, A. S112-1, S112-2, S112-3, S112-5
Müller-Werdan, U. L13-1, S115-2, S224
Mundt, N. P60

N

N. N. S332-6
Nasari, B. P14
Nau, R. P49, S332-2
Neuendorff, N. R. P51, S113, S113-2, S316-5
Neumann, S. S111-3
Ngomo, J. P46
Ni Lochlainn, M. P76
Nickel, B. P67
Nieß, T. P80

Abstracts

Nooreddin, M. P03
 Norda, H. S214-1, S214-2, S214-3,
 S214-4
 Nosul, M. P25

O

Obergassel, J. S221-2
 Olivieri, A. P73
 Oni, A. P45
 Ott, M. P39
 Otte, S. S115-1, S215-3

P

Pahl, J. P63
 Parchmann, N. S112-1, S112-5
 Paul, M. P45
 Pazan, F. S316-1
 PD Cohort Study
 Investigatoren
 Mobilise-D
 Konsortium, P.D. P12, P36
 Peranovic, S. S225-2
 Pfisterer, M. S216
 Philipp, M. S221-4
 Philippen, S. P50
 Pianta, T. P42, S216-5
 Pickert, L. P64
 Picksack, D. P45
 Pinho, J.O. S123-5
 Plessmann, R. P54
 Polenova, N. P14
 Polidori, M.C. P64, P77, P80
 Pommer, W. P75, S222
 Pourhassan, M. P51, S225-2
 Prell, T. P22, P23, P44, P52, P53,
 S212, S334-1
 Prost, M. P60
 Puschner, N. S112-3

R

Rahbari, N. S112-1, S112-2, S112-3,
 S112-5
 Raisdorf, P. P36
 Rapp, K. P13, S115-5, S316-3
 Rastätter, S. S334-4
 Rauschenbach, L. S116
 Rave, J. P50
 Ravi, D. S111-3
 Reeck, N. S235-2
 Reh, K. S216-3
 Reh, M. P45
 Rehlaender, A. S216
 Reicherts, P. P43
 Reif, H. P10, P11
 Reiner, T. P61
 Reiter, M. P35, S115-3
 Richter, T. P26
 Rieger, U.L. S112-1, S112-4, S112-5
 Rippl, M. P10, P11, P85, S124
 Rogler, J. P47
 Röhrig, B. S225-3
 Röhrig-Herzog, G. S223-1
 Roigk, P. P13, S115-5, S316-3
 Roloff, T. P51

Romijnders, R. P48
 Rosada, A. P02
 Rose, M. S115-2
 Rose, N. P23
 Rösler, A. P81
 Rothenbacher, D. S316-7
 Röwe, R. P50
 Rowles, R. P73
 Ruhke, T. P23
 Ruzicka, V. P18

S

Sadlonova, M. S331-3
 Saller, T. S323-6
 Sanchez, D. S315-1
 Sanchez-Garcia, E. P76
 Schaade, A. P48
 Schädler, D. P34
 Schaefer, R. S233, WS06
 Schänjing, J. S334-1
 Scheck, R. S111-4
 Schelzig, H. P60
 Scheuermann, K. P58
 Schiel, S. S315-3
 Schilbach, K. P11
 Schink, T. P09
 Schlotmann, J. P13, S316-3
 Schlumbohm, I. S115-1
 Schlüssel, S. P10, P15, P85, S124, S224
 Schmidmaier, R. P10, P11, P85, S124
 Schmidt, A.-S. S216-1, S315-2
 Schmidt, H. P44
 Schmidt, N.M. S235-4
 Schmiljun, L.A. P44
 Schmitz, U. P28
 Schneider, M. S115-5
 Schneider, U. S115-2
 Schnepfer, M. P51
 Schnieder, M. P64, S236, S336
 Schöne, D. S316-4
 Schröppel, B. P03
 Schubert, A.-L. S334-6
 Schulte-Kemna, L.S. P35, S115-3
 Schultze, M. P57
 Schulz, J.B. S123-5
 Schulz, R.-J. P42
 Schulze-Schilf, B. P40, P41
 Schumann, J. P22
 Schumann, K. S325-2
 Schumann-Werner, B. S123-5
 Schütze, S. P08, P16, P33, P68, P78,
 S326, S326-1, S332, S332-3
 Schwab, J. S114-1
 Schwenk, M. S111-2
 Sealy, M. P37
 Seebacher, D. S111-1
 Seidling, H. S334-4
 Seitz, M.F. P74
 Sekundo, C. P07
 Shami, A. P25
 Shoffner, S. P73
 Siegert, R. S122, S122-1
 Siggelkow, H. P49
 Singler, K. S235, S331-1
 Sirsch, E. S214-1, S214-2, S214-3,
 S214-4

Smolka, V. S323-2
 Sommer, S. S325-1, S333
 Sotoudeh, M. P28
 Spank, J. S331-4
 Speckmann, E. S235-2
 Stangenberg-Gliss, K. S122-5
 Stanke, M. S215, S215-1
 Stege, H. S325-2
 Steger, F. S112-1, S112-5
 Stegmann, F. P36
 Stein, M. S111-1
 Steinacher, L. S316-6
 Steinmetz, C. P65, P74, S115-6
 Stenmanns, C. P31, P60, P66, P67, S225-1,
 S312-1, S323-4, S334-3
 Stenzel, W. P25
 Sternkopf, A. P53
 Stieger, M. P69
 Stippel, D. P80
 Stöcker, J. S325-2
 Stoev, K. P51
 Stoevesandt, D. P44
 Stojanow, K. P33
 Strupeit, S. P63
 Stuckenschneider, T. S235-1, S235-2, S235-3,
 S235-4
 Stüdemann, S. P24
 Suhn, J. P45
 Suntrup-Krüger, S. S225-2

T

Tabi, Y.A. P50
 Tausendfreund, O. P10, P11, P85
 Terstegen, T. S334-4
 Teschner, U. P52
 Thanas, T. P45
 Theeb, J. P42
 Thiem, U. P81, S115-1
 Thomas, M. P80
 Thormann, M.T. P78
 Tietgen, S. S123-4, S312
 Todorova, P. S222
 Trabert, J. P33, P76, P78, P84, S326,
 S326-1, S336
 Trampisch, U. S111-2, S225-2
 Trevisan, C. P76
 Tümena, T. S225-4

V

Vaillant, C. P04
 Valentova, M. P65, P74, S115-6
 van den Akker, M. P33
 van Soest, M. S122-2
 Vereijken, B. S225-5
 Veronese, N. P64
 Verri, F.M. P82, S316-5, S316-6, S325-4
 Villringer, K. P02
 Visser, M. P37
 Völkel, A. S235-2
 Völker, L. P80
 Volkert, D. P37, P62
 Volpp, M. P37
 von Arnim, C. P64, P65, P74, S115-6,
 S326-2, S331
 von Rothkirch, C. S122, S215-6

W

Wagner, F.	S236-2
Wahl, H.-W.	S334-6
Walentiny, P.	S215-4
Wang, B.	P51
Warmer, N.	P77
Warmerdam, E.	P48
Warnecke, T.	S225-2
Watzl, B.	P62
Weber, L.	P37
Wedding, U.	S113-3
Wehling, M.	S213, S213-1, S316-1
Weißbach, A.	S212-4
Welscher, L. C.	P85
Werner, C.	P09, P61, P72, S111-2
Werner, C. J.	S123, S123-5
Wiegel, M.	S115-5
Wiegel, P.	P82
Wiese, E.	P43
Willems, J.	P39
Wirth, D.	S113-4
Wirth, R.	P51, P81, S111-2, S123, S123-3, S225-2, S316-5
Wolff, D.	P07
Wölk, F.	P50
Woltersdorf, R.	P29
Wübbeler, M.	S325-1
Wuttke, A.	S122-3

Y

Yazlik, M.	P77
Yoshida-Stiksrud, E.	S332-1
Younsi, A.	P09

Z

Zapke, L.	P17, P27
Zengerling, F.	S112-1
Zenthöfer, A.	P07
Zerbini, G.	P43
Zhu, L.	S215-3
Zieschang, T.	P13, S235, S235-1, S235-2, S235-3, S235-4, S312, S316-3
Zimmer, A.	P55, P56
Zubi, R.	P51
Zuiker, R.	P04

Verlag/Hersteller: Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, ProductSafety@springernature.com (Betriebsstätte Heidelberg: Springer Medizin Verlag GmbH, Europaplatz 3, 69115 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, susanne.denskus@springer.com
Project Coordinator: Saskia Weiß, saskia.weiss@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.
Produktsicherheit: Bei Fragen zur Produktsicherheit wenden Sie sich bitte an ProductSafety@springernature.com
Eigentümer & Copyright: © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024.
 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.
 Die Nutzung der Inhalte für Text- und Data-Mining ist ausdrücklich vorbehalten. Text- und Data-Mining ist daher nur insoweit zulässig, als dies durch eine ausdrückliche vertragliche oder gesetzliche Regelung gestattet ist.
Preis für ein Individualabonnement inkl. Online-Basis-Lizenz 2025: (8 Hefte) EUR 298,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 50,-).
Einzelheftpreis 2025: EUR 48,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten.
Für Studierende und für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung 2025: (8 Hefte) EUR 178,80 (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Nachweis über Studium/Ausbildung erforderlich).
Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2025: (8 Hefte) EUR 1541,- (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
 Europaplatz 3, 69115 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
 Europaplatz 3, 69115 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, Europaplatz 3, 69115 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 sämtliche 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.

Gendergerechte Sprache: Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Die Verwendung einer angemessenen gendergerechten Sprache, um Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend anzusprechen, wird begrüßt.

Leserbriefe: Die Redaktion freut sich über Leserzuschriften zu Beiträgen dieser Zeitschrift. Leserbriefe sind in keinem Fall Tatsachenberichte oder Meinungsäußerungen der Redaktion. Es besteht kein Anspruch auf eine Veröffentlichung eines Leserbriefs, die Redaktion behält sich das Recht der sinnwahren Kürzung vor. Im Falle einer Veröffentlichung darf der Leserbrief unter Angabe von Vor- und Nachname, Position und/oder Wohnort der Verfasserin/des Verfassers in allen Ausgaben und auf allen Verbreitungswegen gedruckt sowie digital veröffentlicht werden.

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

