Z Gerontol Geriat 2018 · 51 (Suppl 1):S1–S162
https://doi.org/10.1007/s00391-018-1435-3
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Abstracts des gemeinsamen Jahreskongresses der DGGG und DGG

6.–8. September 2018 in Köln

„Vielfalt des Alterns: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen“

Inhaltsverzeichnis

Symposien

S4 **S101** Subjektive Altersbilder – neue Befunde der Psychologischen Alternsforschung
S5 **S102** Verantwortung im und für das Alter – Herausforderungen und Grenzen durch Vielfalt
S7 **S103** Zukunftsaufgabe Geriatrie in der Pflegeeinrichtung
S7 **S105** Precision Prevention for Healthy Aging
S9 **S106** Freie Vorträge – Demenz
S11 **S107** Freie Vorträge – Gerontopharmakologie
S12 **S108** Freie Vorträge – Arbeit und Bildung im Alter
S14 **S109** Das EXTEND-Projekt: wachsende soziale Ungleichheiten in der späten Erwerbsphase, beim Rentenübergang und in der Rentenphase
S16 **S110** Freie Vorträge – Mobilität/Sturz
S18 **S111** Mapping Age – räumliche Anordnungen des Alter(n)s
S19 **S112** Frailty als geriatrisches Syndrom – zu komplex, um zu überleben?
S20 **S201** Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – interdisziplinäres Graduiertenkolleg Heidelberg
S23 **S202** Alterstraumatologie – gestern – heute – morgen
S23 **S203** Managementansätze und deren Umsetzung zur Steigerung der Versorgungs- und Lebensqualität einer alternden Gesellschaft
S24 **S204** Freie Vorträge – Erfassung von gesundheitsbezogenen Aspekten im Alter
S26 **S205** Undoing aging – Forget about slowdown and aim for reversal?
S26 **S206** Alter(n) – Lernen – Bildung. Eine wissenschaftliche Standortbestimmung
S28 **S207** Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NR**W80**+-Repräsentativbefragung
S29 **S208** Freie Vorträge – Herausforderungen an die Altenhilfe der Zukunft
S31 **S209** Gesundheit im Alter: Welchen Einfluss hat die Digitalisierung?
S33 **S210** Universitäre Lehre in der Geriatrie – Beispiele, Evaluation, Ergebnisse und Position innerhalb des Fächerkanons
S34 **S211** Partizipation von Menschen mit Demenz an technikorientierter Forschung und Entwicklung – Reflexion des aktuellen Status quo aus methodisch-methodologischer, ethischer und gestalterischer Sicht
S35 **S212** Freie Vorträge – Frailty/Delir

S37 **S301** Globalisierte Pflege
S38 **S303** Brennpunkte der Gerontopsychiatrie
S39 **S304** Musik und Kunst
S39 **S306** Freie Vorträge – Setting (teil-)stationäre Pflege
S40 **S307** „LiFE goes on": neue Entwicklungen und Studien zum „Lifestyle-integrated-Functional-Exercise"(LiFE)-Konzept
S42 **S308** Freie Vorträge – Technik im Einsatz für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
S44 **S309** Klinische S3-Leitlinie: Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe
S44 **S310** Presbyakusis – Warum ein interdisziplinäres Vorgehen von Geriatrie und HNO bei der Behandlung der Altersschwerhörigkeit erforderlich ist
S45 **S311** Arbeitsmarktbeteiligung älterer Menschen während der Übergangsphase in den (Un-)Ruhestand: Ergebnisse der Studie „Transitions and Old Age Potential" (TOP)
S46 **S312** Freie Vorträge – Menschen mit Demenz – Herausforderungen und Lösungsstrategien
S48 **S401** Gerontologe/Gerontologin von Beruf – Berufsbiografien, Handlungsfelder, Herausforderungen
S48 **S402** Chancen und Herausforderungen von Technologien im Alltag älterer Menschen
S50 **S403** Update – Mikronährstoffe in der Geriatrie
S51 **S404** Moderne Geriatrie – Symposium der Dr. Theo Schöller Stiftung
S51 **S405** Neue Engagementprofile in Pflege, Gesundheit und Sozialraum und die Weiterentwicklung der (Pflege-)Selbsthilfe
S53 **S406** Mobilität bei geriatrischen Patienten
S55 **S407** ProMoAge: posttranslational protein modifications and ageing
S56 **S408** Urogeriatrie – Quo vadis
S57 **S409** Interdisziplinarität und Vernetzung in Gerontologie und Geriatrie
S59 **S410** Umgang mit vielfältigen Herausforderungen in Versorgung und sozialer Teilhabe – Risiken und Chancen
S61 **S411** Freie Vorträge – bewegungsbezogene Interventionen für ältere Menschen
S62 **S412** Anämie im Alter – ein geriatrisches Syndrom?
S63 **S501** Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus (Robert-Bosch-Stiftungsprojekte)
S64 **S502** Ältere als Koproduzenten von Quartiersnetzwerken – real und digital
S66 **S504** MobiAssist – empirische Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts zur Mobilisierung von Menschen mit Demenz und der Angehörigen
S69 **S505** Inklusionschancen und Ausgrenzungsrisiken des Alterns: strategische Zugänge in unterschiedlichen Sozialräumen
S70 **S507** Fahreignung im Alter
S71 **S508** Freie Vorträge – Langzeitpflege
S72 **S509** Freie Vorträge – Geriatrie „über den Tellerrand"
S74 **S510** Das Alter(n) in einer sich digitalisierenden Welt: Chancen, Gefahren, Steuerungsmöglichkeiten
S75 **S511** PatientInnen nach hüftnahen Frakturen: neue Studienergebnisse zu Sturzangst und Rehanachsorge
S77 **S601** Erfolgreiches Altern – weiterhin ein erfolgreiches Konzept der Alternsforschung?
S79 **S602** Demenz-Sorge im Wandel: kritischer Blick auf kritische Entwicklungen
S80 **S603** Auswirkungen von Pflege auf die Pflegenden

S82 **S604** Interdisziplinäres Symposium: Alterszahnmedizin und Geriatrie – Studienvorstellung
S82 **S605** Environment and aging
S82 **S607** Freie Vorträge – Pflegebeziehungen
S84 **S608** Freie Vorträge – Digitalisierung und technische Assistenz insbesondere im ländlichen Raum
S85 **S609** Spezialstationen für Patienten mit Demenz: pro – kontra
S86 **S610** Vermeidung von Gewalt gegen alte Menschen in häuslicher Pflege
S88 **S611** Mobile geriatrische Rehabilitation – Neues aus Praxis und Forschung
S90 **S612** Stürze – Welche neurologischen Ursachen können dahinterstecken?
S91 **S701** Schlaganfall – Was gibt es Neues?
S93 **S702** Workshop Grenzverschiebungen zwischen Privat- und Sozialraum im Alter: Modebloggerinnen, ICT-NutzerInnen, Menschen mit Demenz, alleinlebende Männer
S94 **S703** Roboter im häuslichen Umfeld – zwischen technischer Umsetzung und ethischen Herausforderungen
S96 **S704** Vorbereitung der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz im Rahmen der Krankenhausbehandlung
S98 **S706** Geriatrie meets Sozialmedizin
S99 **S707** Freie Vorträge – Alter und Lebensplanung
S101 **S708** Freie Vorträge – soziale Teilhabe älterer Menschen
S102 **S709** Freie Vorträge – Versorgung
S104 **S710** Empirische und konzeptuelle Beiträge zur Technikforschung mit Älteren
S105 **S711** Freie Vorträge – Facetten des Alterns
S107 **S712** Freie Vorträge – Qualitätsinitiativen

Poster

S109 Biologie (P001–P006)
S110 Geriatrie 1 (P007–P018)
S114 Geriatrie 2 (P019–P030)
S118 Geriatrie 3 (P031–P042)
S122 Geriatrie 4 (P043–P054)
S126 Geriatrie 5 (P055-P065)
S129 Geriatrie 6 (P066–P077)
S133 Geriatrie 7 (P078–P088)
S137 Geriatrie 8 (P089–P098)
S140 Gerontologie 1 (P099–P108)
S143 Gerontologie 2 (P109–P117)
S146 Gerontologie 3 (P118–P127)
S149 Gerontologie 4 (P129–P138)
S152 Gerontologie 5 (P139–P148)

156 Autorenverzeichnis

This supplement was not sponsored by industry

Symposien

S101 Subjektive Altersbilder – neue Befunde der Psychologischen Alternsforschung

E.-M. Kessler, M. Wiest[1]

Fakultät Naturwissenschaften, Gerontopsychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Empirische Weiterbildungsforschung, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

Unser ganzes Leben begleiten uns Vor- und Darstellungen darüber, wie das Alter(n) ist, wie es sein könnte und sein sollte. Individuelle Altersbilder beeinflussen dabei nachweislich unser Erleben und Verhalten, etwa die Wahrnehmung unseres eigenen Alterns, Gesundheitshandeln und Interaktionen mit älteren Menschen. In diesem Symposium präsentieren wir neue Studien aus dem Kreis des wissenschaftlichen DFG-Netzwerkes *„Altersbilder: Über ein dynamisches Lebensspannen-Modell zu neuen Perspektiven für Forschung und Praxis“*.

S101-1
„Mindful“ oder „mind full“? Informationsverarbeitungsstrategien moderieren den Effekt des subjektiven Alternserlebens auf depressive Symptome

A. J. Dutt, H.-W. Wahl, F. S. Rupprecht

Psychologisches Institut und Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Das subjektive Alternserleben, das heißt, die Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Alternsprozesses, ist längsschnittlich mit wohlbefindensbezogenen Entwicklungs-Outcomes verbunden. Neuere Studien deuten darauf hin, dass dieser Effekt von Personenmerkmalen, wie Selbstregulationsstrategien oder Optimismus, abhängt. In der vorliegenden Studie wurde die moderierende Rolle von zwei Informationsverarbeitungsstrategien, nämlich Achtsamkeit und negatives repetitives Denken, für den Effekt des subjektiven Alternserlebens auf depressive Symptome untersucht. Achtsamkeit beinhaltet eine offene und akzeptierende Haltung gegenüber Reizen. Negatives repetitives Denken ist durch einen rekursiven und unflexiblen Denkstil mit einer chronischen kognitiven Repräsentation von Stressoren geprägt. Es wurde angenommen, dass der schädliche Effekt eines negativen subjektiven Alternserlebens auf depressive Symptome durch Achtsamkeit abgemildert, durch negatives repetitives Denken hingegen verschärft wird.
Material und Methoden: Die Stichprobe setzt sich aus Personen des mittleren und höheren Erwachsenenalters zusammen. Die Analysen stützen sich auf zwei Messzeitpunkte mit einem Abstand von 4,5 Jahren (2012: $n = 423$ (40 bis 98 Jahre); 2017: $n = 299$ (44 bis 92 Jahre). Das subjektive Alternserleben wurde als Gewahrwerden alternsbezogener Gewinne und Verluste (sog. AARC) operationalisiert. Die Daten wurden mittels eines latenten Veränderungsmodells basierend auf einem Strukturgleichungsansatz ausgewertet.
Ergebnisse: Achtsamkeit milderte den schädlichen Effekt wahrgenommener Verluste auf depressive Symptome ab. Umgekehrt verschärfte negatives repetitives Denken den schädlichen Effekt wahrgenommener Verluste bzw. wenig ausgeprägter wahrgenommener Gewinne auf depressive Symptome. Das Wechselspiel zwischen Achtsamkeit und wahrgenommenen Gewinnen erwies sich zwar als statistisch nichtsignifikant, jedoch entsprachen auch hier die Zusammenhangsmuster den theoretischen Vorüberlegungen. Die gefundenen Effekte waren im mittleren und höheren Erwachsenenalter vergleichbar.
Schlussfolgerung: Das subjektive Alternserleben ist kein isoliertes Phänomen, sondern der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Alternserleben und depressiven Symptomen wird durch den kognitiven Umgang mit dem Alternserleben geprägt.

S101-2
Beeinflusst das Alter eines Patienten die Einstellung von jungen Psychotherapeuten gegenüber einer Behandlung?

E.-M. Kessler, C. Blachetta

Fakultät Naturwissenschaften, Gerontopsychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin, Deutschland

Ziel der Arbeit: Ziel der vorliegenden Studie war zu untersuchen, ob das Alter eines Patienten mit psychischen Symptomen die Einstellung von jungen Psychotherapeuten gegenüber einer Behandlung beeinflusst.
Material und Methoden: Eine Stichprobe von Psychotherapeuten in fortgeschrittener Therapieausbildung ($n = 114$) beantwortete Fragen bezüglich einer naturalistischen Fallvignette, in welcher es um einen Patienten mit Depression und Todeswünschen ging. Im Rahmen eines experimentellen Designs wurde der Patient entweder als 86 Jahre (Bedingung „alter Patient“) oder als 52 Jahre (Bedingung „mittelalter Patient“) beschrieben.
Ergebnisse: Die Studienteilnehmer schätzten die Symptome des Patienten in beiden Bedingungen als gleichermaßen krankheitswertig ein. Allerdings erzeugte die Bedingung „alter Patient“ bei den Studienteilnehmern vergleichsweise mehr negative Gefühle, eine geringere Behandlungsbereitschaft, weniger Kompetenzerleben und eine geringere Therapieerfolgserwartung.
Schlussfolgerung: Negative Altersbilder sowie eine defizitäre gerontopsychologische Ausbildung sind potenziell problematische Faktoren im psychotherapeutischen Geschehen. Es besteht dringender Bedarf, gerontopsychologische Inhalte in die psychotherapeutische Ausbildung zu integrieren.

S101-3
Das Erfassen von Altersbildern: viel Kopf und wenig Gefühl?

V. Klusmann, A. Blawert[1]*, A.-K. Beyer*[1]*, N. Notthoff*[2]*, M. Gabrian*[3]

Psychologische Diagnostik & Gesundheitspsychologie, Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland; [1]Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [2]Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie, Lebenswissenschaftliche Fakultät, Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; [3]Abteilung für psychologische Alternsforschung, Psychologisches Institut und Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Forschungsarbeiten zum Konzept der psychologischen Altersbilder nutzen in überwiegender Zahl fragebogenbasierte Erhebungsinstrumente. Diese zielen auf eine Beurteilung von Aussagen oder Adjektiven hinsichtlich des Alterns, Altseins oder älterer Menschen, bezogen auf die eigene Person oder ältere Personen, i. Allg. ab. In diesem Beitrag soll auf Basis einer Systematisierung beurteilt werden, ob das derzeitige Methodenspektrum dem Konzept der psychologischen Altersbilder hinreichend gerecht wird. Auf der Analyse aufbauend werden methodische Alternativen, Erweiterungen und Ergänzungen diskutiert.
Material und Methoden: Auf Basis einer systematischen Recherche von Instrumenten zur Erfassung von psychologischen Altersbildern wurden $n = 42$ Messinstrumente eingeschlossen und in 8 Dimensionen kategorisiert.
Ergebnisse: Im Schwerpunkt werden psychologische Altersbilder explizit quantitativ erfasst und als überdauernde („trait“), reflektive Kognitionen (Wissen, Einstellungen oder Werturteile) begriffen. Damit ist die implizite und affektive Seite von Altersbildern weniger repräsentiert. Selten nur werden zeitliche Referenzen hergestellt. Auch berücksichtigen die klassischen Instrumente die multidimensionale, multidirektionale und bereichsspezifische Natur von Altersbildern weniger als neuere Entwicklungen. Ferner werden Aspekte diskutiert, die wir zu folgenden drei Kernbereichen zusammenfassen konnten: (1) Ambiguität aufgrund ungenauer Formulierungen der Items, (2) Übertragbarkeit und Validität bei der Anwendung in unterschiedlichen Altersgruppen, (3) Transportieren von Alterssterotypen durch die Messungen selbst.

Schlussfolgerung: Die Befunde stellen die Forschungen zu Entwicklung und Mechanismen von Altersbildern über die Lebensspanne vor Herausforderungen. Mit Methoden, die bislang nicht unter dem Label der Altersbilder angewendet werden (wie experimentelles „priming" oder „Virtual-reality"-Simulationen) und qualitative Ansätze (wie Interviews oder sprachfreie, kreative Verfahren) könnten sich sinnvolle Erweiterungen der psychologischen Altersbilderforschung anbieten.

S101-4
Die Rolle von Altersbildern und Krankheitswahrnehmung für sportliche Aktivität bei älteren Erwachsenen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

A.-K. Beyer, J. K. Wolff[1], S. Ulbricht[2], S. Wurm

Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; [2]Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Positivere Altersbilder sind eine bedeutsame Ressource für Gesundheitsverhalten im Alter. Forschungsbefunde zeigen zudem, dass Krankheitswahrnehmungen, wie die subjektive Belastung durch eine Erkrankung oder die wahrgenommene Kontrollierbarkeit einer Erkrankung, die Genesung und den Umgang mit dieser Krankheit beeinflussen. In Deutschland stellen derzeit Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache für Männer und Frauen dar. Der Mangel an sportlicher Aktivität ist ein Risikofaktor von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Im Beitrag wird daher der Frage nachgegangen, inwiefern die Dimensionen der Krankheitswahrnehmungen mit positiveren und negativeren Altersbildern bei älteren Erwachsenen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung assoziiert sind und welche Rolle diese für die Ausübung von sportlicher Aktivität in dieser Patientengruppe spielt.
Material und Methoden: Ältere Erwachsene ($n = 60$) mit einer koronaren Herzerkrankung beantworteten einen mehrdimensionalen Fragebogen zur Krankheitswahrnehmung (Illness Perception Questionnaire; Broadbent et al. 2006), eine mehrdimensionale Skala zur Messung von gewinn- und verlustorientierten Altersbildern (Steverink et al. 2001; Wurm et al. 2007) sowie Fragen zur sportlichen Aktivität.
Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass einige, aber nicht alle Dimensionen der Krankheitswahrnehmung mit Altersbildern assoziiert sind. Ältere Menschen, die ihre Herz-Kreislauf-Erkrankung als größere Beeinträchtigung wahrnehmen und eine stärkere emotionale Belastung aufgrund der Erkrankung angeben, berichten gleichzeitig auch negativere Altersbilder. Wird eine Herz-Kreislauf-Erkrankung hingegen als kontrollierbar erlebt, ist dies mit positiveren Altersbildern assoziiert. Für die Ausübung von sportlicher Aktivität sind für Herz-Kreislauf-Patienten insbesondere positivere Altersbilder und eine geringere affektive Belastung durch die koronare Herzerkrankung förderlich.
Schlussfolgerung: Die Thematisierung von Altersbildern und Krankheitswahrnehmung ist ein vielversprechender Ansatzpunkt für Interventionen in der Bewegungsförderung für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

S101-5
Die Rolle von Herz-Kreislauf-Ereignissen für die Veränderung subjektiver Altersbilder

S. Wurm, M. Wiest[1], S. M. Spuling [2], A.-K. Beyer, J. K. Wolff[2]

Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Empirische Weiterbildungsforschung, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

Einschneidende Lebensereignisse beeinflussen die Entwicklung und tragen zur Strukturierung des Lebensverlaufs bei. Insbesondere schwerwiegende oder lebensbedrohliche Ereignisse, wie z. B. ein Herzinfarkt, können die Betroffenen an die Endlichkeit des Lebens erinnern und die Sicht auf das Älterwerden verändern. Während bereits zahlreiche Studien den Einfluss von Altersbildern auf die Gesundheit und Langlebigkeit belegen konnten, ist bisher nur wenig darüber bekannt, inwieweit umgekehrt Krankheiten und Krankheitsereignisse zu Veränderungen der Sicht auf das eigene Älterwerden beitragen. Basierend auf gepoolten Längsschnittdaten des Deutschen Alterssurvey aus den Jahren 2008, 2011 und 2014 ($n = 4583$, Altersrange 40 bis 95 Jahre) wurde der Einfluss von kardiovaskulären Ereignissen (KVE; z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz) auf drei Indikatoren der individuellen Sicht auf das Älterwerden untersucht. Bei insgesamt 178 Personen (3,9 %) trat im Untersuchungszeitraum ein KVE auf. Im Vergleich zu Personen ohne ein solches Ereignis zeigte sich für die Gruppe mit Ereignis, dass sich über den jeweils betrachteten Dreijahreszeitraum hinweg die Sichtweisen auf das Älterwerden stärker veränderten: Nach einem KVE verbanden Personen ihr eigenes Älterwerden signifikant stärker mit körperlichen Verlusten ($\Delta M_{KVE} = 0{,}18$; $\Delta M_{ohne} = 0{,}03$) und weniger mit persönlicher Weiterentwicklung ($\Delta M_{KVE} = -0{,}25$; $\Delta M_{ohne} = -0{,}05$). Zudem fühlten sich die Personen subjektiv älter als jene ohne KVE ($\Delta M_{KVE} = 0{,}05$; $\Delta M_{ohne} = 0{,}01$). Dies verdeutlicht, dass sich Altersbilder auch durch Krankheitsereignisse verändern, was wiederum Konsequenzen für die weitere gesundheitliche Entwicklung haben kann. Patienten sind deshalb möglicherweise eine besonders wichtige Zielgruppe für Interventionen, die eine positive Sicht auf das Älterwerden fördern.

S102 Verantwortung im und für das Alter – Herausforderungen und Grenzen durch Vielfalt

K. Rackow

Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Individualität bedeutet nicht nur eine Zunahme von unterschiedlichen Lebensformen und Gestaltungsmöglichkeiten im Alter, sondern oft auch eine Verschiebung der gesellschaftlichen Verantwortung hin zu einer individuellen. Diese Entwicklung lässt sich in zweifacher Weise deuten: Die zunehmende Betonung der Eigeninitiative hilft auf der einen Seite zwar, den notwendigen Freiraum für ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu schaffen, andererseits besteht dabei jedoch auch die Gefahr, dass der Einzelne vor mitunter schwer zu bewältigende Anforderungen gestellt wird. Wenn sich Staat und Gesellschaft gleichzeitig aus immer mehr Bereichen zurückziehen, können neue Ungleichheiten entstehen bzw. alte verfestigt werden. Den gesellschaftlichen Anforderungen an die „active ager", die verstärkt vonseiten der Politik gefordert werden, sind nicht alle gewachsen und wollen es oft auch nicht. In diesem Zusammenhang stellt sich zudem die Frage, wo die Menschen selbst die Verantwortung für Ältere verorten: beim Individuum, bei der Familie oder beim Staat? Werden ältere Menschen als besondere Kategorie wahrgenommen, die einen gewissen Versorgungsanspruch besitzt? Wird sogar eine Ungleichbehandlung von Älteren toleriert, wenn damit eine Schutzfunktion assoziiert wird?
Die Beiträge im Symposium greifen diese Fragen auf und diskutieren die aufgezeigten Problematiken.
Katja Rackow stellt exemplarisch einige Lebensbereiche in den Mittelpunkt, in denen eine Verantwortungsverschiebung beobachtet werden kann, und diskutiert vor diesem Hintergrund die damit verbundenen Ungleichheitsrisiken.
Barbara Solf-Leipold greift die Frage nach der politischen Einflussnahme auf die individuelle Motivation zu bürgerschaftlichem Engagement Älterer in Nachbarschaftshilfevereinen auf und thematisiert dabei die oft konträren Vorstellungen und Erwartungen.
Laura Naegele diskutiert vor dem Hintergrund einer sich verfestigenden Alterserwerbslosigkeit die Frage, ob und unter welchen Bedingungen älteren Arbeitslosen von der Gesellschaft ein besonderer Schutzstatus zugewiesen wird.
Im Beitrag von Theresa Grüner wird die „Strafmilde-gegenüber-Älteren"-These anhand eigener empirischer Daten betrachtet.
Marvin Blum untersucht altersspezifische familiale Unterstützungsleistungen und zugrunde liegende Einstellungen und Ansichten darüber, ob und inwiefern der Staat oder die Familie in der Verantwortung stehen sollten.

S102-1
Chancen und Limitationen von Vielfalt

K. Rackow
Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Lebensformen und Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens sind in den vergangenen Jahrzehnten immer vielfältiger geworden; dies gilt auch für das letzte Lebensdrittel, das Alter. Eine steigende Lebenserwartung bei immer besserer Gesundheit und einem tendenziell wachsenden Wohlstandsniveau sind dafür eine wesentliche Grundlage, dazu kommen Veränderungen im allgemeinen Wertekonsens. Immer öfter ist in diesem Zusammenhang die Rede von den „aktiven Alten", den „Silver-Surfern" oder den „jungen Alten" – Bezeichnungen, die auf die Konstitution der Älteren, aber auch auf das Potenzial dieser Altersgruppe verweisen. Hinter Letztgenanntem verbirgt sich nicht zuletzt auch ein Appell zur Übernahme von (mehr) Verantwortung für die Gesellschaft. Verantwortungsverschiebungen lassen sich in den unterschiedlichsten Bereichen beobachten, sei es im Hinblick auf die finanzielle Absicherung im Alter, die berufliche Teilhabe bzw. Anschlussfähigkeit oder die Organisation von Versorgung und Pflege. Nicht ausreichend thematisiert wird dabei jedoch die Frage, inwieweit derartige Verschiebungen von Verantwortung von allen Betroffenen realisiert werden können oder sie dies auch wollen. So stehen beispielsweise der Forderung nach einer stärkeren Gewichtung der privaten Altersvorsorge die vielfältiger gewordenen, aber oftmals auch brüchigen und prekären Erwerbsbiografien gegenüber, die eine angemessene Vorsorge unmöglich machen oder zumindest erschweren. Hier droht die Gefahr von neuen Ungleichheiten bzw. der Verfestigung von alten Ungleichheitsstrukturen, worauf bereits aktuelle Prognosen zur Betroffenheit von Armut im Alter verweisen. Im Hinblick auf das häufig angesprochene Potenzial der Älteren zum bürgerschaftlichen Engagement lässt sich kritisch hinterfragen, ob die starke Nachfrage danach und insbesondere die Förderung von Konzepten wie „caring communities" nicht auch zu einem gewissen Druck, sich zu engagieren, führen, die Freiwilligkeit gewissermaßen zur Notwendigkeit wird. Dies gilt insbesondere in den Bereichen, in denen zunehmend ein Rückzug von Staat und Gesellschaft zu beobachten ist.
Der Beitrag diskutiert vor diesem Hintergrund exemplarisch die Ambivalenz von Vielfalt und Verantwortungsverschiebung und geht insbesondere auf die damit verbundenen Gefahren von Ungleichheit ein.

S102-2
Engagementpolitische Anrufungen und ihre alltagspraktische Relevanz für engagierte ältere Menschen in Nachbarschaftshilfevereinen – Anreiz zur Verantwortungsübernahme?

B. Solf-Leipold
Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Förderung intragenerationalen sozialen Engagements Älterer gilt im politisch-wissenschaftlichen Diskurs als vielversprechender Lösungsansatz im Kontext des demografischen und sozialen Wandels. Die systematische Förderung selbstorganisierter solidarischer Formen der Alltagshilfe von und für Ältere (z. B. Seniorengenossenschaften, Nachbarschafts-/Bürgerhilfevereine) zielt auf den Aufbau kleinräumiger Hilfestrukturen und deren Einbindung in lokale Versorgungsstrukturen, um Lücken zwischen familialer und professioneller Hilfe zu füllen. In Bayern wurde ein spezielles Förderprogramm zur Gründung von Seniorengenossenschaften aufgelegt. Monetäre und ideelle Anreize sollen lokale Initiativen unterstützen und Ältere aktivieren, sich gegenseitig im organisierten Rahmen Hilfe zu leisten. Dabei wird auf das aktuell dominierende Altersbild des „aktiven" bzw. „produktiven Alters" rekurriert; die mit dem Modell erwartete Win-win-Situation (individueller und gesellschaftlicher Nutzen) wird dabei besonders hervorgehoben. Betont werden die Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen der „jungen Alten" (van Dyk und Lessenich 2009), die so im Rahmen einer individuell sinnstiftenden Tätigkeit der Gesellschaft auch in der Nacherwerbsphase zur Verfügung stünden. Das Engagement trage zur Entlastung der Sozialsysteme und der unterstützungsbedürftigen Personen bei. Zugleich würde individuelle Vorsorge für eine eigene Hilfebedürftigkeit betrieben; auch soziale Teilhabe würde so ermöglicht. Im Vortrag wird der empirischen Frage nachgegangen, inwiefern die im Diskurs vermittelten Anrufungen (Althusser 1977) Eingang finden in die Handlungspraxis Älterer, ggf. ausschlaggebend sind für die Engagementaufnahme. In Anlehnung an das heuristische Modell der interpretativen Subjektivierungsanalyse (Bosancic 2014, 2016) wurden problem-/themenzentriete Interviews mit Engagierten eines geförderten Bürgerhilfevereins in Bayern geführt, die Aufschluss geben über subjektive Engagementmotive und Engagementpraxen. Die bayerische Engagement(förder)politik wurde unter Rückgriff auf das von Neumann (2016) in ihrer Studie herausgearbeitete engagementspezifische Produktivitätsdispositiv inhaltsanalytisch gescannt. In einem dritten Analyseschritt wurden die Selbstpositionierungen (Bosancic 2016) engagierter Älterer rekonstruiert, die Rückschlüsse auf die Aneignungsweisen der Anrufungen zulassen – dieser Aspekt steht im Mittelpunkt des Vortrags.

S102-3
Alterserwerbslosigkeit: Aktivierungszwang oder Versorgungsanspruch

L. Naegele, E. Naumann[1], W. de Tavernier[2], M. Heß[3]
Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland; [1]SFB 884„Political Economy of Reforms", Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland; [2]Centre for Comparative Welfare Studies – CCWS, Aalborg University, Aalborg/DK; [3]Forschungsschwerpunkt „Arbeit, Wirtschaft und Technik", Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Flankiert von einer Reihe Arbeitsmarktpolitiken sehen sich Erwerbslose seit geraumer Zeit einem gestiegenen Aktivierungsdruck gegenüber. In dieser Logik werden seitens des Sozialstaats aktive Bemühungen, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren, honoriert (u. a. durch die Bereitstellung von Schulungs- bzw. Umschulungsmaßnahmen), während im Gegenzug Inaktivität beispielsweise durch die Kürzung von Sozialleistung sanktioniert wird. In diesem Kontext stellt sich die Frage, inwieweit ältere Erwerbslose den gleichen Aktivierungszwängen unterliegen, oder ob das Alter einer Person sich auf die Bereitschaft dieser sozialstaatliche Leistungen zukommen zu lassen auswirkt. Dieser Beitrag möchte dieser Fragestellung nachgehen und erörtern, ob und unter welchen Bedingungen Ältere von der Gesellschaft als eine besonders schützenswerte bzw. verdienstvolle Personengruppe wahrgenommen werden, denen dann im Folgeschluss auch eher Sozialleistungen zugesprochen werden. Die achte Welle des ESS 2016 enthält ein Survey-Experiment, in dem die Befragten gefragt werden, ob einem/einer Arbeitslosen bei Ablehnung eines Stellenangebots das Arbeitslosengeld gekürzt werden sollte oder nicht. Bei einem Teil der Befragten wurde kein Alter der arbeitslosen Person angegeben, bei einer zweiten Gruppe war die erwerbslose Person zwischen 20 und 25 Jahre und bei einer dritten Gruppe über 50 Jahre alt. Vorläufige Analysen zeigen, dass die 50-jährige arbeitslose Person nach der Ablehnung eines Jobangebots, wenn auch mit starken Variationen, in allen 18 Ländern tatsächlich mehr Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung zugesprochen wird. Diese hohe Varianz markiert den Ausgangspunkt für den zweiten Teil der Analysen: zu erklären, warum ältere Arbeitslose in einigen Ländern als deutlich verdienstvoller wahrgenommen werden als ihre jüngeren KollegenInnen. Wir wollen diese Unterschiede mit dem „Active-Ageing-Konzept" erklären, indem wir den Active Ageing Index (AAI) als Makrovariable in eine Mehrebenenregressionsanalyse einbeziehen. Erste Analysen zeigten hier jedoch keine signifikanten Effekte. Interessanterweise lässt sich jedoch ein Einfluss gesamtgesellschaftlicher Altersstrukturen nachweisen. So nimmt die Schutzfunktion in denjenigen Ländern mit einem relativ hohen Anteil Älterer eher ab, als dies in Ländern mit einer jüngeren Altersstruktur der Fall ist.

S102-4
Alte Kriminelle – verantwortungsvoller Umgang mit einem vielfältigen Phänomen

T. Grüner, F. Frerichs[1], S. Pohlmann[2]

InGero – Interdisziplinäre Gerontologie, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München, München, Deutschland; [1]Fachgebiet „Altern und Arbeit", Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland; [2]Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Abteilungsleitung Interdisziplinäre Gerontologie, Hochschule München, München, Deutschland

Kriminalität im Alter tritt einerseits in unterschiedlichen Formen auf und ruft andererseits unterschiedliche Reaktionen hervor. Mit dem Anfang des Jahres erschienenen *Pflege-Tatort* aus Bremen hat die ARD Gewaltverbrechen älterer Menschen gegenüber Pflegebedürftigen medienwirksam thematisiert. Auch die mediale Aufbereitung realer Beziehungstaten im Kontext von Pflegebedürftigkeit erzeugen durch Schlagzeilen wie „Verzweiflungstat im Pflegeheim – Aus Liebe in den Tod" (Wunder 2018) Aufmerksamkeit und häufig Mitleid. Die Justiz sieht sich jedoch gefordert, „nicht mitleidige Urteile …, sondern gerechte" (Wollbrett 2013) zu fällen. Das sich hier abzeichnende Spannungsfeld kreist um die Frage, ob eine ungleiche justizielle Behandlung erwachsener Menschen qua Alter zu mehr Gleichheit oder Gerechtigkeit bei der Bestrafung führen kann, etwa weil eine unterschiedliche Strafempfindlichkeit beachtet wird. Wie kann ein verantwortungsvoller Umgang mit älteren Beschuldigten in der Bestrafungspraxis aussehen? Etwaige Strafmilde gegenüber Älteren wird in bestimmten Kriminalitätskontexten auch problematisiert: „Zu gebrechlich für Gerechtigkeit. NS-Prozess gegen 92-Jährige abgesagt" (*taz* 2016). Beklagt wird zudem die dünne Auswahl an zur Verfügung stehenden Rechtsmitteln des Erwachsenenstrafrechts, die der Vielfalt der Alterskriminalität nicht gerecht zu werden scheint (Klein 2017). Die Berücksichtigung des hohen Alters bei der Strafzumessung ist ein gegenwärtig wenig beachtetes Thema trotz steigender Relevanz für die Gesellschaft; weitgehend unerforscht ist, ob die Allgemeinheit eine differenzielle Bestrafungspraxis mittragen würde. Der Beitrag wird zunächst auf die Zentralität des (hohen) Alters in der medialen Berichterstattung über Strafprozesse und daran anschließend auf stereotypgeleitete Alterseffekte bei Bestrafungswünschen eingehen. Anhand empirischer Daten werden erste Ergebnisse einer Studie vorgestellt, bei der in fiktiven Fallgeschichten zu unterschiedlichen Delikten das Alter des Täters experimentell variiert wurde.

S102-5
Die Zuweisung der Verantwortlichkeit für die Unterstützung älterer Menschen – Einstellungen und Hilfen in (Spät-)Aussiedlerfamilien

M. Blum

Fachgebiet „Altern und Arbeit", Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Wer sollte Verantwortung für ältere Menschen übernehmen, wenn diese nicht mehr selbst für sich sorgen können? Diese Frage stellt sich in allen Bevölkerungsgruppen in Deutschland gleichermaßen. Für Familien mit Migrationshintergrund kommt häufig hinzu, dass im Rahmen der Zuwanderung soziale Unterstützungsnetzwerke wegfallen, da sich die Wohnentfernungen zu Familienmitgliedern vergrößern. Bestehende innerfamiliäre Beziehungen im Zuwanderungsland werden daher häufig intensiviert. Die Zuwanderungsgeschichte wirkt sich somit nicht nur auf individuelle Lebensverläufe, sondern ebenso auf Generationenbeziehungen und Unterstützungspotenziale im Alter aus. Im Hinblick auf (Spät-)Aussiedlerfamilien besteht die Besonderheit, dass die Familienmitglieder bereits ein höheres Lebensalter erreicht hatten, als sie nach Deutschland eingewandert sind. Außerdem haben sie im Rahmen des Bundesvertriebenengesetztes die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten und ihre finanzielle Absicherung im Alter wurde durch die Fremdrentenregelungen gewährleistet. Nichtsdestotrotz war der Zuwanderungsprozess von verschiedenen Schwierigkeiten wie dem Erlangen notwendiger Deutschkenntnisse oder der Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse und Berufserfahrungen geprägt. (Spät-)Aussiedlerfamilien werden zudem oft ein enger Familienzusammenhalt und große familiäre Unterstützungsbereitschaft zugeschrieben. Inwiefern sich dies ebenfalls in den zugrunde liegenden Einstellungen und Vorstellungen darüber widerspiegelt, wer die Verantwortung für alternsspezifische Unterstützungsleistungen übernehmen sollte, ist die zentrale Frage dieses Beitrags. In den amtlichen Statistiken war es allerdings lange Zeit nicht möglich Informationen über (Spät-)AussiedlerInnen mit deutscher Staatsbürgerschaft zu identifizieren. Dieser Vortrag bezieht sich daher auf eine schriftlich-postalische Befragung der Universität Vechta, welche auf der Basis von Einwohnermeldeamtsdaten in Niedersachsen durchgeführt wurde und Daten von etwa 700 Aussiedlerinnen und Aussiedlern im Alter ab 40 Jahren umfasst. Auf dieser Grundlage werden die Verantwortungszuweisungen für die Unterstützung Älterer dargestellt, und es wird herausgearbeitet, in welchen Belangen die Verantwortung bei der Familie oder beim Staat verortet wird.

S103 Zukunftsaufgabe Geriatrie in der Pflegeeinrichtung

R. Neubart

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

In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patienten (bzw. Bewohner, Klienten) kommt dem Pflegeheim (vollstationäre Pflegeeinrichtung) eine überragende Bedeutung zu. Nirgendwo anders sind so viele schwerstkranke Menschen dauerhaft zu versorgen. Die Pflegeeinrichtung ist zugleich Wohnung und Stätte der medizinischen Versorgung, also sind die Betroffenen gleichzeitig „Bewohner" und „Patienten". Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, eine umfassende geriatrische Konzeption für diese Institution zu entwickeln.

Für viele Aspekte zeigen sich erhebliche Verbesserungspotenziale. Das reicht von der kontinuierlichen hausärztlichen und stomatologischen Versorgung über die Behandlungspflege in bis zu einem Management medizinischer Notfälle, in die der ärztliche Bereitschaftsdienst, das Rettungssystem und auch die Notaufnahmen der Kliniken einbezogen werden müssen.

Das Symposium „Zukunftsaufgabe Geriatrie in der Pflegeeinrichtung" gibt eine Bestandsaufnahme und zeigt Wege, wie die medizinische Versorgung optimiert werden kann.

S105 Precision Prevention for Healthy Aging

G. Fuellen, M. Gogol[1], A. Simm[2]

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Alternsforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany; [1]Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany; [2]Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

Despite the importance of precision medicine, the topic of precision prevention still receives little attention. Precise biomarker-based interventions should enable each individual to live a long, healthy life with a high quality of life and independence. For example, recent results on the prevention of cognitive disorders using life style interventions, treatment of risk factors and medication management (FINGER study, PreDIVA study, MAPT study) show low effect sizes in the totality of all study participants; however, analyses in specific subgroups with characteristic risk patterns show clear effects. There is every indication that preventive measures must be adapted to the individual risk profile in order to increase their effectiveness. In view of the demographic challenge, precision prevention is thus the key to reducing high age-related disease rates (e. g. dementia, heart diseases, diabetes, and cancer) and long-term care. In this session, research towards the implementation of precision prevention will be presented.

S105-1
Human aging research – the biomarker challenge

P. E. Slagboom

Section of Molecular Epidemiology, Department of Biomedical Data science, Leiden University Medical Center, Leiden/NL

There is an enormous diversity in health span ranging from unhealthy 60-year-olds to vital 90-year-olds. Medical interventions are rarely tested among the heterogeneous population of people over 70 years old. Preventive interventions often are also revealed to be effective especially for subgroups. To generate markers on the basis of which this diversity, especially at higher ages, can be classified is a challenge. Biomarker research is vital to classify those in need of prevention, those at risk of progressive aging, adversity during treatment, for monitoring the response to treatment and to provide surrogate endpoints. The last 20 years of aging research in animal models and humans has revealed that mechanisms involved in energy metabolism and immunity can be considered as drivers of health in aging and longevity. Biomarker research has been based on this knowledge and on deviation from calendar age. Traditionally metabolic health is measured by serum insulin and lipids, blood pressure and body mass index (BMI), but among the fastest growing population of older people the predictive power of these parameters declines. The omics field is making progress in recording age-related changes in metabolite composition, glycosylation, transcriptome and epigenetic regulation of the nuclear and mitochondrial genome, gut microbiome composition and somatic DNA sequence changes with aging. Many biomarkers show associations with interesting biological or clinical endpoints, but how useful are they in practice? Coordinated efforts are necessary to test biomarkers in longitudinal, clinical and intervention studies. In a BBMRI consortium in The Netherlands we have explored the use of metabolomics marker profiles within this framework by jointly investigating over 20 cohorts, interventions and clinical studies.

S105-2
Activation of the hexosamine pathway prevents toxic protein aggregation and extends life span

M. Denzel

Metabolic and Genetic Regulation of Ageing, Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns, Cologne, Germany

The protein homeostasis network is a complex regulatory system that controls protein synthesis, folding, posttranslational modifications, and degradation. Failure of protein quality control is an early event in aging, and many animal models of longevity display improved protein folding and turnover capacity. In a number of independent screening approaches, we found that the metabolic hexosamine pathway (HP) is a novel regulator of protein homeostasis. In fact, we identified two independent regulators of the HP that are highly conserved: mutagenesis screens in *Caenorhabditis elegans* revealed gain-of-function (gof) mutations in glutamine-fructose-6-phosphate aminotransferase (gfat-1), the key enzyme of the HP. These result in elevated levels of the HP product UDP-N-acetylglucosamine (UDP-GlcNAc). *C. elegans* mutants carrying gfat-1 gof alleles display increased ER-associated degradation and autophagy, resulting in significant protection from various toxic misfolding-prone proteins and life span extension. Furthermore, in genetic screening using mouse haploid embryonic stem cells, we identified AMDHD2 as a new HP enzyme that regulates metabolite flux in the pathway. Finally, to test if HP activation improves mammalian protein quality control, we expressed polyglutamine Huntingtin in Neuro2a cells. Supplementation with the HP precursor GlcNAc resulted in decreased Huntingtin aggregation. This suggests that the HP might be a viable pharmacological target to prevent age-associated diseases such as neurodegeneration. Given the high conservation of the HP, we expect that its activation will likewise promote health span in humans. Furthermore, we know that cellular UDP-GlcNAc concentrations decrease with age in the nematode. It will be of particular interest to examine whether this metabolite might serve as a biomarker for cellular fitness in aging.

S105-3
Imaging markers for risk stratification in Alzheimer's disease

S. Teipel

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany

The clinical manifestation of sporadic Alzheimer's disease (AD) in a given individual is driven among others by molecular factors such as cortical amyloid accumulation, degeneration of allocortical and neocortical projecting neurons, cholinergic dysfunction, and cerebrovascular and other neurodegenerative comorbidities. Imaging markers allow stratification of individuals according to risk factors, such as amyloid load, cortical hypometabolism and cholinergic dysfunction. The application of such risk stratification for individual decisions on treatment or prevention in AD is still wanting, but methods are available that will make such approach possible in the future. Here, we present an in vivo staging scheme for cortical amyloid accumulation based on amyloid-PET in preclinical and prodromal AD cases; we demonstrate the advantage of such staging over the current gold standard of binary reading of amyloid PET and show the perspective of an extension by staging of tau pathology, cholinergic dysfunction and hypometabolism. We also point to the concept of a theranostic marker as a predictor of treatment response in clinical trials. This concept represents an important step towards a precision medicine approach to AD treatment and prevention, where a theranostic marker serves to select the appropriate case for a given treatment study. On this basis, future studies will then be able to select the appropriate combination of treatment for a given individual.

S105-4
Healthspan pathway maps in model organisms and humans

G. Fuellen

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Alternsforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany

Knowing the molecular basis of health can help towards undoing its deterioration, and this should help to focus approaches towards undoing aging on the truly important goal: fostering well-being; however, a precise operational definition of health and healthspan is not straightforward, and its molecular basis is largely unknown. Building on previous work, we define health as the lack of major chronic diseases and dysfunctions. Based on an extensive review of the literature, we aggregate a list of features of health and healthspan, and of the genes and genetic variants associated with them. Clusters of these genes based on molecular interaction and biological process annotation data give rise to maps of healthspan pathways. We identify healthspan pathways for human, featuring transcription initiation, proliferation and cholesterol/lipid processing, and for *C. elegans*, featuring biosynthetic response, macro-autophagy and mitochondria. By mapping healthspan-related gene expression data, describing effects of caloric restriction associated with improvements in health, onto the healthspan pathway maps, we confirm, for example, the downregulation of the cell-cycle in *C. elegans* and of Notch signalling in humans. The latter reflects the inflammatory role of Notch. Defining health accurately, and investigating its molecular determinants on a large scale, is still a major challenge. Our literature-based data corpus, including visualization, is being made available as a reference for future investigations.

S105-5
The aryl hydrocarbon receptor promotes vascular aging phenotypes across species

J. Altschmied, O. Eckermann, C. Goy[1], N. Ale-Agha, J. Haendeler

Heisenberg group – environmentally induced cardiovascular degeneration, IUF-Leibniz Research Institute for Environmental Medicine, Düsseldorf, Germany; [1]Molekulare Alternsforschung, an der Universität Düsseldorf gGmbH, Leibniz-Institut für umweltmedizinische Forschung, Düsseldorf, Germany

Development of age-associated diseases like atherosclerosis depends not only on genetic disposition but also on environmental influences. The aryl hydrocarbon receptor (AhR) is a ubiquitously expressed transcription factor activated by ligands, such as 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-*p*-dioxin and benzo[*a*]pyrene. Epidemiological studies on populations heavily exposed to dioxin as in 1976 in Seveso indicate increasing development of cardiovascular diseases in these populations. Furthermore, dioxin-exposed workers display higher incidence of atherosclerotic plaques and increased intima media wall thickness, a risk factor and predictor for stroke and myocardial infarction; however, a direct role for AhR in cardiovascular and organismal aging has never been demonstrated across species from invertebrates to humans. To investigate the role of the AhR with respect to aging and age-related vascular processes, we analyzed vessel stiffness in AhR-deficient mice, functional parameters in primary human endothelial cells and AhR expression in blood cells of healthy human volunteers. Old (17–20 months) wt mice showed increased pulse wave velocity (PWV), which is indicative of impaired vessel function. Interestingly, in AhR-deficient mice, we observed reduced PWV in both old and young (3–6 months) mice, suggesting reduced vessel stiffness. Analysis of eNOS phosphorylation by Western blotting showed increased eNOS activity in thoracic aortas of AhR-deficient mice and a concomitant increase in NO production. In line with this finding, AhR activation and/or overexpression reduced the migratory capacity of primary human endothelial cells without affecting proliferation and apoptosis, impaired eNOS activation and reduced the S-NO content, which are all signs of endothelial dysfunction. Furthermore, AhR expression in blood cells of healthy human volunteers positively correlated with vessel stiffness, suggesting that AhR expression levels could serve as an additional new predictor of vessel aging. Detailed characterization of AhR functions in aging and age-related disease might help to uncover the ancient functions of this protein and to develop strategies for healthier aging in the future.

S106 Freie Vorträge – Demenz

S106-1
People hold various roles across the life span

K. Lee

The Ohio State University College of Social Work, Ohio/USA

People hold various roles across the life span. As people, however, social roles become limited. In the USA approximately 10% of older adults live with Alzheimer's disease or other dementias. While cognitive impairment (CI) among older adults is considered a key factor influencing disengagement from society, volunteer work helps older adults maintain social engagement by providing them with outlets and opportunities to strengthen existing social roles and to develop new ones. This study examined the volunteer patterns of older adults with CI and if formal volunteering influenced physical and psychological well-being and cognitive health among older adults with CI. Using panel survey data from the Health and Retirement study, this study included community-dwelling older adults age 65 years and older with CI ($N = 472$). The study data showed that 26% of older adults with CI participated in formal volunteer work at the 2006 baseline. The results from linear-mixed-effects modeling showed that the level of physical well-being was greater among older adults who volunteered and the level of psychological well-being was greater among those who consistently volunteered, compared to those who did not. Moreover, cognitive health slightly improved over time only among those who volunteered. Formal volunteering is a good non-pharmacological intervention for older adults with mild CI, as it optimizes cognitive health as well as perceived well-being. This study suggests the development of more volunteer opportunities that are inclusive and accessible for older adults with CI. Long-term care facilities should offer meaningful social activities as routine services for this vulnerable population.

S106-2
Demenzversorgung in der Hausarztpraxis: Warum haben Allgemeinmediziner Vorbehalte? – Eine qualitative Studie

J. Wangler, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Hausärzten kommt bei der Erkennung und Betreuung von Demenzpatienten enorme Bedeutung zu. Doch immer wieder wird kritisiert, dass die hausärztliche Demenzversorgung nicht effektiv genug sei, weil z. B. etablierte Testverfahren nicht konsequent genug eingesetzt würden. Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass unter Allgemeinmedizinern Vorbehalte gegenüber der bestehenden Demenzdiagnostik und konsekutiven Behandlungsmöglichkeiten existieren. Welche Ursachen diese skeptisch-distanzierte Haltung hat, wurde bislang jedoch nicht umfassend erforscht. Der vorliegende Beitrag präsentiert Ergebnisse einer empirischen Studie, die die hausärztliche Kritik und verbreitete Handlungsmuster in Bezug auf die Demenzdiagnostik beleuchtet sowie Ansatzpunkte für eine hausarztkonforme Optimierung ableitet.
Material und Methoden: Die Studie basiert auf 35 qualitativen Einzelinterviews mit Hausärzten in Rheinland-Pfalz, die zwischen Februar und Mai 2017 mündlich-persönlich geführt wurden (Dauer: 35–90 min). Im Zuge eines qualitativen Gruppierungsprozesses sollen verschiedene hausärztliche Positionen und Verhaltensmuster bei der Erkennung und Versorgung von Demenzpatienten erfasst werden.
Ergebnisse: Bei einem erheblichen Teil des Samples überwiegen Skepsis und Zurückhaltung in Bezug auf die Demenzdiagnostik. Aus dem Datenmaterial ließen sich sechs Cluster extrahieren, die als ursächliche Faktoren für die hausärztliche Distanz gesehen werden können: 1) frühzeitiges Delegieren aufgrund des Rollenverständnisses, 2) resignative Haltung beim Krankheitsbild Demenz, 3) differenzialdiagnostische Abklärung als Hürde, 4) mangelnde Honorierung, 5) Sorge vor Patientenstigmatisierung, 6) mangelnde Anwendungsnähe. Als Reaktion auf die kritische Grundhaltung lassen sich bei einer Gruppe von Hausärzten verschiedene Eigeninitiativen zur Optimierung der Demenzdiagnostik aufzeigen.
Schlussfolgerung: Aus der Analyse der gebildeten Cluster gehen vier Ansatzpunkte hervor, auf deren Basis sich die hausarztbasierte Demenzversorgung weiter optimieren ließe. Im Einzelnen handelt es sich um 1) Selbstwirksamkeitsannahmen, 2) Differenzialdiagnostik und Behandlungspfade, 3) Arzt-Patient-Kommunikation sowie 4) Honorierung und Anreize.

S106-3
Veränderungen von motorisch-kognitiven Exergame-Leistungen im Verlauf eines aufgabenspezifischen Trainingsprogramms bei Menschen mit Demenz

C. Werner, S. Wiloth[1], N. C. Lemke[2], R. Rosner[3], J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Netzwerk AlternsfoRschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [3]Radiologie, Theresienkrankenhaus Mannheim, Mannheim, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Erste Studien zeigen, dass computergestützte Bewegungsspiele („Exergames") positive Effekte auf motorische, kognitive und psychologische Eigenschaften von älteren Menschen mit und ohne kognitiver Beeinträchtigung bzw. Demenz haben können. Unklar ist jedoch, welcher Trainingsumfang hierfür nötig ist. Ziel dieser Studie war es, Veränderungen in der motorisch-kognitiven Spielleistung über den Verlauf eines Exergame-basierten Trainingsprogramms bei Menschen mit Demenz zu untersuchen.
Material und Methoden: An der Studie nahmen 56 ältere Menschen mit beginnender bis mittelgradiger Demenz teil (Alter = 82,7 ± 6,2 Jahre, Mini-Mental State Examination = 22,2 ± 2,8 Punkte). Die Teilnehmer besuchten ein 10-wöchiges, aufgabenspezifisches Trainingsprogramm (2-mal/Wo-

che à 10 min) an einem interaktiven, Exergame-basierten Balance-Trainingsgerät (Physiomat®), welches Gleichgewichtsaufgaben mit komplexen kognitiven Aufgaben etablierter neuropsychologischer Tests kombiniert (modifizierter Zahlen-Verbindungs-Test). Die motorisch-kognitive Spielleistung am Physiomat® wurde zu Beginn der Studie (T1), in den Trainingseinheiten 7 (TE7) und 14 (TE14) sowie am Ende der Studie nach 20 Trainingseinheiten (T2) anhand der Zeitdauern erfasst, die für das Lösen von jeweils unterschiedlich komplexen Physiomat®-Aufgaben (PA) benötigt wurden.
Ergebnisse: Signifikante moderate bis sehr große Effekte sind für alle PA bereits nach der ersten Trainingsphase (T1–TE7) zu beobachten ($p \leq 0{,}001$–$0{,}003$; Effektstärken: r = 0,38–0,52, Cohens d = 0,85–1,45). Für die meisten PA zeigen sich zwischen TE7 und TE14 sowie TE14 und T2 keine signifikanten Verbesserungen. Von TE7 zu T2 verbessert sich die Spielleistung in allen PA signifikant, mit moderaten bis großen Effektstärken ($p \leq 0{,}001$–$0{,}036$; r = 0,34–0,39; Cohens d = 0,53–1,34).
Schlussfolgerung: Bereits durch ein überraschend kurz andauerndes, aufgabenspezifisches Training können signifikante Verbesserungen in sehr komplexen motorisch-kognitiven Exergame-Aufgaben bei Menschen mit Demenz erreicht werden. Mit zunehmendem Leistungsniveau sind weitere Verbesserungen durch höhere Trainingsumfänge möglich.

S106-4
Validity and Rasch analysis of the de Morton Mobility Index in older hospital patients with dementia, delirium or other cognitive impairments

T. Braun, C. Grüneberg, C. Thiel, R.-J. Schulz[1]
Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum; [1]Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Cologne, Germany

Background: The de Morton Mobility Index (DEMMI) is an established measure of older people's mobility that is promising for use in older patients with cognitive impairment. The aim of this study was to examine the DEMMI psychometric properties in older patients with dementia, delirium or other cognitive impairments.
Material and methods: This cross-sectional study (trial registration: DRKS00005591) was performed in a geriatric hospital. We included older acute medical patients with cognitive impairment indicated by a Mini Mental State Examination (MMSE) score ≤24 points. A Rasch analysis was performed to check the DEMMI's unidimensionality, internal structure, internal consistency reliability and item bias. Construct validity was assessed by testing 13 hypotheses about expected correlations between the DEMMI and outcome measures of similar or related constructs, and about expected differences of DEMMI scores between groups differing in mobility-related characteristics. DEMMI administration times were recorded.
Results: A sample of 153 patients with mild (MMSE 19–24 points; 63%) or moderate (MMSE: 10–18 points; 37%) cognitive impairment participated in this study (age range: 65–99 years; mean MMSE: 19 ± 4, range: 8–24 points; diagnosis of dementia and delirium 40% and 18%, respectively). Rasch analysis indicated unidimensionality with an overall fit to the model ($P = 0.107$). There were no disordered thresholds, indicating that the responses to the items are consistent with the metric estimate of the underlying construct of mobility. There was no differential item functioning by sex, age, hospital ward, depression or cognitive impairment, indicating no item bias by any of these factors. Internal consistency reliability was excellent (Cronbachs alpha = 0.92).
Out of 13 hypotheses on construct validity 11 (85%) were confirmed. The DEMMI showed good feasibility, and no adverse events occurred. The mean administration time of 5min (range: 1–10min) was not influenced by the level of cognitive impairment. In contrast to some other comparator instruments, no floor or ceiling effects were evident for the DEMMI.
Conclusion: Results indicate sufficient validity and unidimensionality of the DEMMI in older hospital patients with cognitive impairment.

S106-5
Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in Deutschland

J. R. Thyrian, J. Monsees, W. Hoffmann[1]
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Greifswald, Deutschland; [1]Versorgungsepidemiologie und Community Health, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland lebten 2013 16,5 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, wovon schätzungsweise 9 % älter als 65 Jahre sind. Sie zeigen häufig schlechtere Gesundheits-Outcomes, aber aus verschiedenen Gründen werden Gesundheits- und Pflegeleistungen kaum genutzt. Für diese Population gibt es keine systematischen Angaben zur Anzahl Demenzerkrankter. Dies hat zur Folge, dass das Gesundheitssystem vor einer Herausforderung steht, dessen Dimension kaum einzuschätzen ist.
Ziel der Arbeit: Die Darstellung der Prävalenz von Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund für Deutschland und die einzelnen Bundesländer.
Material und Methode: Länderspezifische Daten zu Bevölkerung, Demenzerkrankten und altersspezifischen Prävalenzen wurden genutzt, um länderspezifische Prävalenzen für verschiedene Ethnien zu berechnen. Daraus wurde die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz in Deutschland geschätzt und wie diese sich auf die Bundesländer verteilen.
Ergebnisse: Von 1,86 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die 65 Jahre alt oder älter sind, sind schätzungsweise 96.500 Personen (5,2 %) an Demenz erkrankt. Der Großteil entfällt auf Menschen mit polnischem (13.960), italienischem (8920) und türkischem (8840) bzw. europäischem Hintergrund (84.490). Die vermutlich höchsten Erkrankungszahlen zeigen Nordrhein-Westfalen (26.000), Baden-Württemberg (18.080) und Bayern (16.710).
Schlussfolgerung: Unsere Analysen zeigen die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund, separat für ausgewählte Herkunftsländer als auch die deutschen Bundesländer. Dies bildet eine erste Grundlage für eine länderspezifische Handlungssteuerung und die Planung kultursensibler Angebote zur Versorgungsverbesserung der an Demenz erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund.

S106-6
Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung eines Bildungsangebots zu „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause"

A. Gold, C. Römer, A. K. Helbig, D. Arnold
Fachbereich 4, Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Ludwigshafen, Deutschland

Hintergrund: Bedingt durch demografische Veränderungen wird die Zahl der Menschen mit Demenz auch weiterhin ansteigen (DAlzG e. V. 2016). Hierdurch ergibt sich u. a. ein wachsender Bedarf an spezialisierter ambulanter pflegerischer Versorgung durch Pflegefachpersonen. Das Projekt „EhochB: Pflege und Gesundheit" setzt hieran an, ermittelte Bildungsbedarfe dieser Zielgruppe und entwickelte darauf aufbauend den wissenschaftlichen Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause".
Material und Methoden: Im Rahmen einer umfangreichen Bedarfserhebung wurden Pflegefachpersonen und Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste sowie Hausärzte/Hausärztinnen und Pflegestudierende standardisiert befragt. Darüber hinaus wurden Experteninterviews mit Vertretern/Vertreterinnen der drei zuerst genannten Gruppen sowie Angehörigen von Pflegebedürftigen und anderen relevanten Akteuren durchgeführt. Die Daten der quantitativen Studien wurden mittels SPSS, die qualitativen Daten wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse, unterstützt durch MAXQDA, ausgewertet.
Ergebnisse: Die befragten Pflegekräfte äußerten zu 61 % ein sehr großes bis großes Interesse an der Vertiefung von Wissen hinsichtlich der pflege-

risch-medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz. Ähnliche Präferenzen spiegelten sich auch in den Studien unter Pflegedienstleitungen und Pflegestudierenden wider. Die Mehrheit der befragten Hausärzte/Hausärztinnen könnte sich zudem eine Zusammenarbeit mit spezifisch weitergebildeten Pflegefachpersonen vorstellen, bei der diese eigenständige Tätigkeiten im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Betreuung von Menschen mit Demenz übernehmen. Aus den Experteninterviews lassen sich Hinweise zur inhaltlichen Schwerpunktsetzung des Bildungsangebotes ableiten. Der Zertifikatskurs wurde eng orientiert an diesen Ergebnissen entwickelt.
Schlussfolgerung: Der hier vorgestellte wissenschaftliche Zertifikatskurs qualifiziert Pflegefachpersonen für erweiterte Aufgaben in der ambulanten Versorgung von Demenzbetroffenen. Er vermittelt bedarfsorientiertes und spezialisiertes Wissen zu Demenz und Beratung sowie zu Assessment und verstehender Diagnostik. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf familienorientierten Konzepten und Unterstützungs- und Versorgungsangeboten vor Ort.

S107 Freie Vorträge – Gerontopharmakologie

S107-1
Rationale Stressulkusprophylaxe in der Geriatrie

T. Frank, R. Nau

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

Protonenpumpenhemmer gehören zu den am meisten verschriebenen oder frei verkauften Medikamenten in Deutschland. In den letzten Jahren wurden immer mehr Erkenntnisse zu möglichen Folgeschäden einer unkritischen Verwendung bekannt.
Daher obliegt es dem klinisch tätigen Arzt zu prüfen, wer für eine Behandlung infrage kommt. Neben einer Darstellung der aktuellen Literatur zu Behandlungsindikationen, erwünschten und möglichen unerwünschten Wirkungen wird eine Algorithmus dargestellt, wie die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung erleichtert werden kann.
Ziel ist die Durchführung einer rationalen Stressulkusprophylaxe in der Geriatrie.

S107-2
The EURO-FORTA project: consensus validation of the FORTA (Fit fOR The Aged) list in several European countries

F. Pazan, C. Weiß[1], M. Wehling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim, Germany; [1]Institut für medizinische Statistik, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim, Germany

Many studies have revealed that older people are often the victims of inappropriate and unsafe pharmacotherapy. The main reason for this problem is that for most of the drugs there is no evidence regarding efficacy and safety in older people. This problem is worsened by the high prevalence of multimorbidity and therefore polypharmacy in this population. To improve the appropriateness of drug therapy in older people, we have developed a clinical aid called the FORTA list. The FORTA list was initially invented by Wehling and validated and expanded by 20 experts in a Delphi consensus procedure in Germany and Austria. Subsequently, we evaluated FORTA's effectiveness in a pilot clinical trial as well as in a controlled prospective trial. These trials showed that FORTA significantly improves the quality of drug treatment and reduces the occurrence of adverse drug reactions. Based on these results, Delphi consensus validations of country/region-specific FORTA lists were conducted in seven European countries/regions. A total of 47 experts agreed to take part in the project. For each country/region, the overall mean consensus coefficient was higher than 0.9. FORTA lists from six countries/regions plus the German/Austrian FORTA list were collated into the EURO-FORTA list containing 264 items in 26 major indication groups. For nearly 4% of the proposed items the consensus results differed from the original/proposed FORTA class. This study created seven new country/region-specific FORTA lists as well as the EURO-FORTA list. The outcomes of this project are expected to increase the applicability of the FORTA list for international use.

S107-3
Verlängerte Erhaltungstherapie bei venöser Thromboembolie: Überdenken der Standards bei geriatrischen Patienten?

C. Ploenes, M. Meisel[1], H.-P. Thomas[2], T. Engler[3]

Klinik für Angiologie, Schön Klinik Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; [1]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Diakonissenkrankenhaus Dessau gemeinnützige GmbH, Dessau, Deutschland; [2]Geriatrie, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin, Deutschland; [3]Innere Medizin, Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier, Deutschland

Das VTE-Rezidivrisiko ist nach ungetriggerten Primärereignissen, nach stattgehabtem Rezidiv und anderen klinischen Konstellationen erhöht. In diesem Fall ist grundsätzlich eine verlängerte Antikoagulationserhaltungstherapie zu erwägen. Andererseits ist das jährliche Blutungsrisiko unter dieser Behandlung konstant und bei hochbetagten und geriatrischen Patienten offensichtlich deutlich erhöht. Die Studienlage beschreibt in diesem „Real-life"-Setting die Unzuverlässigkeit sämtlicher bisher existierender Blutungsrisiko-Scores, auch derjenigen, die speziell auf eine VTE-Antikoagulationstherapie abgestellt sind. Eine durch plasmatische Gerinnungshemmung ausgelöste intrakranielle Blutung geht mit einer Letalität von 50 % und einer gravierenden Invalidität der Überlebenden einher. Auch eine Major-Blutung anderer Lokalisation ist für geriatrische Patienten in aller Regel ein gravierendes Ereignis mit potenzieller Folgemorbidität. Neben der Evaluation der individuell bestehenden Blutungsrisiken sollte daher die Überlegung treten, welches zu verhinderndes VTE-Ereignis es rechtfertigt, dieses Blutungsrisiko einzugehen, und wie wahrscheinlich es ist, dass dieses Ereignis in diesem individuellen Fall eintritt.

S107-4
Weniger CDI-Infektionen in der Geriatrie mit rationalem Antibiotikaeinsatz

J. Dowideit, A. Krenz-Weinreich[1], K. Hoffmann, H. Geiss[2]

Klinik für Geriatrie, DRK-Krankenhaus Middelburg, Middelburg, Deutschland; [1]Krankenhaushygiene, Sana Kliniken Ostholstein, Eutin, Deutschland; [2]Hygiene und Infektiologie, Sana Kliniken AG, Ismaning, Deutschland

Clostridium-difficile-Infektionen (CDI) stellen durch Antibiotika verursachte Enterokolitiden unterschiedlichen Schweregrades dar und treten bei geriatrischen Patienten in zunehmender Häufigkeit auf.
Bestimmte Antibiotika weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für CDI auf. Hierzu gehören 3.-Generation- und 4.-Generation-Cephalosporine und Chinolone.
Ein entscheidender Schritt zur Reduktion von CDI besteht im rationalen und restriktiven Umgang mit diesen Substanzen.
Von zentraler Bedeutung ist die im Beitrag gezeigte Verbrauchserfassung und -steuerung durch Antibiotic Stewardship (ABS).
Auf diese Weise gelingt es, wie im Beitrag zur Darstellung kommend, einen Rückgang der Häufigkeit von CDI herbeizuführen. Auch kommt es zu einer Abnahme problematischer Ribotypen mit klinisch günstigeren Verläufen, was für geriatrische Patienten von großer Relevanz ist.

S107-5
Polypharmazie bei älteren Schmerzpatienten in der ambulanten Pflege

J. Schneider, A. Budnick[1], A. Wenzel[1], D. Dräger[1], R. Kreutz
Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin, Deutschland; [1]Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Schmerz ist eines der häufigsten Probleme in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Schätzungen zufolge leben ca. 50 % der über 75-Jährigen mit mäßigen bis starken Schmerzen. Eine effiziente Schmerztherapie ist für den behandelnden Arzt eine Herausforderung, da bei älteren Patienten physiologische Veränderungen, Komorbiditäten und Polypharmazie (≥5 Medikamente) zu berücksichtigen sind. Insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, ist der Stand der Forschung unzureichend.
Material und Methoden: In der Querschnittsstudie „Development of a Model for Pain Management in Older Adults ReCeiving Home CarE" (ACHE) werden mittels „Face-to-face"-Interviews vom 01.09.2017 bis 31.08.2018 ältere pflegebedürftige Schmerzpatienten, die in der eigenen Häuslichkeit betreut werden, zu ihrem Schmerz befragt. Das Ziel ist, die ärztliche und pflegerische Gesundheitsversorgung in dieser Studienpopulation zu analysieren. Basierend auf Selbstauskunft und vorliegenden Medikationsplänen werden die Arzneimittel über die IDOM-Software (Instrument zur datenbankgeschützten Online-Erfassung von Medikamentendaten) unter Nutzung der aktuellen Stammdatei des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aufgenommen. Für eine erste Zwischenauswertung aus ACHE werden ärztlich verordnete Medikamente zum regelmäßigen Gebrauch und für den Bedarfsfall sowie nichtärztlich verordnete Selbstmedikation betrachtet.
Ergebnisse: Von 150 (Alter: 65 bis 98 Jahre) der bis April 2018 befragten älteren pflegebedürftigen Schmerzpatienten sind 133 von verschriebener Polypharmazie (88,7 %) betroffen. Im Durchschnitt entfallen auf jeden Pflegebedürftigen 10,6 unterschiedliche Wirkstoffe. Berücksichtigt man zusätzlich nichtärztlich verordnete Selbstmedikationen, erhöht sich die Anzahl dieser Patienten auf 140 (93,3 %). Insgesamt werden 1276 von 1590 erfassten Arzneimitteln (80,3 %) regelmäßig eingenommen.
Schlussfolgerung: Die vorläufigen Studienergebnisse zeigen, dass Polypharmazie bei älteren pflegebedürftigen Schmerzpatienten in der ambulanten Pflege sehr häufig ist. Daher sollten bei der Auswahl der Schmerzmedikation nicht nur die Intensität, Lokalisation und Dauer des Schmerzes, sondern auch Polypharmazie und daraus resultierende mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie Interaktionen bei der Therapie bedacht werden

S107-6
AGITATE: Der Apotheker im akutstationären geriatrischen Behandlungsteam – Einfluss auf Wiedereinweisungen und transsektorale Kommunikation

M. Freitag, O. Krause[1], T. Laurentius, A. Eisert[2], C. Bollheimer[3]
Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Deutschland; [1]Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [2]Apotheke, Universitätsklinikum RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; [3]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Franziskushospital Aachen GmbH, Aachen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Im vorliegenden Projekt wird der Zusatzeffekt eines klinischen Apothekers im Hinblick auf transsektorielle Nachhaltigkeit bezüglich Arzneimitteltherapiesicherheit und -adhärenz untersucht.
Material und Methoden: Die Implementierungsstudie (AGITATE) wird im Vorher-Nachher-Verfahren durchgeführt und endet 12/2019 (clinicaltrials NCT03412903): In der ersten Phase, welche als Kontrolle dient, erhebt der Apotheker ausschließlich die Arzneimittelanamnese. In der zweiten Phase werden zusätzlich eine Adhärenzprüfung und eine literatur-/datenbankgestützte Medikationsanalyse mit 18 Domänen durchgeführt, die in einer interdisziplinären Visite mit dem Stationsarzt diskutiert werden. Eine Beratung der Patienten wird angeboten. Zuletzt werden in einem Konsil im Entlassbrief die Entscheidungsgrundlage für Änderungen, persistierende Wechselwirkungen etc. dargestellt, damit der Hausarzt alle Informationen erhält und begründete Änderungen aus dem Krankenhaus eher übernimmt. Analysiert werden neben den primären Endpunkten – den Krankenhausaufenthalten und „days spent at home" innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung – auch Unterschiede zwischen ärztlicher und pharmazeutischer Arzneimittelanamnese und die transsektorielle Übernahmerate der Medikationsempfehlungen durch den Hausarzt.
Ergebnisse: In die seit 02/2018 laufende Kontrollphase sind bereits 28 Patienten eingeschlossen worden. Die Anamnesen zeigen in 10 Fällen klinisch relevante – definiert durch Bewertung des Arztes und notwendige Änderung der Medikation –, in drei Fällen fraglich relevante Fehler oder fehlende Informationen. Durchschnittlich haben die Patienten 16,8 Tage des ersten Monats zu Hause verbracht ($n = 15$, SD = 12,32), häufig bedingt durch Kurzzeitpflege oder Reha. Gleichzeitig hat es 4 erneute Krankenhauseinweisungen gegeben. In 6 von 17 Fällen sind die Empfehlungen des Krankenhauses vom Hausarzt nicht übernommen worden.
Schlussfolgerung: Ziel von AGITATE ist es u. a., die Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Institutionen zu verbessern. Die ersten Ergebnisse suggerieren, dass an den Schnittstellen bei der Arzneimitteltherapie ein großer Informationsverlust entsteht, der dem Patienten potenziell schaden könnte. Die erste Phase legt die Vergleichsgrundlage für die Implementierungsphase, in der eine intensive Beratung und Betreuung von Patienten und medizinischem Personal durch einen klinischen Apotheker erfolgt. Im Verlauf wird bewertet, ob dies zu einer Verbesserung der Endpunkte führt.

S108 Freie Vorträge – Arbeit und Bildung im Alter

S108-1
Altersstereotype und Intentionen der frühen Berentung im Pflegekontext: die Rolle der Wahrnehmung des Alterungsprozesses

V. Kleissner, G. Jahn
Professur Angewandte Gerontopsychologie, Institut für Psychologie, Technische Universität Chemnitz, Chemnitz, Deutschland

Altersstereotype können sich negativ auf Arbeitskräfte auswirken. Sie können Teamprozesse behindern (Schloegel et al. 2016), zu geringerer Job- und Lebenszufriedenheit (Redman und Snape 2006), oder zum Wunsch der frühen Berentung (Gaillard und Desmette 2010) führen. Um wirksame gegensteuernde Maßnahmen zu ergreifen, ist es daher wichtig, Altersstereotype differenziert zu erfassen und Möglichkeiten zu identifizieren, sie zu beeinflussen und ihren unerwünschten Folgen zu begegnen. Mit dieser Zielsetzung wurden 380 Pflegekräfte eines deutschen Krankenhauses zu ihren Einschätzungen jüngerer und älterer Pflegekräfte sowie zu als bedeutsam vermuteten Einflussfaktoren und Wirkungen befragt. In Übereinstimmung mit der bisherigen Forschung wurden ältere Pflegekräfte als weniger leistungs- und anpassungsfähig und jüngere Pflegekräfte als weniger zuverlässig und warm gesehen. Jüngere und ältere Pflegekräften hielten die gleichen Altersstereotype, wenngleich sie für die eigene Altersgruppe geringer ausgeprägt waren. Neben dem Alter der Befragten waren die Kontaktqualität, die Wahrnehmung des Alterungsprozesses und die Stereotype gegenüber älteren Menschen i. Allg. Prädiktoren für Altersstereotype gegenüber älteren Pflegekräften. Bezogen auf Stereotype gegenüber jüngeren Pflegekräften waren das Alter der Befragten, die Kontakthäufigkeit, die Kontaktqualität und die Wahrnehmung von jüngeren Menschen i. Allg. Prädiktoren. Die Stärke der Prädiktoren unterschied sich geringfügig für einzelne Dimensionen von Altersstereotypen (Kompetenz, Anpassungsfähigkeit, Zuverlässigkeit, Wärme). Dieser Befund legt nahe, dass die

bisherige inkonsistente Befundlage zu Prädiktoren von Altersstereotypen (z. B. Kontakthäufigkeit) womöglich auf nach unterschiedlichen Dimensionen erfassten Altersstereotypen beruht. Die insbesondere im Pflegekontext bedeutsamen Intentionen der frühen Berentung waren lediglich durch Arbeitszufriedenheit und die Wahrnehmung des Alterungsprozesses vorherzusagen. Die Stärkung einer positiven Sicht auf den Alterungsprozess könnte sich folglich positiv auf die Stereotype jüngerer gegenüber älteren Pflegekräften auswirken und dabei gleichzeitig die Intention der frühen Berentung für ältere Pflegekräfte reduzieren.

S108-2
Frauen müssen arbeiten, Männer wollen arbeiten? Zur Erwerbsarbeit trotz Rentenbezug

C. Vogel, H. Engstler, L. Romeu-Gordo
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

Der Anteil von Personen, die im Alter armutsgefährdet sind, ist in den letzten Jahren angestiegen. Ein Trend, der sich voraussichtlich fortsetzen wird, aufgrund der Absenkung des Leistungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung in Kombination mit der Stärkung betrieblicher und privater Altersvorsorge sowie aufgrund von Erwerbsbiografien zukünftiger RentnerInnen, die diskontinuierlicher und prekärer verlaufen als die früher Geborener. Gleichzeitig ist der Anteil von Personen, die erwerbstätig sind, obwohl sie bereits eine Rente beziehen, von 5,1 % im Jahr 1996 auf 11,6 % 2014 angestiegen, wie sich mit dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) belegen lässt. Diese beiden Prozesse befruchten die Diskussion darüber, ob Renten- und Pensionsbeziehende etwa deshalb einer Erwerbstätigkeit nachgehen, weil sie arbeiten wollen, oder ob sie dies tun, weil sie aus finanziellen Gründen arbeiten müssen. Darüber hinaus gehen wir der Frage nach, ob sich die Gründe für eine Erwerbstätigkeit trotz Rentenbezug zwischen Frauen und Männern unterscheiden. Dies könnte der Fall sein, weil sich die Erwerbsbiografien der heute im Rentenalter befindlichen Frauen substanziell von denjenigen der Männer unterscheiden. Die Erwerbsbiografien der Rentnerinnen sind z. B. charakterisiert durch deutlich häufigere und auch längere Erwerbsunterbrechungen sowie durch geringere Erwerbseinkommen über den gesamten Erwerbsverlauf hinweg. Im Alter resultiert daraus für Frauen häufiger als für Männer eine prekäre finanzielle Lage, und zwar insbesondere für alleinlebende Frauen. Die Armutsgefährdungsquoten von Frauen ab 65 Jahren liegen regelmäßig über denjenigen für Männer ab 65 Jahren, für 2016 laut Statistischem Bundesamt z. B. bei 16,4 % zu 12,7 %. In unserem Beitrag untersuchen wir geschlechtervergleichend auf Basis der Daten des DEAS, welche Gründe ausschlaggebend sind für die Erwerbstätigkeit trotz Rentenbezugs unter besonderer Berücksichtigung von prekären Einkommenslagen im Alter. Es lässt sich zeigen, dass finanzielle Gründe bei Frauen in der Tat eine größere Rolle spielen für die Erwerbstätigkeit trotz Rentenbezug als bei Männern. Zugleich erzielen Rentnerinnen mit ihrer Erwerbstätigkeit deutlich weniger Einkommen als erwerbstätige Rentner. Das im Ruhestand überwiegend in geringfügiger Beschäftigung oder Teilzeit erzielte Einkommen der Frauen reicht meist nicht aus, um prekäre Einkommenslagen substanziell zu verbessern.

S108-3
Lebensalter und Präferenzen bei Kinofilmen – eine Studie zu Filmerleben und Filmvorlieben in Kinos in Abhängigkeit vom Lebensalter

G. Weigl
Hartenstein, Deutschland

Die Studie behandelt die Fragestellung, inwieweit und in welcher Art sich Filmpräferenzen bei Kinofilmen mit dem Lebensalter verändern. Es werden drei Dimensionen zum Aufbau und zur Handlung von Kinofilmen untersucht. Die erste Dimension bezieht sich auf positive Emotionen wie Glück und Liebe, die in Filmen gezeigt werden, und auf filmische Inhalte, die Wissen und Information vermitteln. Die zweite befasst sich gegenteilig mit Gewaltszenen und Szenen, die negative Emotionen wie Trauer, Angst und Sorge abbilden. Die dritte Dimension betrachtet die Komplexität eines Films, in Bezug auf die Schwierigkeit und Vielschichtigkeit der Handlung und medientechnischer Elemente. Für jede der Dimensionen ist eine Hypothese formuliert. Für die Hypothesenbildung sind Aussagen verschiedener gerontologischer Theorien und Altersveränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zugrunde gelegt, die in einen Fragebogen mündeten. Die Hypothesenprüfung erfolgt mit 24 Items, die Einstellungen zu Aussagen zu Filmaufbau und Filmhandlung erfragten. Die Befragung wurde als Online-Umfrage und zur Erreichung älterer Personen im „Paper-pencil"-Verfahren in regionalen Seniorenkreisen durchgeführt. Insgesamt konnten in die Auswertung Antworten von 163 Personen von 19 bis 89 Lebensjahren einfließen. Es zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Altersgruppen und den drei untersuchten Dimensionen. Ältere Menschen legen demnach beim Kinoprogramm Wert auf Bildung, lehnen Gewalt in Filmen mehr ab als jüngere Menschen und bevorzugen Filme mit einer weniger komplizierten Handlung. Beim Kinobesuchsverhalten und Spielfilmkonsum bestehen ebenfalls Altersunterschiede. Altersjahrgänge ab 60 Jahren unterscheiden sich zudem von mittleren Jahrgängen. Ein Ziel dieser Studie ist es, einen Beitrag dazu zu leisten, zukünftig ein gezieltes Kinoangebot für ältere Menschen zu etablieren. Kinos könnten so zu einem Ort der sozialen Teilhabe für ältere Menschen mit und ohne Assistenzbedarf werden. Ins Rentenalter nachrückende Generationen sind geburtenstarke Jahrgänge und sind gleichzeitig von Kindheit an mit dem Kino als Erlebnisort vertraut. Ein seniorengerechtes Kinoangebot könnte eine Antwort auf diese demografische Entwicklung sein. Die Studie begleitete u. a. das Pilotprojekt „Silberfilm" der lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in Nürnberg und im Nürnberger Land. Die enge Zusammenarbeit mit dem Projektträger ermöglicht einen direkten Praxistransfer der Studienergebnisse.

S108-4
Der Dialog zwischen Jung und Alt als Bildungs- und Forschungsinstrument in der intergenerationellen Hochschullehre

S. Ehret
Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Eine alte Methode aus der Antike wird wiederentdeckt: der Dialog. Seine Vielfalt zeigt sich immer deutlicher: Prävention gegen geistigen Abbau, Entwicklung des Geistes im Alter, Effekte auf die Entwicklung junger Menschen und das Entdecken universeller Aspekte, die in der Weltgesellschaft ruhen. Allzu häufig wird das hohe Alter, das mit etwa 85 Jahren beginnt, im Defizitmodus betrachtet, der v. a. mit mehrdimensionalen Verlusten und anregungsarmen Umwelten in Verbindung steht. Im intergenerationellen Studieren mit hochbetagten Menschen gestalten sich Gespräche zwischen Jung und Alt ausnahmslos schöpferisch-produktiv. Die tontranskribierten Gespräche zwischen Schülern und Studenten von 14 bis 30 Jahren und alten Menschen von 82 bis 98 Jahren zeigen uns auf, welche kreativen Potenziale aus der sprachlichen Verbindung von Jung und Alt entstehen. Die Ergänzungsbedürftigkeit dieser Lebensalter führt in der Regel sehr schnell zu gegenseitigem Verstehen, Spiegelung und Erschließen der Daseinsthemen des anderen. Die Sprache der Alten ist dabei häufig performativ oder weltkonstitutiv. Durch die strukturelle Symmetrie, die den Jung-Alt-Kontakten zugrunde liegt, kommt es in den Dialogen zu beschleunigten Entwicklungsprozessen der Vernunft, die sich sprachlich abbilden lassen. Im Zentrum neuer Auswertungen stehen intergenerative Narrative sowie der im Gespräch entstehende Dialog in seiner Morphologie. Darin enthaltene Imperative wie „Geht hin zu Euren Omas und fragt sie" – „Gebt niemals auf" – „Bemüht Euch, Euren Grips anzustrengen" – „Ihr seid klug und alt genug, Euch mit der Politik zu beschäftigen, nicht so, das geht mich nichts an" und ihre Deutungsmuster sind direkt anschlussfähig an aktuelle Diskurse. In der dialogischen Sequenz wird das Universelle beim alten Menschen im Dialog mit den eigenen Daseinsthemen verbunden, aus denen dann spezifische rhetorische Stile entstehen. Der Studie liegt eine hohe ökologische Validität zugrunde. Erste Ergebnisse aus der qualitati-

ven Analyse von 80 Gesprächen und Dialogen werden präsentiert. Es stellt sich schließlich die Frage, ob Merkmale des Dialogs und die Erzeugung von Wortbedeutung sich aus anthropologischer Sicht unterscheiden, wenn sehr alte Menschen und Kinder oder Jugendliche in eine solche Konversation eintreten, und wenn man gleichzeitig annimmt, dass Kindheit, Erwachsenenalter und Alter kategorial unterschiedliche Lebensphasen sind, die sich auch in Sprache und Denken niederschlagen.

S108-5
Selbstverantwortliches Lernen nichttraditionell Studierender im Rahmen von wissenschaftlichen Weiterbildungsangeboten im Bereich Gesundheit und Pflege

A. Eiben, M. Hasseler[1]

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg, Deutschland; [1]Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von älteren Menschen (mit Beeinträchtigungen) kommt es zu einer Verdichtung der Aufgaben. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher die Förderung der hochschulischen Ausbildung für Beschäftigte in diesen Bereichen. Klassische hochschulische Bildungsformate werden diesem Personenkreis, der durch hohe Arbeitsbelastung und familiäre Verantwortung gekennzeichnet ist, kaum gerecht. Im Rahmen des vom BMBF geförderten Verbundprojekts „PUG II – Aufbau berufsbegleitender Studiengänge in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften", Teilvorhaben „Bachelor Upgrade Angewandte Pflegewissenschaften" werden wissenschaftliche Weiterbildungsprogramme innerhalb der Handlungsfelder Gerontologie und Pflege sowie gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen im „Blended-learning"-Konzept entwickelt. Insbesondere nichttraditionell Studierende sollen mit diesem Angebot angesprochen werden. Dieser Beitrag widmet sich der Frage: Welche curricularen Konzepte fördern das selbstverantwortliche Lernen von nichttraditionell Studierenden?
Material und Methoden: Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden Ergebnisse der Modulevaluationen vorgestellt: In der ersten Förderphase (2015–2018) wurden sechs Erprobungsmodule quantitativ evaluiert ($n = 32$); innerhalb der 2. Förderphase (2018–2020) erfolgt die Evaluation weiterer sieben Module mithilfe eines Methodenmix.
Ergebnisse: Die ersten Ergebnisse zeigen unterschiedliche Herausforderungen für den Einsatz neuer Bildungstechnologien. Insgesamt wurde das Vorgehen im „blended learning" als dem Lernprozess förderlich gewertet. Die geringen Präsenzanteile sind für die Teilnehmenden ungewohnt, werden im Hinblick auf die berufliche Vereinbarkeit als wichtig gewertet. Die nichttraditionell Studierenden orientierten sich lernbiografisch an bekannten Lernstrategien und Prüfungsformen. Oftmals liegen Lernprozesse lange zurück, sodass Strategien des selbstständigen Lernens u. U. ganz neu angeeignet werden müssen.
Schlussfolgerung: Die bisherigen Ergebnisse weisen für das Potenzial des „Blended-learning"-Konzepts für nichttraditionell Studierende positive Ergebnisse auf. Gerade für die hohe Eigenverantwortung im Lernprozess sollten Studierende Unterstützung erfahren.

S109 Das EXTEND-Projekt: wachsende soziale Ungleichheiten in der späten Erwerbsphase, beim Rentenübergang und in der Rentenphase

M. Heß, G. Naegele

Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Als Reaktion auf die demografische Alterung und den damit eingehenden Bedenken bezüglich der langfristigen finanziellen Stabilität der Sozialversicherungssysteme fand in vielen europäischen Ländern ein Wandel von einer Politik der Frühverrentung zu einer des längeren Arbeitens statt. Begleitet wird der politische Wandel von veränderten Einstellungen und Verhalten von Arbeitgebern gegenüber älteren Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen. Wurden diese lange als eher teuer und unproduktiv wahrgenommen, werden sie zunehmend als Pool für erfahrene und verlässliche Arbeitskräfte angesehen, die helfen können, die Lücken des Fachkräftemangels zu schließen. Sowohl auf der nationalen als auch auf der betrieblichen Ebene gibt es daher Bemühungen, den Renteneintritt hinauszuschieben und das Arbeitsleben zu verlängern. In vielen Ländern Europas werden gesetzliche Renteneintrittsalter angehoben und Frühverrentungsmöglichkeiten abgeschafft. Unternehmen führen alter(n)s- und lebenslauforientierte Personalmaßnahmen ein und ermöglichen flexible Rentenübergänge. Diese Anstrengungen waren erfolgreich, und die Renteneintrittsalter und Beschäftigungsraten älterer ArbeitnehmerInnen steigen in Europa. Allerdings gibt es vermehrte Warnungen, dass nicht alle Älteren gleichermaßen von den Reformen profitieren und es zu neuer sozialer Ungleichheit in der Phase des Rentenübergangs kommt. Das Ziel des Projekts EXTEND ist es, diese potenziellen Ungleichheiten zu untersuchen. Im Symposium sollen die Arbeit und Ergebnisse präsentiert werden. Im ersten Vortrag „Das EXTEND-Projekt: Überblick" von Gerhard Naegele wird ein Überblick über das Projekt gegeben, und die grundlegende Idee, Fragestellung und Leithypothese wird dargestellt. Im Fokus des zweiten Vortrags von Philipp Stiemke und Moritz Heß stehen die Veränderungen auf der institutionellen Ebene und die Arbeitsmarkt- und Rentenreformen, welche auf eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit abzielen. Auf der betrieblichen Ebene untersucht Mariann Rigó, wie sich alter(n)sfreundliche Personalmaßnamen auf wirtschaftliche Kennzahlen von Unternehmen auswirken, und Jana Mäcken präsentiert Ergebnisse ihrer Promotion zum Einfluss von berufsbedingtem Stress bei älteren Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen auf die Gesundheit und das Renteneintrittsalter.

S109-1
Das EXTEND-Projekt: Überblick

G. Naegele

Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Soziale Ungleichheiten im Alter galten lange Zeit als „verschollene" Themen der sozialen Gerontologie, obwohl in der Realität immer präsent. Mit den politischen Reformen zur Bewältigung der zumeist demografischen Herausforderungen, mit denen die sozialen Sicherungssysteme und der Arbeitsmarkt nicht nur in Deutschland konfrontiert sind und die allesamt auf die Überwindung der bis dahin weit verbreiteten Frühverrentungspraxis und/oder die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung Älterer hinauslaufen (in Deutschland z. B. „Rente mit 67"), haben sich neue soziale Ungleichheiten ergeben bzw. bereits bestehende aktualisiert. EXTEND (Acronym für Extending working Lives) untersucht dies am Beispiel der Übergänge in die Rentenphase und für die Zeit unmittelbar danach. Das Projekt ist gefördert im ersten Call der EU-Joint-Programme Initiative More Years Better Life und wird in Dänemark, Deutschland, Finnland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich unter der wissenschaftlichen Gesamtleitung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Dortmund, durchgeführt. Der Vortrag gibt einen Überblick über seine sozialpolitische und sozialgerontologische Verortung im deutschen und im EU-Kontext sowie einen Einblick in die insgesamt 8 Arbeitspakte, einschließlich der wichtigsten projektspezifischen theoretischen Grundannahmen (CAD, Institutionalismus, Lebenslage-Konzept) und der jeweiligen methodischen Zugänge (u. a. Sekundäranalysen, Fallstudien, Einzel- und Fokusgruppen-Interviews, Dokumentenanalysen). EXTEND ist lösungsorientiert („solution driven") und hat vier Schwerpunkte: (1) Analyse der praktizierten und geplanten Rentenpolitiken mit dem Ziel, Lebensarbeitszeit zu verlängern, (2) Rolle des Gesundheitszustandes vor und nach der Verrentung, (3) Betriebe als Akteure im Verrentungsgeschehen und als Mediator von sozialen Ungleichheiten (am Beispiel des Pflegesektors) sowie (4) „good practices" und „cost benefit analysis" von sozialpolitischen Maßnahmen zur Vermeidung/Überwin-

dung sozialer Ungleichheiten. Die Kernhypothese von EXTEND lautet: „*The measures to achieve extension of working lives will exacerbate social inequalities that have existed during the life-course and will lead to increasingly greater inequality*."

S109-2
Von Frühverrentung zum längeren Arbeiten: Reformen und Beschäftigung älterer ArbeitnehmerInnen in Europa

P. Stiemke, M. Heß, G. Naegele

Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

In den letzten Jahren fand in Europa ein grundlegender Wandel von einer Politik der Frühverrentung zu einer des längeren Arbeitens statt. Ziel ist es, ältere ArbeitnehmerInnen länger im Erwerbsleben zu halten und so die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Rentenversicherungen zu garantieren. So wurden gesetzliche Renteneintrittsalter erhöht, Frühverrentungspfade geschlossen und private Altersvorsorge gestärkt. Es scheint, als zeigten die Reformen Wirkung, da tatsächliche Renteneintrittsalter und Beschäftigungsquoten ältere ArbeitnehmerInnen in Europa steigen, wenn auch mit großen Unterschieden zwischen den Ländern.
Im Beitrag wird untersucht, wie sich dieser Anstieg des tatsächlichen Renteneintrittsalters und Beschäftigungsquoten älterer ArbeitnehmerInnen sowohl zwischen den Ländern als auch zwischen Gruppen von älteren Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen unterscheiden.
Hierfür werden in einem ersten Schritt exemplarisch für die fünf Länder Großbritannien, Niederlande, Finnland, Dänemark und Deutschland, die als „Early-mover"-Länder angesehen werden können, die Renten- und Arbeitsmarktreformen dargestellt. Weiterhin werden die Beschäftigungsquoten Älterer, basierend auf Daten des Labour Force Survey, differenziert dargestellt. Erste Ergebnisse zeigen, dass der Anstieg der Beschäftigungsquoten am stärksten bei Personen mit mittlerer Bildung ist, wobei die Quote insgesamt bei Älteren mit hoher Bildung am höchsten ist, was darauf schließen lässt, dass nicht alle älteren ArbeitnehmerInnen gleichermaßen von dem Politikwechsel profitieren bzw. die nötigen Voraussetzungen für einen längeren Verbleib im Erwerb haben. Diese Unterschiede werden nun in einem dritten Analyseschritt für Deutschland, wo der Anstieg der Beschäftigungsquoten am steilsten war, mit Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) genauer untersucht. Hierfür wird mit linearen Regressionen der Einfluss von Qualifikationsniveau, Geschlecht und weiteren Faktoren auf das Renteneintrittsalter für zwei Renteneintrittskohorten (2004–2009) und (2010–2014) untersucht. Dabei zeigt sich auch beim Renteneintrittsalter eine Individualisierung des Rentenübergangs.

S109-3
Finanzielle Bewertung spezifischer HR-Maßnahmen durch das Deutsche Betriebspanel

M. Rigó

Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

In jüngster Zeit wurde in vielen europäischen Ländern ein Politikwechsel von der Frühverrentung zum späteren Renteneintritt eingeleitet. Obwohl offizielle Regelungen ein wirksames Instrument sind, um ArbeitnehmerInnen länger im Beruf zu halten, können sie zu wachsenden sozialen Ungleichheiten führen und gering qualifizierte ArbeitnehmerInnen besonders benachteiligen. Längeres Arbeiten in einem angemessenen Arbeitsumfeld würde nicht nur den Sozialversicherungssystemen zugutekommen, sondern auch den einzelnen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, die in der Lage und bereit sind, in bezahlter Arbeit zu bleiben. Daher sind die Entwicklung von Strategien, die darauf abzielen, ein angemessenes und unterstützendes Arbeitsumfeld für ArbeitnehmerInnen zu gewährleisten, und die Analyse dieser Strategien sowohl aus mikroökonomischer als auch aus makroökonomischer Sicht von großer Bedeutung. Die Untersuchung beleuchtet verschiedene HR-Strategien auf organisatorischer Ebene, die darauf abzielen, das Arbeitsleben der MitarbeiterInnen zu verlängern. Im Einzelnen werden die finanziellen Auswirkungen von Maßnahmen zum Altersmanagement, Gesundheitsmanagement und Work-Life-Balance-Management auf die Unternehmen analysiert. Zur Durchführung der Analyse werden Daten des Deutschen Betriebspanels mit jährlich rund 15.000 Betrieben verwendet. Die finanzielle Leistungsfähigkeit der Unternehmen wird anhand ihrer Arbeitsproduktivität (Umsatz/Beschäftigung) und einer fünfstufigen Rentabilitätskennzahl bewertet. Die verschiedenen Regressionsspezifikationen beinhalten Kontrollen für detaillierte Branchen, Betriebsgröße und Tarifstatus. Die Querschnitt- und Korrelationsanalysen deuten darauf hin, dass Unternehmen, die mindestens eine Art von spezifischen HR-Maßnahmen eingeführt haben, im Durchschnitt produktiver und profitabler sind. Die Panelschätzungen finden geringere Auswirkungen und deuten auf keine oder nur geringe positive Auswirkungen auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Unternehmen hin. Die Ergebnisse im Gesundheitssektor sind qualitativ ähnlich und implizieren etwas geringere Auswirkungen auf die Produktivität und größere Auswirkungen auf die Rentabilität.

S109-4
Berufsbedingter Stress bei älteren Arbeitnehmern. Auswirkungen auf die Gesundheit und das Renteneintrittsalter

J. Mäcken

Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Politische Entscheidungsträger in alternden Gesellschaften zielen durch das Heraufsetzten des Renteneintrittsalters auf eine Verlängerung des Arbeitslebens. Ungeachtet der Bemühungen gehen viele Beschäftigte vorzeitig in den Ruhestand. Vorangegangene Forschung hat gezeigt, dass der Hauptgrund für den vorzeitigen Ruhestand ein schlechter Gesundheitszustand ist. Die Gesundheit wird wiederrum vom Arbeitsumfeld beeinflusst, in der ein Großteil der Menschen einen vergleichsweise hohen Anteil der Lebenszeit verbringt. Auch die Zunahme der Prävalenz von psychischen Erkrankungen zeigt, dass Arbeitsbelastungen zu einem immer größeren Risiko für Gesundheit und Frühverrentung geworden sind.
Ziel der Arbeit: Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen berufsbedingtem Stress und dem Renteneintrittsalter. Des Weiteren wird analysiert, ob Gesundheit den Zusammenhang mediiert.
Material und Methoden: Die deutsche Teilstichprobe des longitudinalen Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) wurde mit Registerdaten der deutschen Rentenversicherung verknüpft. Die Stichprobe besteht aus 304 Individuen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren zu Befragungsbeginn zwischen 2004 und 2015. Die Daten beinhalten Informationen über den selbstberichteten Gesundheitszustand (SRH), berufsbedingten Stress, gemessen Anhand des Anforderungs-Kontroll-Modells und des Modells beruflicher Gratifikationskrisen. Es wurden „Multigroup"-Strukturgleichungsmodelle verwendet, um direkte sowie indirekte Effekte von berufsbedingtem Stress auf das Renteneintrittsalter über die Gesundheit zu ermitteln. Berufsbedingter Stress ist dabei der Gesundheit und dem Renteneintritt zeitlich vorgelagert.
Ergebnisse: Berufsbedingter Stress hat keinen Effekt auf den SRH. Nur eine Dimension von berufsbedingtem Stress, das Anforderungs-Kontroll-Modell und ein schlechter Gesundheitszustand führen zu einem niedrigeren Renteneintrittsalter. In diesem Zusammenhang fungiert SRH nicht als Mediator.
Schlussfolgerung: Die Verbesserung der psychosozialen Arbeitsbedingungen kann dazu beitragen, Frühverrentung über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer hinaus zu reduzieren. Eine geringere Arbeitsbelastung kann das Arbeitsleben potenziell verlängern, da es einen direkten Beitrag zur Erklärung des niedrigen Renteneintrittsalters leistet.

S110 Freie Vorträge – Mobilität/Sturz

S110-1

Wer profitiert nach Teilnahme am Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter" hinsichtlich einer Kompression von Morbidität? Ergebnisse der LUCAS-Kohortenstudie im 13,8-Jahres-Langzeitverlauf

U. Dapp, C. E. Minder[1], L. Neumann, S. Golgert, B. Klugmann, W. von Renteln-Kruse

Medizinisch-Geriatrische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg, Deutschland; [1]Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die WHO definiert gesundes Altern als Entwicklung und Erhalt funktionaler Kompetenz. Eine ungünstige Form des Alterns wird mit Frailty beschrieben, einem sukzessiven Abbau von Funktionen. Dieser Frailty-Prozess ist positiv beeinflussbar. Bisherige Interventionen galten meist Personen im Krankenhaus oder Pflegeheim (stationäres Setting). In dieser Arbeit wird der Erhalt funktionaler Kompetenz im kommunalen Setting untersucht.
Material und Methoden: Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter" wurde für selbstständige Menschen ab 60 Jahre und älter und ohne Behinderung von einem interdisziplinär arbeitenden Gesundheitsberater-Team mit geriatrischer Expertise in der ersten Welle der LUCAS-Langzeit-Kohortenstudie angeboten. Lebenszeit und behinderungsfreie Lebenszeit wurden separat für funktional kompetente Personen (viele Reserven) bzw. Personen mit wenigen funktionalen Reserven gemäß LUCAS-Funktions-Index [1] über einen Zeitraum von 13,8 Jahren mittels Kaplan-Meier-Kurven verglichen. Für mögliche Ungleichverteilungen bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, chronische Krankheiten und Funktionsstatus wurde mit multivariaten Cox-Regressionen adjustiert. Dies ermöglicht verlässliche Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Mortalität und Morbidität (Kompression von Morbidität), einschließlich Einflüssen durch Lebensstilinterventionen.
Ergebnisse: Funktional kompetente Teilnehmende lebten signifikant länger ohne Behinderung ($p < 0{,}001$). Zudem war der durchschnittliche Anteil an Lebenszeit mit Behinderung für sie deutlich kleiner als für alle anderen Gruppen (funktional wenig Kompetente und Nichtteilnehmende).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen, dass das multidimensionale Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter" eine wirksame Maßnahme ist, um eine Kompression von Morbidität zu ermöglichen. Das Programm wirkt am stärksten bei funktional kompetenten älteren Menschen, für die es entwickelt wurde, und bestätigte, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen auch geeigneten Zielgruppen angeboten werden müssen. Die Ergebnisse ergänzen die geringe verfügbare Evidenz, altersassoziierten funktionalen Beeinträchtigungen proaktiv zu begegnen, wie im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) gefordert.

Literatur

1. Dapp et al (2014) BMC Geriatrics 14:141

S110-2

Schmerz als wichtigste Determinante der sturzassoziierten Selbstwirksamkeit nach Hüft-/Beckenfraktur in der geriatrischen Rehabilitation

R. Pomiersky, B. Abel, A. Dautel[1], M. Schäufele[2], K. Pfeiffer[1], J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [2]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ein geringes Maß an sturzassoziierter Selbstwirksamkeit (SSWK) kann den Rehabilitationserfolg negativ beeinflussen. Ziel der Studie war die Bestimmung von etablierten (Alter, Geschlecht, Motorik und depressive Symptomatik) und bislang wenig beachteten Determinanten (Schmerz) der SSWK bei Patienten/Patientinnen nach Hüft-/Beckenfraktur in der geriatrischen Rehabilitation.
Material und Methoden: Von 40 geriatrischen Patienten/Patientinnen (82,1 ± 6,7 Jahre) mit Hüft-/Beckenfraktur ohne kognitive Einschränkung (Mini-Mental State Examination: 28,3 ± 1,1) wurden u. a. demografische Daten, SSWK (Short Falls Efficacy Scale International), Motorik (Short Physical Performance Battery), depressive Symptomatik (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) und Schmerz (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, Subskala Schmerz) im Querschnitt erfasst. Nach der univariaten Überprüfung auf lineare Zusammenhänge (Korrelationen nach Pearson und Spearman) zwischen der SSWK und den etablierten Parametern wurden Variablen mit $p < 0{,}100$ in eine erste multiple, lineare Regressionen mit der abhängigen Variablen SSWK eingeschlossen. In einem zweiten Modell wurde die Variablenliste um den Parameter „Schmerz" erweitert. Interpretiert wurden die Parameter anhand der Signifikanzen ($p < 0{,}05$), der standardisierten Regressionskoeffizienten β und der Determinationskoeffizienten R^2 als Maß der Varianzaufklärung.
Ergebnisse: Im ersten Modell zeigten die eingeschlossenen, signifikanten Determinanten Motorik ($\beta = -0{,}310$, $p = 0{,}034$), Alter ($\beta = 0{,}309$, $p = 0{,}032$) und depressive Symptomatik ($\beta = 0{,}358$, $p = 0{,}013$) eine Varianzaufklärung von 39,4 % ($R^2 = 0{,}394$) für die SSWK. Im zweiten Modell erlaubten die Parameter Alter ($\beta = 0{,}317$, $p = 0{,}020$) und Schmerz ($\beta = 0{,}338$, $p = 0{,}022$) eine verbesserte Varianzaufklärung von 48,5 % ($R^2 = 0{,}485$). Die Parameter Motorik ($\beta = -0{,}249$, $p = 0{,}072$) und depressive Symptomatik ($\beta = 0{,}227$, $p = 0{,}111$) leisteten hierfür keinen signifikanten Beitrag.
Schlussfolgerung: Diese Ergebnisse geben erste Hinweise darauf, dass die SSWK, als bedeutender Parameter für den Rehabilitationserfolg in der geriatrischen Rehabilitation, bei vulnerablen PatientInnen nach einer Hüft-/Beckenfraktur maßgeblich durch den Schmerz sowie das Alter beeinflusst wird.

S110-3

Boden-Aufsteh-Training in der Rehabilitation sturzbedingter Hüftfrakturen – Ergebnisse einer klinischen Machbarkeitsstudie

R. Leonhardt, A. S. Mikolaizak, U. Lindemann, C. Becker

Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund: Nach einer sturzbedingten Verletzung kann Sturzangst die Fortschritte in der Rehabilitation bremsen und das Risiko für Folgestürze bei älteren Menschen erhöhen. Die „Backward-chaining"-Methode (BCM) kann Sturzangst reduzieren, wird aber bisher in der Rehabilitation von Hüftfrakturen nur selten eingesetzt.
Ziel der Arbeit: In einer Machbarkeitsstudie sollte die Durchführbarkeit eines Boden-Aufsteh-Trainings (BAT) unter Einsatz der BCM in der Rehabilitation sturzbedingter Hüftfrakturen untersucht werden.
Material und Methoden: Zielgruppe waren Rehapatienten (65+ Jahre), mit einer Hüftfraktur <3 Monate. Zusätzlich zum konventionellen Rehabilitationsprogramm wurde ein 2-wöchiges BAT unter Einsatz der BCM durchgeführt. Die Intervention fand erst im Einzeltherapie-, später im Gruppentherapiesetting statt. Primäre Endpunkte waren die Anwendbarkeit, Adhärenz, Motivation und Akzeptanz. Sekundäre Endpunkte konzentrierten sich auf die Sturzangst, erhoben mittels Falls Efficacy Scale International Short (FES-I Short) und Perceived Ability to Manage Falls (PAMF) sowie auf die Fähigkeit, sicher vom Boden aufzustehen, gemessen anhand eines 12-stufigen Backward Chaining Score (BCS).
Ergebnisse: Von Januar 2018 bis März 2018 konnten mit einer Rekrutierungsrate von 82 % 14 Patienten (11 Frauen) im Alter von 70 bis 97 Jahren eingeschlossen werden. Alle Teilnehmer (TN) beendeten die Intervention im Schnitt mit 2 Einzel- und 4 Gruppentherapien. Die Anwesenheitsrate betrug 95 %. Alle 14 TN konnten in den Analysen ausgewertet werden.

Die Motivation der TN zeigte im Verlauf eine positive Tendenz, gemessen mittels Likert-skalierter Motivationsfragen. Bezüglich Akzeptanz waren 92 % der TN von dem Training als sinnvolle Rehabilitationsmaßnahme für sturzängstliche Patienten überzeugt, 86 % empfanden das Gruppentraining als hilfreich oder etwas hilfreich. Die Sturzangst reduzierte sich signifikant (FES-I Short $p = 0{,}005$, PAMF $p = 0{,}018$). Anhand des BCS verbesserten alle TN ihre Fähigkeiten um mindestens 2 Stufen ($p = 0{,}0001$).
Schlussfolgerung: Ein strukturiertes BAT lässt sich unter Anwendung der BCM in der geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit sturzbedingter Hüftfraktur erfolgreich im Einzel- und Gruppentherapiesetting anwenden und kann damit eine wertvolle Ergänzung in der Rehabilitation sein. Weitere Studien sollten den Langzeiteffekt des BAT, die Umsetzung des Erlernten in den Alltag und die Wirksamkeit bei weiteren Krankheitsbildern prüfen.

S110-4
Steigerung der „Life-space"-Mobilität von älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen nach der Rehabilitation

P. Ullrich, C. Werner, T. Eckert, M. Bongartz, R. Kiss[1], J. M. Bauer, K. Hauer
Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Personal, Gesundheit und Soziales, Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Multimorbide, ältere Personen mit motorischen und kognitiven Einschränkungen sind stark gefährdet, ihre Mobilität und damit Selbstständigkeit zu verlieren. Ziel der Studie war, die Effekte eines zielgruppenspezifischen Heimtrainingsprogramms auf die „Life-space"-Mobilität (LSM) nach stationärer Rehabilitation in dieser Population zu untersuchen.
Material und Methoden: In einer 12-wöchigen, randomisierten, kontrollierten und doppelt verblindeten Interventionsstudie mit 3-monatigem Follow-up nahmen 118 geriatrische Patienten (Alter: 82,3 ± 6,0 Jahre) mit leichten bis mittleren kognitiven (Mini-Mental State Examination: 23,3 ± 2,4 Punkte) und motorischen Einschränkungen (Short Physical Performance Battery: 5,2 ± 2,3 Punkte) nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation teil. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG) absolvierten ein zielgruppenorientiertes Heimtrainingsprogramm zur Verbesserung motorischer Schlüsselqualifikationen und zur Steigerung der körperlichen Aktivität, welches durch einen innovativen motivationalen Ansatz unterstützt wurde. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) führten eine unspezifische Hockergymnastik im häuslichen Umfeld durch. Beide Trainingsgruppen erhielten fünf persönliche Hausbesuche und wöchentliche Telefonanrufe während der Interventionsphase. Die LSM wurde anhand eines neu entwickelten und erfolgreich validierten Fragebogens „Life-Space Assessment in Persons with Cognitive Impairment" (LSA-CI) erhoben.
Ergebnisse: Kovarianzanalysen mit den Eingangswerten als Kovariate zeigten für alle Endpunkte (LSA-CI-Gesamtscore, LSA-CI-Subscores für maximale, unterstützte und unabhängige LSM) signifikante Verbesserungen in der IG gegenüber der KG ($p \leq 0{,}001$–$0{,}023$; eta^2: 0,06–0,20). Diese positiven Trainingseffekte waren teilweise (LSA-CI Gesamtscore, unterstützter LSA-CI-Subscore) auch nach der 3-monatigen Follow-up-Phase ohne unterstütztes Training noch in der IG zu beobachten ($p \leq 0{,}023$–$0{,}026$; eta^2: je 0,06).
Schlussfolgerung: Die Studienergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen der LSM durch ein zielgruppenspezifisches Heimtrainingsprogramm mit hohem Potenzial zur Verbesserung weitergehender Therapieziele wie Autonomie und Lebensqualität bei einer multimorbiden vulnerablen Patientengruppe mit deutlich eingeschränkter LSM.

S110-5
Tablet-basierte Unterstützung der Patienteneinbeziehung in der mobilen Rehabilitation – MoreCare@Home

J. Kiselev, A. Steinert, R. Klebbe, A. Ruß[1], K. Schuhmacher[1], N. Reithinger[1], U. Müller-Werdan
Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Deutsches Forschungszentrum für künstliche Intelligenz, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Die mobile Rehabilitation (MoRe) stellt eine Versorgungsform dar, bei der eine rehabilitative multidisziplinäre Intervention im Wohnumfeld des Patienten erbracht wird. Aufgrund der sich daraus ergebenden Arbeitsweise, der verschiedenen Berufsgruppen in der MoRe sind kurzfristige Abstimmungen mit Patienten jedoch nur schwer realisierbar. Aus diesem Grund wurde im Projekt MORECARE eine Tablet-basierte Plattform zur Kommunikation zwischen Patienten, Therapeuten und der Koordination der MoRe entwickelt. Kernstücke dieser Plattform sind die patientengerechte Informationsbereitstellung sowie die Erleichterung der Partizipation am Rehabilitationsprozess.
Ziel der Arbeit: Die hier präsentierte Studie hatte zum Ziel, die entwickelte Plattform aus Nutzersicht zu evaluieren. Dabei stand die Fragestellung im Vordergrund, inwieweit die Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstmanagementfähigkeit der in der MoRe befindlichen Patienten durch die patientenseitige App-Anwendung gestärkt werden kann. Schließlich wurde insgesamt die Nutzerakzeptanz und -freundlichkeit des Gesamtsystems beurteilt.
Material und Methoden: Für die Evaluation des MoreCare-Systems wurden ab Mai 2018 20 Patienten konsekutiv eingeschlossen und mit dem Gesamtsystem ausgestattet. Alle Patienten wurden für den Gesamtzeitraum der jeweiligen Rehabilitation beobachtet. Die Teilnehmer wurden vor Beginn der Intervention zu ihrer Technikerfahrung, Technikbereitschaft, ihrer Selbstmanagementbefähigung, ihrem Autonomiebedürfnis sowie ihrer aktuellen Lebensqualität mithilfe von standardisierten Fragebogen und teilstrukturierten Interviews befragt. Diese Befragung wurde am Ende der jeweiligen Rehabilitationsphase wiederholt.
Ergebnisse: Während das Gesamtsystem aus Sicht der eingeschlossenen Patienten auf großes Interesse stieß und mit einer hohen Akzeptanz einherging, zeigten sich verschiedene Hürden in der Anwendung einzelner Bestandteile, die in der weiteren Entwicklung Berücksichtigung finden müssen. Im Rahmen der Präsentation werden Einflussfaktoren für die auftretenden Probleme sowie Lösungsmöglichkeiten anhand der durchgeführten Interviews präsentiert.
Schlussfolgerung: Eine Kommunikationsplattform für ältere Patienten in der MoRe kann dazu beitragen, organisatorische Probleme zu verringern und die Patienten stärker in den Versorgungsprozess miteinzubeziehen.

S110-6
Vergleichender Einsatz von Sturzrisikoscreenings und Sturzpräventionsmaßnahmen bei geriatrischen Krankenhauspatienten – eine ökonomische Bewertung

L. Neumann
Medizinisch-Geriatrische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Sturzereignisse älterer Krankenhauspatienten sind unerwünschte Ereignisse mit berichteten Häufigkeiten von 1,3–8,9 Stürzen/1000 Belegtagen. Sie gehen mit verlängerter Verweildauer, Immobilität und Institutionalisierung einher und verursachen zusätzliche Kosten, z. B. berichtet i. H. v. 4233 USD/Pat. Wirksame Sturzpräventionskonzepte beinhalten Sturzrisikoscreenings und multifaktorielle präventive Interventionen. Im BMBF Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter" (Fkz: 01ET0708, 01ET1002A) wurde das LUCAS Sturzrisiko-Screening entwickelt und validiert. Im Unterschied zum verbreiteten STRATIFY Screening beinhaltet es weniger zu bewertende Risikofaktoren bei verbessert abgegrenzter Hochrisikogruppe. Ziel war der gesundheitsökonomische Vergleich des Sturzpräventionskonzepts unter Einsatz des LUCAS

Sturzrisiko-Screenings vs. STRATIFY in einer akutstationären geriatrischen Klinik.
Material und Methoden: Als Quellen dienten zwei Datensätze (DS) mit Patienten ≥65 Jahre: DS I: 2004–2006 (n = 4735) sowie DS II: 2010–2011 (n = 2402). Aus der Krankenhausperspektive wurden eine Kosten-Kosten-Analyse (DS I) und eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (DS I: STRATIFY; DS II: LUCAS) durchgeführt. Sensitivitätsanalysen untersuchten die Robustheit. Die Menge benötigter personeller Ressourcen und Materialien für die Durchführung des Sturzpräventionskonzeptes wurden mithilfe einer Fragebogenerhebung generiert. Outcome war die Rate gestürzter Patienten.
Ergebnisse: Der Vergleich zwischen den Sturzrisiko-Screenings LUCAS und STRATIFY ergab: Kosten-Kosten-Analyse: inkrementelle Kosten −82,23 €/Pat.; Kosten-Effektivitäts-Analyse: inkrementelle Kosten −200,88 €/Pat.; inkrementelles Outcome/Pat. 0,02; ICER −11.973,75 €.
Schlussfolgerung: Die Unterschiede zwischen den Handlungsalternativen STRATIFY und LUCAS erklärten sich durch eine veränderte Sturzrisikostruktur der Patienten und durch verkürzte Krankenhausverweildauern. Die Robustheit der Analysen bestätigte sich (Ausnahme: Minimum-Analyse der Kosten-Kosten-Analyse). Im Klinikalltag ist das LUCAS Sturzrisiko-Screening dem STRATIFY überlegen und trägt zu verbesserter Patientensicherheit bei. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist das LUCAS Sturzrisiko-Screening vorteilhaft, da bei identischer Risikostruktur ein Kostenvorteil generiert werden kann.

S111 Mapping Age – räumliche Anordnungen des Alter(n)s

A. S. Richter, G. Höppner[1]

Diskutant: F. Oswald[2]

Institut für Sozialwesen, Humanwissenschaften, Universität Kassel, Kassel, Deutschland; [1]Institut für Soziologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster, Deutschland; [2]Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Räume des Alter(n)s spielen in der gerontologischen Forschung unter den Vorzeichen des „ageing in place" eine zentrale Rolle. Im Kern dieser Diskussion stand dabei lange die Ermöglichung eines möglichst langen Lebens im eigenen Haushalt und in einer bekannten Umgebung. Vor diesem Hintergrund spielen auch die Digitalisierung und Technisierung von Wohnräumen (z. B. „Ambient-assisted-living"-Technologien) eine wachsende Rolle.
Räume wurden dabei lange als Umweltbedingungen verstanden, die quasi von außen das Wohlbefinden im Alter positiv oder negativ beeinflussen (etwa Wahl und Oswald 2010). Diese Vorstellung stellt das Symposium infrage. Diskutiert werden soll, inwieweit Räume auf vielfältige Weise in die Alltagspraxen älterer Menschen einbezogen, in ihnen reproduziert oder transformiert werden. Aus dieser Perspektive wird eine theoretische Neuausrichtung des analytischen Blicks auf die Räume des Alter(n)s notwendig, die Räume nicht als ein „Außen" des Alter(n)s konzeptualisiert, sondern als dessen konstitutiver Bestandteil. Räume sind dabei immer zugleich dinglich-materielle Anordnungen sowie affektive und psychosoziale Möglichkeitsstrukturen.
Vor dem Hintergrund einer solchen theoretischen Grundlage möchten wir in diesem Symposium den gerontologischen Blick auf die Räume des Älterwerdens erweiterten und fragen: Wie werden Räume in Praktiken älterer Menschen hergestellt, und wie stellen sie ihrerseits Alter(n) her? Wie stabilisieren und modifizieren Anordnungen von Körpern und Artefakten in unterschiedlichen Räumen Vorstellungen von Alter(n), inwieweit entsteht in diesen Anordnungen eine Vielfalt von Alter(n)? Wie werden räumliche Aspekte in die Verhandlung des Alters mit einbezogen? Wie schaffen und bedingen sich Räume und das Alter(n) gegenseitig?
Ziel der Session ist es, praxeologische Alter(n)skonzepte in Bezug auf aktuelle Raum- und Techniktheorien zu spezifizieren, um auf diese Weise ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, wie das Alter(n) durch räumliche Flächen, deren Begrenzungen und Materialitäten hergestellt wird und wie sich räumliche (Neu-)Anordnungen zu Wahrnehmung und Erleben des Älterwerdens verhalten.

S111-1
„Jetzt haben wir nur mehr Beton und Ausländer" – Raumaneignungs- und Distinktionspraktiken in deprivierten Nachbarschaften

A. Wanka

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M., Deutschland

Empirische Studien und theoretische Konzepte aus der ökologischen Gerontologie fokussieren häufig auf die Relevanz von Wohnumwelten und Nachbarschaften für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen. Wenn die Umwelt nicht zu den heterogenen Wünschen und Bedürfnisse der älteren Anwohner „passt", wird sie zum Problem (Wahl und Oswald 2010; Buffel et al. 2013). Doch ältere Menschen sind dabei nicht bloß Opfer ihrer Umwelten, sondern agieren aktiv in und mit diesen, indem sie sich Räume aneignen und/oder sich von ihnen abgrenzen. Dieser Beitrag vergleicht in zwei komparativen Fallstudien ein sozialräumliches privilegiertes und ein sozialräumlich depriviertes Wohngebiet in Wien (Österreich). Basierend auf einem „Mixed-methods"-Forschungsdesign, das episodische Interviews, nichtteilnehmende Beobachtungen, strukturierte Begehungen und quantitative Strukturdaten miteinander kombiniert, geht er der Frage nach: „Wie unterscheiden sich Praktiken der Raumaneignung und sozialräumlichen Distinktion bei älteren Bewohnern/Bewohnerinnen deprivierter und privilegierter Wohngebiete?"
Die Ergebnisse zeigen, dass
- sich Raumaneignung und räumliche Distinktion nicht konterkarieren, sondern teilweise komplementieren,
- deprivierte Wohngebiete nicht notwendigerweise zu sozialräumlichem Rückzug und zur Exklusion führen müssen, und
- sich nicht nur Raumaneignungs- und Distinktionspraktiken in privilegierten und deprivierten Wohnumwelten unterscheiden, sondern sich auch sozialräumlich unterschiedlich strukturierte Altersbilder und darin Formen eines „doing age" i. Allg. finden lassen.

S111-2
„Und wenn wir alle zusammenziehen?" – Übergänge in gemeinschaftliche Mehrgenerationenwohnprojekte

H. Müller

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M., Deutschland

Angesichts des demografischen Wandels und tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen stellt sich die Herausforderung neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund einschlägiger Erkenntnisse aus Umweltpsychologie, Gerontologie und Übergangsforschung gewinnen auch Übergänge ins gemeinschaftliche Wohnen für jüngere und ältere Menschen in Deutschland an Bedeutung. Trotz der gesellschaftlichen Relevanz dieser Entwicklung und der psychologischen Bedeutsamkeit des Wohnumfelds sind Übergänge in gemeinschaftliche Wohnprojekte bisher kaum empirisch untersucht. Daher fokussiert die Studie auf Entscheiden, Erleben und Gestalten des umziehenden Individuums im Wohnübergang. In einer Untersuchung zu zwei Messzeitpunkten mit qualitativen und quantitativen Anteilen werden Einziehende und Nichteinziehende in gemeinschaftliche Wohnprojekte befragt. Hieraus ergeben sich Einblicke in die Bedeutung von Wohnübergängen im Erwachsenenalter sowie Implikationen für die Weiterentwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen.

S111-3
Die Verschränkung von Alter und Raum in kulturellen Bildungsangeboten: über die räumliche Strukturierung von (aktivem) Alter(n) am Schauspielhaus und auf der Alm

V. Gallistl, V. Parisot
Institut für Soziologie, Universität Wien, Wien, Österreich

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Kulturelle Bildung wurde in der gerontologischen Forschung vor dem Hintergrund aktiven Alterns immer wieder in ihrer Wirkung auf die Lebensqualität untersucht. Wird kulturelle Bildung als herzustellende Praxis begriffen, so zeigen sich Materialitäten als konstitutiv für deren Umsetzung. Der vorliegende Beitrag möchte Vorstellungen von Alter(n) nicht als Ergebnis kultureller Bildung verstehen, sondern den Fokus auf Praktiken der Herstellung von Altersbildern in Bildungsangeboten legen: Wie integrieren sich räumliche Elemente in die Praxis kultureller Bildung? Welche Vorstellungen von Alter(n) werden in der Verschränkung von Raum und kultureller Bildung (re-)produziert? Welche Be- und Entgrenzungen entstehen dabei in Hinblick auf aktives Altern?
Material und Methoden: Methodisch baut der Beitrag auf drei qualitativen Fallstudien in kulturellen Bildungsangeboten für ältere Menschen auf. Bei einem Jodelseminar, einem Theater-Workshop und einem Poetry Slam wurden Daten jeweils multiperspektivisch durch teilnehmende Beobachtung und Interviews mit Teilnehmern/Teilnehmerinnen, Kulturvermittlern/Kulturvermittlerinnen und Vertretern/Vertreterinnen der Bildungs- und Kulturorganisationen erhoben und situationsanalytisch ausgewertet.
Ergebnisse: Die Auseinandersetzung mit dem Altern erfolgt in den Angeboten nicht nur in der Kommunikation zwischen Teilnehmern/Teilnehmerinnen und Kulturvermittlern/Kulturvermittlerinnen, sondern schließt die Auseinandersetzung mit Sitz- und Bewegungsordnungen und räumlichen Umgebungen mit ein. Für die Thematisierung von aktivem Altern zeigt sich die Raumaneignung in Kulturinstitutionen als eine wichtige Determinante. Gleichzeitig zeigt sich allerdings auch, dass räumliche Gegebenheiten in den Angeboten von Organisationen, Teilnehmenden und Kulturvermittelnden mit unterschiedlichen Zielsetzungen verhandelt, genutzt und verwertet werden.
Schlussfolgerung: Der Beitrag zeigt, dass räumliche Anordnungen von Angeboten der kulturellen Bildung zu einer spezifischen Wahrnehmung des eigenen Alters beitragen können. Alter(n) wurde im Angebot nicht nur im Zusammenspiel unterschiedlicher menschlicher Akteure/Akteurinnen, sondern auch mit räumlichen Umgebungen und Artefakten, die ins Angebot einbezogen waren, diskutiert. Der Beitrag zeigt damit, wie sich räumliche Umwelten und Verhandlungen des Alter(n)s gegenseitig bedingen, und warum deswegen „aktives Altern" als eine räumliche Kategorie verstanden werden kann.

S111-4
„Ich muss auch mal Luftholen gehen" – Praktiken räumlicher Be- und Entgrenzung in der Pflege dementer Angehöriger

A. Münch
Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Im Hinblick auf die Vielfalt des Alter(n)s zählt die Demenz zu den zentralen Herausforderungen, mit denen sich die Gesellschaft des langen Lebens auseinanderzusetzen hat. Herausfordernd ist dabei nicht nur der Umgang mit der Diagnose Demenz aufseiten der Betroffenen, sondern insbesondere auch deren langjährige Pflege. Die Mehrzahl der an Demenz erkrankten Personen wird dabei von engsten Angehörigen, wie den Lebenspartnern/Lebenspartnerinnen in den eigenen vier Wänden versorgt. Doch was für die Demenzerkrankten in Glücksfall ist, geht für die pflegenden PartnerInnen in der Regel mit erheblichen Belastungen und nicht zuletzt auch räumlichen Einschränkungen einher.
Der Beitrag fokussiert auf die subjektiven Erfahrungsräume pflegender PartnerInnen in der Demenzpflege und fragt nach den subjektiven Konstruktionen unterschiedlicher Räume sowie nach der Bedeutung dieser spezifischen Praktiken der (sozial-)räumlichen Be- und Entgrenzung von Pflege. Dabei bilden qualitative Interviews, die im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Situation älterer pflegender Angehöriger erhoben und in Orientierung an den Prinzipien der Grounded Theory sowie der Situationsanalyse ausgewertet wurden, die empirische Datengrundlage des Beitrags.
Die Ergebnisse zeigen u. a., dass
i) es spezifische Arenen der Demenzpflege gibt,
ii) räumliche Grenzen aufgrund des krisenhaften Verhältnisses von Nähe und Distanz in der informellen Pflege in starkem Maße umkämpft sind,
iii) der Ort des Pflegeheims als potenzielle „Reißleine" fungiert, die die praktischen Grenzen der informellen Pflege jedoch immer weiter verschiebt.

S112 Frailty als geriatrisches Syndrom – zu komplex, um zu überleben?

J. M. Bauer, M. Denkinger[1]
Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Der Begriff Frailty hat in der geriatrischen Literatur seit den 1990er-Jahren eine große und zuletzt exponentielle Steigerung der Aufmerksamkeit erfahren. Inzwischen sind in nahezu jeder operativen und konservativen medizinischen Zeitschrift Artikel zur Risikoabschätzung durch Frailty-Assessments erschienen, und es vergehen keine operativen oder konservativen Kongresse ohne das Schlagwort Frailty.
Ein großes Problem ist die bis dato nichterfolgte Operationalisierung des Begriffs. Mehrere Versuche, eine Konsensusdefinition sind bislang gescheitert. Aktuelle Projekte wie SPRINTT, eine Kooperation zwischen Industrie und Wissenschaft, nehmen einen erneuten Anlauf.
Durch die Popularität des Konzeptes in den Fachgebieten außerhalb der Geriatrie ist inzwischen eine so große Heterogenität der Definition zu verzeichnen, dass ein Vergleich des Konzepts nicht mehr möglich scheint. Damit ist eine wissenschaftliche Fortentwicklung unmöglich geworden. Um auch in Zukunft, innerhalb unseres Faches und nach außen für alle Fachgebiete Frailty von anderen geriatrischen Syndromen abgrenzen zu können, wird in diesem Symposium versucht, Licht ins Dunkel zu bringen.

S112-1
Sarkopenie – das bessere Frailty-Syndrom?

C. Bollheimer
Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Franziskushospital Aachen GmbH, Aachen, Deutschland

Frailty ist ein zentraler Begriff in der geriatrischen Krankheitslehre und bezeichnet als Merkmal biologischer Alterung eine erhöhte Anfälligkeit multipler physiologischer Systeme (Nervensystem, kardiopulmonales System, Nieren, Skelettmuskel, Immunsystem und Endokrinium) gegenüber Stressoren. Frailty führt zu einem schwankenden Funktionsstatus („dependency oscillations") und bedingt ein stark erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.
Zu Frailty existieren zwischenzeitlich etwa 80 verschiedene Operationalisierungen, welche die Komplexität des Begriffes in unterschiedlichen Nuancierungen und nur bedingt abbilden. Am häufigsten wird auf die muskuloskeletal akzentuierten Klassifikationskriterien nach *Fried* zurückgegriffen, die aus der *Cardiovascular Health Study* der 1990er-Jahre empirisch-induktiv als Prädiktor für Sturz, zunehmende Immobilität/abnehmende Funktionalität, Hospitalisierung und Tod erarbeitet wurden.
Der *Fried*-Phänotyp besitzt mit seinen beiden Kriterien der Handkraft und der Gehgeschwindigkeit enge Überschneidungen zum geriatrischen Syndrom der Sarkopenie. Der nosologische Findungsprozess und die definitorische Schärfung laufen für die Sarkopenie konsequenter (vgl. M62.84 nach ICD-10) als für Frailty; auch die praktisch-therapeutische Konse-

quenz (vgl. Immobilität, Sturzneigung) ist für den Sarkopenie-Begriff klarer ersichtlich.

S112-2
Therapie der Frailty oder des geriatrischen Patienten – gibt es einen Unterschied?

D. Dallmeier, M. Denkinger
Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Das Konzept der Frailty hat in den letzten 10 Jahren eine rasante Entwicklung vollzogen und war auf dem Weg zu einem der neuen „Giganten" der Geriatrie werden. Allerdings, sollte nicht jeder geriatrische Patient als gebrechlich angesehen werden? Falls nicht, woran wäre das zu erkennen? Die aktuelle Definition des geriatrischen Patienten stützt sich entweder auf die Kombination einer geriatrietypischen Mehrfacherkrankung und eines hohen Lebensalters (≥70 Jahre) oder auch alleine auf ein Alter ≥80 Jahre. Weder Funktionalität noch Behinderung werden explizit in die Definition einbezogen. So findet man geriatrische Personen ≥80 Lebensjahre, welche weiterhin ein unabhängiges und erfülltes Leben führen. Laut vorhandener Literatur zeigen aber etwa 20 % der älteren Individuen Zeichen der Gebrechlichkeit, indem sie weniger physiologische, aber auch psychosoziale Reserven gegenüber Stressoren besitzen. Während der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität bei geriatrischen Patienten eines der Hauptziele der Behandlung ist, arbeitet man bei gebrechlichen Patienten an der Verbesserung der Funktionalität sowie der Mobilisierung der vorhandenen Reserven, um eine weitere Abnahme der Lebensqualität zu verhindern bzw. eine weitere Verbesserung derselben, u. a. durch die Verringerung der Behinderungen, zu erreichen. Geriatrische Patienten und geriatrisch gebrechliche Patienten haben als ein gemeinsames Merkmal die Multidimensionalität vorhandener Einbußen, welches das Einsetzen eines multidimensionalen Vorgehens in der Behandlung beansprucht. In diesem Rahmen möchten wir auf Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede in der Behandlung geriatrischer und geriatrisch gebrechlicher Patienten hinweisen.

S112-3
Frailty, Funktion, Morbidität – Was benötigen wir zur Therapiesteuerung?

M. Denkinger, D. Dallmeier
Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Frailty wurde in den letzten Jahren mit unterschiedlichsten Assessments bestimmt. Diese beinhalten zumeist funktionelle Parameter („physical frailty") und anschließend, je nach Schwerpunkt der entwickelnden Forschergruppe zusätzliche Elemente wie Gewichtsverlust oder Malnutrition, psychische Erschöpfung, soziale Kontakte, Kognition, Anzahl der Erkrankungen und andere. Neben diesen klassischen Assessments existiert ein sog. Defizit-Modell, welches aus mindestens 30 Parametern berechnet wird und theoretisch eine Zahl zwischen 0 und 1 annehmen kann. Das Defizit-Modell unterscheidet sich von den anderen Indizes allerdings v. a. in der Zahl und der Breite seiner Items. Wie auch die anderen Scores kann das Defizit-Modell aus Funktionsparametern, Kognition, mehreren Erkrankungen und anderen Bereichen bestehen, je nachdem, welche Parameter in der jeweiligen Datenbank verfügbar sind. Es ist damit zwar flexibel anpassbar, beschreibt allerdings jedes Mal andere Funktionen bzw. deren Defizit. Mit der Hinzunahme unterschiedlicher Parameter haben sich das Defizit-Modell und auch die anderen Frailty-Indizes immer weiter hin zu klassischen geriatrischen Risiko-Scores entwickelt.
Aus dem Projekt „Medikation und Lebenssituation im Alter" sind nun Empfehlungen entstanden, welche die körperliche Funktion wieder mehr in den Vordergrund für die Therapiesteuerung stellen. In diesem Vortrag werden dementsprechend Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Frailty-Scores und -Assessments der Funktion, der „disability" oder anderer klassischer Domänen wie der Multimorbidität herausgestellt und der Nutzen für Klinik und Forschung beschrieben.

S112-4
Chancen und Risiken der Weiterentwicklung des Frailty-Assessments in der Geriatrie und in anderen medizinischen Disziplinen

J. M. Bauer
Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Der Frailty-Begriff findet mittlerweile auch in anderen medizinischen Disziplinen als der Geriatrie Beachtung. Große Bedeutung nimmt in diesem Kontext die Risikostratifizierung vor therapeutischen Interventionen wie Operationen, Chemotherapien und invasiven kardiologischen Maßnahmen ein. Häufig erfährt der Frailty-Begriff in diesem Zusammenhang jedoch eine von der in der Geriatrie konsentierten Definition abweichende Interpretation. Insbesondere erfolgt meist keine Abgrenzung gegenüber dem Vorliegen von einer oder mehreren Behinderungen. Als Folge ihrer differenten Ausrichtung identifizieren diese neuen Frailty-Assessments unterschiedliche Patientengruppen als „frail". Sollte innerhalb eines Faches nach erfolgreicher Validierung Konsens bezüglich des Einsatzes eines bestimmten Frailty-Instrumentes für eine spezifische Patientengruppe bestehen, sind keine Einwände gegen die Neueinführung von weiteren Frailty-Assessments zu erheben. Werden jedoch diese Voraussetzungen nicht erfüllt, droht auf diese Weise die bereits bestehende Konfusion zu Diagnose und Wertigkeit der Frailty weiterzuzunehmen. Einer Konsensfindung innerhalb der Geriatrie käme dann eine umso größere Bedeutung zu.

S201 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – interdisziplinäres Graduiertenkolleg Heidelberg

B. Teichmann, A. Franke[1]
Netzwerk Alternsforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Gesundheitswissenschaften/Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

Demenz ist in der stationären Behandlung somatischer Erkrankungen meist nur eine Nebendiagnose oder wird gar nicht erkannt. Fast jeder fünfte Patient über 65 Jahren leidet an Demenz; insgesamt weisen 40 % aller über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Beeinträchtigungen auf [1]. Ziel des interdisziplinären Graduiertenkollegs, in dem 13 Wissenschaftler aus den Bereichen Gerontologie, Psychologie, Physiotherapie, Architektur, Pflegewissenschaft, Epidemiologie und Sportwissenschaft in Deutschland und Griechenland forschen, ist es, zu einer differenzierten Problemanalyse der Versorgung demenzkranker Menschen zu gelangen und mögliche Interventionsstrategien abzuleiten, die sowohl die medizinische und pflegerische Versorgung als auch die Frührehabilitation in den Krankenhäusern optimieren. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kolleg werden im Sinne einer ganzheitlichen Analyse die Rahmenbedingungen zur Erhaltung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz während und nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus ermittelt. Vorgestellt wird, welche Faktoren prioritär untersucht werden, die zum Erhalt von Lebensqualität, kognitiver und physischer Fähigkeiten und einem würdevollen Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus beitragen. Die Auswahl der Interventionen erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen als auch des Krankenhauspersonals sowie unter dem Aspekt deren Nachhaltigkeit.

Literatur

1. Schäufele M, Bickel H (2016) General Hospital Study – GHoST. Hg. v. Robert Bosch Stiftung.

S201-1
Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – interdisziplinäres Graduiertenkolleg Heidelberg – eine Einführung

B. Teichmann, K. Beyreuther, J. M. Bauer[1], A. Kruse[2]

Netzwerk Alternsforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Menschen mit Demenz, deren Angehörige und das Klinikpersonal eine besondere Herausforderung dar. Demenz ist meist nur die Nebendiagnose, wird oft auch gar nicht erkannt. Die Patienten kommen in ihrer gewohnten Umgebung oft noch gut zurecht, auf die fremde Umgebung, Geräusche, Hektik und die veränderte Tagesstruktur reagieren sie jedoch mit Angst und Unruhe. Während des Aufenthalts verschlechtert sich oftmals die physisch-psychische Situation, sodass auf den Klinikaufenthalt häufig der Umzug in ein Pflegeheim folgt. Der Vortrag gibt einen Überblick über Ziele, interdisziplinäre Zusammenarbeit, wissenschaftliche Projekte sowie Vernetzung und Struktur des interdisziplinären Graduiertenkollegs „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus".

Im Mittelpunkt des Kollegs steht die Erforschung innovativer Ansätze für den Umgang mit Demenz im Akutkrankenhaus mit Fokus auf Förderung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz während und nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus. Forschungsschwerpunkte sind optimale räumliche Struktur (Julia Kirch), spezifische Fortbildungen für Mitarbeiter (Julia Schneider und Mara Gkioka), Alterns- und gesundheitsbezogene Sichtweisen in Akutkrankenhäusern (Eva-Luisa Schnabel), Daten zur Hospitalisation von Patienten mit Demenz (Tobias Möllers), Programme zur demenzspezifischen Frührehabilitation im Akutkrankenhaus (Patrick Heldmann) und transsektorale Interventionsprogramme für Demenzkranke (Nacera Belala) zur Prävention des Funktionalitätsverlustes, Versorgung älterer Menschen in der Notaufnahme aus (Anton Schönstein), Computerprogramme zur Erkennung von kognitiven Störungen für dem klinischen Alltag (Stelios Zygouris), welche Problemen sind bei der neuropsychologischen Testung türkischstämmiger Menschen zu bewältigen (Simge Celik), wie sollte ein Delirpräventionsprogramm gestaltet sein, das im klinischen Alltag anwendbar ist (Claudia Eckstein), welche Ausmaße und Formen nehmen freiheitsentziehende Maßnahmen im klinischen Alltag ein (Sebastian Ritzi) und wie verändern sich Selbsteinschätzung und die Haltung zum Leben im Laufe einer Demenzerkrankung (Henrike Voss)?

S201-2
Einflussfaktoren der Krankenhaus-Verweildauer von Menschen mit und ohne Demenz

T. Möllers, L. Perna[1], P. Ihle[2], I. Schubert[2], H. Brenner[1]

Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Abteilung für Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]PMV Forschungsgruppe, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Krankenhausaufenthalte älterer Personen, insbesondere mit Demenz, sind mit hohen Komplikations- und Mortalitätsraten assoziiert. Unerwünschte Ereignisse werden oft durch krankenhausbezogene Faktoren ausgelöst, weshalb die Verweildauer (VWD) im Krankenhaus limitiert sein sollte. Insbesondere die Rolle neuropsychiatrischer Symptome (NPS) bezüglich ihres Einflusses auf die VWD bei Menschen mit Demenz (MmD) und Menschen ohne Demenz (MoD) ist weitestgehend unbekannt.

Ziel der Arbeit: Zunächst sollen die Häufigkeit, Dauer und Indikationen der Krankenhausaufenthalte von MmD und MoD verglichen und anschließend die Einflussfaktoren – insbesondere die Rolle der NPS – auf die VWD von MmD und MoD untersucht werden.

Material und Methoden: Es wurde eine retrospektive dynamische Kohorten-Studie von 2002 bis 2015 auf Basis einer Versicherten-Datenbank der AOK Hessen durchgeführt. MmD wurden auf Grundlage von ICD-10-Kodierungen und diagnostischen Maßnahmen identifiziert. Auf Basis von Alter, Geschlecht und Eintrittsjahr wurden MmD und MoD in der Kohorte gematcht. Im Follow-up wurden die ersten beiden Hospitalisierungen untersucht. Hierbei wurden multivariate Methoden genutzt, um die mit der VWD assoziierten Faktoren zu erfassen.

Ergebnisse: Die Kohorte beinhaltet 7,760 MmD und 23,280 MoD. MmD hatten 1,5-mal mehr Hospitalisierungen und längere VWD (erste VWD: +3,7 Tage; zweiter VWD: +0,8 Tage) als MoD. Halluzinationen, wahnhafte Störungen oder ein akut psychotischer Status waren mit einer längeren VWD bei MmD (erste VWD: +12,4 Tage; zweite VWD: +13,7 Tage) und bei MoD (erste VWD: +20,5 Tage) assoziiert. Ebenso war Delirium mit einer längeren VWD bei MmD (erste VWD: +9,5 Tage; zweite VWD: 4,8 Tage) und MoD (erste VWD: +14,1 Tage; zweite VWD: +14,0 Tage) assoziiert.

Schlussfolgerung: MmD hatten mehr und längere Hospitalisationen im Vergleich zu MoD. Trotz dieser Unterschiede waren die wesentlichen Einflussfaktoren gleich. Die stärksten Assoziationen fanden sich bei während des Aufenthalts diagnostizierten NPS. Die Entwicklung und Evaluation von Präventions- und Interventionsstrategien zur Reduktion von NPS und damit verbundenen längeren Krankenhausaufenthalten sollten Schwerpunkte weiterer Forschung sein.

S201-3
Assessmentstrategien in der Frührehabilitation von vulnerablen, multimorbiden, geriatrischen Patienten im Akutkrankenhaus: ein systematischer Review

P. Heldmann, N. Belala, J. M. Bauer[1], K. Hauer[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Interventionsstudien zur Effektivität von Frührehabilitationsprogrammen für vulnerable, multimorbide, geriatrische Patienten im Akutkrankenhaus ergaben widersprüchliche Ergebnisse. Das Kollektiv weist häufig zusätzliche kognitive Einschränkungen auf und stellt spezifische Herausforderungen an die eingesetzten Assessments. Inkonsistente Ergebnisse lassen sich auf die Auswahl von ungeeigneten Assessmentstrategien zurückführen.

Ziel der Arbeit: Evaluation von Assessmentstrategien aus randomisierten, kontrollierten Studien zur Frührehabilitation von akut-hospitalisierten Patienten nach:

- Passung zur Studienintervention;
- Passung zu den Rehabilitationsphasen mit Analyse psychometrischer Gütekriterien;
- Subanalyse zu Studien von Patienten mit kognitiver Schädigung (PKS).

Material und Methoden: Die Datenbanken *PubMed*, *Cochrane CENTRAL*, *CINAHL* und *PEDro* wurden systematisch durchsucht, und zwei unabhängige Reviewer extrahierten die Daten. Einschlusskriterien: (1) Studiendesign RCT; (2) Durchschnittsalter der Teilnehmer >65 Jahre; (3) Setting Akutkrankenhaus; (4) Intervention Übungstherapie (oder Teil einer komplexen Intervention).

Ergebnisse: Von 41 eingeschlossenen Studien wiesen 14 (34 %) eine adäquate Passung zwischen der Intervention und den Assessments auf. Die Erfassungsinstrumente ($n = 32$) wurden eher isoliert $n = 21$ (66 %) in einzelnen Rehabilitationsphasen als phasenübergreifend von der Frührehabilitation bis hin zur poststationären Phase verwendet, $n = 11$ (34 %). Einige Tests, $n = 6$ (35 %), der körperlichen Leistungsfähigkeit weisen deutliche Bodeneffekte auf, während andere zur Erfassung des Funktionsstatus keine ausreichende Änderungssensitivität zeigen, um Veränderungen in der kurzen Phase der Frührehabilitation zu dokumentieren. PKS wurden in

$n = 24$ (58 %) der Studiensamples eingeschlossen und kollektivspezifische Assessmentstrategien nur marginal berücksichtigt.
Schlussfolgerung: Identifizierte Assessments weisen nur bedingt eine ausreichende Passung zu den Studieninterventionen und unterschiedlichen Rehabilitationsphasen auf. Obwohl PKS die Mehrheit von Patienten in der Frührehabilitation darstellen, sind kollektivspezifische Assessmentstrategien als Bestandteil der Behandlungsstrategien kaum erkennbar.

S201-4
Nonpharmakologische Multikomponenten-Delir-Interventionen 2.0: teambasierte Ansätze für die akut-geriatrische Versorgung

C. Eckstein, H. Burkhardt[1]

NAR – Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Das Delir ist ein oft unentdecktes und folgenschweres Syndrom, das gehäuft bei der vulnerablen, akut-geriatrische Klientel auftritt und deshalb das Spektrum von Delirdetektion, -prävention und -management erfordert. Hierunter haben sich nonpharmakologische Multikomponenteninterventionen als wirksam erwiesen, was vornehmlich durch ausgewählte, niederschwellige und ehrenamtlich erbrachte Präventionskomponenten nachgewiesen wurde. Bezogen auf die Leistungserbringung des Gesamtspektrums, das erwartungsgemäß die Expertise und enge Kooperation von Gesundheitsfachberufen beansprucht, liegen hingegen kaum Befunde vor. Aufgrund dessen wurde die Fragestellung verfolgt, welche teambasierten Interventionen für die definierte Klientel vorliegen.
Material und Methoden: Auf der Basis eines Scoping Review wurden Recherchestrategien, basierend auf vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien generiert sowie eine systematische Datenbanksuche (*Medline*, *PsychInfo*, *Cochrane Library*, *CINAHL*, *Web of Science*) ausgeführt. Das Title-Abstract- und Volltextscreening (3809/77) durch zwei unabhängige Reviewer führte zum Einschluss von 24 Studien. Die narrative Ergebnisdarstellung wurde dem PRISMA-Statement entlehnt; die kritische Würdigung erfolgte mittels des CReDECI-2-Tools und Dimensionen gelingender Teamarbeit.
Ergebnisse: Es adressieren 45,83 % der Interventionsprogramme die Detektion/Prävention, eine Studie das Management, während 50 % das gesamte Spektrum bedienen. Die Anzahl identifizierter Interventionskomponenten variiert von drei bis 18, worunter Mobilisation und Schulung (83,33 %) am meisten repräsentiert sind. Dauer, Häufigkeit sowie Art und Weise der Interventionen sind in unterschiedlichen Qualitäten beschrieben; Prozesse, Verfahren und Verantwortungsbereiche wenig nachvollziehbar abgebildet. Patienten-Outcomes (z. B. Delirprävalenz/-inzidenz) werden im Gegensatz zu teamassoziierten Endpunkten (z. B. Adhärenz, Schulungserfolg) meist in den Studien berichtet.
Schlussfolgerung: Bisher stehen nur wenig Delirinterventionsprogramme zur Verfügung, die das Spektrum von Detektion/Prävention/Management für die akut-geriatrische Klientel abdecken und teambasierte Maßnahmen hinreichend beschreiben.

S201-5
Psychogeriatrische Risikofaktoren in der Notaufnahme

A. Schönstein, H.-W. Wahl, H. A. Katus[1]*, A. Bahrmann*[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinik Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Um bereits vorhandenen Defiziten in der Akutversorgung und den weitersteigenden Anforderungen durch den demografischen Wandel zu begegnen, sieht das Landesgeriatriekonzept Baden Württembergs die schnelle Identifikation von älteren Risikopatienten in der Notaufnahme vor. Auf einer Risikostratifizierung basierende diagnostische Vorgehensweisen sollen eine optimierte Weiterbehandlung sichern. Als mögliches Schnellinstrument für eine systematische Einschätzung älterer Patienten (>70 Jahre) findet in der vorliegenden Studie der „Geriatrie-Check" Anwendung, welcher einen besonderen Fokus auf den prämorbiden Status des Patienten legt und im Landesgeriatriekonzept empfohlen wird. Die prädiktive Validität des Geriatrie-Checks hinsichtlich adverser Outcomes (Mortalität, Rehospitalisierung, Pflegeheimeinweisung etc.) wird dabei mit der verwandter Verfahren (Identification of Seniors at Risk, Lachs-Screening) und anderer psychogeriatrischer Risikofaktoren (Kognitives Kurzscreening, subjektive Gesundheits- und Alterseinschätzung, Krankengeschichte) verglichen. Zudem soll im Sinne einer Implementierungsstudie überprüft werden, inwiefern ältere Patienten von dem Geriatrie-Check profitieren können (z. B. Überlebenszeit, veränderte Behandlungspfade).
Material und Methoden: Es kommt ein quasirandomisiertes, prospektives Studiendesign mit drei Studiengruppen zum Einsatz (Gruppe 1: Kontrollgruppe; Gruppe 2: Geriatrie-Check-Screening; Gruppe 3: multimodales Assessment; jeweils $n = 261$). Die Patienten werden in konsekutiven Wellen aus einem kardiologischen Notaufnahmesetting (Chest Pain Unit) des Universitätsklinikums Heidelberg rekrutiert. Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als 24 h werden ausgeschlossen. Follow-up-Informationen über den weiteren Verlauf werden zu vier Zeitpunkten (1,3, 6 und 12 Monate nach Erstkontakt) erhoben.
Ergebnisse: Erste Ergebnisse beziehen sich auf die prädiktiven Validitäten eines kognitiven Kurzscreenings (Short Portable Mental Status Questionnaire) sowie verschiedener Risikofaktoren aus der Krankengeschichte.
Schlussfolgerung: Der Risikostratifizierung wird zukünftig in der geriatrischen Versorgung eine zentrale Rolle zugeschrieben. Dazu wird, so unsere Erwartung, die vorliegende Studie einen bedeutsamen Beitrag leisten können.

S201-6
Altersdiskriminierung im Akutkrankenhaus?

E.-L. Schnabel, H.-W. Wahl, J. M. Bauer[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Negative Altersstereotype können sich in der verbalen Kommunikation widerspiegeln („elderspeak"). Ob Elderspeak auch im Akutkrankenhaussetting existiert, und ob Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verstärkt davon betroffen sind, stellt eine noch weitgehend unbeantwortete Forschungsfragestellung dar. In Deutschland mangelt es definitiv an Studien zur Untersuchung von Altersdiskriminierung im Akutkrankenhaus. Im Vordergrund dieser Studie stand daher das mögliche Auftreten von Altersdiskriminierung in verbalen Pflegeinteraktionen innerhalb verschiedener deutscher Akutkrankenhaussettings (Allgemein- vs. geriatrisches Krankenhaus). Basierend auf dem „Age Stereotypes in Interactions Model" (ASI) von Hummert (1994) wird vermutet, dass Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verstärkt altersdiskriminierenden Äußerungen ausgesetzt sind und der Kontext eine bedeutsame Rolle spielt.
Material und Methoden: Grundlage dieser Studie bildeten Tonaufnahmen von insgesamt 106 Interaktionen zwischen Pflegefachkräften ($n = 34$) und Patientinnen/Patienten (davon $n = 52$ mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung; 6CIT Cut-Off: 10/11), die während der Morgenpflege ($n = 50$) oder der Abendpflege ($n = 56$) in zwei deutschen Akutkrankenhäusern aufgenommen wurden. Es wurde ein „Mixed-methods"-Design angewandt, welches (1) qualitative Daten, (2) quantitative Daten sowie (3) Beobachtungsdaten umfasste. Das Auftreten von Elderspeaksollte anhand verschiedener, etablierter Methoden zur Kommunikationsanalyse untersucht werden: (1) psycholinguistische Analyse, (2) „emotional tone coding", (3) qualitative Inhaltsanalyse. Weiterhin sollte der Einfluss von personenbezogenen und institutionellen Merkmalen auf die Kommunikationsmuster berücksichtigt werden.
Ergebnisse: Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Ausmaß von Altersdiskriminierung von der Methodik abzuhängen scheint.

Die Interviewdaten legen eine eher geringe subjektive erlebte Altersdiskriminierung nahe, wohingegen die Kommunikationsdaten eine höhere Prävalenz von Altersdiskriminierung vermuten lassen.
Schlussfolgerung: Elderspeak könnte auch im Akutkrankenhaus eine Rolle spielen. Künftige Studien sollten diesen Befunden weiternachgehen, sodass empirisch fundierte Trainingskonzepte abgeleitet werden können.

S202 Alterstraumatologie – gestern – heute – morgen

S202-1
Aktuelles zur Alterstraumatologie

U. Liener
Stuttgart, Deutschland

S203 Managementansätze und deren Umsetzung zur Steigerung der Versorgungs- und Lebensqualität einer alternden Gesellschaft

H. Truckenbrodt, A. S. Esslinger[1]
Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement, Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, Deutschland; [1]Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Im ersten Teil des Symposiums erfolgen Beiträge zur Gesunderhaltung älter werdender Belegschaften in Gesundheitsorganisationen. Hierbei wird auf den Stellenwert der Führung innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) als Managementansatz eingegangen. BGM wirkt dem Führungskräftemangel entgegen und hat positive Effekte für alternde Belegschaften. Im zweiten Teil sind kooperative Managementansätze der Versorgung zentral, die den Herausforderungen an eine medizinische und pflegerische Versorgung älter werdender Menschen Rechnung tragen. Die konzeptionelle Einführung in die Thematik „Gesundes Führen" und die Schaffung eines klaren Bezugsrahmens sind Ziele des ersten Beitrags (B1). Im „best practice case" (Betrachtung von 2015 bis heute) wird vorgestellt, wie transformationales Führen gelingen kann (B2). Hierzu erfolgten methodisch qualitative Gruppendiskussionen und eine quantitative Mitarbeiterbefragung (Vollerhebung) in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe mit knapp 200 Bewohnerinnen und Bewohnern. Inwieweit sich transformationales Führen bereits im pflegerischen Bereich in deutschen Krankenhäusern durchgesetzt hat, schildert Beitrag B3. Die Ergebnisse einer deutschlandweit durchgeführten Online-Befragung zum Thema Führung werden vorgestellt und diskutiert.
Die hausärztliche Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen ist nach wie vor nicht optimal. Im Beitrag B4 wird am Praxisbeispiel berichtet, wie sich innerhalb der letzten vier Jahre auf Basis eines Versorgungsvertrags die Versorgung verbessert hat. Hierbei werden neben organisationalen Aspekten auch medizinische Outcomes auf Basis der Bewohnerdaten analysiert, die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Schließlich wird auf Erfolgsfaktoren und Herausforderungen kooperativen Handelns hingewiesen. Die hausärztliche Versorgung älter werdender Menschen im ländlichen Raum wird im Beitrag 5 thematisiert. Eine mögliche Form, den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden, ist der Einsatz von VERAH, die im Rahmen der Delegation die Ärzteschaft entlasten und Nutzen schaffen. Allerdings sind solche Delegationsmodelle nicht einfach umzusetzen, und es bedarf der Berücksichtigung einer Reihe von Aspekten in der ärztlichen Praxis, damit das Modell erfolgreich funktioniert. Im Rahmen einer qualitativen Erhebung wurden Arztpraxen im Landkreis Bischofsheim/Rhön zu ihren Kenntnissen und Erfahrungen der Möglichkeiten des Einsatzes von Versorgungsassistenzkräften befragt (B5).

S203-1
Bedeutung gesunden Führens in Gesundheitseinrichtungen vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen

A. S. Esslinger, H. Truckenbrodt[1]
Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement, Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, Deutschland

Fachkräftemangel, alternde Belegschaften, physische und psychische Belastungen, komplexer werdende Patientenprofile, schlechte Arbeitsbedingungen und zu geringe gesellschaftliche Anerkennung. Denkt man an Menschen, die in Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten, fallen einem sofort eine Vielzahl von Herausforderungen ein, die mit der Tätigkeit an sich zu tun haben.
In diesem Beitrag soll die Vielfalt der Herausforderungen in einen systematischen Gesamtkontext gesetzt werden. Der aufzuspannende Bezugsrahmen ist das gesunde Führen als ein sehr wesentlicher Aspekt des BGM. Es handelt sich um einen konzeptionellen Beitrag, der auch den Rahmen für die beiden sich anschließenden Vorträge bieten soll.
Es wird Verständnis geschaffen, für die Potenziale und Nutzen eines gelungenen BGM. Es werden exemplarische Schritte aufgezeigt, die in Gesundheitseinrichtungen unternommen werden, und es wird v. a. auf die Frage gelungener Führung eingegangen. Hierbei wird ein kleiner Exkurs zum Magnetmodell aus dem klinischen Bereich der USA vorgenommen, welches zumindest partiell in deutschen Einrichtungen als Lösungsansatz gelten kann. Dies insbesondere deshalb, weil es an den Potenzialen mit Fähigkeiten und Kompetenzen der Belegschaft sowie Einstellungen von Vorgesetzten ansetzt und eine wertschätzende und anerkennende Form des Umgangs miteinander beinhaltet.

S203-2
Transformationales Führen in der stationären Altenpflege: Voraussetzungen und Umsetzung

B. Heyden, M. Zwick[1]*, A. S. Esslinger*[2]
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; [1]Ambulante und stationäre Hilfe, KWA Albstift Aalen, Kuratorium Wohnen im Alter gAG, Aalen, Deutschland; [2]Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Die Rolle des Führungsstils nimmt ohne Frage Einfluss auf die Performance der Mitarbeitenden in Einrichtungen. Einen transformationalen Führungsstil anzustreben und umzusetzen, kann vorteilhaft sein, weil er an der Sinnhaftigkeit des Handels ansetzt und die intrinsische Motivation der Belegschaft stärken soll.
Der Beitrag thematisiert diese reflexive Form des Führens in einem „Best-practice"-Beispiel der stationären Altenhilfe. Es werden die strategische Dimension sowie die erforderlichen Maßnahmen der Entwicklung und Umsetzung eines gelungenen Führungskonzeptes beschrieben, indem die Einrichtung (knapp 200 BewohnerInnen) seit mehreren Jahren wissenschaftlich begleitet wird.
In diese Längsschnittbetrachtung, die seit 2015 bis heute andauert, fanden diverse qualitative Gruppengespräche sowie eine quantitative Befragung (Vollerhebung) statt, um den Status quo im Hinblick auf das Führungsverständnis und die Erfordernisse an einen Wandel zu ermitteln. Zudem erfolgen Umsetzungsschritte der neuen Führung. Zwischenzeitlich soll auf Trägerebene das Konzept zur Umsetzung gelangen, sodass die Best-practice-Einrichtung als erfolgreiches Pilotprojekt gelten kann. Es wird über den Weg des organisationalen Wandels berichtet. und es werden hierbei insbesondere Erfolgsfaktoren und Hemmnisse herausgearbeitet.

S203-3
Transformationales Führen im Krankenhaus: Standortbestimmung bei Führungskräften in der Pflege

A.-C. Wilker, A.-L. Katschmanowski, A. S. Esslinger[1]

Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; [1]Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Transformationales Führen kann insbesondere im klinischen Bereich einen Mehrwert schaffen, weil die spezifischen Anforderungen an die heterogene Belegschaft mit ihren jeweils berufsspezifischen Merkmalen einen entsprechenden Umgang miteinander erfordert. Gerade die Gruppe der Pflegekräfte ist zahlenmäßig am größten und ihre Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität essenziell für ein gelungenes Outcome der Gesamtversorgung.
Wie der Stand der bewussten Führung in der Pflege im Krankenhaus ist, wird anhand einer empirischen Analyse ermittelt. Hierbei erfolgte eine standardisierte webbasierte Befragung der Pflegekräfte mit Führungsverantwortung in deutschen Krankenhäusern im Zeitraum vom 16.04.2018 bis zum 08.05.2018.
Es sollte ermittelt werden, welches Bewusstsein im Hinblick auf Führung generell vorhanden ist, welche Art der Führung vorrangig gelebt wird und welche Einschätzungen Führungskräfte gegenüber der Führungsthematik und ihrer Bedeutung für eine gelungene Versorgung haben. Hierbei sollte auch unterschieden werden zwischen strukturellen Merkmalen, wie Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerstrukturen (privatwirtschaftlich, öffentlich, gemeinwohlorientiert), Größe und Mitarbeiterzahl. Die Ergebnisse werden analysiert, präsentiert und zur Diskussion gestellt.

S203-4
VERAH als unterstützende Form der Versorgung für Hausarztpraxen im ländlichen Raum und Anforderungen an die Praxisorganisation

S. Rahm, A. S. Esslinger[1]

Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; [1]Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Die hausärztliche Versorgung stellt gerade auch im ländlichen Raum eine zunehmende Herausforderung dar. Eine mögliche Form den Anforderungen gerecht zu werden, ist der Einsatz von VERAH, die im Rahmen der Delegation die Ärzteschaft entlasten und Nutzen schaffen. Allerdings sind solche Delegationsmodelle nicht einfach umzusetzen, und es bedarf der Berücksichtigung einer Reihe von Aspekten in der ärztlichen Praxis, dass das Modell erfolgreich funktioniert.
Im Rahmen einer qualitativen Erhebung wurden Arztpraxen im Landkreis Bischofsheim/Rhön zu ihren Kenntnissen und Erfahrungen der Möglichkeiten des Einsatzes von Versorgungsassistenzkräften durch leitfadengestützte qualitative Interviews befragt. Neben der Frage des Einsatzes an sich war v. a. von Interesse, was die Beschäftigung einer entsprechenden Kraft für die Organisation (Strukturen und Prozesse sowie alle Organisationsmitglieder) bedeutet.

S203-5
Hausärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege: Veränderungen und Nutzendiskussion

B. Heyden, M. Zwick[1], A. S. Esslinger[2]

Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; [1]Ambulante und stationäre Hilfe, KWA Albstift Aalen, Kuratorium Wohnen im Alter gAG, Aalen, Deutschland; [2]Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Die hausärztliche Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen ist nach wie vor noch nicht optimal. Es müssen auch heute noch Konzepte erarbeitet und umgesetzt werden, die hier Verbesserungen ermöglichen.
In diesem Beitrag wird anhand eines Praxisbeispiels aufgezeigt, was sich innerhalb der letzten vier Jahre getan hat. In aller Kürze wird aufgezeigt, wie es zu einem gemeinsamen Versorgungsvertrag kam. Es wird ausführlicher auf die Bausteine eingegangen und berichtet, wie seine Umsetzung erfolgt und anhand erster Datenanalysen untersucht, ob er wirksam ist.
Es kann festgestellt werden, dass die Zufriedenheit aller teilnehmenden Akteure zugenommen hat. Die Einweisungsraten in das nahe gelegene Krankenhaus konnten im Vergleich zu der Zeit ohne Kooperationsvertrag reduziert werden. Es zeigt sich zudem, dass die Gruppe der im Vertrag eingeschriebenen Bewohner gesundheitlich mehr profitiert als die der nichteingeschriebenen. Schließlich wird auf Erfolgsfaktoren und Herausforderungen hingewiesen.

S204 Freie Vorträge – Erfassung von gesundheitsbezogenen Aspekten im Alter

S204-1
Unterschiede der Gesundheitskompetenz in der Lebensphase Alter

D. Vogt, E.-M. Berens[1], S. Gille[1], D. Schaeffer[1]

Hertie School of Governance, Berlin, Deutschland; [1]Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Es deutet sich an, dass ältere Menschen über eine geringere Gesundheitskompetenz verfügen als die Allgemeinbevölkerung. Besonders ältere Menschen sind auf Gesundheitskompetenz angewiesen, um chronische Erkrankungen und Funktionseinbußen managen und ihre meist komplexe gesundheitliche Situation bewältigen zu können. In der deutschsprachigen Gesundheitskompetenzforschung wurden sie bisher jedoch kaum oder nur als homogene Gruppe untersucht. Ziel des Beitrags ist es daher, die Ergebnisse einer altersdifferenzierten Analyse zur Gesundheitskompetenz von Menschen im höheren Lebensalter vorzustellen.
Material und Methoden: Für die Auswertung wurden Daten von älteren Befragten der HLS-GER-Studie unterteilt in drei Altersgruppen (65 bis 70, 71 bis 75, ab 76 Jahren) verwendet. Gesundheitskompetenz wurde mittels HLS-EU-Q47 erfasst, der eingeschätzte Schwierigkeiten in den Bereichen Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung und den Dimensionen der Informationsverarbeitung (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) misst. Es werden Indizes zwischen 0 und 50 gebildet. Die Assoziationen zwischen den Gesundheitskompetenz-Indizes und den Altersgruppen wurden mittels Varianzanalysen (ANOVA) geprüft.
Ergebnisse: Insgesamt konnten 475 Menschen ab 65 Jahren einbezogen werden. Es zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den betrachteten Altersgruppen in allen Bereichen und Dimensionen. Besonders in höherem Alter ab 76 Jahren bereitet der Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen vermehrt Schwierigkeiten. Die Bereiche Krankenversorgung und Gesundheitsförderung sowie die Suche, das Verstehen und die Beurteilung von gesundheitsrelevanten Informationen werden von den älteren Befragten als besonders schwierig eingeschätzt.
Schlussfolgerung: Die Analyse unterstreicht die Notwendigkeit weiterer altersdifferenzierter Studien zur Gesundheitskompetenz. Deutlich wird zudem, dass bei der Interventionsentwicklung unterschiedliche Strategien, differenziert nach Altersgruppen und -phasen, erforderlich sind.

S204-2
Erfassung der körperlichen Fitness und Selbstständigkeitsprognose in der Kommune

C. Rott, R. Fülop[1], M. Carbotti[1]

Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg; [1]Sportkreis Heidelberg e.V., Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Erhaltung der Selbstständigkeit bis ins höchste Alter ist eine zentrale Leitlinie der Seniorenpolitik auf allen Ebenen. Wie Selbstständigkeit operationalisiert und die dafür erforderliche körperliche Fitness erfasst werden soll, wird bislang zu wenig thematisiert. Häufig kommen Konzepte und Instrumente zum Einsatz (z. B. ADI/IADL), die nur ein basales Funktionsniveau abbilden. Zu öffentlichen Testungen mit geeigneten Instrumenten kommen meist aber nur aktive und fitte Ältere. Personen, die in ihrer Selbstständigkeit gefährdet sind, werden kaum erreicht. Ziel der Studie war es daher, diese Gruppe durch einen zugehenden Ansatz für eine Testung zu gewinnen.
Material und Methoden: Innerhalb eines Jahres wurden in allen 11 Seniorenzentren (SZ) der Stadt Heidelberg im Rahmen von Informationsveranstaltungen zum Thema Selbstständigkeit im Alter Fitnesstestungen angeboten. Daran nahmen 152 Frauen und 33 Männer im Alter von 61 bis 94 Jahren teil. Die Erfassung der Fitness erfolgte mit dem Alltags-Fitness-Test (AFT, deutsche Version des Senior Fitness Test von Rikli und Jones 2013). Der Test misst die Kraft der Beine und Arme, die Ausdauer, die Beweglichkeit der unteren und oberen Extremitäten und die Geschicklichkeit. Anhand von Fitnessstandards kann eine Prognose der zukünftigen Selbstständigkeit erstellt werden.
Ergebnisse: Während die Beinkraft insgesamt recht gut ausgeprägt war, gab es große Defizite in der Schulterbeweglichkeit. Es hatten 40 % der Frauen und 36 % der Männer eine gute Prognose für ein selbstständiges Leben. Bei 44 % (82 Personen) lag ein erhebliches Risiko für einen Selbstständigkeitsverlust vor. Als besonders gefährdete Gruppe erwiesen sich Männer im Alter von 60 bis 79 Jahren.
Schlussfolgerung: Durch einen zugehenden Ansatz können in ihrer Selbstständigkeit gefährdete ältere Menschen erreicht werden. Es ist Aufgabe der Kommunen, für solche Personen effektive Bewegungsprogramme bereitzustellen, um Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder sogar zu verhindern. Die Möglichkeit einer kontinuierlichen Fitnesstestung sollte in der Kommune installiert werden.

S204-3
MINDMAP-Umfrage zu gesundheitspolitischen Strategien und Programmen zur Förderung der mentalen Gesundheit und Prävention mentaler Störungen älterer Menschen in Europa (European Commission, HORIZON 2020, grant agreement no 667661)

L. Neumann, U. Dapp, W. Jacobsen, F. van Lenthe[1], W. von Renteln-Kruse

Medizinisch-Geriatrische Klinik, Zentrum für Geriatrie u. Gerontologie, Albertinen-Haus gGmbH, Hamburg, Deutschland; [1]Department of Public Health, Erasmus University, Rotterdam, Niederlande

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Das MINDMAP-Konsortium (2016–2019) erforscht Zusammenhänge zwischen urbaner Umwelt und Lebensqualität zur Förderung mentaler und funktionaler Gesundheit älterer Menschen in Europa. Dafür werden die urbanen Langzeitkohorten GLOBE, HAPIEE, HUNT, LASA, LUCAS, RECORD, Rotterdam Study, Turin Study zusammengeführt. Ergänzend wurde eine Erhebung zu Strategien und Programmen zur Förderung mentaler Gesundheit im Alter in den dazugehörigen Städten Amsterdam, Eindhoven, Hamburg, Helsinki, Kaunas, Krakau, London, Nord-Trøndelag, Paris, Prag, Rotterdam und Turin durchgeführt. Die detaillierte Bestandsaufnahme zu Gesundheitsstrategien und Programmen diente der Untersuchung der Variabilität sowie der Ableitung von Empfehlungen für Wissenschaft, Politik und kommunale Planung unter Nutzung der Erkenntnisse der MINDMAP-Städte.
Material und Methoden: Die MINDMAP-Partner benannten jeweils Experten mit bestmöglichem Überblick über das lokale Gesundheitsgeschehen (mentale Gesundheit) in den 12 Städten. Nach einem Pretest wurden semistrukturierte Telefoninterviews (1–2 h) durch dieselbe Person durchgeführt. Das Interview thematisierte Strategien auf nationaler und städtischer Ebene und Programme und Anbieter zur Förderung der mentalen Gesundheit. Für die strukturierte Evaluation in einer Bewertungsmatrix wurden das geriatrische Kontinuum der Funktionalität und der WHO Public-Health Framework for Healthy Ageing zugrunde gelegt. Dafür analysierten zwei unabhängige Mitarbeiter die Interviewtranskripte, extrahierten und transformierten Interviewinformationen in die Bewertungsmatrix.
Ergebnisse: In der Vollerhebung (12/12 Städte) wurden 41 Strategien und 280 Programme auf Stadtebene berichtet. Jede Stadt benannte mindestens eine relevante gesundheitspolitische Strategie zur Stärkung der mentalen Gesundheit (Range 1–7). Die Evaluation ergab, dass ältere Personen und spezifische Zielgruppen sowie multidimensionale Programme (biopsychosozialer Ansatz) stärkere Berücksichtigung finden könnten.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine große Bandbreite im Umgang mit den Herausforderungen des gesunden Älterwerdens und unterstreichen physische und mentale Fähigkeiten älterer Menschen sowie deren Wechselwirkungen mit dem städtischen Lebensraum.

S204-4
Erreichbarkeit von PflegeheimbewohnerInnen in Gesundheitssurveys – Ergebnisse aus der Studie Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA) des Robert Koch-Instituts

J. Fuchs, C. Koschollek, B. Gaertner, M. Grube, D. Lüdtke, M. Wetzstein, C. Scheidt-Nave

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Im Rahmen der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts werden bundesweit repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung Gesundheitsbefragungen und -untersuchungen durchgeführt. PflegeheimbewohnerInnen (PHB) waren bisher kaum erreichbar. Die durch die Robert Bosch Stiftung geförderte IMOA-Machbarkeitsstudie testete das auf Einwohnermeldeamt(EMA)-Stichproben basierende Stichprobendesign dahingehend, ob Personen, die im Pflegeheim wohnen, in der Stichprobe identifiziert werden können und hinreichend vertreten sind. In EMA-Registern ist für Personen, die in Institutionen wohnhaft gemeldet sind, ein bedingter Sperrvermerk (bSV) eingerichtet, ohne Hinweis auf ein Pflegeheim.
In der ersten Stufe des Auswahlverfahrens wurden sechs nach Stadt/Land und Ost/West stratifizierte Gemeinden in Deutschland festgelegt, in der zweiten Stufe insgesamt 8000 Personen ab 65 Jahren zufällig aus den EMA-Registern ausgewählt. Dabei sollten Personen mit bSV in die Ziehung explizit eingeschlossen und der bSV übermittelt werden. Die Ermittlung der Adressen von Pflegeheimen in den ausgewählten Gemeinden erfolgte auf verschiedenen Wegen: 1. den übermittelten bsV, 2. durch eine manuelle Internetrecherche von Pflegeheimen in den ausgewählten Gemeinden (inkl. Prüfung, ob Adresshäufungen auf ein Pflegeheim hinweisen) und 3. dem Kauf von Pflegeheimadressen bei einem kommerziellen Anbieter. Die darüber ermittelten Anteile identifizierter PHB in der Stichprobe wurden mit Daten der Pflegestatistik verglichen.
Insgesamt wurden 382 PHB unter 114 Pflegeheimadressen identifiziert. Die EMA übermittelten nur teilweise den bsV. Die größte Übereinstimmung mit den Daten der Pflegestatistik lieferte die Internetrecherche mit anschließendem Abgleich von Adresshäufungen (4,6 % vs. 4,2 %). Die Identifikation von bSV-Adressen lieferte in den übermittelnden Gemeinden eine Pflegeheimquote von 3,5 % und ähnelt damit dem Ergebnis des Adresskaufs (3,0 %).
In EMA-Stichproben sind PHB zwar in den zu erwarteten Raten vertreten, können jedoch nicht ohne zusätzlichen personellen Aufwand identifiziert werden. Für diese Zielgruppe wird künftig ein auf sie angepasstes Erhebungsdesigns benötigt, um sie zur Teilnahme an den Surveys gewinnen zu können.

S204-5
Schmerzverarbeitung bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen im ambulanten Bereich – Prüfung des FESV mittels „behavior coding“

A. Wenzel, A. Budnick, J. Schneider[1], R. Kreutz[1], D. Dräger

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin, Deutschland; [1]Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Chronische Schmerzen stellen für den älteren Menschen ein bedeutsames Gesundheitsproblem dar, da diese im Langzeitverlauf Pflegeabhängigkeit fördern oder eine Steigerung der Intensität des Pflegebedarfs hervorrufen können. Im Rahmen des Projekts „Development of a Model for Pain Management in Older Adults ReCeiving home CarE“ (ACHE) werden mittels des Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) das Bewältigungsrepertoire sowie die schmerzbedingten Beeinträchtigungen pflegebedürftiger älterer Menschen mit chronischen Schmerzen beschrieben. Der FESV ist bereits an mehreren Stichproben chronischer Schmerzpatienten, u. a. Pflegeheimbewohnern, überprüft worden. Insbesondere in der Pflegeheimbewohnerpopulation kam es jedoch zu einer Häufung fehlender Werte. Die Gründe dafür sind jedoch unklar. Somit ist das Ziel der vorliegenden Untersuchung, mittels des Behavior coding, die Eignung des FESV bei älteren pflegebedürftigen Personen mit chronischen Schmerzen zu prüfen.
Material und Methoden: Der FESV umfasst 38 Items mit einer 6-stufigen numerischen Rating-Skala. Erfasst werden drei Bereiche (schmerzbedingte psychische Beeinträchtigungen sowie die kognitive und behaviorale Bewältigung). Der Klassifizierung von Interviewer- und Befragtenverhalten liegt ein Behavior-coding-System zugrunde, welches an Prüfer und Rexroth (1996) angelehnt ist. Mit diesem System wurden während der Interviews Verhaltensweisen erfasst, um potenzielle Schwierigkeiten mit dem FESV zu ermitteln. Vor der Interviewdurchführung wurde mit dem Mini Mental Status Test (MMST) der kognitive Status erfasst.
Ergebnisse: Von November 2017 bis April 2018 konnten 20 Interviews klassifiziert werden. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 81,45 Jahren (SD 7,42). In die Analyse wurden vier Interviewerinnen sowie 16 weibliche und drei männliche Probanden eingeschlossen. Der MMST Score lag im Mittel bei 25,8 (SD 4,07). Die Interviews wurden von einem Beobachter (Coder) mittels des entwickelten Codesystems bewertet. Erste Ergebnisse zeigen, dass der Sinn der Items von den Probanden erfasst wurde, sich jedoch die 6-stufige numerische Rating-Skala als schwierig erweist.
Schlussfolgerung: Insgesamt weisen die ersten Ergebnisse darauf hin, dass der FESV trotz seiner Komplexität zur Erfassung der Schmerzverarbeitung bei älteren Pflegebedürftigen geeignet ist. Wir empfehlen jedoch eine Vergleichsstudie mit dem FESV, bei der 3- bis 7-stufige numerische Rating-Skalen miteinander verglichen werden.

S205 Undoing aging – Forget about slowdown and aim for reversal?

G. Fuellen, M. Gogol[1], A. Simm[2]

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Alternsforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany; [1]Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany; [2]Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

For most scientists the systematic reversal of aging processes is in the realm of science fiction. Then again, recent experiments with senolytics and heterochronous parabiosis appear promising. This session is not designed as pro and contra, and it is not inviting speakers with optimistic and pessimistic viewpoints. Instead, scientists with a priori neutral positions on this topic were invited to assess the state of the art, and potentially, to give their perspective of future trends.

Additional panelists:
Martin Denzel
Eline Slagboom
Judith Haendeler

S205-1
On the horizon: interventions for undoing health deterioration, personalized and feasible?

G. Fuellen

Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Alternsforschung, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Germany

We discuss whether past progress in aging research may generally be seen as incremental or disruptive. We then review more recent progress towards reversing aging processes, specifically based on heterochronic parabiosis and on targeting senescent cells. We briefly describe some results of metaresearch on the question of how to judge the solidity, and specifically the reproducibility of research, and the trade-off between standardization and generalizability. We briefly touch on the issues arising in translating research to the clinics and to the "real world". We conclude with an attempt to judge the solidity and translatability of research on undoing aging and health deterioration.

S205-2
Acceptance of medical life extension and rejuvenation

A. Kowald

Institute for Ageing, Newcastle University, Newcastle upon Tyne/UK

Experiments involving the removal of senescent cells have recently shown impressive results regarding healthspan and life span extension in mice, which are apparently based on a true rejuvenation process. Nevertheless, proposals to slow down or even reverse the aging process are regularly met with strong skepticism by laymen as well as scientists. Why is this so? It seems that anti-aging research has a serious credibility problem and this presentation will propose and discuss several possible reasons. Similarly, especially in laymen, anti-aging research also seems to provoke strong emotional reactions and ethical concerns. The talk will highlight the most popular of these concerns and provide possible answers. Obviously, such a discussion cannot be free of personal bias, but the aim is to provide "food for thought" for the following panel discussion.

S206 Alter(n) – Lernen – Bildung. Eine wissenschaftliche Standortbestimmung

R. Schramek, C. Kricheldorff[1]

Diskutant: D. Kern[2]

Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit – University of Applied Sciences Bochum, Bochum, Deutschland; [1]IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland; [2]Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines (FLSH), Département Sciences de l'éducation, Université de Haute Alsace (UHA), Mulhouse, Frankreich

Die theoretische Fundierung des Themenbereichs Alter(n) – Lernen – Bildung verweist auf die bislang eher diffuse wissenschaftliche Verortung der Geragogik, die stark von der jeweiligen Herkunftsdisziplin einzelner WissenschaftlerInnen geprägt ist. Es geht im Symposium also um eine Standortbestimmung.
Ines Himmelsbach greift diese Herausforderung aus erziehungswissenschaftlicher Sicht auf und verknüpft diese klar mit der gerontologischen Perspektive. Im Zentrum steht dabei die fachliche Prämisse *Altern lernen*, also die Auseinandersetzung mit den Veränderungen und Herausforderungen, die der Prozess des Alterns mit sich bringt. Zentrale Theorieansätze und wissenschaftliche Debatten der Gerontologie werden dabei mit

erziehungswissenschaftlichen Diskussionen um die Begriffe Bildung und Lernen verbunden, die v. a. im Alter zu einer Veränderung bzw. einer Anpassung an sich verändernde Person- und Umweltbedingungen beitragen und befähigen.
Cornelia Kricheldorff rückt die *Perspektive der Sozialen Gerontologie* in den Fokus und setzt dabei typische Lernherausforderungen und Bildungsanliegen in Bezug zu geragogischen Prämissen und Handlungsansätzen. Dabei wird konsequent der Gedanke einer deutlichen Überschneidung von Konzepten der Interventionsgerontologie mit geragogischen Ansätzen entwickelt. Auf der Basis von Alternstheorien wird zudem die enge Verflechtung der Geragogik mit Konzepten der Sozialen Gerontologie und mit relevanten Themen und Ansätzen aus der Praxis sozialer Altenarbeit aufgezeigt.
Julia Steinfort-Diedenhofen verbindet in einer eher sozialpädagogisch geprägten Traditionslinie die Anliegen und Themen Sozialer Arbeit mit denen der Erwachsenenbildung und entwickelt daraus das Konzept der *Sozialgeragogik*, wobei eine Fokussierung auf soziale Fragen in der Bildungsarbeit mit älteren Menschen erfolgt. Aspekte von Bildungsbenachteiligung und sozialer Ungleichheit, also Aspekte einer kritischen Geragogik, werden dabei konsequent als Anliegen entfaltet.
Gemeinsames Anliegen ist die Forderung nach einer inhaltlichen Weiterentwicklung der Geragogik – von der aktuellen Multidisziplinarität hin zu mehr Interdisziplinarität, verbunden mit einer klaren wissenschaftlichen Positionsbestimmung.
Dominique Kern greift als Diskutant die verschiedenen Positionen kritisch auf und setzt dabei als Schweizer, der in Frankreich lehrt und forscht, auch internationale Impulse in der Debatte um das Thema Alter(n) – Lernen – Bildung.

S206-1
Das Altern lernen – theoretische Perspektiven in Erziehungswissenschaften und Gerontologie

I. Himmelsbach

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

Der Beitrag lotet die Chancen aus, gerontologisches und erziehungswissenschaftliches Theoriewissen zu verbinden. Ausgehend von aktuellen theoretischen Diskussionen in Gerontologie und Erziehungswissenschaft beleuchtet der Beitrag den Begriff des Lernens im Alter. Dabei geht es weniger um eine pädagogische Adressierung älterer Menschen, sondern vielmehr um die Zentrierung des Individuums vor dem Hintergrund der Frage nach Lernprozessen, die vonnöten sind, um gut zu altern. Lernen im Alter, so die These, bedeutet v. a. das Altern selbst zu lernen und ist damit nicht ein von außen zugeschriebener Prozess, wie er in pädagogischen oder geragogischen Adressierungen stattfindet. Vielmehr handelt es sich um einen im Individuum eingeschriebenen Prozess, der sich im Verlauf des Alterns vollzieht, z. T. als latenter Prozess, z. T. als bewusster Prozess, der mit dem zunehmenden Bewusstsein von Endlichkeit und/oder zunehmenden altersbedingten Veränderungen einhergeht. Der Beitrag versucht vor dem Hintergrund gerontologischer Theorien zu „awareness of change" (Wahl und Diehl), sozioemotionaler Selektivitätstheorie (Carstensen) und der grundlegenden Entwicklungsprozesse des Alterns im Sinne einer Orchestrierung von Steigerung, Stillstand und Verlust (Baltes), Argumente für einen auf das Altern hin ausgerichteten Lernbegriff zu finden. Dabei werden aktuelle erziehungswissenschaftliche Debatten aus der Bildungsbiografieforschung (Koller, Dausien) und Diskussionen um den Begriff des Lernens (Göhlich und Zirfas, Kade et al.) aufgegriffen und mit gerontologischen Theorieansätzen verwoben.

S206-2
Altern – Lernen – Bildung aus der Perspektive der Sozialen Gerontologie

C. Kricheldorff

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

In diesem Beitrag wird die Frage fokussiert, in welchem Verhältnis Soziale Gerontologie und Geragogik zueinander stehen und wie sie sich im Verhältnis zur Gerontologie und zur Erziehungs- und Bildungswissenschaft wissenschaftlich verorten. Es geht also um eine Art wissenschaftlicher Standortbestimmung, die Ausgangspunkt sowohl für Bildungsangebote als auch für sozialgerontologische Interventionen darstellt. Auf der Basis der Skizzierung typischer Phänomene und Themen der Sozialen Gerontologie wird ihre enge Verknüpfung mit Bildungsaspekten deutlich, die jeweils deutliche Bezüge und Anknüpfungspunkte für die Geragogik aufweisen.
In einem weiteren Schritt werden die für die deutsche Gerontologie besonders relevanten Alternstheorien mit geragogischen Prämissen und Handlungsansätzen in Bezug gesetzt. Daraus ergibt sich die klare Schlussfolgerung, dass geragogische Konzepte deutliche inhaltliche und theoretische Überschneidungen mit interventionsgerontologischen Ansätzen aufweisen. In Wissenschaft und Praxis gibt es bislang aber kaum Verknüpfungen, vielmehr agieren Interventionsgerontologie und Geragogik relativ unverbunden nebeneinander – ein Umstand, der viele mögliche Synergien bislang leider ungenutzt lässt. Im Beitrag werden konkrete Beispiele aufgezeigt, wie diese offenkundige Differenz künftig aufgebrochen werden kann.

S206-3
Lebensweltliche Bezüge der Alternsbildung – eine sozialgeragogische Profilschärfung

J. Steinfort-Diedenhofen

FB Sozialwesen, Standort Köln, Katholische Hochschule NRW, Köln, Deutschland

Die Entwicklungen passender Bildungsarrangements im und für das Alter(n) geraten mit Blick auf ihre Adressaten und Nutzer auch nach zwei Jahrzenten geragogischer Bemühungen immer noch an ihre Grenzen. Bildung hat oftmals einen exkludierenden Charakter, die Unterschiede zwischen bevorzugten und benachteiligten Gruppen verstärken sich, und die Schere zwischen bildungsgewohnten und bildungsungewohnten Personen öffnet sich weiter. Daran ändern auch politisch forcierte positive Bilder eines aktiven und produktiven Alters wenig. Auch, ob die Formate in traditionellen Bildungsangeboten klassischer „Komm-Strukturen" oder auch in innovativ-informellen organisierten „Bring-Strukturen" ausgerichtet sind, hat wenig Konsequenzen für das Erreichen der Zielgruppen.
Dieser Ausgangslage gegenüber steht die Forderung, dass Bildung in der zweiten Lebenshälfte mit Blick auf die gemeinsame Gestaltung des demografischen Wandels, als neue Kultur der Mitverantwortung fungieren sollte, die Menschen *aller* Lebenslagen einbezieht. Angesichts der Heterogenität der Alternsverläufe und Lebenslagen liegt es auf der Hand, dem Anliegen nachzugehen, Bildungsaktivitäten im Alter und für das Altern noch stärker auf die unterschiedlichen Milieus und Lebenswelten der Adressaten hin auszurichten. Bildung im Alter darf keine bestimmten Gruppen älterer Menschen exkludieren, da ihr nicht nur die Aufgabe der Entfaltung individueller Potenziale zukommt, sondern auch die der Überwindung sozialer Ungleichheiten, weshalb im Beitrag die Chancen einer sozialgeragogisch ausgerichteten Perspektive diskutiert werden.

S207 Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+-Repräsentativbefragung

S. Zank, R. Kaspar[1]

Diskutantin: D. Jopp[2]

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [2]Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, Lausanne, Schweiz

Die Lebensqualität von Menschen jenseits des achtzigsten Lebensjahres wird als in besonderem Maße von Erfahrungen der Verletzlichkeit bestimmt angenommen, aber auch als Phase existenzieller Einsichten und individueller Weiterentwicklung beschrieben. Das Projekt Lebensqualität und Wohlbefinden hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen hat sich zum Ziel gesetzt, ein auch interdisziplinär tragfähiges Rahmenkonzept zur Lebensqualität zu entwickeln und in wesentlichen Teilen zu operationalisieren, um im bevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands zuverlässige Aussagen zu den Lebensverhältnissen und zum Wohlbefinden des ältesten Teils der Allgemeinbevölkerung zu ermöglichen.
Das Symposium rückt mit der Heterogenität von Lebensstilen, Typen sozialer Netzwerke, Spiritualität und der Erfahrung von interpersoneller Gewalt vier Aspekte der Lebenswirklichkeiten hochaltriger Menschen in den Fokus, die zwar bereits seit Längerem als Facetten von Lebensqualität diskutiert werden, für die – zum einen wegen der wenigen generalisierbaren empirischen Studien, andererseits wegen einer zu engen oder undifferenzierten Operationalisierung – eine solide empirische Befundlage im Populationssegment sehr alter Menschen bis dato aber fehlte.
Einführend wird das dem Projekt NRW80+ an der Universität zu Köln zugrunde gelegte „Challenges-and-potentials"(CHAPO)-Modell der Lebensqualität hochaltriger Menschen vorgestellt und ein Überblick über das Design und die Inhalte der Repräsentativbefragung gegeben.
Wiebke Schmitz untersucht in ihrer Arbeit den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen sozialen Netzwerktypen sehr alter Menschen und gesundheitlicher Ungleichheit.
Michael Neise beschreibt in seinem Beitrag die Prävalenz unterschiedlicher Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum hochaltriger Menschen und untersucht deren spezifische Risikofaktoren.
Luise Geithner geht der Frage nach, inwieweit eine Pluralität von Lebensstilen auch für das hohe Alter beschrieben werden kann, und durch welche individuellen Ressourcen Lebensstile heutiger Hochaltriger gekennzeichnet sind.
Anna Janhsen geht in ihrem Beitrag der Frage nach, inwiefern sich unterschiedliche Spiritualitätsverständnisse (existenziell – funktional; immanent – transzendent) in der Hochaltrigkeit unterscheiden lassen und welchen Einfluss diese auf Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und insbesondere den Umgang mit Sterben und Tod haben.

S207-2
Soziale Netzwerktypen und Gesundheit im sehr hohen Alter

W. Schmitz

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Der positive Einfluss der Integration in ein Netzwerk von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit ist in zahlreichen Studien aufgezeigt worden. Es ist zu erwarten, dass insbesondere Personen im sehr hohen Alter aufgrund altersbedingter gesundheitlicher Einschränkungen von Ressourcen aus sozialen Beziehungen wie z. B. sozialer Unterstützung profitieren. Dennoch ist bislang wenig zu Struktur und Anzahl sozialer Beziehungen und deren Zusammenhängen mit der Gesundheit im sehr hohen Alter bekannt. Bisherige Befunde weisen darauf hin, dass das individuelle soziale Netzwerk mit steigendem Alter homogener, kleiner und auf enge soziale Kontakte fokussiert wird. Carstensens sozioemotionalen Selektivitätstheorie folgend investieren hochbetagte Personen aufgrund des Bewusstwerdens der eigenen Endlichkeit verstärkt in emotional nützliche Beziehungen. Aktuelle Ergebnisse zeigen daneben, dass soziale Netzwerktypen unterschiedlich mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren zusammenhängen. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche sozialen Netzwerktypen sich bei Hochaltrigen beobachten lassen und inwiefern sich diese hinsichtlich des Gesundheitszustands hochbetagter Personen unterscheiden.
Auf Grundlage der Auskünfte von $n = 1687$ Teilnehmern einer repräsentativen Befragung von Personen über 80 Jahren in Nordrhein-Westfalen (NRW80+), werden mittels einer latenten Klassenanalyse drei soziale Netzwerktypen identifiziert. So zeigt sich, dass die sozialen Netzwerktypen der Ältesten durch weniger soziale Kontakte, eine geringere Diversität sozialer Beziehungen und höhere erhaltene soziale Unterstützung gekennzeichnet sind. In diesen qualitativ und quantitativ eingeschränkten Netzwerktypen ist darüber hinaus eine geringere kognitive und funktionale Gesundheit festzustellen. Die Ergebnisse dieser Studie stehen im Einklang mit bisherigen empirischen Forschungsbefunden und den Annahmen der sozioemotionalen Selektivität. Bei fortgeschrittenem Lebensalter und schlechterer Gesundheit lassen sich kleinere und homogenere Netzwerktypen mit einem höheren Grad sozialer Unterstützung beobachten.

S207-3
Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum hochaltriger Menschen in NRW

M. Neise, R. Kaspar, C. Rietz[1]*, S. Zank*[2]

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Erziehungswissenschaft (IfE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Gewalt (G) im sozialen Nahraum hochaltriger Menschen ist ein multidimensionales Phänomen, verbunden mit negativen emotionalen Konsequenzen für Betroffene. Dem sozial-ökologischen Modell folgend, bestehen diverse Risikofaktoren, die Personen auf unterschiedlichen Ebenen tangieren und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, von G betroffen zu sein. Diese lassen sich in personenbezogene Charakteristika (u. a. Persönlichkeit), sozialstrukturelle Faktoren (u. a. soziales Netzwerk) und gesellschaftliche Aspekte (u. a. Altersbilder) unterscheiden. Die Datenlage zur Prävalenz in der Hochaltrigkeit ist lückenhaft, da beeinträchtigte Personen oder Personen in institutionellen Kontexten häufig von Befragungen ausgeschlossen werden. Ziel des Beitrages ist die Aufdeckung von G.-Prävalenz in der Hochaltrigkeit unter Einbeziehung von Personen, die im Heim leben oder durch gesundheitliche Einschränkungen nicht an Befragungen teilnehmen können (Proxy). Darüber hinaus zielt der Beitrag auf eine differenzierte Erklärung von G unter Berücksichtigung einschlägiger Risikofaktoren.
Material und Methoden: Analysiert wurde eine Teilstichprobe ($n = 1081$), basierend auf den Daten der NRW80+ Studie mit Fällen, in denen keine dritte Person während der Befragung anwesend war, um eine valide Berichterstattung zu gewährleisten. G wurde durch ein neu entwickeltes Surveyinstrument (Fragebogen INDICATE) mit 16 Items basierend auf 8 G.-Subdimensionen (Einschüchtern, Beschämen und Beschuldigen, Entrechtung, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung, körperliche Gewalt, unangemessene freiheitsentziehende Maßnahmen, sexualisiertes Fehlverhalten) erfasst und systematisch mit negativen emotionalen Konsequenzen für die betroffenen Personen verbunden. Acht Regressionsmodelle wurden berechnet, zur Erklärung der angelegten Subdimensionen.
Ergebnisse: Es zeigt sich für Einschüchterung (40 %) die häufigste und sexuelles Fehlverhalten (3 %) die geringste Prävalenz. Darüber hinaus liegen den einzelnen Subdimensionen unterschiedliche Risikofaktoren zu Grunde. Über alle Dimensionen hinweg zeigt sich, dass die Größe des sozialen Netzwerkes die Wahrscheinlichkeit für G reduziert, während interpersonelle Persönlichkeitseigenschaften die Wahrscheinlichkeit erhöht.

S207-4
Die Vielfalt von Lebensstilen im hohen Alter

L. Geithner, M. Wagner[1]

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Die Vielfalt des Alterns wird auch durch ungleich verteilte finanzielle, soziale und kulturelle Ressourcen bedingt. Sie prägen individuelle Handlungsspielräume und bestimmen somit Lebensstile. Während für die „jungen" Alten eine Pluralisierung von Lebensstilen beobachtet werden kann, ist unklar, wie sich Lebensstile bei sehr alten Menschen darstellen, und in welcher Weise ihre Ressourcenausstattung einer Einschränkung der Handlungsspielräume entgegenwirkt. Gilt die „Age-as-leveller"-These auch für Lebensstile, so müssten sozioökonomische Ressourcen im hohen Alter insbesondere bei pflegebedürftigen und im Heim wohnenden Personen an Bedeutung verlieren. Im Gegensatz dazu nimmt ihr Einfluss nach der Kumulationsthese zu.
Im Rahmen der Studie NRW80+ werden Lebensstile durch verschiedene Aktivitäten (z. B. sportliche, künstlerische Aktivitäten) und deren Häufigkeit erfasst. Mit den Daten wird analysiert, welche Aktivitätsprofile auftreten und durch welche Personengruppen diese gekennzeichnet sind. Es erfolgt eine Untersuchung von Vielfalt und Häufigkeit der Aktivitäten zwischen privat und im Heim wohnenden sowie zwischen pflegebedürftigen und nichtpflegebedürftigen Personen. Es wird aufgezeigt, welche individuellen Ressourcen für die jeweiligen Gruppen von besonderer Bedeutung sind und damit auch, welche Ressourcen es Pflegebedürftigen und Heimbewohnern ermöglichen, ein breites Spektrum an Aktivitäten oder einen aktiven Lebensstil aufrechtzuerhalten.
Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Heterogenität sowohl hinsichtlich der Anzahl verschiedener Aktivitäten als auch der Häufigkeit ihrer Ausführung im Vergleich zu nichtpflegebedürftigen und privat wohnenden Personen niedriger ist. Für Pflegebedürftige und Heimbewohner weisen Bildung, die Größe des sozialen Netzwerks und soziale Unterstützung Effekte auf die Vielfalt und Häufigkeit der Aktivitäten aus. Das Einkommen ist dagegen von geringer Relevanz. So ist es wahrscheinlich, dass sich die Vielfalt der Lebensstile unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung zwar reduziert, individuelle Ressourcen, hierbei v. a. kulturelles und soziales Kapital, jedoch weiterhin dazu beitragen, Handlungsspielräume zu erhalten.

S207-5
Kann Glaube Berge versetzen? Spiritualität im Kontext von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden

A. Janhsen, C. Woopen, C. Rietz[1]

Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Erziehungswissenschaft (IfE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Nachdem Spiritualität lange zu einem marginalisierten Thema der Gerontologie gehörte, wird ihrer Relevanz für das höhere Lebensalter gegenwärtig zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Spiritualität wurde inzwischen sogar als eine eigenständige Dimension erfolgreichen Alterns vorgeschlagen. So konnte nicht nur in einer Vielzahl von empirischen Studien allgemein der in den meisten Fällen positive Einfluss von Spiritualität auf die psychische und physische Gesundheit, das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und auch die Mortalität nachgewiesen werden, sondern auch für die Bewältigung von funktionalen Einbußen, im Umgang mit chronischen Krankheiten oder mit Sterben und Tod. Allerdings wird in Studien in diesem Bereich in der Regel nicht zwischen Spiritualität und Religiosität unterschieden und ein funktionales, primär auf ihre Coping-Funktion reduziertes Verständnis von Spiritualität zugrunde gelegt.
Die subjektiv empfundene Wirklichkeit von Spiritualität im höheren Lebensalter erscheint jedoch deutlich heterogener und krisenhafter, als diese funktionalistischen Zugriffe auf Spiritualität nahelegen. Dieser Beitrag diskutiert daher auf der Grundlage der Daten aus der NRW80+-Hochaltrigenstudie, wie sich Spiritualität in der Hochaltrigkeit mit Blick auf ein immanentes und ein transzendentes Verständnis inhaltlich präsentiert, und welchen Einfluss diese unterschiedlichen Subdimensionen auf die Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden haben. Dabei wird im Besonderen in den Blick genommen, welchen Einfluss die unterschiedlichen Spiritualitätsverständnisse auf den Umgang mit Sterben und Tod nehmen, gilt auf der einen Seite eine akzeptierende Haltung gegenüber dem eigenen Sterben als besondere Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters zur Aufrechterhaltung von Lebensqualität (vgl. Theorie der Gerotranszendenz) als auch auf der anderen Seite Spiritualität als wichtiger Resilienzfaktor für eine geringe Angst gegenüber Sterben und Tod (vgl. Theorie der Gerotranszendenz).

S208 Freie Vorträge – Herausforderungen an die Altenhilfe der Zukunft

S208-1
Zukunft der Altenhilfe. Der Beitrag der Zukunftsforschung

M. Opielka, S. Peter

ISÖ – Institut für Sozialökologie gGmbH, Siegburg, Deutschland

Die Zukunft der Altenhilfe ist angesichts der demografischen Alterung moderner Gesellschaften wesentlich und strittig zugleich. Wir analysieren im Beitrag ein Projekt der Zukunftsgestaltung der Altenhilfe (in Schleswig-Holstein) mit dem Fokus auf eine Reihe von Zukunftswerkstätten zur Szenariogenerierung mithilfe der morphologischen Matrix. Dabei setzen wir uns mit der Erkenntnis auseinander, dass es einen Unterschied gibt, zwischen einer als wünschenswert, aber nicht als wahrscheinlich angesehenen Zukunft. Wie können wir überall alt werden? Mit dieser programmatischen Frage nach den künftigen Bedingungen des Alterns v. a. im ländlichen Raum initiierte das Diakonische Werk Schleswig-Holstein im Frühjahr 2016 ein auf eineinhalb Jahre angelegtes Projekt der Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung (www.zash2045.de). Wissenschaftlicher Partner war das ISÖ – Institut für Sozialökologie in Siegburg (www.isoe.org). Sieben Trendanalysen auf der Grundlage von über 20 Expertengesprächen und einer umfassenden Literaturanalyse führten zu einer Unterscheidung in drei Strukturtrends, die gesellschaftliche Rahmenbedingungen mit sehr begrenzter politischer und wohlfahrtsverbandlicher Einflussnahme markieren, und vier Gestaltungstrends, auf die sich das Projekt im Fortgang konzentrierte. In der ersten Welle von zwei Zukunftswerkstätten im März 2017 wurden die sieben Trendanalysen mithilfe einer morphologischen Matrix über jeweils fünf Ausprägungen in insgesamt 35 Teilszenarien untergliedert, die von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen in mehreren Arbeitsschritten auf je zwei utopische und dystopische Szenarien konzentriert wurden. Diese bildeten die Grundlage einer Online-Befragung. Dazu wurden die vier Szenarien auf zwei Szenarien verdichtet, da die überraschende Erkenntnis der Auswertung der Online-Beteiligung eine Gegenläufigkeit von „wünschenswerten" und „wahrscheinlichen" Szenarien war. Die überwiegend als „wünschenswert" bewertete Zukunft galt zugleich mehrheitlich als wenig „wahrscheinlich". Ziel dieser Workshops war daher die Entwicklung von Transfers, von Operationalisierungen v. a. des wünschenswerten Szenarios. Höhepunkt des Prozesses waren ein „Zukunftsmanifest" und eine große „Zukunftskonferenz" im Frühjahr 2018. Der Vortrag diskutiert den Beitrag der Zukunftsforschung für die Altersforschung am Beispiel dieses Projektes.

S208-2
Gesundheitliche Eigenverantwortung im Alter – im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Subsidiarität?

P. Enste

Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität, Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule, Gelsenkirchen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In Debatten zur Zukunft des Sozialstaats steht Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheit sehr hoch im Kurs. Es fällt allerdings auf, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen mit gesundheitlicher Eigenverantwortung in Verbindung gebracht wird: Eigenbeteiligung an Gesundheitskosten, verantwortungsvolles gesundheitsrelevantes Verhalten oder Sanktionierung bei Risikoverhalten seien an dieser Stelle beispielhaft genannt. Doch was bedeutet eigentlich gesundheitliche Eigenverantwortung für ältere Menschen, von denen sie immer wieder gefordert wird? Und kann ein Mensch für etwas verantwortlich sein (im konkreten Fall Gesundheit), das er im Alter vielleicht nicht mehr besitzt? Und welche Ereignisse im Leben haben Einfluss auf die Wahrnehmung von Verantwortung für die eigene Gesundheit? Diese Fragen sollen in dem Beitrag näher erörtert und beantwortet werden.
Material und Methoden: Die Ergebnisse der Studie basieren auf einem sequenziellen „Mixed-methods"-Design mit einer quantitativen Befragung ($n = 375$) und problemzentrierten Interviews ($n = 18$). Befragt wurden Personen zwischen 60 und 96 Jahren. Die Auswertung erfolgte mit multivariaten Verfahren und strukturierender Inhaltsanalyse.
Ergebnisse: Die Studie zeigt, dass ältere Menschen allgemein ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit sehr hoch einschätzen. Gesundheitliche Eigenverantwortung bedeutet dabei weitaus mehr als gesundheitsrelevantes Verhalten und kann beschrieben werden als innere Einstellung, im Rahmen seiner Möglichkeiten das Beste zu tun, um seinen Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen. Gleichzeitig lassen sich unterschiedliche Attributionsmuster ausmachen: Wird bei abnehmendem Gesundheitszustand ein Teil der Verantwortung an andere Akteure (z. B. Hausarzt, soziales Umfeld) übertragen, geht dies einher mit einer Verbesserung der Lebensqualität. Es wird somit deutlich, dass sich Übernahme von Eigenverantwortung und gleichzeitige Übertragung von Verantwortung an andere Akteure nicht gegenseitig ausschließen. Die positive subjektive Beurteilung der Lebensqualität der unterschiedlichen Verantwortungstypen, die im Rahmen der quantitativen Untersuchung identifiziert werden konnten, zeigt vielmehr, dass eine Übertragung der Verantwortung nicht mit einem Verlust von Eigenverantwortung einhergeht und als Prozess des gelingenden Alterns angesehen werden kann.

S208-3
Entwicklung eines theoretischen Modells für Qualität in der Pflege als Grundlage für eine systematische Ableitung von Indikatoren zur Messung von Qualität und deren Berichterstattung

M. Hasseler

Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland wird überwiegend noch das lineare Modell der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Donabedian für Qualitätsfragen in der pflegerischen Versorgung zugrunde gelegt. Internationale Forschungsergebnisse lassen jedoch die Erkenntnis zu, dass vielfältige und wechselseitig interagierende Faktoren die Qualität in der Pflege beeinflussen und eine systemische Perspektive für die weitere Entwicklung von Merkmalen, Kriterien und Indikatoren von Qualität in der Pflege angemessener erscheint.
Material und Methoden: Auf der Grundlage von nationalen und internationalen empirischen Erkenntnissen zu Qualität in der Pflege sowie von diversen System-/Organisations-/Prozesstheorien wird mithilfe der Situationsanalyse nach Clarke (2012) ein theoretisches Konstrukt/eine angewandte Theorie für „Qualität in der Pflege" entwickelt.
Ergebnisse: Der bislang dominierende lineare Ansatz im Verständnis von Qualität in der Pflege, der von Donabedians Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgeht, ist vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit ermittelten Erkenntnisse nicht haltbar. Es werden diverse Elemente von Qualität in der Pflege analysiert, deren einzelnen Bestandteile untereinander, aber auch mit einzelnen Bestandteilen anderer Elemente, interagieren. Aufgrund dieser Interdependenzen entstehen nichtlineare Wirkungen, die alle einen Einfluss auf Qualität in der Pflege haben. Qualität in der Pflege ist demzufolge als ein komplex-adaptives und instabiles System einzugrenzen. Zukünftig sind nicht nur Studien erforderlich, die die Relevanz der in dieser Arbeit entwickelten angewandten Theorie untersuchen, sondern auch die zahlreichen Interdependenzen der Elemente und Einzelbestandteile, die für die Entwicklung und Entstehung von Qualität in der Pflege bedeutsam zu sein scheinen, einer näheren Analyse unterziehen.

S208-4
Webgestützter Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Krankenhaus

C. Derr, W. Teschauer, K. Weinkauf[1], B. Dietz[1]

Ingenium-Stiftung, Ingolstadt, Deutschland; [1]Bayerisches Institut für alters- und demenzsensible Architektur, Bamberg, Deutschland

Die demografische Veränderung unserer Gesellschaft führt dazu, dass der Anteil der über 65-jährigen Krankenhauspatienten 2013 bei 43,2 % lag und in Zukunft mit einer deutlichen Steigerung zu rechnen ist. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der „GHoSt"-Studie, dass 40 % aller Patienten im Krankenhaus über 65 Jahre an einer kognitiven Beeinträchtigung und 20 % der Krankenhauspatienten in dieser Altersgruppe an einer Demenz leiden. Der webgestützte Leitfaden mit Planungshinweisen für eine alters- und demenzsensible Architektur von Akutkrankenhäusern zielt darauf ab, eine unterstützende Umgebung für ältere Patienten, besonders aber für Menschen mit Demenz zu bieten. Die Grundlage des Leitfadens bildet dabei eine evidenzbasierte, systematische Literaturrecherche, mit der Erarbeitung von architektonischen Planungshinweisen, eingebettet in einen gerontologischen Gesamtzusammenhang. Ziel war es, relevante Beiträge zu finden, die sich mit dem Einfluss von Umweltfaktoren auf Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen bzw. Krankenhäusern beschäftigen. Die gefundene Literatur wurde auf ihre Relevanz bewertet und nach Evidenzklassen geordnet, um dem Benutzer transparent und verlässlich zu dokumentieren, auf welcher wissenschaftlichen Grundlage diese Hinweise beruhen. Anhand der unterschiedlichen Evidenzstufen können sich die Benutzer einen Überblick über die Aussagekraft und Qualität der Planungshinweise verschaffen. Des Weiteren wurden für die Erarbeitung der konkreten Planungshinweise bereits vorhandene internationale Planungschecklisten zusammengeführt, auf ihre Übertragbarkeit auf Akutkrankenhäuser in Deutschland hin überprüft und nach jeweils 15 Themenkomplexen und Raumgruppen geordnet. Anschließend wurden die bereits in Evidenzklassen eingeordneten Artikel auf Empfehlungen für die architektonische Umsetzung hin überprüft, als konkrete Planungshinweise formuliert und den Themen oder Räumen zugeordnet. Unter der Webadresse www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de ist ab Sommer 2018 der Leitfaden mit Planungshinweisen für eine alters- und demenzsensible Architektur von Akutkrankenhäusern verfügbar. Die Entwicklung des Leitfadens wurde von der Robert Bosch Stiftung und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

S209 Gesundheit im Alter: Welchen Einfluss hat die Digitalisierung?

A. Seifert, A. L. Schlomann[1]

Diskutant: C. Rietz[2]

Zentrum für Gerontologie, Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) „Dynamik Gesunden Alterns", Universität Zürich, Zürich, Schweiz; [1]Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [2]Institut für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Internet- und Smartphone-basierte Technologien bestimmen bei vielen Menschen den Alltag. Diese Tatsache beeinflusst auch den Umgang mit Gesundheitsdaten. Technik kann dabei nicht nur als Hilfsmittel z. B. für die Messung von gesundheitsrelevanten Daten eingesetzt werden. Es besteht gleichzeitig auch eine enge Verflechtung der Technikanwendung mit dem gesundheitsbezogenen Informationsverhalten sowie dem Umgang mit Gesundheitsdaten insgesamt. Für die gerontologische Forschung ergeben sich hierbei Fragen, inwieweit ältere Menschen moderne Technologien zur Gesundheitsinformation, -messung und -verbesserung nutzen und wie sich die zunehmende Digitalisierung auswirkt. Im Symposium sollen hierzu Perspektiven und Ergebnisse aus verschiedenen Studien eingebracht und zur Diskussion gestellt werden.
Sabine Theis (Aachen) wird uns den gesundheitsbezogenen Informationsbedarf älterer Erwachsener aus Deutschland anhand einer repräsentativen Befragungsstudie aufzeigen und dabei beleuchten, inwieweit die Nutzung von digitalen Informationsquellen hierbei an Relevanz gewonnen hat.
Anna Schlomann (Köln) untersucht anhand von Querschnittsdaten und einer qualitativen Längsschnittstudie die Nutzung mobiler „Tracking"-Technologien (z. B. Fitnessarmband, Smartwatch) und deren langfristige Implementierung in den Alltag älterer Personen sowie den Zusammenhang mit der Wahrnehmung physischer Gesundheit.
Inwiefern Smartphones und Tablets die Umsetzung einer Lebensstilintervention unterstützen können, untersucht Katja von Storch (Köln). Sie erforscht am Beispiel eines technikgestützten Coaching-Programms für Typ-2-Diabetes-Patienten die Auswirkungen telemedizinischer Geräte auf das Selbstmanagement älterer Patienten.
Die digitale Welt des Internets beeinflusst nicht nur den Alltag älterer Menschen, sondern kann auch mit Potenzialen für die kognitive Plastizität im höheren Lebensalter einhergehen. Dies belegt Stefan Kamin (Nürnberg) anhand longitudinaler Daten aus Europa, die zeigen, dass die kognitiven Fähigkeiten durch die Internetnutzung profitieren.
Alexander Seifert (Zürich) wird anhand repräsentativer Daten aus der Schweiz die Bereitschaft älterer Personen, ihre mit mobilen Geräten selbst erhobenen Gesundheitsdaten der (gerontologischen) Forschung zur Verfügung zu stellen, beleuchten.

S209-1
Was müssen Sie wissen, um gesund zu bleiben? – Gesundheitsbezogener Informationsbedarf und Informationssuchverhalten älterer Erwachsener in Deutschland

S. Theis, K. Schäfer, P. Rasche, C. Bröhl, M. Wille, A. Mertens

Human Factors Engineering and Ergonomics in Healthcare, Lehrstuhl und Institut für Arbeitswissenschaft, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Deutschland

Ein tiefgreifendes Verständnis der Bedürfnisse der Nutzer ist entscheidend für die Entwicklung effektiver Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT). Für digitale Gesundheitssysteme spielt hier der Bedarf älterer Menschen eine besondere Rolle. In diesem Zusammenhang wurden im Projekt Tech4Age zwei Studien zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten älterer Menschen durchgeführt. Ergebnisse einer qualitativen Studie mit 26 Teilnehmern zeigte, dass ältere Menschen der wiederkehrenden Überzeugung sind, eine Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Informationen habe negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Der am häufigsten auftretende Informationsbedarf ist diagnostischer Art. Teilnehmer gelangen über den Arzt recht einfach an benötigte Informationen, während Informationen über Untersuchungsergebnisse nicht immer ausreichend zugänglich seien. Zusätzlich wurde eine Optimierung des Austauschs zwischen Ärzten als wünschenswert bezeichnet. Die private Dokumentation von Gesundheitsinformationen ist bei älteren Erwachsenen bereits üblich, aber die papierbasierte Dokumentation von Krankengeschichten, Vitaldaten und Medikamenteninformationen erschwert den Datenaustausch. Die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage mit älteren Erwachsenen aus dem gesamten Bundesgebiet ergänzen die genannten Ergebnisse. Hier zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Menschen älter als 60 Jahre sehr zufrieden bis zufrieden sind mit den Informationen, die ihnen zur Gesundheit zur Verfügung stehen. Gleichsam den Ergebnissen der qualitativen Studie, zeigt sich bei einer repräsentativen Umfrage ($n = 551$), dass der Arzt für ältere Menschen die vertrauensvollste Informationsquelle darstellt. Ältere Menschen suchen selten regelmäßig nach gesundheitsbezogenen Informationen und teilen sie zum überwiegenden Teil mit Arzt, Apotheker und Familienmitgliedern/Freunden. Daraus ergeben sich folgende Implikationen für die Gestaltung und Akzeptanz digitaler Gesundheitssysteme: (1) Mangelnde Akzeptanz könnte damit zusammenhängen, dass ältere Menschen über herkömmliche Wege ausreichende Informationen über ihre Gesundheit erhalten, (2) Verschreibung oder Empfehlung digitaler Anwendungen über Arzt könnte Adhärenz und Akzeptanz erhöhen, (3) Medikamenten-Apps könnten nicht nur Erinnern, sondern durch weiterführende Informationen wie Wechselwirkungen oder Nebenwirkungen dem realen Informationsbedarf älterer Menschen entsprechen und damit einen Mehrwert liefern.

S209-2
Langfristige Nutzung und mögliche Auswirkungen der Verwendung mobiler Bewegungsmessung mit digitalen Technologien

A. L. Schlomann, A. Seifert[1]

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Zentrum für Gerontologie, Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) „Dynamik Gesunden Alterns", Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Ein Mangel an körperlicher Aktivität kann die Gesundheit negativ beeinflussen. Ausreichend Bewegung kann zur Prävention von gesundheitlichen Einschränkungen im höheren Alter beitragen. Digitale Technologien wie Smartphones, Smartwatches, Fitness-Tracker und Apps ermöglichen eine mobile Bewegungsmessung mit einfachen Mitteln. Gründe für eine langfristige Nutzung von mobiler Bewegungsmessung bei Älteren sowie mögliche Auswirkungen der Verwendung sind bisher kaum erforscht. Die vorliegende Studie untersucht mobile Bewegungsmessung bei älteren Menschen auf Basis einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren und einer qualitativen Langzeitstudie. Für die repräsentative Studie wurden 1013 Personen (Ø-Alter: 65,3 Jahre) in einem Telefoninterview zur Nutzung mobiler Bewegungsmessung und zum Zusammenhang mit Zufriedenheit befragt. Die qualitative Langzeitstudie hat über die Dauer von einem Jahr Personen ab 65 Jahren wiederholt ($n = 15, 6, 6$) in Leitfadeninterviews zu ihren Erfahrungen bei der Nutzung eines Fitness-Trackers befragt. Ein Fünftel (20,5 %) der Befragten in den Telefoninterviews gab an, mobile Bewegungsmessung zu nutzen. In Regressionsanalysen zeigte sich, dass die Nutzung von mobiler Bewegungsmessung den positiven Effekt von körperlicher Aktivität auf Zufriedenheit mit der eigenen Fitness verstärken konnte. Mobile Bewegungsmessung ohne körperliche Aktivität hatte hingegen einen negativen Effekt auf die Zufriedenheit. Innerhalb der qualitativen Langzeitstudie konnten ergänzend Faktoren für die langfristige Nutzung von mobiler Bewegungsmessung identifiziert werden. Die Sensibilisierung für körperliche Aktivität und Erfolge sowie die Erinnerungsfunktion des Geräts trugen zur langfristigen Nutzung bei. Eine fehlende Individualisierung und Alltagspassung, nachlassendes Interesse und eine schwierige Handhabung waren Gründe zum Nutzungsabbruch. Der Gesundheitsbezug des Geräts war sowohl för-

dernder als auch hemmender Faktor der Nutzung. Zusammengenommen tragen die Ergebnisse dazu bei, Nutzungsgründe und mögliche Auswirkungen der mobilen Bewegungsmessung bei älteren Menschen besser zu verstehen. Sie weisen auf Potenziale der Nutzung im Hinblick auf Wohlbefinden und Gesundheit sowie die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Geräte hin.

S209-3
Auswirkungen telemedizinischer Geräte auf das Selbstmanagement von Typ-2-Diabetes-PatientInnen

K. von Storch, E. Graaf[1], C. Rietz[2], M. C. Polidori Nelles[3], C. Woopen[4]

NRW Forschrittskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Gesundheitsmanagement, Central Krankenversicherung AG, Köln, Deutschland; [2]Institut für Erziehungswissenschaft (IfE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [3]Klinische Altersforschung, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland; [4]Forschungsstelle Ethik, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

In der Diabetesversorgung bieten telemedizinische Daten ein großes Potenzial zu Erhebung, Übertragung und Auswertung von Vitaldaten sowie Aktivitätsprofilen. Telemedizin ist ein vergleichsweise neues Feld der Medizin und wird häufig noch kritisch betrachtet. Der technische Fortschritt und fehlende zeitliche Ressourcen machen den Einsatz telemedizinischer Geräte zunehmend attraktiv. Gerade bei Diabetespatienten/-patientinnen können telemedizinische Geräte zu einem besseren Verständnis und somit zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung führen. Studien zeigen, dass eine Lebensstilveränderung bezüglich des Ess- und Bewegungsverhaltens bei Diabetes Typ 2 sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Dadurch können die Einnahme von Medikamenten reduziert und Folgeerkrankungen vermieden werden. Hier stellt sich die Frage, ob der Einsatz telemedizinischer Geräte das Selbstmanagement der Betroffenen verbessern, den Langzeitblutzucker senken und die subjektive Gesundheit steigern kann.
In der vorliegenden zweiarmigen randomisierten kontrollierten Studie erhalten die TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe ein Tablet als Gesundheitsstation, Gluco- und Aktimeter sowie ein einjähriges Telefon-Coaching. Die Kontrollgruppe verbleibt weiter in der Regelversorgung. Die Datenerhebung erfolgt mithilfe eines Onlinefragebogens sowie zwei offenen Fragen zur persönlichen Erfahrung mit den telemedizinischen Geräten. Neben der standardisierten Erfassung des Selbstmanagements, der subjektiven Gesundheit und der Technikbereitschaft werden eigens konzipierte Items zum Technikeinsatz eingesetzt.
Erste Ergebnisse – die Studie ist derzeit noch nicht abgeschlossen – zeigen eine Reduktion der Blutzuckerwerte und eine Steigerung der Bewegung. Bei einer hohen Technikbereitschaft wird erwartet, dass die Nutzung der telemedizinischen Geräte eine nachhaltige Verhaltensänderung bewirken und somit das Selbstmanagement und die subjektive Gesundheit signifikant gesteigert werden können.
In einer Zeit des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen könnte die technikgestützte Lebensstilintervention ein erfolgreiches Mittel für den eigenständigen Umgang mit der Erkrankung sein. Die Vermeidung von Folgeerkrankungen kann wiederum zu einer ökonomischen Entlastung der öffentlichen Ausgaben in der Diabetesversorgung führen.

S209-4
Profitieren kognitive Fähigkeiten von der Internetnutzung im höheren Lebensalter?

S. Kamin, F. R. Lang

Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Empirische Befunde im Forschungsfeld „Alter(n) und Technik" zeigen, dass kognitive Fähigkeiten mit der Nutzung von digitaler Technik und Anwendungen assoziiert sind. Diese Arbeiten basieren jedoch auf Querschnittsdaten. Wenig ist bekannt über die wechselseitige Beziehung zwischen kognitiven Veränderungen und der alltäglichen Nutzung von moderner Technik. In diesem Beitrag untersuchen wir die longitudinale Beziehung zwischen kognitiven Fähigkeiten und der Internetnutzung im Alter. Nutzen ältere Menschen mit besseren kognitiven Fähigkeiten eher das Internet? Und inwiefern können kognitive Fähigkeiten von der Internetnutzung profitieren? Zur Beantwortung dieser Fragen wurden zwei Erhebungswellen des SHARE-Datensatzes (2013 und 2015) mit insgesamt 29,788 Personen ab 50 Jahren (M = 66,62; SD = 9,57) aus 14 Ländern ausgewertet. Befunde der „Cross-lagged-panel"-Analyse zeigten einen positiven Zusammenhang zwischen kognitiven Fähigkeiten und der Internetnutzung zum ersten Messzeitpunkt. Weiterhin zeigten sich signifikante wechselseitige Beziehungen: Personen mit besseren kognitiven Fähigkeiten hatten eine größere Wahrscheinlichkeit, das Internet über einen Zeitraum von zwei Jahren zu nutzen. Andererseits konnten ältere Internetnutzer ihre kognitiven Fähigkeiten über die Zeit verbessern. Diese Befunde zeigen, dass die zunehmende Digitalisierung mit Potenzialen für die kognitive Plastizität im höheren Lebensalter einhergehen kann.

S209-5
Bereitschaft älterer Menschen, selbst erhobene mobile Gesundheitsdaten mit Forschenden zu teilen

A. Seifert

Zentrum für Gerontologie, Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) „Dynamik Gesunden Alterns", Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Tragbare „Tracking"-Technologien (wie z. B. Smartwatches, Fitness-Tracker und Apps auf dem Smartphone oder Tablet) haben den Prozess der Messung gesundheitsbezogener Daten digitalisiert. Aus der Forschungsperspektive werden Daten zu Gesundheitsaktivitäten zunehmend relevant, insbesondere im Hinblick auf individuelle Behandlungskontrollen und -empfehlungen. Die Verwendung persönlicher Gesundheitsdaten für die Forschung kann allerdings u. a. durch die mangelnde Bereitschaft von datenerfassenden Personen, ihre mobil erfassten Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen, eingeschränkt werden.
Die vorliegende Studie untersuchte die Bereitschaft älterer Personen, ihre selbst erhobenen Gesundheitsdaten für die (gerontologische) Forschung bereitzustellen. Basis hierfür ist eine repräsentative Stichprobe (n = 1013) der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren (Ø-Alter: 65,3 Jahre). Die Beteiligten wurden in einem Telefoninterview zur Nutzung mobiler Tracking-Technologien und zur Bereitschaft der Datenfreigabe befragt.
Es nutzen 43 % der befragten Personen ein Fitnessarmband, eine Smartwatch, ein Smartphone oder ein Tablet. Diese Geräte nutzen 27 % auch, um damit gesundheitsbezogene Daten aufzuzeichnen. Eher oder sehr bereit, ihre aufgezeichneten Daten für die Forschung freizugeben, sind 57 % der befragten Personen ab 50 Jahren, die sich selbst vermessen. Die Bereitschaft ist höher, wenn die Daten den behandelnden Ärzten bereitgestellt werden sollen. Dennoch ist im Vergleich die Bereitschaft der Datenfreigabe gegenüber den Krankenversicherungen geringer. In Regressionsanalysen zeigte sich, dass einzig das Einkommen signifikant zur Erklärung der Bereitschaft zur Datenfreigabe beiträgt, andere Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Region, Technikinteresse, Sport, subjektive Gesundheit) jedoch nicht.
Die Studie zeigte eine relativ hohe bzw. positive allgemeine Bereitschaft, selbst erfasste mobile Gesundheitsdaten mit der Forschungsgemeinschaft zu teilen. Zukünftige Studien sollten diese Bereitschaft näher untersuchen und konkrete ethische, datenschutzrechtliche sowie technische Rahmenbedingungen eines solchen Datenaustausches formulieren.

S210 Universitäre Lehre in der Geriatrie – Beispiele, Evaluation, Ergebnisse und Position innerhalb des Fächerkanons

K. Hager
Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland

Mit den Beiträgen zum Symposium sollen Beispiele zur universitären Lehre in der Geriatrie, zu Evaluation, Qualität der Lehre sowie zur Einordnung in den Fächerkanon an der jeweiligen Universität dargestellt werden.

S210-1
Evaluation des Querschnittsfaches „Medizin des Alterns und des alten Menschen" (Q7) an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

K. Hager, O. Krause, N. Schneider[1], S. Steffens[2], I. Just[2]
Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland; [1]Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [2]Studiendekanat Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Das Querschnittsfach Medizin des Alterns und des alten Menschen wird seit 2003 als Modul an der MHH gelehrt, seit 2005 im Rahmen des Modellstudienganges HannibaL. Das Lehrmodul umfasst eine Woche, in der jeweils 20 Stunden Vorlesung sowie 10 Stunden Unterricht in Kleingruppen am Krankenbett angeboten werden, dies dreimal im Jahr im Rahmen der jeweiligen Tertiale. Nach der MC-Prüfung erhalten die Studierenden die Möglichkeit, eine Evaluation des Moduls abzugeben.
Ziel der Arbeit: Es soll der aktuelle Stand der Organisation der Lehre im Querschnittsfach Q7 an der MHH, v. a. im Hinblick auf die Evaluation der Studierenden dargestellt werden.
Ergebnisse: Die Hälfte der Vorlesungen wird von Geriatern des Zentrums für Medizin im Alter (DIAKOVERE Henriettenstift) bestritten, die andere Hälfte von Dozenten der MHH. Die Dozenten der MHH stammen aus neun Kliniken bzw. Instituten. Die Themen umfassen geriatrische Syndrome sowie vertiefende Kenntnisse aus den einzelnen Fachbereichen. Im Wintertertial 2017/2018 waren 78 Studierende für das Querschnittsfach vorgesehen, 76 Studierende nahmen an der MC-Prüfung teil, an der Evaluation 65 Studierende. Eine Gesamtbewertung wurde von 60 Studierenden abgegeben. Es wurde eine Durchschnittsnote von 13,18 ±1,35 (Notenskala 0 bis 15 Punkte, 15 bestmögliche Punktzahl) erzielt. Ein Kritikpunkt bestand in der praktischen Vertiefung der theoretischen Themen, d. h. in der fehlenden „Verzahnung" der theoretischen Inhalte mit dem Unterricht am Krankenbett. Die Verortung des Moduls im 4. Studienjahr wurde im Wesentlichen als angemessen eingeschätzt. Der Patientenbezug wurde als besonders gut, hingegen die Lehr- und Lernmaterialien (Vorlesungsfolien) als weniger gut eingeschätzt.
Schlussfolgerung: Die Lehre im Querschnittsfach weist im Verlauf von nunmehr 15 Jahren einen wechselvollen Verlauf auf. Die Lehre wird von den Studierenden regelmäßig als gut bzw. sehr gut erlebt und bewertet. Durch Veränderungen der Vorlesungsschwerpunkte sowie des Unterrichts am Krankenbett wurde im Verlauf immer wieder versucht, die Lehre zu optimieren. Wichtig für diesen Prozess ist die fortwährende Evaluation der Studierenden. Eine noch bessere Verzahnung von Theorie und Praxis, z. B. in Form von Vorgaben für den Unterricht am Krankenbett, scheint in der Lehre der Geriatrie essenziell zu sein.

S210-2
Kompetenzorientierung im Modul Geriatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover am Beispiel des NKLM

T. Pohlmann, K. Hager[1], S. Steffens
Studiendekanat Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [1]Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Seit 2015 gibt es den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) als Empfehlung an alle Medizinfakultäten, um die Qualität von Lehre und Studium zu verbessern und die Kompetenzausrichtung in der Lehre umzusetzen. Ziel dieser Arbeit war es, die curricularen Lehrinhalte im Modul Geriatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover mit denen im NKLM formulierten Lernzielen zu vergleichen, ihre Umsetzung zu evaluieren und sie in den Gesamtkontext des Fächerkanons am Standort Hannover zu setzen.
Material und Methoden: Zum Erfassen der Lernziele im NKLM wurde die in Tübingen entwickelte und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte webbasierte MERLIN-Datenbank verwendet. Das NKLM-Mapping der Geriatrie erfolgte durch den Lehrverantwortlichen (KH).
Ergebnisse: Insgesamt werden im Modul Geriatrie 42 explizite Teilkompetenzen und 62 explizite Lernziele abgedeckt, von denen 34 geprüft werden. Der größte Anteil der Lernziele wird auf Kompetenzebene 2 mit 55 % abgedeckt, gefolgt von Kompetenzebene 1. Der Schwerpunkt der Verteilung von den Lernzielen in den Kapiteln 5 bis 11 liegt eindeutig auf der Rolle des medizinischen Experten (Kapitel 5). Die meisten Überschneidungen finden sich mit dem Modul Neurologie mit 28 Lernzielen, welches laut Curriculum auch im 4. Studienjahr gelehrt wird. Danach folgen absteigend die Module Pharmakologie/Toxikologie (21 Lernziele, 3. Studienjahr), diagnostische Methoden (17 Lernzielen, 2. Studienjahr), Allgemeinmedizin (16 Lernziele, 3. Studienjahr) und Palliativmedizin (16 Lernziele, 5. Studienjahr).
Schlussfolgerung: Das Mapping der geriatrischen Lehrinhalte ermöglichte erstmalig eine Bewertung der fachbezogenen Lehrinhalte entlang eines standardisierten Referenzwerks. Weiterhin ermöglicht die oben dargelegte Methodik den Vergleich der geriatrischen Inhalte mit anderen Fachbereichen innerhalb der eigenen Fakultät. Die Ergebnisse stellen die Grundlage für die Weiterentwicklung der Lehre im Bereich der Geriatrie dar.

S210-3
Einfluss eines strukturierten, schriftlichen Feedbacks auf Inhalt, Qualität und Aufbau auf die Vorlesungsreihe in der Geriatrie

T. Pohlmann, K. Hager[1], S. Steffens
Studiendekanat Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [1]Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Hinsichtlich der demografischen Veränderungen innerhalb unserer Gesellschaft obliegt auch der Lehre der Geriatrie ein immer größer werdender Stellenwert innerhalb des Curriculums des Medizinstudiums. Dabei sind Vorlesungen die Grundlage der Wissensvermittlung im Studium und sollten deshalb auch hinsichtlich inhaltlicher und struktureller Punkte genauer analysiert werden. Ziel dieser Arbeit war daher die Evaluation der Geriatrievorlesungen sowie der Auswirkungen eines strukturierten Feedbacks auf Inhalt, Struktur und Qualität der Vorlesungsreihe.
Material und Methoden: Es handelt sich um eine prospektive Längsschnittstudie. Die Vorlesungen wurden in zwei aufeinander folgenden Tertialen anhand eines standardisierten, validierten Evaluationsbogen von einer studentischen Reviewerin (TP) analysiert. Die Bewertung erfolgte mithilfe eines Evaluationsbogen mit 22 Items hinsichtlich Inhalt, Aufbau, Medien, Visualisierung und Präsentation auf einer 5-stufigen Likert-Skala. Nach der ersten Vorlesungsreihe erhielt jeder Dozent ein persönliches Feedback mit vergleichender Item-Einzelauswertung sowie Stärken und Verbesserungsvorschlägen. Die Meinungen der Dozenten wurden nach den erhaltenden Feedbacks mit einem webbasierten Fragebogen ermittelt. Im darauffolgendem Tertial wurde die Vorlesungsreihe erneut evaluiert, und individuelle Feedbacks wurden verschickt.
Ergebnisse: Es wurden insgesamt 36 Vorlesungen von 13 Dozenten in die Studie miteingeschlossen. Die Dozenten erreichten am ersten Messzeitpunkt (MZP) eine Gesamtbewertung von 3,79, am zweiten MZP von 4,4. In allen bewerteten Unterkategorien wurde nach dem ersten Feedback eine Verbesserung erzielt. Die signifikanteste Verbesserung erfolgte in der Ka-

tegorie Inhalt und Aufbau von 3,36 auf 4,35. Es gaben 82,35 % der Dozierenden an, das schriftliche Feedback für sinnvoll zu halten.
Schlussfolgerung: Ein persönliches Feedback an Dozenten auf Grundlage einer strukturierten Evaluation führt insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der Vorlesungsreihe und zu einer verbesserten Qualität der Lehre durch eine strukturiertere Vermittlung des Wissens an die Studenten.

S211 Partizipation von Menschen mit Demenz an technikorientierter Forschung und Entwicklung – Reflexion des aktuellen Status quo aus methodisch-methodologischer, ethischer und gestalterischer Sicht

S. Teipel
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Beteiligung, Teilhabe, Partizipation, Empowerment – die Präsenz der Begriffe ist nicht nur im Kontext politischer (Mit-)Entscheidung, sondern auch in technikorientierter Forschung und Entwicklung (FuE) unübersehbar. Ein Bedarf an Beteiligung künftiger Nutzer besteht v. a. bei der Entwicklung neuer Technologien für die pflegerische Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz. Begleitet von der Diskussion um patienten- und nutzerzentrierte FuE, haben auch die AAL-EU-Projekte die Berücksichtigung von Nutzerbedürfnissen zu ihrer zentralen Aufgabe gemacht. Durch die partizipative Wende wurde Forschungsbeteiligung künftiger Nutzer schließlich zum festen Bestandteil der Vorhaben und Partizipation zu einer Methode, mit deren Hilfe Technikkonflikte vermieden und Akzeptanz technischer Innovationen gefördert werden sollte. Dennoch gehen Schätzungen davon aus, dass viele FuE-Vorhaben den Bedarfen und Anforderungen ihrer künftigen Nutzer nicht entsprechen. Als eine zentrale Ursache dieser Fehlentwicklung werden Wissenslücken in partizipativen Ansätzen und ihrer Umsetzung in der Forschungs- und Entwicklungspraxis betrachtet. Erfahrungen zeigen zugleich, dass Forschungsbeteiligung von Menschen mit Demenz zwar Chancen, gleichzeitig jedoch auch Herausforderungen, Fallstricke und Risiken birgt. Die erfolgreiche Einbindung dieser Personengruppe erfordert nicht nur eine hohe interdisziplinäre und methodische Kompetenz, sondern bedarf u. a. der Schaffung eines geeigneten Partizipationskontextes. Die geschilderten Entwicklungen deuten jedenfalls darauf hin, dass es im Rahmen technikorientierter FuE einer Weiterentwicklung der „citizen science“ um eine methodisch-methodologische und ethische Reflexion der Beteiligung von Laien als Koforschende bedarf, inkl. der systematischen Analyse der Wirkungen von Beteiligung, die bisher – insbesondere in Deutschland – kaum untersucht wurden. Das interdisziplinäre Symposium greift den beschriebenen Bedarf auf und will einen Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung partizipativer technikorientierter FuE für und mit Menschen mit Demenz leisten.

S211-1
Partizipativ orientierte Entwicklung neuer Technologien für Menschen mit Demenz – Chancen und Risiken

M. Weidekamp-Maicher
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Hochschule Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Die Beteiligung von Menschen mit Demenz (MmD) an technikorientierter Forschung und Entwicklung (FuE) nahm in vergangenen Jahren deutlich zu. Deren Ursachen liegen in den postulierten Chancen von IKT zur Unterstützung von Selbstständigkeit, Sicherheit und Teilhabe Betroffener sowie zur Entlastung von Pflege- und Betreuungspersonen. Verbunden mit dem Trend zur früheren Diagnose und damit einer Zunahme von (Lebens-)Zeit mit der Diagnosegewissheit steigen Erwartungen an Technologien und technikgestützte Dienstleistungen, die Betroffene bei der Aufrechterhaltung gewohnter Lebensstile und einer Integration ins Quartier unterstützen. Aufgrund entsprechender Förderprogramme sind MmD nicht nur in den Fokus von Technikentwicklern/Technikentwicklerinnen gerückt, sondern nehmen durch die Zunahme partizipativer Forschung in der IT-Gestaltung verstärkt die Rolle als KoforscherInnen ein. Trotz dessen liegen bisher keine systematischen Erkenntnisse zu den Chancen und Risiken bzw. Wirkungen verschiedener Beteiligungsformen vor. So birgt die Integration von MmD in technikorientierte FuE die Chance, dass die entwickelten Technologien den tatsächlichen Bedarfen Betroffener besser entsprechen, dass sie notwendige Anforderungen an Usability erfüllen, sich in den Alltag problemlos integrieren lassen, vorhandene Kompetenzen fördern und durch die Zielgruppe stärker akzeptiert und genutzt werden. Die Einbeziehung von MmD in technikorientierte FuE birgt jedoch auch Risiken, deren Wirkungen – sei es auf die Forschung und ihre Ergebnisse, die KoforscherInnen mit Demenz, ihre Angehörigen oder professionelle ForscherInnen – kaum bekannt sind. Dazu zählen etwa Verzerrungen, die aus der (selektiven) Zusammensetzung der Stichproben folgen, Generalisierungen, die aufgrund der Nichtbeachtung einer großen Heterogenität der Zielgruppe zustande kommen, oder die Instrumentalisierung Betroffener, die aus unklaren Partizipationszielen resultiert. Mögliche Konfliktpotenziale entstehen ebenfalls dann, wenn eine methodologische und ethische Diskussion über Partizipation im Kontext stark multidisziplinär zusammengesetzter Vorhaben ausbleibt. Der Beitrag greift diese Lücke auf, unternimmt eine kritisch-theoretische Systematisierung des Feldes und zeigt anhand ausgewählter Erfahrungen aus technikorientierter FuE mit MmD, wo besondere Chancen, Risiken und Konfliktpotenziale in diesem Feld liegen.

S211-2
Methoden der Partizipation von Menschen mit Demenz in der technikorientierten Versorgungsforschung

S. Teupen, M. Roes, T. Kirste[1]
Implementierungs- und Disseminationsforschung und Methoden in der Versorgungsforschung (METH), Standort Witten, Versorgungsforschung, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, Deutschland; [1]Institut für Informatik, Fakultät für Informatik und Elektrotechnik, Universität Rostock, Rostock, Deutschland

Aufgabe der technikorientierten Versorgungsforschung für Menschen mit Demenz ist die Bereitstellung technischer Systeme für die individualmedizinische Diagnostik und Therapie von neurodegenerativen Erkrankungen. Konzeptionelle Grundlage des Gebietes ist das Verständnis neuronaler Systeme als informations- und signalverarbeitende Systeme. Degenerative Veränderungen in der Verarbeitungsfähigkeit sollen mithilfe technischer Methoden erkannt und kompensiert werden. Methodischer Kern ist dabei die Entwicklung mathematisch fundierter und einer empirischen sowie maschinellen Analyse zugänglicher Modelle des alltäglichen Handelns. Im Brennpunkt stehen dabei Modelle, die Aussagen über den Zustand kognitiver Prozesse auf Basis der Analyse extern beobachtbaren Verhaltens ermöglichen.
Erkenntnisziel der Technik-Forschung ist die Entwicklung von kausalen Modellen der Prozesse im Bereich der Handlungssteuerung und Bewegungskontrolle, die auf Basis von Verhaltensbeobachtungen eine direkte Aussage über Variablen der Neurodegeneration (diagnostischer Aspekt) und der aktuellen Zielsetzung des Betroffenen (assistiver/interventioneller Aspekt) erlauben. Assistive Systeme können nicht als autonome Komponenten betrachtet werden, sondern sind, hinsichtlich ihrer Funktion, in den Lebensalltag der Menschen mit Demenz zu integrieren. Daraus folgt, dass Konzeption und Einsatz assistiver Systeme den (Lebens)Kontext zu berücksichtigen haben, in dem diese Systeme nachher zum Einsatz kommen.
Dies erfordert, dass die Forschung partizipativ gestaltet wird. Das Ziel, Menschen mit Demenz als Kodesigner oder „co-researcher“ in den Forschungsprozess einzubeziehen, bringt spezifische methodische Herausforderungen mit sich. So stellt sich die Frage der Repräsentation; es müssen relevante Formen der Partizipation geschaffen und gestaltet werden, Menschen mit Demenz müssen als Koforscher befähigt werden, es müs-

sen Rollen der Beteiligten geklärt werden, sowie die Frage der Anerkennung von Partizipation. Entsprechend gilt es, die etablierten Methoden und Forschungsdesigns dahingehend anzupassen und neue zu entwickeln.

S211-3
Partizipation von Menschen mit Demenz in technikorientierter Forschung und Entwicklung – ethische Aspekte

W. Teschauer
Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Selbsthilfe Demenz e. V., Berlin, Deutschland

Aus der Analyse der Forschungsliteratur zur Technikentwicklung und hier insbesondere zur Digitalisierung ergibt sich, dass Menschen mit Demenz nur z. T. in die Forschungs- und Entwicklungsprozesse eingebunden sind. Gleichzeitig ist festzustellen, dass sich dieser Technikbereich im Hinblick auf die Anzahl der entwickelten Geräte exponentiell fortentwickelt. Aus ethischer Sicht sind v. a. drei große Themenbereiche zu reflektieren: Die Notwendigkeit der Beteiligung von Menschen mit Demenz an Forschungsprozessen scheint aus verschiedenen Gründen unumgänglich. Dies ist zunächst die in vielen Forschungsvorhaben von den Förderorganisationen geforderte Patientenbeteiligung. Dabei wird dieser Begriff nicht selten als Beteiligung im Sinne von „Beforschtwerden" interpretiert. Gemeint und unverzichtbar ist jedoch die Teilhabe der Menschen mit Demenz an der Gestaltung der Forschungsprojekte und damit auch der Forschungsdesiderate und deren konkreter Operationalisierung. Ein wesentlicher Aspekt scheint hier zu sein, dass Forschungsprojekte auf dem Boden vorhandener Technologien entwickelt werden, die dann für Menschen mit Demenz angepasst werden. Somit beginnt die Entwicklung selten aus einer konkreten Problemstellung mit der Folge einer für dieses Problem spezifischen Forschung. Dem gegenüber steht jedoch – noch mehr als in anderen Bereichen der Forschung – die Frage, wie eine Beteiligung von Patienten am besten zu gestalten ist. Die ethische Basis dieser Teilhabe ist unumstritten, die praktische Umsetzung im Rahmen einer Demenz jedoch komplex. Ein wichtiger Aspekt kann etwa die Progredienz der Erkrankung sein. Im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojektes kann die Möglichkeit zur Beteiligung einer demenzkranken Person zu Beginn eine ganz andere als gegen Ende der Zeitspanne sein. Wie kann mit den Beiträgen einer Person umgegangen werden, die möglicherweise den Diskussionen inhaltlich nicht mehr folgen kann? Dennoch braucht die Forschung das Input der Menschen mit Demenz, um Geräte nicht am Bedarf vorbeizuentwickeln. Darüber hinaus sind in den konkreten Anwendungen unzählige ethische Themen enthalten. Digitale Technologien ermöglichen eine Vielzahl von Überwachungsfunktionen, deren Anwendung ethisch nicht zwangsläufig geklärt ist (z. B. GPS-Tracker, GPS-Fencing, Smart-Home-Anwendungen u. v. m.). Außerdem steht die Frage im Raum, inwiefern z. B. beim Einsatz von Robotern mit einer „Entmenschlichung der Pflege" zu rechnen ist, und was diese ethisch bedeutet.

S211-4
Partizipative Designmethoden für und mit Menschen mit Demenz – Möglichkeiten und Herausforderungen aus der angewandten IT-Gestaltungsperspektive

C. Müller
IT für die alternde Gesellschaft, Wirtschaftsinformatik und neue Medien, Universität Siegen, Siegen, Deutschland

In der Nutzer- und praxisbasierten Informatikforschung ist das „participatory design" (PD) neben ethnografischen oder aktionsforscherischen Methoden seit mehreren Jahrzehnten eine etablierte und weitreichend genutzte Methode. Wie Ansprüche an PD und verbundene Methoden jedoch in „sensitive settings", wie dem der Demenzpflege, in der Kopplung mit der Gesamtperspektive eines interdisziplinären FuE-Konsortiums angelegt und umgesetzt werden, kann stark variieren. Eine hohe Komplexität ist auch dadurch gegeben, dass Wertvorstellungen wie Autonomie, Privatheits- und Sicherheitsbedürfnis situiert sind und je nach soziokulturellem Kontext oder jeweiligem Pflegeverständnis unterschiedliche Zuschreibungen beinhalten. IT-Forschung im Feld der Demenzpflege ist damit durch vielgestaltige soziale, ethisch-moralische, technische und organisationale Aspekte konturiert, die sich in den Projektpublikationen jedoch – wenn überhaupt – nur am Rande wiederfinden. Zu finden sind beispielsweise Themen wie die Fähigkeit oder Aktivitäten zur Ermöglichung von Partizipation für avisierte EndnutzerInnen, Notwendigkeiten und Herausforderungen im Aufbau tragfähiger Beziehungen zu Forschungspartnern/IForschungspartnerinnen in sensiblen Forschungsfeldern, Umgang mit organisationalen Hierarchien oder die Frage, wie generell gemeinsame Vorstellungs- und Designräume zwischen den Welten von Softwareentwicklern/Softwareentwicklerinnen und Nutzern/Nutzerinnen nachhaltig gestaltet werden können oder sollten. Eine These der Nutzer- und praxisbasierten IT-Forschung lautet, dass das finale Designprodukt ein Ergebnis der konkreten anwendungsbezogenen (und partizipativen) Forschung, aber ebenso auch der expliziten Aushandlungen sowie unausgesprochenen, impliziten Vorverständnisse und Erwartungen innerhalb des Projektkonsortiums darstellt, die durch eine Metaanalyse des Projektes zugänglich gemacht werden sollten. Der Vortrag wird die Verschränkung der Forschungs- und Produktgestaltungsperspektive mit organisationalen Restriktionen und Herausforderungen anhand eines Academia-Industrie-Projekts vorstellen, welches das gemeinsame Ziel der Gestaltung eines Ortungssystems für Menschen mit Demenz und deren familiären oder professionellen Pflegenden verfolgt. Möglichkeiten und Herausforderungen für die Installation eines praxisbasierten und partizipativen Forschungsprozesses werden vor dem Hintergrund neuer soziotechnischer Ansätze beleuchtet, die sich selbstreflexiv mit der „Gestaltung der Gestaltung" auseinandersetzen.

S212 Freie Vorträge – Frailty/Delir

S212-1
Körperliches Training als Kernkomponente multimodaler Behandlung älterer Menschen mit Frailty – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Pilotstudie

C. Thiel, T. Braun, C. Ziller, C. Bahns, T. Retzmann, L. Happe, J. Rasche, C. Grüneberg
Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Leitlinien empfehlen zur Behandlung von Frailty eine auf standardisierten Screenings basierende multimodale Intervention mit körperlichem Training als Kernkomponente. In einer randomisierten, kontrollierten Pilotstudie (Registrierung DRKS00011831, positives Votum der Ethikkommission) wurden die Machbarkeit einer Hauptstudie überprüft sowie eine Einschätzung der Effekte eines multimodalen, ressourcenorientierten Interventionsprogramms auf Frailty bei älteren Menschen vorgenommen.
Material und Methoden: Ältere Männer und Frauen mit Frailty, ≥65 Jahre alt, die im eigenen Hausstand und in Bochum leben, wurden zufällig einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt die Regelversorgung sowie ein multimodales Interventionsprogramm. Diese Intervention beinhaltete ein multidimensionales Screening, mündliche Beratung und schriftliche Hinweise zum individuellen Funktions- und Gesundheitsstatus, als Hauptkomponente ein körperliches Heim-Trainingsprogramm („High-intensity-functional-exercise"[HIFE]-Programm), sowie nach Bedarf gemäß Screening weitere Unterstützung für Kognition, Stimmung, Sturzrisiko, Medikation, Ernährung und Selbstversorgung. Die Kontrollgruppe erhielt nur die Regelversorgung. Die Machbarkeit wurde anhand von Kenngrößen für Prozesse, Ressourcen und Management (Durchführbarkeit) sowie anhand der Akzeptanz, Sicherheit und Effekte der Intervention analysiert. Zur Einschätzung der Effekte wurden der Frailty-Index sowie sekundäre klinische Endpunkte vor und nach der 3-monatigen Intervention sowie nach 3 Monaten Fol-

low-up erhoben. Die Analyse der Daten erfolgte nach dem „Intention-to-treat"-Prinzip.
Ergebnisse: Die Phase der Datenerhebung wurde im März 2018 mit insgesamt 41 älteren Menschen beendet, und die Datenanalyse läuft. Ergebnisse werden auf dem Gerontologie-und-Geriatrie-Kongress im September 2018 präsentiert.
Schlussfolgerung: Zur spezifischen Versorgung von Menschen mit Frailty in ihrer Wohnumgebung existieren in Deutschland kaum kontrollierte Studien. Eine auf systematischen Screenings basierende, individualisierte und multimodale Intervention mit dem Schwerpunkt körperliches Training stellt eine vielversprechende und kostengünstige Option häuslicher Versorgung dar.

S212-2
Analyse und Vergleich des prädiktiven Wertes verschiedener Frailty-, Komorbiditäts- und Aktivitäten-des-täglichen-Lebens-Instrumente für die Einjahresmortalität in stationären geriatrischen Patienten

M. Ritt, J. I. Ritt, C. C. Sieber[1], K.-G. Gaßmann
Medizinische Klinik III und Geriatrische Rehabilitation, Geriatrie-Zentrum Erlangen, Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen, Deutschland; [1]Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Hintergrund: Es ist unklar, welches Tool am besten zur Risikostratifizierung bzw. zur Prädiktion der Einjahresmortalität stationärer geriatrischer Patienten geeignet ist. Wir evaluierten und verglichen daher kürzlich den prädiktiven Wert verschiedener Frailty-, Komorbiditäts- und Aktivitäten-des-täglichen-Lebens(ATL)-Instrumente für die Einjahresmortalität in stationären geriatrischen Patienten (Ritt M et al. Clin Interv Aging 2017; 12: 293–304).
Material und Methoden: In die prospektive Studie wurden 307 stationäre geriatrische Patienten mit einem Alter von 65 Jahren oder älter eingeschlossen. Die Clinical Frailty Scale (CFS), ein 40-Item-Frailty-Index (FI), die FRAIL Scale, die Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G), die Komorbiditäts-Domäne des FI (Komorbiditäts-D-FI), Einschränkungen in den sechs Basis-ATL des Katz-Index (ATL-Katz) und die Instrumentellen- und Basis-ATL-Domäne des FI (IATL/ATL-D-FI) wurden während des stationären Aufenthaltes der Patienten erhoben. Die Patienten wurden über ein Jahr nachbeobachtet.
Ergebnisse: Die CFS, der FI, die FRAIL Scale, die CIRS-G, die Komorbiditäts-D-FI, der ATL-Katz und die IATL/ATL-D-FI wiesen in der gesamten Kohorte und in den Subgruppen der unter 83-Jährigen (83 Jahre war der Altersmedian in der Studienkohorte) sowie der mindestens 83-Jährigen einen prädiktiven Wert für die Einjahresmortalität auf (alle $p < 0{,}05$). In der gesamten Kohorte und in den mindestens 83-Jährigen zeigten die CFS und der FI einen besseren prädiktiven Wert für die Einjahresmortalität im Vergleich zu den anderen Instrumenten (alle $p < 0{,}05$). In den unter 83-Jährigen wies die CFS im Vergleich zu den anderen Instrumenten einen besseren prädiktiven Wert für die Einjahresmortalität auf (alle $p < 0{,}05$).
Schlussfolgerung: Die CFS und, in den mindestens 83-Jährigen, auch der FI erwiesen sich unter den oben genannten Tools als die Instrumente mit dem besten prädiktiven Wert für die Einjahresmortalität von stationären geriatrischen Patienten.

S212-3
Sarcopenia and Physical fRailty IN older people: multi-componenT Treatment strategies: die EU Studie SPRINTT

R. Kob, D. Schöne, E. Freiberger[1], C. C. Sieber, im Namen des SPRINTT Teams
Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Hintergrund: Die EU fördert gemeinsam mit Industriepartnern (IMI) das SPRINTT-Projekt, eine multizentrische Studie in neun europäischen Ländern. Das Institut für Biomedizin des Alterns ist der deutsche Partner dieses Konsortiums in dieser multizentrischen, einfach-verblindeten, randomisierten und kontrollierten Phase-III-Studie. Das primäre Ziel der Intervention ist der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mobilität, operationalisiert durch den 400-m-Gehtest.
Material und Methoden: Eingeschlossen wurden *i)* selbstständig lebende Menschen, *ii)* ≥70 Jahren, *iii)* die fähig waren 400 m in <15 min zu gehen, *ii)* funktionelle Einschränkungen aufwiesen (Short Physical Performance Battery (SPPB) 3–7 (80 %), 8–9 (20 %) und *iii)* eine geringe DXA-gemessene appendikuläre Skelettmuskelmasse hatten (total: Männer < 19,75 kg, Frauen < 15,02 kg; BMI-adjustiert: Männer <0,789, Frauen <0,512). Die der Interventionsgruppe zugeteilten Teilnehmer ($n = 62$) absolvieren ein, in der Intensität moderat-intensives, strukturiertes Training mit mehreren Komponenten (Ausdauer, Kraft, Gleichgewicht: 2-mal 60 min/Woche unter Supervision und 3-mal 30 min/Woche Heimtraining). Zusätzlich erhalten sie mindestens einmal/Jahr eine individualisierte Beratung zu Ernährung und körperlicher Aktivität. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe ($n = 61$) nehmen, im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe an einem Schulungsprogramm teil (Vorträge über Gesundheit im Alter, Übungen für Gedächtnistraining 2-mal 60 min/Monat, jeweils 10 min Stretching der oberen Extremitäten).
Ergebnisse: Insgesamt wurden 123 Teilnehmer in die deutsche SPRINTT-Kohorte eingeschlossen. Der Altersdurchschnitt betrug 81,4 (SD 5,4) Jahre, und der Frauenanteil lag bei 65,9 %. Der kognitive Status (Minimental Status Test) betrug 27,1 (SD 1,8) Punkte (von 30), und der SPPB Score beträgt im Durchschnitt 6,1 (SD 1,3) Punkte. Der 400-m-Gehtest wurde in 9,1 (SD 2,3) min absolviert. Die aLM betrug 17,8 (SD 4,7) Kg im Rohwert.
Schlussfolgerung: Die Baseline-Daten zeigen, dass es sich um eine funktionell eingeschränkte Gruppe älterer Menschen handelt. Der Vortrag wird weitere Erkenntnisse aus der laufenden Studie beinhalten und Probleme bei der Rekrutierung thematisieren.

S212-4
PAINT (Preventive Art Intervention Therapy) – ein interdisziplinärer Ansatz zu Delirprävention und Steigerung des Wohlbefindens akutgeriatrischer Patienten

K. Singler, J. Masuch, F. Baierlein, C. Helbig, S. Krammel, M. Gosch
Universitätsklinik für Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Im Rahmen der PAINT-Studie soll erstmalig wissenschaftlich evaluiert werden, ob kunsttherapeutische kognitive Stimulation delirpräventiv wirksam ist (PAINT I), und ob der Einsatz von Kunsttherapie sich positiv auf Parameter des geriatrischen Assessments auswirkt (PAINT II).
Material und Methoden: Es handelt sich um eine monozentrische randomisierte Verlaufsstudie (September 2017 bis August 2019).
PAINT I: Bei akutgeriatrischen Patienten wird bis zum Zeitpunkt der Entlassung zweimal täglich eine standardisiert durchgeführte kunsttherapeutische kognitive Stimulation durchgeführt. Mittels 4AT erfolgt ein tägliches Delirscreening, einschließlich Dokumentation von Subtyp und Dauer. PAINT II: Geriatrische Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, Depression oder chronischem Schmerzsyndrom nehmen während eines Aufenthaltes in der geriatrischen Tagesklinik zweimal wöchentlich an einem kunsttherapeutischen Angebot teil. Mittels eines standardisiert durchgeführten erweiterten geriatrischen Assessments werden Veränderungen funktioneller und kognitiver Parameter vor und nach der Behandlung erhoben.
Drei Monate nach der Entlassung findet ein Telefoninterview statt, um die Nachhaltigkeit der Intervention zu erheben.
Ergebnisse: Bisher wurden 27 bzw. 55 (PAINT-I/II-)Patienten in die Studie eingeschlossen. Das mittlere Alter betrug 86 vs. 83,5 Jahre. Im Studienarm PAINT II zeigte sich nach den bisherigen Ergebnissen eine positive Auswirkung der Intervention auf Emotionalität und Wohlbefinden (5-WHO Well being Index) der Patienten. In PAINT I lagen zum Zeitpunkt der Abstract-Einreichung erst wenige noch nicht genügend Daten vor. Die bis-

herigen Ergebnisse lassen aber einen positiven Effekt der kunsttherapeutischen Intervention im Rahmen delirpräventiver Maßnahmen vermuten.
Zusammenfassung: Durch die Studie soll zum einen der Effekt von Kunsttherapie als Teil des geriatrischen Teams bei Patienten mit Schmerzsyndrom, Depression oder beginnender Demenz erhoben werden, zum anderen ein möglicher delirpräventiver Effekt evaluiert werden.

S212-5
Validierung eines Aktivitätssensors zur Erfassung körperlicher Aktivitätsparameter und innovativer Gangparameter im Alltag von multimorbiden, geriatrischen Patienten mit kognitiven Einschränkungen nach Rehabilitation

M. Bongartz, R. Kiss[1], A. Lacroix, P. Ullrich, T. Eckert, C.-P. Jansen[2], J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Personal, Gesundheit und Soziales, Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, Deutschland; [2]Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ziel der Studie war die Evaluation der biometrischen Qualität eines neu entwickelten Aktivitätssensors (uSense) zur Erfassung etablierter Parameter für körperliche Aktivität sowie erstmals im Alltag gemessener, innovativer, habitueller Gangparameter von multimorbiden, geriatrischen Patienten nach Rehabilitation.
Material und Methoden: Zur Überprüfung der Konstruktvalidität (mittels der klinisch relevanten Parameter körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilitätsradius) und konkurrenten Validität wurden Korrelationen nach Spearman (rho) berechnet. Die Test-Retest-Reliabilität wurde mittels Intraklassenkorrelationen (ICC) ermittelt. Der Anteil an fehlerfreien Messungen wurde genutzt zur Analyse der Durchführbarkeit. Etablierte Parameter für körperliche Aktivität sowie innovative Gangparameter von multimorbiden, geriatrischen Patienten mit kognitiven Einschränkungen ($n = 110$, Mini-Mental State Examination: $23{,}3 \pm 2{,}4$) wurden mit dem uSense und einige der etablierten Parameter für körperliche Aktivität wurden zur Überprüfung der konkurrenten Validität zeitgleich mit einem validierten gut etablierten Bewegungssensor (PAMSysTM) erfasst.
Ergebnisse: Zwischen u-Sense-Parametern und Parametern der körperlichen Leistungsfähigkeit (range rho: 0,02–0,63) und Mobilitätsradius (range rho: 0,01–0,59) zeigten sich im Durchschnitt eine mittlere bis hohe, im Vergleich zum kognitiven und medizinischen Status eine niedere bis moderate Konstruktvalidität (range rho: 0,01–0,30). Hohe Korrelationen (rho: 0,59–0,91) zwischen etablierten körperlichen Aktivitätsparametern, gemessen mit uSense und PAMSysTM, dokumentierten eine hohe konkurrente Validität. Im Durchschnitt gute bis exzellente Test-Retest-Reliabilität zeigte sich bei allen uSense-Parametern (range ICC: 0,68–0,97). Der Anteil der fehlerfreien Messungen indizierte mit 85,5 % eine gute Durchführbarkeit.
Schlussfolgerung: Der uSense ermöglicht die valide und reliable Erfassung von etablierten Parametern der körperlichen Aktivität und innovativen Gangparametern bei multimorbiden, geriatrischen Patienten. Das uSense-Aktivitätsmonitoring erlaubt erstmals eine Analyse des habituellen qualitativen/quantitativen Gangverhaltens dieses schwer messbaren Kollektivs, die bislang auf Laborsettings beschränkt war.

S301 Globalisierte Pflege

K. Aner, K. Brauer[1]

Institut für Sozialwesen, Humanwissenschaften, Universität Kassel, Kassel, Deutschland; [1]Studienbereich Gesundheit und Soziales, Activity and Civil Society (ISAC) FH Kärnten, IARA Institute for Applied Research on Ageing Department for Intergenerational Solidarity, Feldkirchen in Kärnten, Österreich

Das Symposium greift das Thema Globalisierung und Arbeitsmigration in der Pflege auf, das in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum insbesondere mit Blick auf osteuropäische PflegerInnen in der privat finanzierten 24-h-Pflege skandalisiert wurde. Auf diesen Aspekt des Phänomens wirft dieses Symposium einen weiteren analytischen Blick und ergänzt ihn um spezifische Blickrichtungen – auf die Berufs- und Professionalitätsverständnisse in international zusammengesetzten Teams in der ambulanten Pflege sowie darauf, wie MigrantInnen, die hier arbeiten, diese Tätigkeiten und die damit verbundenen „care chains" in ihre Biografien integrieren.

S301-1
Globalisierte Pflege – alles klar?

K. Aner

Institut für Sozialwesen, Humanwissenschaften, Universität Kassel, Kassel, Deutschland

Der Beitrag bietet einen knappen Überblick über den Stand der Forschung zur globalisierten Pflege und verortet auf diese Weise die nachfolgenden Beiträge.

S301-2
Klar: Ich bin immer nur hier in der Wohnung, hier zum Pflegen. Stimmen aus der 24-h-Pflege in Österreich

K. Brauer, G. Hagendorfer-Jauk

IARA: Institute for Applied Research on Ageing, Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen in Kärnten, Österreich

In Österreich hat sich die 24-h-Personenbetreuung als fester Bestandteil der professionellen häuslichen („extramuralen") Pflege etabliert. Sie wird fast ausschließlich von nichteinheimischem, weiblichem Pflegepersonal geleistet. Genaue Zahlen dazu werden über die Träger erhoben, sind aber wenig differenziert und bekannt. Einerseits werden Professionalitätsansprüche, Leistungsspektren und Aufgabenprofile diskutiert. Andererseits wurden Fragen weitgehend ignoriert, die sich den Potenzialen und Perspektiven der Pflegeleistenden, ihren Belastungen im Arbeitskontext widmen. In diesem muss von einer problematischen Dominanz ambivalenter Beziehungen ausgegangen werden, da die Trennung von Privat- und Arbeitssphäre strukturell verschwimmt.
Da auch in diesem Segment Betreuungskonzepte für zu Pflegende mit demenziellen Symptomen mehr und mehr gefragt sind, ermöglicht der wachsende Forschungsbedarf auch einen tieferen sozialwissenschaftlichen Einblick in solche Pflegesettings. Im Rahmen eines Pilotprojektes soll aktuell ein Betreuungskonzept im Bereich der 24-h-Personenbetreuung erprobt werden, in dem die Vernetzung der Pflegeleistenden mit einem erweiterten Betreuungsnetzwerk (Angehörige, Ärzte, Altensozialarbeiter etc.) zentral wird. Die 24-h-pflegeleistenden Migrantinnen sind hierbei als involvierte Expertinnen für Schulungs-, Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen in der Betreuung gefragt. Über die wissenschaftliche Begleitforschung des IARA können somit auch die spezifischen Belastungen der 24-h-Pflegeleistenden, die in einem ihnen sozial und kulturell fremden Feld wirken, als professionelle Stimmen ernster genommen werden.

S301-3
Menschlichkeit kann man in der Schule nicht lernen. Das muss man schon drin haben. Professionalität in internationalen Pflegeteams

E. M. Löffler

Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Kassel, Kassel, Deutschland

Globalisierung, Arbeitsmigration und auch Flucht führen in den Teams der beruflichen (Alten-)Pflege zu neuen Konstellationen. Die Chancen und Herausforderungen multi- oder interkultureller Teams rücken vermehrt in den Fokus der Forschung.

Ergebnisse nationaler und internationaler Studien verweisen auf Sprachbarrieren, enttäuschte Erwartungen über die berufliche Tätigkeit und Differenzen im Berufs- und Pflegeverständnis zwischen Fachkräften aus unterschiedlichen Ländern. Das führt zu Konflikten und ist oft ein Grund für die Rückkehr ins Heimatland. Ausgangspunkt ist dabei bisher die Orientierung an den Konzepten Migration, Integration und Kultur. Dieser Beitrag stellt die These zur Diskussion, dass das individuelle Verständnis von beruflicher Pflege in Wechselbeziehung zur eigenen (Berufs-)Biografie steht. Als theoretische Konzepte dienen entsprechend berufliche Sozialisation (Heinz 1995) und Professionalität (Dewe und Otto 2012). Im Fokus stehen nicht kulturelle Unterschiede, sondern Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Verständnis von Professionalität, die sich durch die (berufliche) Sozialisation in unterschiedlichen Ländern ergeben könnten. Erste Ergebnisse einer eigenen Studie, die sich an diesen Konzepten orientiert, weisen darauf hin, dass (berufs-)biografische Erfahrungen nicht nur das Verständnis von „guter Pflege", sondern ebenso das Verständnis von Professionalität „prägen". Zudem scheint Professionalität mehr als die Verbindung von praktischem und fachlichem Wissen zu sein.

S301-4
Wie MigrantInnen die ambulante Altenpflegearbeit erleben: „care chains" aus biografischer Perspektive

R. Buschmann
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Es liegen seit einigen Jahren Forschungsarbeiten sowohl zu den Erfahrungen von MigrantInnen, die legal in der stationären Pflege beschäftigt sind, als auch zu 24-h-Betreuungskräften vor. Diese Untersuchungen berücksichtigen oft nicht die politischen Dimensionen dieses Phänomens und blenden einen Bereich weitgehend aus: die ambulante Versorgung von älteren Personen in Deutschland. Der Beitrag stellt eine laufende Studie vor, die die individuellen Biografien von ArbeitsmigrantInnen in der ambulanten Pflege in den politischen Kontext von Care chain stellt. Diese Explorative nutzt dazu zum einen das Konzept der „global care chains" (Hochschild 2000), das die „weltweiten Versorgungsketten" mit Blick auf den Gewinn der wohlhabenderen Länder einen („care gain") und die Verluste der ärmeren Länder („care drain") beschreibt. Weil bisherige Beschreibungen der Faktoren, die dazu führen, dass im Zuge der Globalisierung Frauen von ärmeren Ländern Richtung Norden ziehen (wie die von Hochschild und Ehrenreich 2002), die Komplexität der individuellen Situation der MigrantInnen ignorieren, verknüpft die Studie das Konzept der „global care chains" mit der feministischen „Care-work"-Theorie (Winker 2015). Unter der Fragestellung „Wie erleben Pflegekräfte als ArbeitsmigrantInnen Care-Arbeit in der ambulanten Pflege?" werden semistrukturierte, biografische Interviews und thematische Analysen durchgeführt – mit dem Ziel, einen ganzheitlichen Einblick in die Biografie und die aktuelle Situation dieser ArbeitsmigrantInnen zu erhalten.

S303 Brennpunkte der Gerontopsychiatrie

D. K. Wolter
Abt. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland

In diesem Symposium geht es zunächst um frühe Indikatoren bzw. Risikofaktoren von Demenzerkrankungen, wobei ein Schwerpunkt auf den subjektiven Gedächtnisstörungen liegt. Mit den Wahnerkrankungen im Alter wird ein Problemfeld thematisiert, das hinsichtlich der Öffentlichkeitswirksamkeit meist hinter den dominierenden Themen Demenz und Depression zurücksteht, gleichwohl im klinischen Alltag der Altersmedizin oft eine große Herausforderung darstellt. Schließlich wird im letzten Vortrag die in der jüngeren Vergangenheit kontrovers diskutierte Frage untersucht, ob Benzodiazepine ein Demenzrisiko darstellen oder nicht.

S303-1
Wahnerkrankungen im Alter

T. Supprian
Abt. Gerontopsychiatrie, Klinik der Heinrich-Heine-Universität, LVR-Klinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Die Diagnostik und Behandlung von Wahnsymptomatik ist ein zentrales Aufgabengebiet in der Psychiatrie. Am häufigsten wird Wahnsymptomatik in den Zusammenhang mit schizophrenen Psychoseerkrankungen gestellt. Besonders im höheren Lebensalter muss bei der Erstmanifestation von Wahnsymptomatik aber auch an andere Krankheitsursachen gedacht werden. Der Ausschluss sog. organischer Ursachensetzt eine genaue Analyse der Wahnsymptome und anderer psychopathologischer Merkmale voraus und erfordert eine eingehende neuropsychiatrische Abklärung. Die Behandlung eines Wahns bei einem älteren Menschen sollte behutsam und, wenn möglich, unter Einbeziehung von Angehörigen erfolgen. Neben einer medikamentösen Behandlung gibt es psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionsmöglichkeiten, die gut aufeinander abgestimmt werden müssen.

S303-2
Benzodiazepine und Demenz

D. K. Wolter
Abt. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland

Die Frage, ob Benzodiazepine (BZD) das Demenzrisiko erhöhen, wird kontrovers diskutiert. Einerseits können BZD die Lernfähigkeit und weitere neuropsychologische Funktionen beeinträchtigen, wodurch langfristig die kognitive Reservekapazität vermindert und damit eine Demenz früher manifest werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die kumulative Dosis hierfür von Bedeutung ist. Dosierung, Dauer, Art des BZD und Regelmäßigkeit der Einnahme lassen sich jedoch für lange Zeiträume kaum zuverlässig erheben.
Andererseits werden BZD häufig zur Behandlung von Symptomen eingesetzt, die als Frühsymptome einer (Alzheimer-)Demenz der kognitiven Beeinträchtigung und damit der Diagnose lange vorausgehen können, d. h., dass die Demenz nicht Folge der BZD-Medikation wäre, sondern umgekehrt. Es gibt sogar aus der Grundlagenforschung Hinweise auf neuroprotektive Effekte von BZD, indem sie die neurobiologischen Auswirkungen von Stress abmildern. Hingegen gibt es keine Hinweise auf die Verursachung struktureller Hirnveränderungen durch BZD.
Die skizzierten Mechanismen mischen und überlagern sich in epidemiologischen Studien, was die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zum Zusammenhang von Demenzrisiko und BZD-Medikation plausibel macht. Aus den ungünstigen neuropsychologischen Effekten der BZD ist für den klinischen Gebrauch – v. a. im höheren Alter – die Schlussfolgerung abzuleiten, dass die Dosis niedrig gehalten und Substanzen mit Kumulationsrisiko vermieden werden müssen, und dass die Behandlungsdauer kurz gehalten werden sollte.

S303-3
Subjektive kognitive Verschlechterung im Vorfeld der Alzheimer-Demenz

F. Jessen
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

Die Früherkennung der Alzheimer-Krankheit gewinnt zunehmend an Bedeutung. Zwar ist noch keine kausale Therapie verfügbar, aber immer mehr Menschen möchten wissen, ob sie bei kognitiven Problemen ein erhöhtes Risiko haben, eine Demenz zu entwickeln. Während die leichte kognitive Störung („mild cognitive impairment", MCI) seit über 15 Jahren im Fokus der Früherkennungsforschung steht, sind rein subjektive kognitive Störungen („subjective cognitive decline", SCD) erst seit Kurzem

hierfür von Interesse. In dem Vortrag wird ein Überblick über die aktuelle Studienlage zum Risiko für Demenz bei SCD, zu dem Zusammenhang mit Biomarkern für die Alzheimer-Krankheit und zur Demenzprädiktion durch Biomarker bei SCD-Patienten gegeben.

S304 Musik und Kunst

S304-3
Sensorische Erfassung von Gemütszuständen bei Menschen mit Demenz während des Einsatzes von Musik und Musiktherapie

R. Dahms, C. Eicher, R. Dankbar[1], B. Röben[1], T. Vetter[1]

Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Forschung und Entwicklung, Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart, Deutschland

Der Einsatz valider Diagnostik mit sensorischen Messmethoden zur Ermittlung von psychischen Zuständen (Angst, Depression, Freude) wird bereits heute zur therapeutischen Überwachung von medikamentierten Patienten mit psychosozialen Auffälligkeiten eingesetzt (Fook 2007; Lundell 2007). Allen Systemen ist eigen, dass sie physiologische Daten wie Hautwiderstand, Blutdruck und Puls erfassen, Emotionen ermitteln und gezielt darauf reagieren. Zudem wurden Inertialsensoren, welche z. B. über die Aktivitätsmessung das Fortschreiten von Demenzen frühzeitig detektieren (Millichapt et al. 2011), in einigen Studien bereits positiv evaluiert. Jedoch gibt es keine Studien, die die Wirkung von Musik auf die Emotionen von Menschen mit Demenz (MmD) mithilfe von Sensorik untersucht haben.
In der klinischen Interventionsstudie „Singendes klingendes Pflegeheim" wurde analysiert, inwieweit die Integration eines Musikkonzeptes Einfluss auf Emotionen und Lebensqualität von MmD hat. Dazu wurden zwei Pflegeheime mit insgesamt 20 MmD für acht Wochen mit verschiedensten Musikangeboten ausgestattet (z. B. Gruppen- und Einzelmusiktherapie, technische Musiksysteme in Privat- und Gemeinschaftsräumen). Mittels Sensorarmbändern wurde anhand von Vitaldatenparametern die Veränderung des Gemütszustandes durch die Musikintervention gemessen. Zusätzlich wurden während der Musikinterventionszeiten zu insgesamt vier Studienzeitpunkten (Baseline, prä, post, Follow-up) systematische Beobachtungen („dementia care mapping") der MmD durchgeführt.
Vor allem während der Einzelmusiktherapie und des Tanzcafés zeigen die Ergebnisse einen leichten Anstieg des Pulses apathischer MmD. Des Weiteren ließ sich innerhalb dieser Interventionen ein Anstieg des Wertes vom Wohlbefinden und von der Freude beobachten. Das Mobilitätsverhalten im Gebäude, außerhalb der Station, nahm speziell durch das Angebot des Tanzcafés im Schnitt zu und führte damit zu einer erhöhten körperlichen Erregbarkeit und sozialen Teilhabe. Insgesamt konnte bei allen MmD die Erhöhung der Lebensqualität durch die Musikintervention gezeigt werden.

S306 Freie Vorträge – Setting (teil-)stationäre Pflege

S306-1
Möglichkeiten und Grenzen der Integrierten Tagespflege aus Sicht von ExpertInnen

K. Hämel, G. Röhnsch

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund: Auch alte Menschen, die pflegebedürftig sind, sollten in „ihrem" Quartier wohnen bleiben können. Adäquate ambulante und (teil) stationäre Unterstützungsangebote begünstigen dies. Als eine Angebotserweiterung stationärer Pflegeeinrichtungen gilt die Integrierte Tagespflege (ITP), in deren Rahmen Tagesgäste den Tag zusammen mit Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen verbringen und gemeinsame und auch spezifische Angebote nutzen. Tiefere empirische Kenntnisse dazu, welche Chancen und Herausforderungen sich im Zuge der Konzeptionierung und Durchführung der ITP als Angebot einer quartiersnahen Versorgung stellen, fehlen bislang. Dieser Beitrag knüpft an eine solche „Lücke" unter Bezug auf eine Teilstudie zur Evaluation des Modellprojekts „Pflege stationär – weiterdenken!" an.
Material und Methoden: Es wurden 18 leitfadengestützte Interviews mit $n = 20$ ExpertenInnen durchgeführt. Befragt wurden sowohl ExpertInnen, die als Fachkräfte in den Modelleinrichtungen arbeiten, als auch ExpertInnen, die auf Planungs- und Kooperationsebene in das Projekt involviert sind. Die Auswertung erfolgte computergestützt in Anlehnung an das Thematische Kodieren.
Ergebnisse: Chancen, die mit der ITP verbunden sind, erklären sich aus Sicht der Interviewten primär aus der relativ hohen zeitlichen Flexibilität für Tagesgäste und einer verbesserten sozialräumlichen Einbettung beider Nutzergruppen. Die ITP kann sozialer Isolation vorbeugen und soziale Teilhabe sichern. Herausforderungen ergeben sich für die befragten ExpertInnen daraus, Tagesgäste so in die Abläufe stationärer Einrichtungen zu integrieren, dass sowohl sie selbst als auch die BewohnerInnen davon profitieren und nicht etwa miteinander „in Konkurrenz" treten. Zudem liegen Herausforderungen in institutionellen Faktoren (Ängste von Fachkräften vor weiterer Arbeitsverdichtung; ein als solches erlebter Anstieg der Bürokratie durch erweiterte Dokumentationspflichten; Sicherstellung einer stabilen Refinanzierung).
Schlussfolgerungen: Trotz den mit ihr verbundenen Herausforderungen bietet die ITP aus Sicht der ExpertInnen das Potenzial für eine quartiersnahe, sektorenübergreifende Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen. Für eine abschließende Bewertung sind weitere Analysen, insbesondere zu den Sichtweisen der NutzerInnen, erforderlich.

S306-2
Gesundheitsförderung von BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen

B. Wolff

Fachteam Pflege und Gesundheit, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover, Deutschland

Ende 2015 lebten deutschlandweit rund 783.000 Pflegebedürftige in einer der 13.600 Einrichtungen stationärer Altenpflege. Es sind zumeist schwerer oder schwerstpflegebedürftige Menschen mit komplexer Multimorbidität. Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz sieht die Durchführung von präventiven Maßnahmen auch für BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen vor. Im Kontext dazu möchte das hier vorgestellte Projekt Antworten auf folgende Fragestellungen geben: Wie kann es im Rahmen eines systematischen Analyse- und Entwicklungsprozesses gelingen, eine Gesamtkonzeption und die Implementierung von Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung anzustoßen und umzusetzen? Gelingt es dabei alle Beteiligten, wie BewohnerInnen, Angehörige, Leitungskräfte sowie Beschäftigte in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft konsequent am Gesamtprozess zu beteiligen? Ist eine Umsetzung entsprechender Maßnahmen im Rahmen eines zeitlich eng strukturierten Arbeitsalltags der Beschäftigten möglich? Das Projekt „Gesundheitsförderung für BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen" wird von der BARMER Niedersachsen-Bremen gefördert und von der LVG & AFS Niedersachsen e. V. in enger Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. über eine Laufzeit von zwei Jahren bis Januar 2019 koordiniert. Zunächst erfolgte in fünf Projekteinrichtungen eine umfassende Bedarfs- und Ressourcenanalyse in Form von Fokusgruppen. In Projektwerkstätten wurden pro Einrichtung die erhobenen Ergebnisse umfassend diskutiert und Handlungsfelder zur weiteren Bearbeitung herausgearbeitet. Im Rahmen einer kontinuierlichen Arbeit in Projektgruppen werden anhand der priorisierten Themen konkrete Konzepte und Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und in weiteren Schritten umgesetzt und evaluiert. Es ist in allen Projekteinrichtungen gelungen

einen systematischen Analyse- und Entwicklungsprozess gemeinsam mit allen Beteiligtengruppen anzustoßen. Es werden bereits konkrete Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt. Im Vortrag werden die unterschiedlichen Perspektiven der BewohnerInnen und ihrer Angehörigen sowie der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen gegenübergestellt werden. Des Weiteren sollen sowohl die ausgewählten Themen und erste einrichtungsspezifische Konzepte und Maßnahmen vorgestellt sowie die Möglichkeiten und Grenzen eines partizipativen Vorgehens herausgearbeitet werden.

S306-3
Zwei Perspektiven auf das Leben in stationären Altenhilfeeinrichtungen – Bewohner- und Angehörigendaten im Vergleich

R. Stemmer, S. Schimanski-Kahle, C. Mack, J. Klein
Fachbereich Gesundheit und Pflege, Katholische Fachhochschule Mainz, Mainz, Deutschland

Im Altenheim zu leben ist für viele Bewohner (nichtgewünschtes) Resultat von Einschränkungen. Die Stärkung von Autonomie, Partizipation und Selbstständigkeit von Bewohnern/Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen trägt zu deren Wohlbefinden bei, wird aber nicht immer im erforderlichen Umfang umgesetzt (SVR 2014). Das kritische Verhältnis von Angehörigen ist u. a. begründet in der Unzufriedenheit der Angehörigen mit der angebotenen Pflege oder innerfamiliären Konflikten, die nach außen gewendet werden (Haesler et al. 2006). Die vorliegende Studie vergleicht im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes (Förderkennzeichen 13FH-012SA5) die Wahrnehmung eines Altenheimes aus der Sicht der BewohnerInnen mit der Sicht der Angehörigen. Zeitpunkt der Datenerhebung: August bis September 2016. Design/Methode: qualitativer Querschnitt. Datenerhebung in vier Altenheimen in Deutschland. Zur qualitativen Erhebung wurden 11 leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen und 12 episodische Interviews mit Bewohnern/Bewohnerinnen geführt. Der Leitfaden wurde literaturgestützt entwickelt und gruppenspezifisch angepasst. Die Datenauswertung der transkribierten Interviews erfolgt jeweils durch zwei Personen nach Statusgruppen getrennt, orientiert an den Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring mit MAXQDA. Das ethische „clearing“ wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) erteilt. Ergebnisse: Angehörige: unzureichende Kommunikationswege, Zeitmangel, häufiger Personalwechsel, begrenztes Engagement der Pflege- und Betreuungspersonen. Die Angehörigen sehen sich in der Rolle, wahrgenommene Mängel bei der Versorgung auszugleichen. Ergebnisse BewohnerInnen: Selbstständigkeit als permanentes Anliegen, Überlebensstrategien in der Institution, Leben in einem Altenheim als unerwartetes Ereignis, durch organisationale Strukturen eingeengt sein, zufrieden sein mit dem neuen Leben, sich versorgt fühlen durch engagierte, aber gestresste Pflegende, gestresst sein durch Konflikte mit anderen Bewohnern/Bewohnerinnen. Diskussion: In Übereinstimmung mit der Literatur weichen die Wahrnehmungen der Angehörigen und der BewohnerInnen deutlich voneinander ab. Die Angehörigen betonen die Mängel und definieren ihre Rolle im Sinne von Kompensation. Als Ausdruck der wahrgenommenen Abhängigkeit sind die BewohnerInnen eher daran interessiert, sich zu arrangieren. Wohl nicht zufällig werden von ihnen nur Konflikte mit anderen Bewohnern/Bewohnerinnen offen thematisiert.

S306-4
Vielfalt in „Care“-Kontexten am Lebensende – eine Frage der Ethik?

S. Migala, U. Flick
Qualitative Sozial- und Bildungsforschung, Psychologie und Erziehungswissenschaft, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

In „palliative care“ markiert das Verständnis von einem Sterben in Würde für alle Menschen, unabhängig von ihren individuellen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen und Zugehörigkeiten, eine wichtige Zielsetzung in unserer zunehmend in Diversität alternden Gesellschaft. Zugleich werden eine vorausschauende Planung und selbstbestimmte Entscheidungen oft wie selbstverständlich als Ausdruck von Autonomie betrachtet und eine offene Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben vorausgesetzt. Dies entspricht jedoch nicht immer den Vorstellungen oder Fähigkeiten der Betroffenen. Gerade der Blick auf besonders vulnerable Gruppen zeigt, dass eine diskriminierungsfreie Versorgung eine noch zu bewältigende Aufgabe darstellt. Im Fokus eines vom BMG geförderten Projekts steht die Frage nach dem normativen Gehalt von Konzepten der Interkulturalität oder des „Diversity“-Managements und ihrer Eignung für eine gute und gerechte Versorgung am Lebensende durch Organisationen. Ein besonderes Interesse gilt dem Verständnis und der Bedeutung von kultureller Diversität, die ihr diesbezüglich aus verschiedenen Perspektiven zugeschrieben wird. Die Studie nimmt eine interdisziplinäre Forschungsperspektive ein, in der Methoden qualitativer Forschung trianguliert und in ihrer Begründung und Anwendung im Sinne einer empirisch informierten Ethik systematisch reflektiert werden. Neben einer Diskursanalyse und Interviews mit ExpertInnen wurden in einer Sekundäranalyse Daten aus episodischen Interviews mit Sterbenden und Angehörigen ($n = 56$, mit/ohne Migrationshintergrund) hinsichtlich ihrer ethischen Überzeugungen analysiert und im Lichte der leitenden ethischen Prinzipien von Palliative care reflektiert. Sich zeigende divergente Wertvorstellungen oder erlebte Benachteiligungen durch strukturelle Mängel können dabei nicht nur als Widerspruch zu einem engen Verständnis von Autonomie bewertet werden, sondern werden bei daraus resultierenden Nachteilen auch zu einer Frage der Gerechtigkeit oder des Nichtschadens. Erfahrungen mit Interventionen zur Steuerung von Entscheidungen, die einem libertären Paternalismusverständnis entsprechen, lassen sich dagegen besser mit dem Prinzip des Wohltuns vereinbaren. In die Diskussion werden alternative Ansätze der Care-Ethik einbezogen. Erörtert wird, inwiefern eine Stärkung der Dimensionen Achtsamkeit und Verantwortung begründet alternative Handlungsmöglichkeiten zulässt und Risiken mindert, Personen zu exkludieren oder zu benachteiligen.

S307 „LiFE goes on“: neue Entwicklungen und Studien zum „Lifestyle-integrated-Functional-Exercise“(LiFE)-Konzept

C.-P. Jansen
Psychologisches Institut und Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Viele Programme zur Verbesserung der motorischen Funktion und Steigerung der körperlichen Aktivität scheitern an einer nachhaltigen Änderung des Verhaltens. Sehr häufig brechen ältere Menschen die Teilnahme an strukturierten Trainingsprogrammen innerhalb von sechs Monaten wieder ab, während ein großer Teil erst gar nicht daran teilnehmen möchte. Mit dem „Lifestyle-integrated-Functional-Exercise“(LiFE)-Programm wurde vor einigen Jahren ein innovatives und insbesondere nachhaltiges Konzept vorgestellt, welches sowohl hohe Adhärenzraten als auch wesentliche Effekte auf körperliche Aktivität, motorische Funktion und Sturzrate aufweist. Es basiert auf der Idee, spezifische und evidenzbasierte Trainingsübungen in der individuellen Alltagsroutine zu verankern, anstatt diese im Rahmen eines separaten, strukturierten Bewegungsprogramms durchzuführen. Die persönliche Alltagsroutine gibt das Training vor. Im Symposium werden aktuelle Weiterentwicklungen des Konzepts und zielgruppenspezifische Anpassungen vorgestellt. Im Einzelnen behandeln die Vorträge Konzeptbeschreibungen und erste Studienergebnisse verschiedener LiFE-Ableger: *1)* einer anspruchsvollen Adaptation des Programms für Personen ab 60 (aLiFE); *2)* einer ICT-gestützten mHealth-Lösung für Smartphone und Smartwatch (eLiFE); *3)* einer Anpassung des LiFE-Konzepts zur kosteneffektiveren Durchführung im Gruppenformat (gLiFE); *4)* die Konzeptualisierung eines Modells zur Beschreibung psychologischer und psychosozialer Aspekte der Modifikation von Gesundheitsverhalten;

5) einer Pilotstudie zur Überprüfung der Durchführbarkeit des LiFE-Konzepts bei kognitiv eingeschränkten, älteren Krankenhaus- und Rehabilitationspatienten.

S307-1
Anpassung des LiFE-Programms an die Zielgruppe der 60- bis 70-Jährigen – Adapted Lifestyle integrated Functional Exercise (aLiFE)

C. Barz, M. Schwenk[1], C. Nerz, M. Weber[1], C. Becker
Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [1]Psychologisches Institut und Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Das Lifestyle-integrated-Functional-Exercise(LiFE)-Programm von Lindy Clemson (BMJ 2012;345:e4547) ist ein vielversprechender Ansatz zur Aktivitätssteigerung und Sturzprävention für über 70-Jährige. Kern des Konzepts ist die Integration von Übungen in die alltägliche Routine. Im Rahmen des EU-Projekts PreventIT wurde das LiFE-Programm adaptiert, um es an die Leistungsvoraussetzungen und Präventionsziele der Zielgruppe der 60- bis 70-Jährigen anzupassen. Das adaptierte LiFE-Programm (aLiFE) wurde zunächst in einer Pilotstudie getestet und wird aktuell in einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) untersucht.
Material und Methoden: aLiFE beinhaltet spezifische lebensstilintegrierte Übungen zur Steigerung von Kraft, Gleichgewicht und körperlicher Aktivität, die im Hinblick auf ältere Menschen im 6. Lebensjahrzehnt anspruchsvoller gestaltet sind. aLiFE wurde mittels Prä-Post-Test in einer Pilotstudie über 4 Wochen mit älteren Menschen zwischen 61 und 70 Jahren evaluiert. Trainer vermittelten das Programm im Rahmen von vier Hausbesuchen. Die Indikatoren für die Akzeptanz waren u. a. Adhärenz, Nutzen zur Verbesserung motorischer Leistungen und Sicherheit. Prä-Post-Veränderungen in der Gleichgewichtsfähigkeit und der Mobilität wurden mithilfe der Community Balance and Mobility Scale (CBMS) gemessen. Mittels tragbarer Akzelerometer wurde die körperliche Aktivität dokumentiert.
Ergebnisse: Dreißig Personen absolvierten die Studie (Durchschnittsalter 66,4 ± 2,7 Jahre, 60 % Frauen). Im Laufe der Intervention integrierten die Teilnehmer durchschnittlich 12,1 ± 1,8 Übungen in ihren Alltag. Die Übungen Aufstehen vom Stuhl ($n = 28$), Treppensteigen ($n = 27$), Einbeinstand ($n = 23$) und Über-Hindernisse-Steigen ($n = 23$) wurden am häufigsten in den Alltag implementiert. Einzelne Übungen wurden zwischen 3,6 und 6,1 Tagen/Woche und zwischen 1,8- und 7,8-mal/Tag umgesetzt. Die Akzeptanz von aLiFE war hoch. Die Mehrheit der Teilnehmer empfand die Übungen als hilfreich, sicher, angemessen schwierig und auf den individuellen Lebensstil anpassbar. Der CMBS-Punkte-Score verbesserte sich um 6,7 % ($p = 0{,}001$). Die Gehzeit konnte um 7,8 % gesteigert und die Sitz- und Liegezeit um 1,1 % reduziert werden ($p = 0{,}131–0{,}355$).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigten, dass aLiFE in der Zielgruppe der 60- bis 70-Jährigen durchführbar ist und gut angenommen wird.

S307-2
Nutzung von mHealth-Technologie zur Unterstützung einer alltagsintegrierten Trainingsintervention

C. Nerz, C. Barz, A. Kroog, A. S. Mikolaizak, M. Schwenk[1], C. Becker
Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [1]Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Eine rasch alternde Bevölkerung belastet sowohl finanziell als auch operational zunehmend das Gesundheitssystem. Sogenannte mHealth-Lösungen ermöglichen die Ausweitung gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen und den gezielten Zugriff älterer Menschen auf technologiegestützte Bewegungsprogramme, mit dem Ziel, altersassoziiertem funktionellem und kognitivem Abbau entgegenzuwirken. eLiFE stellt eine solche mHealth-Lösung dar, bei der ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm auf eine ICT-Plattform übertragen wird.
Material und Methoden: eLiFE wurde im Rahmen des EU-geförderten PreventIT-Projekts entwickelt und an 60 Personen in Stuttgart, Trondheim und Amsterdam evaluiert ($n_{Stuttgart} = 20$: $M_{Alter} = 67$ Jahre; $n_{weiblich} = 12$). Es ermöglicht den Teilnehmern, selbstständig ihre Fitness zu testen und durch Übungen zu verbessern. Über Akzelerometer im Smartphone oder in der Smartwatch wird die individuelle körperliche Aktivität aufgezeichnet, in Echtzeit ausgewertet und abgebildet. Darauf basierend werden personalisierte Ratschläge zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht sowie zur Steigerung der körperlichen Aktivität gegeben. Insgesamt wurden 4 Hausbesuche und 3 Telefonanrufe während eines Interventionszeitraums von 6 Monaten durch einen geschulten Trainer durchgeführt. Ein virtueller Trainer stand durchgehend zur Verfügung und bot Informationen zu den Übungen sowie Anleitungen zu deren Durchführung. Basierend auf den Sensordaten und der Berichterstattung der Teilnehmer wurde personalisierte Rückmeldung in Bezug auf zuvor ausgewählte Ziele bereitgestellt, um dadurch die langfristige Beibehaltung des Trainingsprogramms zu verbessern.
Ergebnisse: Das eLiFE-Programm wurde i. Allg. gut von den Teilnehmern angenommen. Insbesondere die detaillierte Übungsanleitung anhand von Lehrvideos wurde als hilfreich empfunden. Von den 20 Teilnehmern in Stuttgart beendeten 15 % das Programm vorzeitig.
Schlussfolgerung: eLiFE stellt einen vielversprechenden Ansatz zu Modifikation und Förderung gesundheitswirksamen Verhaltens dar. Insbesondere die Verknüpfung trainingswissenschaftlicher Vorgaben mit der individualisierten, motivationalen Unterstützung birgt hohes Potenzial. Ansätze zur Verbesserung des Programms werden basierend auf der noch nicht abgeschlossenen Datenauswertung diskutiert.

S307-3
Entwicklung eines gruppenbasierten LiFE-Übungsprogramms: Hintergrund, Design und Ergebnisse einer Pilotstudie

F. Kramer, C.-P. Jansen, S. Labudek, C. Nerz[1], C. Barz[1], L. Fleig[2], C. Becker[1], M. Schwenk
Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [2]MSB Medical School Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ursprünglich wird LiFE unter relativ hohem ökonomischen und personellen Aufwand individuell über Hausbesuche vermittelt (iLiFE). Zur Überprüfung einer Ökonomisierung des Konzepts wurde im Rahmen des BMBF-Projekts LiFE-is-LiFE eine gruppenbasierte Version entwickelt (gLiFE) und pilotiert. Im Vortrag werden die Entwicklungsphasen des gLiFE-Programms dargestellt sowie Ergebnisse einer Pilotstudie zur Durchführbarkeit des neuen Programms präsentiert.
Material und Methoden: Unter Berücksichtigung entsprechender Kernelemente des Medical Research Council entwickelte ein interdisziplinäres Forschungsteam das gLiFE-Programm in aufeinanderfolgenden Phasen: In Phase 1 wurden geeignete methodische (Wie) und didaktische (Was) Vorgehensweisen für die Vermittlung der Kraft- und Gleichgewichtsübungen sowie der Übungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität in der Gruppe entwickelt. Phase 2 beinhaltete die Anpassung und Weiterentwicklung der für die Vermittlung benötigten Materialien (z. B. gLiFE Assessment Tool). In Phase 3 wurde das entwickelte gLiFE-Konzept in einer siebenwöchigen Pilotstudie ($n = 6$, $M = 71{,}7$ Jahre, $n = 5$ weiblich) durchgeführt und mittels Fragebogendaten zu Durchführbarkeit, Sicherheit und Nützlichkeit der LiFE-Übungen evaluiert.
Ergebnisse: Die vorgesehenen Organisationsformen für die Vermittlung der LiFE-Übungen sowie die angepassten Materialien zeigten sich für die angedachte Zielgruppe als durchführbar und geeignet. Vier von fünf Teilnehmern (TN) fühlten sich während der Ausführung der LiFE-Übungen in der Gruppe „sehr sicher", einer „sicher". Insgesamt empfanden alle TN die Übungen zur Steigerung ihrer Kraft und Gleichgewichtsfähigkeit als „sehr hilfreich" bzw. „hilfreich". Hinsichtlich der körperlichen Aktivität

galt dies für 80 % der TN. Alle TN würden das gLiFE-Programm weiterempfehlen.
Schlussfolgerung: Die Pilotstudie liefert erste Hinweise für die sichere und altersgerechte Durchführbarkeit des neu entwickelten gLiFE-Konzepts. Ob gLiFE a) hinsichtlich der Effektivität dieselben positiven Effekte erzielt wie iLiFE und b) kostengünstiger ist, wird in einer randomisierten Nichtunterlegenheitsstudie (n_{Ziel} = 300, Start April 2018) überprüft.

S307-4
Die Alltagsintegration der LiFE-Übungen als Gesundheitsverhaltensänderung bei älteren Menschen: individuelle und soziale Aspekte

S. Labudek, C.-P. Jansen, F. Kramer, L. Fleig[1], C. Nerz[2], C. Barz[2], H. Plessner[3], C. Becker[2], M. Schwenk

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Institut für Gesundheitspsychologie, MSB Medical School Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; [3]Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ursprünglich wurde das LiFE-Programm als individuelles Format (iLiFE) entwickelt. Der Fokus von LiFE liegt aus gesundheitspsychologischer Sicht auf einer Verhaltensänderung im Sinne einer Integration funktioneller Kraft- und Gleichgewichtsübungen sowie mehr körperlicher Aktivität (kA) in den Alltag älterer Menschen. Die vorliegende Studie soll überprüfen, inwieweit zusätzlich zu bereits etablierten Komponenten des Health Action Process Approach (HAPA) auch intrinsische Motivation und Gewohnheitsstärke mit der Verhaltensänderung zusammenhängen. Zudem werden sowohl Teilnehmende des iLiFE-Formats als auch der neu entwickelten Gruppenversion von LiFE (gLiFE) berücksichtigt.
Material und Methoden: Zur Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung wurde das HAPA um Motivationsqualität und Gewohnheitsstärke erweitert. Beide Komponenten werden gezielt im LiFE-Programm angesprochen. Gleichzeitig wurden LiFE-spezifische Komponenten (z. B. die LiFE-Übungen) ins HAPA integriert. Sowohl die LiFE-Übungen als auch kA wurden mit Gewohnheitsstärke in Beziehung gesetzt. Die statistische Prüfung des Modells wird mittels Fragebogendaten erfolgen, die in einer randomisierten kontrollierten Studie (geplantes n = 300, Start April 2018) eingesetzt werden. Das gLiFE Konzept wurde mithilfe des modifizierten HAPA und der Behaviour Change Technique (BCT) Taxonomie v1 entwickelt. Die praktische Umsetzung der einzelnen BCT wurde in einem Trainermanual verschriftlicht, in einer Pilotstudie (n = 6) getestet und in einer anschließenden Fokusgruppe auf seine Akzeptanz überprüft.
Ergebnisse: Das modifizierte HAPA und die praktische Umsetzung der BCT in der Intervention sowie deren wissenschaftliche Begründung werden im Rahmen des Vortrags präsentiert. Das Gruppenformat hielt der Testung in der Pilotstudie bezüglich seiner Durchführbarkeit stand. Die Akzeptanz seitens der Teilnehmenden war durchweg positiv.
Schlussfolgerung: Eine wissenschaftliche Überprüfung der Gesundheitsverhaltensmodifikation im Rahmen des LiFE-Programms ist für eine theoriegeleitete Weiterentwicklung des Programms notwendig. Durch die systematische Berücksichtigung und Förderung psychologischer Einflussfaktoren wie der Motivation oder Selbstregulation könnte die Effektivität des LiFE-Programms zusätzlich gesteigert werden.

S307-5
Feasibility of the Lifestyle Integrated Functional Exercise Concept in Cognitively Impaired Older Inpatients/Pilotstudie zur Überprüfung der Durchführbarkeit des Lifestyle-integrated-Functional-Exercise-Konzeptes bei kognitiv eingeschränkten, älteren Krankenhaus- und Rehabilitationspatienten

N. Belala, C. Becker[1], M. Schwenk, A. Kroog[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Immer häufiger werden kognitiv eingeschränkte ältere Menschen zur stationären Behandlung in Krankenhäuser aufgenommen, oftmals aufgrund von Infektionskrankheiten, Herzversagen, Sturzunfällen oder elektiven Behandlungen. Während die Behandlung dieses akuten Zustandes meist erfolgreich ist, verschlechtert sich der Mobilitätsstatus aufgrund von Immobilisation, Stürzen und Bewegungsmangel häufig. Es werden daher neue therapeutische Ansätze benötigt, um einen Mobilitätsverlust während des Krankenhausaufenthaltes zu verhindern und die Ergebnisse dieser vulnerablen Patienten zu verbessern. Das LiFE-Konzept (Lifestyle-integrated Functional Exercise), das mit der Durchführung von ADL zusammenhängende Situationen zum Training von Patienten nutzt, könnte eine innovative, nachhaltige Übergangstherapie darstellen, um einen funktionellen Verlust langfristig zu verhindern. Eine Pilotstudie wurde durchgeführt, um die Machbarkeit und Akzeptanz des LiFE-Programmes zunächst in subakuter Umgebung (geriatrische Rehabilitation) zu testen.
Material und Methoden: Anhand von n = 20 kognitiv mittelschwer beeinträchtigten, älteren Rehabilitationspatienten (84,5 Jahre) wurden die Machbarkeit und Akzeptanz des LiFE-Übungsprogrammes getestet. Zusätzlich erhoben wurden Sturzangst, Schmerz und Unsicherheit während der Übungsausführung. Die Patienten wurden des Weiteren zu subjektivem Nutzen und Sicherheit der durchgeführten Übungen befragt.
Ergebnisse: Für alle Übungen konnten Bodeneffekte festgestellt werden. Die Untersuchung zeigte, dass zwei Übungen für über die Hälfte der Teilnehmer zu schwierig waren (Steigen über Objekte und Fersengang). Im Gegensatz dazu war die Sitz-zum-Stand-Übung für 95 % der Patienten durchführbar. Die Häufigkeit der vorliegenden Bodeneffekte in der Studiengruppe für die übrigen Übungen variierte zwischen 20 % und 40 %.
Schlussfolgerung: In dieser Gruppe kognitiv mittelschwer beeinträchtigter Rehabilitationspatienten war das Programm nur unter supervidierten Bedingungen mit gelegentlicher Unterstützungsleistung durchführbar. Um eine Testung mit kognitiv eingeschränkten Akutpatienten durchführen zu können, ist zunächst eine Anpassung des LiFE-Programmes nötig. Erst dann kann ein transsektoraler Therapieansatz empfohlen werden.

S308 Freie Vorträge – Technik im Einsatz für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen

S308-1
Demenz und Digitalisierung – Verändert die Technik die Welt der Pflege?

W. Teschauer

Ingenium-Stiftung, Ingolstadt, Deutschland

In der Vergangenheit lag der Fokus bei der technischen Unterstützung von Menschen mit Demenz v. a. in Bereichen der Alltagsunterstützung durch Hilfsmittel wie Telefone mit Bildern von Kontaktpersonen oder automatische Abschalteinrichtungen für Herde. In den vergangenen Jahren jedoch eröffnete die Entwicklung der Digitaltechnik ein vorher ungeahntes Spektrum an Assistenzsystemen in den verschiedenen Lebensbereichen. Dazu gehören u. a. die Systeme des „Ambient-assisted-living"-Konzepts, das Sensoren und Geräte im Haushalt in ein Gesamtkonzept einfügt. Mög-

licherweise werden spracherkennende Assistenten in der Zukunft Notrufsysteme ersetzen und Telefonnummern wählen. In der Entwicklung oder im direkten Angebot finden sich „wearables" als technische Einrichtungen, die am Körper getragen werden und entweder selbst oder durch Unterstützung des Internets Daten der Person sammeln, auswerten und ggf. auch weitergeben. Viele von uns kennen solche Systeme in Form von Fitness-Trackern aus dem eigenen Alltag. Hierzu gehören auch die GPS-gestützten Systeme zur Orientierungshilfe oder zum Auffinden von Personen. Digitale Brillen, die die Realität mit virtuellen Informationen mischen („augmented reality") oder rein virtuelle Eindrücke liefern („virtual reality") werden gerade für die Nutzung in der Reminiszenztherapie weiterentwickelt. Computer- (Notebook-, Tablet-, Smartphone-)gestützte Systeme können als Apps vielfältige Nutzungen für MmD bereitstellen, die weit über Programme zum Gedächtnistraining hinausgehen. Ein weiteres großes Thema sind Roboter wie „Paro" oder „Pepper". Paro ist ein bereits intelligentes Spielzeug in Robbenform („emotionale Assistenz"), Pepper ein androider, also menschenähnlicher Roboter, der je nach Programmierung singt, tanzt, zum Gespräch auffordert oder traurig ist, wenn man ihn nicht beachtet. Diese kurze, unvollständige Aufzählung der Möglichkeiten, die durch die Einführung der Digitaltechnik in das Umfeld von MmD zeigt deutlich, dass eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema dringend notwendig ist. Eine Reihe von wichtigen Fragen schließt sich an: Steht eine „Entmenschlichung" der Pflege bevor? Wie reagieren MmD auf solche Angebote? Was erhoffen sich die Entwickler? Wie gehen die unterschiedlichen Ursachen der Demenz, das Lebensalter der Patienten oder das Stadium der Erkrankung ein? Wie kann eine Beteiligung der MmD in der Entwicklung praktisch und ethisch sinnvoll gewährleistet werden?

S308-2
Fokusgruppeninterviews mit Fachkräften zu assistiven Technologien in der Demenzversorgung: erste quantitative Ergebnisse

S. D. Freiesleben, H. Megges, C. Rösch, L. Wessel[1], O. Peters[2]

ECRC, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; [1]Wirtschaftsinformatik, Freie Universität Berlin, Berlin; [2]Klinik für Psychiatrie, Modul Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen könnten von der Verwendung assistiver Technologien profitieren. Während der Produktentwicklung dient das Einbeziehen von Fachkräften als vielversprechende Methode, um die Nutzbarkeit und die Nützlichkeit von Produkten zu steigern. In dieser Studie wurden die Ansichten von Fachkräften zu assistiven Technologien in der Demenzversorgung, mit besonderem Fokus auf GPS-Uhren, analysiert.
Material und Methoden: Es wurden Fokusgruppeninterviews mit 18 Fachkräften aus dem Bereich Gerontologie und Gerontechnologie durchgeführt. Die drei gebildeten Gruppen unterteilten sich zu gleichen Teilen (je $n = 6$) in Wirtschaft, Versorgung und Wissenschaft. Alle Fachkräfte testeten vor der quantitativen Datenerfassung eine frei verkäufliche GPS-Uhr. Es wurden demografische Standardfragen, die Erfahrung mit Demenz und assistiven Technologien in Jahren, die Zahlungsbereitschaft einmal pro Monat für eine den Vorstellungen entsprechende GPS-Uhr, die technologische Affinitätsskala für elektronische Produkte (TA-EG) und die Benutzerfreundlichkeit mit der ISONORM-9241/10-Skala erhoben. Für die hier präsentierte quantitative Analyse wurden Spearmans Korrelationen, einfache lineare Regressionen und einfaktorielle ANOVA durchgeführt.
Ergebnisse: Das durchschnittliche Alter der Fachkräfte betrug 41,3 Jahre (SD = 10,9), die Hälfte war weiblich (50 %), und mindestens die Hälfte hatte fünf oder mehr Jahre Erfahrung mit Demenzerkrankungen (66,7 %) und assistiven Technologien (50 %). Eine signifikante negative Korrelation zwischen TA-EG und Erfahrung mit Demenz ($r = -62$, $p = 0{,}006$) wurde gefunden und blieb nach der Kontrolle für Alter, Geschlecht, Bildung und Erfahrung mit assistiven Technologien signifikant. Die Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen waren nicht signifikant. Eine signifikante einfaktorielle ANOVA zwischen TA-EG und Gruppenzugehörigkeit wurde gefunden [$F(2, 15) = 6{,}76$, $p = 0{,}008$], wobei die Gruppe Wirtschaft ($M = 79{,}5$, $SD = 4{,}4$) signifikant höhere Werte aufwies als die Gruppe Versorgung ($M = 64{,}7$, $SD = 6{,}7$, $p = 0{,}008$) und die Gruppe Forschung ($M = 68{,}0$, $SD = 9{,}9$, $p = 0{,}040$).
Schlussfolgerung: Die Fachkräfte aus den verschiedenen Gruppen unterschieden sich bezogen auf die untersuchten Variablen kaum, mit Ausnahme der Bewertung technologischer Affinität. Für die qualitative Datenanalyse bedeutet dieses Ergebnis, dass die Ansichten von Fachkräften nur gering von demografischen und Störvariablen beeinflusst werden.

S308-3
Dyadische Interaktionen beeinflussen die Nutzererfahrung mit GPS-Geräten in der häuslichen Pflege bei Demenz

C. Rösch, H. Megges[1], S. D. Freiesleben[1], O. Peters[1]

ECRC, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Klinik für Psychiatrie, Modul Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: GPS-Uhren können Menschen mit Demenz (MmD) und einer Hinlauftendenz sowie deren pflegende Angehörige (PA) unterstützen. In dieser Studie untersuchen wir die Bedeutung der Interaktion zwischen den eine Dyade bildenden MmD und PA im Hinblick auf die Nutzererfahrung.
Material und Methoden: Im häuslichen Umfeld testeten 20 Dyaden zwei ähnliche GPS-Uhren für jeweils vier Wochen. Für die Analysen wurden Daten zu drei Zeitpunkten (T1, T2, T3) erhoben. Zu jedem Zeitpunkt füllten die Dyaden die Skalen zur technologischen Affinität für elektronische Geräte (TA-EG), zur Lebensqualität (EUROHIS-QOL), zur Selbstwirksamkeit (SWE) und zur Benutzerfreundlichkeit (ISONORM 9241/10) aus. Zu den Zeitpunkten T2 und T3 bewerteten die Dyaden die Designeigenschaften (Farbe, Schrift, Größe, Gewicht, Knöpfe und Akkulaufzeit), die Telefonfunktion und die Häufigkeit der Nutzung dieser Funktion. Die Interdependenz innerhalb der Dyade wurde mit dem Akteur-Partner-Interdependenz-Modell ermittelt.
Ergebnisse: Es wurden 17 Dyaden analysiert (Drop-out-Rate 10 %). Ein signifikanter Akteureffekt, ausgehend von PA, wurde für die Bewertung der Telefonfunktion zwischen T2 und T3 ($r = 0{,}47$, $p = 0{,}050$), ausgehend von MmD, für den Mittelwert aller Designeigenschaften (MD) zu T2 und T3 ($r = 0{,}57$, $p = 0{,}00$) und ein negativer Akteureffekt zwischen QOL und MD jeweils zu T2 ($r = -0{,}44$, $p = 0{,}03$) und T3 ($r = -0{,}52$, $p = 0{,}00$) gefunden. Signifikante Partnereffekte ausgehend von PA zwischen QOL und Benutzerfreundlichkeit zu T1 ($r = 0{,}47$, $p = 0{,}01$) und T2 ($r = 0{,}44$, $p = 0{,}03$), zwischen QOL und MD zu T2 ($r = 0{,}41$, $p = 0{,}04$), zwischen TA-EG und Benutzerfreundlichkeit zu T2 ($r = 0{,}44$, $p = 0{,}03$), Benutzerfreundlichkeit von T1 zu T2 ($r = 0{,}43$, $p = 0{,}050$) und MD von T2 zu T3 ($r = -0{,}62$, $p = 0{,}00$) wurden gefunden. Es zeigte sich ein Partnereffekt ausgehend von MmD für die Benutzerfreundlichkeit von T1 zu T2 ($r = 0{,}49$, $p = 0{,}02$).
Schlussfolgerung: Diese Untersuchung liefert erste wichtige Ergebnisse, inwiefern Interdependenz innerhalb einer Dyade die Nutzererfahrung bei GPS-Uhren beeinflussen kann. Die Mehrzahl der gefundenen Partnereffekte gehen von PA aus. Die Ergebnisse zeigen, dass zukünftigen Studien dyadische Interaktionen berücksichtigen sollten.

S308-4
Demenzgerechte Gestaltung und Einbindung von Aktivierungsinhalten im I-CARE-System zur technischen Unterstützung informell Pflegender

F. Putze, A. Depner[1], J. Lohse[2], L. Steinert, T. Schulze, C. Simon[2], A. Kruse[1], T. Schultz

Cognitive Systems Lab, Universität Bremen, Bremen, Deutschland; [1]Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Gesundheit und Pflege: I-CARE, AWO Karlsruhe gGmbH, Karlsruhe, Deutschland

Das I-CARE-System (www.projekt-i-care.de) ist ein personalisierbares, tabletbasiertes System zur Aktivierung von Menschen mit Demenz in Ad-hoc-Tandems durch informell Pflegende wie Angehörige oder Freiwillige. Neben kohortenangepasstem Aktivierungsmaterial, wie thematischen Bilderreihen und Rätseln, sowie allgemein nutzbaren Videos und Liedern, kommt dabei auch sehr individuelles Material der NutzerInnen zum Einsatz. Das System wurde im Rahmen eines interdisziplinären und multiprofessionellen Projekts und mit intensiver partizipativer Einbindung der NutzerInnen entwickelt. Eine zentrale Rolle dabei spielen die Gestaltung und Einbindung der Aktivierungsinhalte. Für die Gestaltung des Katalogs an Aktivierungsinhalten wurden technisch operationalisierbare Richtlinien erstellt. Ein weiteres Ziel war es, Überforderung bei der Auswahl aus einem zu großen Katalog zu vermeiden. Gleichzeitig soll die Selbstbestimmung der Nutzenden gefördert werden.
Eine Lösung für diese gegensätzlichen Anforderungen wird durch das I-CARE-Empfehlungssystem geboten. Dabei handelt es sich um eine Programmkomponente, die biografische, verlaufsbezogene und kontextuelle Informationen kombiniert, um geeignete Empfehlungen abzuleiten. Nach jeder Aktivierungssitzung werden explizite und implizite Bewertungen der BenutzerInnen (z. B. basierend auf der Interaktion mit dem Gerät) verwendet, um die individuellen Empfehlungen laufend an die beobachteten Präferenzen anzupassen.
Der Vortrag beschreibt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Gestaltung der Empfehlungen, unter Berücksichtigung der technischen Möglichkeiten und Einschränkungen, der praktischen Beobachtungen aus dem Feld, der Auswertung von Experteninterviews und des theoriegeleiteten Designs. Darüber hinaus werden die Ergebnisse einer Feldstudie präsentiert, bei der das System über einen Zeitraum von mehreren Monaten von 22 Teilnehmertandems (mit bis zu 50 Sessions/Person und mehr als 600 bewerteten Aktivierungsinhalten) eingesetzt wurde. Es werden Verlaufsanalysen zur Nutzung verschiedener Aktivierungsformen präsentiert sowie eine Auswertung der impliziten und expliziten Bewertungen der Inhalte. Darüber hinaus werden Auswertungen des Empfehlungssystems im Vergleich zu einem nichtpersonalisierten Vergleichssystem diskutiert.

S309 Klinische S3-Leitlinie: Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe

A. Lukas, C. Drebenstedt[1], K. Kopke[2]

Zentrum für Altersmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe, Friesoythe, Deutschland; [2]Pflege und Management, Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg, Hamburg, Deutschland

Bis zu 80 % der Heimbewohner leiden unter Schmerzen. Das Schmerzassessment ist dabei häufig erschwert durch kognitive Einschränkungen der Betroffenen, was zu einem mangelhaften Schmerzmanagement führt. Bisher gab es im deutschsprachigen Raum keine klinische Leitlinie, die das Schmerzassessment in dieser Behandlungsgruppe beschreibt. Seit Ende 2017 ist die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe" auf der AWMF-Seite veröffentlicht. Die Leitlinie soll Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte eine Anleitung bieten, wie sie Schmerzen erkennen, einschätzen und den Erfolg einer Therapie verfolgen können.
In dem Symposium zur S3-Leitlinie werden drei kurze Impulsvorträge in das jeweilige Thema rund um die vorgestellte Leitlinie einführen. Die Vortragenden, unterstützt von Mitautoren der Leitlinie, möchten dann in einen intensiven Austausch mit dem Auditorium eintreten.

S309-1
Screening-Assessment-Verlaufserfassung von Schmerzen

C. Drebenstedt

St. Marienhospital Friesoythe gemeinnützige GmbH, Friesoythe, Deutschland

In der neuen Leitlinie zum Schmerzassessment für Menschen in der stationären Altenhilfe wird ein Prozess zur Schmerzerfassung beschrieben, der die Versorgung von Menschen mit Schmerzen verbessern soll. Die dafür gewählten Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung werden in diesem ersten Vortrag der Sitzung erläutert, um eine gemeinsame Sprache als Basis für die weitere Diskussion der Empfehlungen zu legen.

S309-2
Status quo Schmerzerfassung in der Anwendung für den geriatrischen Patienten/alten Menschen

K. Kopke

Pflege und Management, Hochschule für angewandte Wissenschaft, Hamburg, Deutschland

Bereits vor der Entwicklung der S3 Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe" gab es Empfehlungen zur Schmerzeinschätzung dieser vulnerablen Personengruppe in unterschiedlichen Settings der Gesundheitsversorgung. So wird in diesem Vortrag eine Übersicht der bestehenden Empfehlungen gegeben und deren aktueller Umsetzungsgrad kritisch betrachtet.

S309-3
Zukunft: Implementierung der S3-Leitlinie in die geriatrische Versorgung

A. Lukas

Zentrum für Altersmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

In diesem Beitrag soll es um die Frage gehen, wie die Empfehlungen in den Alltag der geriatrischen Versorgung implementiert werden können. Wie sehen bisherige Assessments zum Thema Schmerz in den Vorschlägen der AGAST aus? Wie können zukünftig entsprechende Empfehlungen – etwa in einer Neuentwicklung der AGAST-Empfehlungen – berücksichtigt werden? Wie können Ergebnisse der Leitlinie einem breiten Publikum bekannt gemacht werden?

S310 Presbyakusis – Warum ein interdisziplinäres Vorgehen von Geriatrie und HNO bei der Behandlung der Altersschwerhörigkeit erforderlich ist

C. Völter, R. Wirth[1]

Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, St. Elisabeth-Hospital, Katholisches Klinikum Bochum, Bochum, Deutschland; [1]Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne, Deutschland

Schwerhörigkeit im Alter ist häufig. Die Auswirkung einer solchen auf die allgemeine Lebensqualität, die Häufigkeit von Stürzen, die Entwicklung einer Depression oder die Kognition sind bekannt. Leider werden Hörstörungen im Alter oft nicht oder erst spät erkannt und behandelt.
Zunächst soll ein aktueller Überblick über die derzeitige Datenlage mit dem Fokus auf den Zusammenhang zwischen Hören und Kognition gegeben werden.
Anschließend soll diskutiert werden, welche Möglichkeiten es für eine frühe Erfassung einer Hörstörung im Alter gibt, und welche Rolle hier ein gemeinsames Vorgehen von HNO und Geriatrie spielen könnte. Danach sollen die möglichen konservativen und operativen Möglichkeiten einer Versorgung der Altersschwerhörigkeit dargelegt werden. Wann ist eine konservative Therapie nicht mehr ausreichend? Wie kann die Hörgeräteakzeptanz verbessert werden? Wann besteht die Indikation für eine Operation? Welche Kontraindikationen gibt es?
Gemeinsam mit den Zuhörern soll diskutiert werden, wie es gemeinsam gelingen könnte, schwerhörigen Menschen im Alter besser gerecht zu werden und wo derzeit noch Probleme bestehen.

S311 Arbeitsmarktbeteiligung älterer Menschen während der Übergangsphase in den (Un-)Ruhestand: Ergebnisse der Studie „Transitions and Old Age Potential" (TOP)

A. Mergenthaler

Forschungsgruppe „Alterung", Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden, Deutschland

Seit einigen Jahren ist in Deutschland eine Zunahme der Erwerbsbeteiligung älterer Menschen zu beobachten, auch jenseits der Regelaltersgrenze. So ist nicht nur die Erwerbstätigenquote bei den 55- bis 64-Jährigen deutlich gestiegen; auch bei den 65- bis 69-Jährigen nahm der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2006 und 2016 von 7 % auf 15 % zu. Im Zusammenhang mit einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit stellt somit auch die Fortführung oder die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit für immer mehr ältere Menschen eine Option der Betätigung im Ruhestandsalter dar. Dieser Trend verdeutlicht, dass es immer häufiger zu einer Neubestimmung des Ruhestands kommt, weg von der „wohlverdienten Entpflichtung" hin zum individuellen Projekt des aktiven Unruhestands mit unscharfen Grenzen.

Die Gestaltung der Erwerbsbeteiligung älterer Menschen hängt von individuellen Ressourcen sowie sozialen und gesellschaftlichen Opportunitäten und Restriktionen ab. Der Grad der Gestaltbarkeit und die damit verknüpften Möglichkeiten und Herausforderungen sind daher individuell unterschiedlich. Ältere Menschen profitieren davon, die Faktoren zu kennen, welche die Erwerbsbeteiligung auch jenseits der Regelaltersgrenze mitbestimmen, um ihre eigene Arbeitsmarktbeteiligung für sich selbst gewinnbringend und zufriedenstellend gestalten zu können. Es bestehen jedoch nach wie vor deutliche Forschungslücken, was die Einflüsse dieser Merkmale auf die Arbeitsmarktbeteiligung älterer Menschen angeht.

Die Studie „Transitions and Old Age Potential" (TOP) des BiB bietet eine aktuelle Datengrundlage, die in zwei Wellen die Übergangsphase in den Ruhestand und die Erwerbstätigkeit Älterer abbildet. Im Jahr 2013 wurde eine Stichprobe von 5002 Personen zwischen 55 und 70 Jahren befragt, von denen in 2015/2016 insgesamt 2501 Personen erneut teilnahmen.

Im Symposium werden ausgewählte theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus den beiden Wellen der Studie TOP zu ermöglichenden Faktoren, Barrieren und Spannungsfeldern von Erwerbstätigkeit während des Ruhestandsübergangs, die auf individuellen Entscheidungen und vorgegebenen Rahmenbedingungen beruhen, präsentiert und zur Diskussion gestellt.

S311-1
Konzeptionelle Überlegungen zu Erfassung und Erklärung des (Un-)Ruhestandes in Deutschland

F. Micheel

Forschungsgruppe „Alterung", Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden, Deutschland

Dieser Beitrag setzt sich mit der definitorischen Abgrenzung zwischen Arbeit und Ruhestand bzw. Unruhestand auseinander. Eine kritische Prüfung verschiedener Indikatoren zur Bestimmung des Ruhestandes ergibt, dass in den Sozialwissenschaften keine einheitlich verwendete Definition existiert, was eine nähere Bestimmung der zentralen Konzepte notwendig macht. Unter Unruhestand verstehen wir eine der aktiven Erwerbsphase nachgelagerte Lebenslage im späten Erwachsenenalter, die in Abgrenzung zum Ruhestand durch eine Fortführung, Ausweitung oder (Wieder-)Aufnahme mindestens einer sozial oder ökonomisch produktiven Tätigkeit gekennzeichnet ist.

Zur Erklärung des Übergangs vom „normalen" Erwerbsleben zum (Un-)Ruhestand wird auf ein psychologisches Handlungsmodell (modifiziertes Rubikon-Modell in Anlehnung an Heckhausen und Gollwitzer 1987) zurückgegriffen, das für den vorliegenden Forschungsgegenstand konzeptionell erweitert wurde. Ausgangspunkt der theoretischen Überlegungen ist der ausdrückliche Wille zu einem verzögerten Ruhestand, dessen Umsetzung mentale und soziale Ressourcen voraussetzt. Zudem müssen entsprechende familiale oder arbeitsmarktbezogene Opportunitätsstrukturen existieren, um die Realisation individueller Absichten zum (Un-)Ruhestand zu ermöglichen.

Am Beispiel der Erwerbsarbeit im Ruhestandsalter verstärkt der Blick in die empirische Literatur den Verdacht, dass diesem Phänomen ein Entscheidungsprozess zugrunde liegt, der sich in deutlich abgrenzbare Phasen (in Bezug auf Absichten, Planung und tatsächliche Erwerbstätigkeit) untergliedern lässt. Eine weitere Erkenntnis ist, dass sowohl die individuelle Handlungs- (z. B. persönliche Werte) als auch strukturelle Ebene (z. B. betriebliche Rahmenbedingungen oder Bildungsunterschiede) gleichermaßen den Entscheidungsprozess im Hinblick auf Erwerbsarbeit im Ruhestandsalter beeinflussen.

Für die gerontologische Praxis lässt sich ableiten, dass sich der Diskurs über den (Un-)Ruhestand in Deutschland in einem Spannungsfeld entlang der Dimensionen „Können" (Ressourcen), „Sollen/Müssen" (normative Erwartungen), „Wollen" (individuelle Absichten) und „Dürfen" (rechtliche und sozialstrukturelle Opportunitäten) bewegt.

S311-2
Soziale Teilhabe am Übergang in das Rentenalter – Zusammenhänge mit Erwerbstätigkeit, körperlicher Aktivität und Gesundheit

S. Lippke, V. Cihlar[1]

Health Psychology and Behavioral Medicine, Jacobs University, Bremen, Deutschland; [1]Forschungsgruppe „Alterung", Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Herausforderungen des Alterns betreffen die soziale Teilhabe in Form von Erwerbstätigkeit und Verhaltensweisen, die mit dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit im Zusammenhang stehen. Körperliche Aktivität hat hier eine besondere Bedeutung, weil sie körperliche Fitness und damit die Erwerbsfähigkeit fördert, jedoch viele Erwerbstätige Schwierigkeiten haben, ausreichend körperlich aktiv zu sein. Da insbesondere die vorzeitige Verrentung aufgrund von gesundheitlichen Schwierigkeiten vielfältige biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen mit sich bringt, sollte dies genauer untersucht werden. Ziele der Studie waren: (1) Rentner und Nicht-Rentner hinsichtlich ihres Arbeitsumfanges, ihrer körperlichen Aktivität, einiger psychologischer Ressourcen und ihrer Gesundheit miteinander zu vergleichen und (2) zu testen, welche Rolle die Gesundheit im Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Arbeitsumfang spielt.

Material und Methoden: Es wurden telefonische Interviews mit $n = 5002$ Personen im Alter von 55 bis 70 Jahren zum ersten Messzeitpunkt befragt. Nach 3 Jahren wurden $n = 2501$ (50 %) erneut befragt. Es wurden Korrelations-, Chi^2-, MANOVA und moderierte Mediationsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse: Arbeitsumfang stand nur im Zusammenhang mit dem Alter. Je weniger die Befragten arbeiteten, desto mehr körperliche Aktivitäten übten sie aus. Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Arbeitsumfang war vermittelt durch Gesundheit.

Schlussfolgerung: Gesundheitsförderung durch körperliche Aktivität sollte gezielter bei Arbeitnehmern erfolgen. Dies erscheint sinnvoll, bevor Menschen gesundheitlich eingeschränkt, bereits erwerbsunfähig oder in den Ruhestand gewechselt sind, um die Erwerbsfähigkeit und die soziale Teilhabe durch Erwerbstätigkeit auch in der Rente zu erleichtern. Dies ist eine Aufgabe sowohl für Arbeitgeber als auch für die Arbeitnehmer selbst. Dabei gilt es, die Vielfalt des Alterns zu berücksichtigen, da es auf individuell passende Unterstützung ankommt. Stereotype bezüglich des Alters sollten überwunden werden, um soziale Teilhabe in jedem Alter zu fördern.

S311-3
Arbeitsplatzmuster und die Dauer von Erwerbstätigkeit im Ruhestand

V. Cihlar, U. M. Staudinger[1]

Forschungsgruppe „Alterung", Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden, Deutschland; [1]Columbia Aging Center, Mailman School of Public Health, Columbia University New York, New York/USA

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Erwerbstätigkeit im Ruhestand stellt zumeist ein eher kurzfristiges Phänomen dar. Der Renteneintritt der Babyboomer könnte dazu führen, dass dieses Phänomen in Deutschland noch weiter verbreitet auftreten und damit für eine große Anzahl älterer Menschen relevant werden wird. Diese Präsentation beschäftigt sich mit dem Arbeitsplatzmuster im Ruhestand und dessen Einfluss auf die Dauer der Erwerbstätigkeit. Macht es einen Unterschied, ob diejenigen, die im Ruhestand erwerbstätig sind, lediglich weiter in ihrem früheren Beruf tätig sind oder ob sie sich für eine andere, neue Tätigkeit entscheiden?
Material und Methoden: Die analytische Stichprobe ist eine Teilstichprobe des Datensatzes Transitions and Old Age Potential (TOP), einer längsschnittlichen Lebensphasenstudie mit zwei Wellen von 57- bis 73-jährigen Personen. Für die berichtete Studie wurde die Stichprobe auf Personen beschränkt, die nach ihrem Übergang in den Ruhestand mit einer Erwerbstätigkeit begonnen, aber zum zweiten Messzeitpunkt diese Tätigkeit bereits wieder beendet hatten. Dies führt zu einer Stichprobe von $n = 160$ Personen. Eine schrittweise lineare Regression in fünf Modellen untersucht den Zusammenhang ausgewählter unabhängiger Variablen mit der finalen Dauer der Erwerbstätigkeit im Ruhestand. Ein Wechsel der Beschäftigung im Übergang vom Karriere- zum Ruhestandsjob bildet die zentrale erklärende Variable.
Ergebnisse: Die Beschäftigung gewechselt zu haben, stellt einen stabilen Prädiktor dar. Unter Kontrolle soziodemografischer, ressourcen-, status- und engagementbezogener Variablen waren Personen, die einen Wechsel in der Beschäftigung von ihrem Karrierejob hin zur Tätigkeit im Ruhestand erlebten, 1,9 Jahre länger erwerbstätig als diejenigen, die ihren Karrierejob lediglich über den Eintritt in den Ruhestand hinaus verlängerten ($B = 1{,}88$; $p < 0{,}001$).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Arbeitsplätze für Erwerbstätigkeit über den Ruhestandseintritt hinaus so gestaltet werden sollten, dass diese zu einem gewissen Teil neue bzw. neuartige Tätigkeiten im Vergleich zum Karrierejob beinhalten. Ein neu konfigurierter und auf das höhere Lebensalter zugeschnittener Arbeitsplatz kann Motivation sowie Handhabbarkeit von beruflichen Aufgaben erhöhen.

S311-4
Enkelbetreuung und Arbeitsmarktbeteiligung älterer Frauen in Deutschland

A. Mergenthaler, N. F. Schneider

Forschungsgruppe „Alterung", Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden, Deutschland

Die Arbeitsmarktbeteiligung in Deutschland ist in den letzten Jahren gestiegen, insbesondere bei älteren Frauen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob ein längeres Arbeitsleben zu Konflikten mit anderen produktiven Rollen im späteren Erwachsenenalter führt. Dies gilt insbesondere für die Unterstützung innerhalb der Familie, die in Deutschland v. a. durch Frauen geleistet wird. Ziel der Studie ist es, den Zusammenhang zwischen Typen von Enkelbetreuung und den Erwerbsübergängen älterer Frauen zu beleuchten.
Die Untersuchung basiert auf einem Sample von Frauen aus den beiden Wellen der Studie „Transitions and Old Age Potential" (TOP), die zwischen 1948 und 1958 geboren wurden ($n = 468$). Zusammenhänge zwischen den Typen der Enkelbetreuung und dem Erwerbsumfang (Arbeitsstunden pro Woche) sowie dem Erwerbsausstieg zwischen 2013 und 2016 werden deskriptiv und in getrennten Modellen multivariat untersucht.
Die deskriptiven Befunde zeigen, dass 68 % der älteren Frauen, die entweder eine Enkelbetreuung aufnehmen oder deren Häufigkeit steigern, den Erwerbsumfang reduzieren oder sich vollständig aus dem Arbeitsmarkt zurückziehen. Bei Frauen, die keine Enkel betreuen, sind es lediglich 50 %. Multivariate Analysen zu Veränderungen des Erwerbsumfangs zwischen 2013 und 2016 zeigen eine negative Assoziation für Frauen, die in beiden Wellen Enkel betreuen ($\beta = -5{,}84$; $p < 0{,}01$). Im Hinblick auf den Erwerbsaustritt zeigen sich ambivalente Ergebnisse. Einerseits hatten ältere Frauen, die eine Enkelbetreuung aufnehmen oder deren Häufigkeit erhöhen, eine zweimal höhere Chance eines Erwerbsaustritts ($HR = 2{,}05$; $p < 0{,}01$), verglichen mit Frauen, die keine Enkel betreuen. Dieser Befund entspricht der Rollensubstitutionshypothese. Andererseits zeigen Frauen, die die Häufigkeit der Enkelbetreuung verringern oder die Betreuung einstellen, auch eine höhere Chance, den Arbeitsmarkt zu verlassen ($HR = 2{,}65$; $p < 0{,}01$). Dieses Ergebnis deckt sich mit der „Disengagement"-Theorie.
Die Ergebnisse zeigen, dass eine Enkelbetreuung die Chance einer Verminderung des Erwerbsumfangs oder eines Erwerbsaustiegs bei älteren Frauen erhöht. Die Befunde deuten somit auf ein Vereinbarkeitsproblem zwischen familialen und beruflichen Rollen bei Frauen im höheren Erwachsenenalter hin.

S312 Freie Vorträge – Menschen mit Demenz – Herausforderungen und Lösungsstrategien

S312-1
Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit. Ein Maßnahmenkatalog für bedarfsgerechte Wohnumfeldverbesserung

C. Naumann, U. Höhmann[1]

Detmolder Schule für Architektur und Innenarchitektur, Hochschule Ostwestfalen-Lippe, Detmold, Deutschland; [1]Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen", Fakultät für Gesundheit, Private Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Individuelle Beeinträchtigungen von Menschen mit Demenz (MmD) gefährden die selbstständige Lebensführung in der häuslichen Umgebung und erfordern individuelle Lösungen. Um Abhilfe zu schaffen, werden oft wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht gezogen, die jedoch optimal auf das individuelle Gesundheitsproblem abzustimmen sind. Vorhandene Informationsmaterialien berücksichtigen bislang weder die differenzierten Bedarfe der MmD noch die Komplexität der baulich-sozialen Umgebung. Deshalb wurde ein Maßnahmenkatalog entwickelt, der bauliche Interventionen systematisch aufbereitet und wesentliche individuelle personen- und umweltbezogene Einflussfaktoren benennt.
Material und Methoden: Die Struktur des Katalogs folgt dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Anhand der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und der DIN 276-1 Kosten im Bauwesen werden die individuellen Rahmenbedingungen systematisiert. Ein speziell für diesen Anwendungsfall entwickeltes ICF-basiertes Core Set „Demenz-Wohnungsanpassung" schließt Core Sets für die Personengruppe und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien ein und erlaubt die Beurteilung des individuellen Gesundheitsproblems eines MmD in seiner aktuellen Lebenssituation.
Ergebnis: Der anhand der ICF strukturierte Maßnahmenkatalog erlaubt es, im Rahmen eines dreistufigen Verfahrens eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme an die individuellen Bedarfe, Ressourcen und Beeinträchtigungen der Person und die Rahmenbedingungen der konkreten baulichen, ausstattungsbezogenen und sozialen Umwelt anzupassen.
Schlussfolgerung: Der Maßnahmenkatalog systematisiert das komplexe Wirkungsgefüge von Person und Umwelt und kann die Beratenden darin unterstützen, die passende Intervention für die betroffene Person mit Demenz unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitsproblems und der baulichen Rahmenbedingungen zu empfehlen. Der Leistungsinhalt der Pflegekassen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sollte

in Bezug auf demenzgerechte Maßnahmen kritisch geprüft und um evidenzbasierte Maßnahmen erweitert werden. Die Entwicklung des Core Sets „Demenz-Wohnungsanpassung", auf dessen Grundlage die Kodierung personen- und umweltbezogener Rahmenbedingungen erfolgt, ermöglicht die Präzisierung der Outcome-Kriterien für Interventionen in der häuslichen Umgebung.

S312-2
Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz – Ergebnisse einer „meta-study"

K. Köhler, J. Dreyer, I. Hochgraeber, M. von Kutzleben, B. Holle
AG Versorgungsstrukturen, Standort Witten, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Witten, Deutschland

Hintergrund: Die meisten Menschen mit Demenz leben zu Hause und werden von Angehörigen begleitet. Im Verlauf der Demenz ist der Erhalt einer stabilen Versorgungssituation sowohl ein handlungsleitendes Motiv betroffener Familien als auch ein zentrales sozial- und gesundheitspolitisches Ziel. Eine theoriebasierte Konzeptualisierung des Phänomens der Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements steht bisher jedoch aus.
Forschungsfragen: Was konstituiert die Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz? Was sind zentrale Einflussfaktoren auf Stabilität?
Material und Methoden: Bestehende Evidenz zum Phänomen Stabilität wird im Rahmen einer Meta-Study synthetisiert. Dies geschieht in einem Dreischritt der Analyse von Forschungsergebnissen („meta-data"), Theorien („meta-theory") und Methoden („meta-method"), gefolgt von einer integrierenden Metasynthese. Es werden qualitative, quantitative und „Mixed-methods"-Studien sowie systematische Reviews analysiert. Zentrale Auswertungsmethode ist die thematische Synthese. Zur Methode vgl. PROSPERO (CRD42016041727).
Ergebnisse: Es wurden $n = 136$ Publikationen eingeschlossen. Meta-theory: In Bezug auf die theoretische Rahmung der Studien dominieren Stresstheorien sowie Trajekt- und Entscheidungsmodelle. Meta-method: Quantitative Studien fokussieren meist Risikofaktoren für instabile Versorgung, erklären die dahinter liegenden Prozesse jedoch kaum. Qualitative Studien zielen oft darauf ab, Versorgungshandeln von Angehörigen zu verstehen, benennen aber selten stabilisierende Einflüsse. Meta-data: Stabilität stellt sich als komplexes Phänomen dar, dass durch den Verlauf der Demenz sowie das Handeln der involvierten Akteure und ihrer Beziehung geprägt ist und im Kontext des jeweiligen Sozial- und Gesundheitssystems sowie der Kultur zu verstehen ist. Metasynthese: Ein theoretisches Modell erklärt das Phänomen der Stabilität und bietet Ansatzpunkte für dessen Operationalisierung.
Schlussfolgerung: Es bestehen Forschungslücken in Bezug auf die Perspektive der Menschen mit Demenz auf Stabilität, auf längsschnittliche Rekonstruktionen des oft über Jahre dauernden Versorgungsverlaufs sowie auf positive Aspekte der Versorgung und deren Einfluss auf die Stabilisierung häuslicher Arrangements.
Ausblick: Die Ergebnisse der Meta-Study bilden die Grundlage für empirische Forschung mit dem Fernziel, stabile/instabile Versorgungsarrangements identifizieren und passgenaue Interventionen anbieten zu können.

S312-3
Etablierung eines sektorenübergreifenden Case-Managers „Lüneburger Alterslotse" bewirkte die Optimierung der häuslichen Lebenssituation von geriatrischen Mitbürgern im Landkreis Lüneburg

C. Maaser, U. Borchers[1], M. Frischkorn[1], J. Summann[2], J. Welcker[2], J.-H. Kramer[2], M. Backeberg[3], R. Buescher[3], M. Elvers[3], K. Blumenbach[4]
Klinik für Geriatrie, Städtisches Klinikum Lüneburg gGmbH, Lüneburg, Deutschland; [1]Verein zur Förderung von Innovationen in der Gesundheitswirtschaft OWL e. V., Bielefeld, Deutschland; [2]Gesundheitsholding Lüneburg, Lüneburg, Deutschland; [3]Alterslotsin, Lüneburg; [4]Artlenburg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die sektoral organisierte Gesundheitsversorgung stellt die älter werdende Gesellschaft vor besondere Herausforderungen. Zielsetzung: Etablierung eines unabhängigen, qualifizierten und Sektoren übergreifend tätigen Case-Managers („Lüneburger Alterslotse").
Material und Methoden: Zielgruppe waren geriatrische Mitbürger im Landkreis Lüneburg. Eine Teilnahme am Projekt war durch persönliche Anmeldung, über den Hausarzt oder Stationsarzt bei Klinikaufenthalt möglich. Schwerpunkte beim Erstbesuch waren Erfassung der Versorgungssituation und des Hilfebedarfes (z. B. Sozialanamnese, Selbsthilfefähigkeit, Überprüfung der Medikamenteneinnahme) unter Verwendung von standardisierten Erhebungsbogen, Informierung über passende Angebote und Ansprechpartner im Gesundheitswesen in der Region Lüneburg, Koordinierung von Beratungsangeboten, Analyse der häuslichen Umgebung zur Sturzprophylaxe, Erarbeitung eines individuellen Hilfeplans mit konkreten Maßnahmen, Unterstützung bei Antragsstellung/Behördengängen und Erstellen einer Notfallmappe. Der Hausarzt wurde über die Ergebnisse sowie Optimierungsmöglichkeiten informiert. Die Umsetzung des Hilfeplans wurde 4 Wochen nach Erstbesuch überprüft. Folgebesuche erfolgten alle 6 Monate zur Reevaluation.
Ergebnisse: Im Projektzeitraum konnten 297 Patienten (Durchschnittsalter 82,1 Jahre) eingeschlossen werden. Aus der Zeitreihenanalyse konnten u. a. folgende Effekte im Vergleich zum Eingangsassessment beschrieben werden: Anstieg der Anzahl mit anerkanntem Pflegegrad, nur geringe Abnahme des Barthel-Index, Anstieg der Anzahl mit Vorsorgevollmacht sowie Medikamentenplan. Deutliche Abnahme der Patienten, die nicht mehr ihre Wohnung verlassen. Der Ernährungszustand blieb relativ unverändert. Die Auswertung zur Teilnehmerzufriedenheit ergab u. a., dass sich das Gesundheitsverhalten bei zwei Drittel der Patienten besserte, 80 % ein besseres Verständnis der ärztlichen Behandlung angaben, was u. a. zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme führt. Es gaben 80 % Entlastung der Angehörigen an. Eine Befragung der Hausärzte ergab ein durchweg positive Bewertung mit dem Wunsch einer Fortführung des Projektes.
Schlussfolgerung: Das strukturierte, sektorenübergreifende Case-Management durch die Alterslotsinnen wurde erfolgreich implementiert und konnte bei der Identifizierung der Bedürfnisse von geriatrischen Patienten, der Einleitung von bedarfsgerechten Maßnahmen und der Steigerung der Versorgungsqualität beitragen.

S312-4
Herausforderndes Verhalten: Erleben professionell Pflegender und Strategien der Bewältigung

P. Kowar, A. H. Jacobs[1], A. Helmbold
Fachbereich Gesundheitswesen, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Unter herausforderndem Verhalten versteht man Verhaltensauffälligkeiten, die von der Umgebung als belastend empfunden werden. So werden insbesondere Pflegende von demenzerkrankten Menschen vor großen Herausforderungen gestellt. Ebenso können sich im Zusammenhang mit einem Delir Situationen mit herausforderndem Verhalten verstärken.
Material und Methoden: In der hier durchgeführten qualitativen Studie wird herausforderndes Verhalten aus der Perspektive von Pflegepersonen betrachtet, dabei soll der Frage nachgegangen werden, wie Pflegende herausforderndes Verhalten erleben und damit umgehen. Unter der theoretischen Perspektive des Stressmodels von Lazarus (1984) wird das Ziel angestrebt, stressauslösende sowie stressreduzierende Faktoren zu ermitteln. Dazu werden halbstrukturierte Interviews durchgeführt und mithilfe einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert.
Ergebnisse: Als herausfordernd werden v. a. Patienten wahrgenommen, die aggressiv und handgreiflich sind. Dies wird von den Pflegenden als Bedrohung und Angst wahrgenommen. Als Rahmenbedingung zeigt sich Personal- und Zeitmangel, wodurch sich der Pflegende allein, hilflos, ängstlich und überfordert fühlt und kann dadurch selbst aggressiv

werden. Da Pflegende eigentlich das Ziel haben, anderen zu helfen, und für sie Glaube und innere Werte wichtig sind, kann dies zu einem inneren Konflikt führen. Kurzfristige Auswirkungen sind erhöhter Blutdruck, Überlastungsanzeigen, Kompensation durch Gespräche mit Kollegen, wobei das Arbeitsklima wichtig ist, Familie und Hobbys, um Abstand zu gewinnen. Längerfristige Effekte können im positiven Fall zu vorbeugenden Maßnahmen führen, in negativen Fällen aber die gesamte Familie belasten oder auch zur Kündigung führen.
Schlussfolgerung: Die Wahrnehmung von herausforderndem Verhalten ist sehr individuell. Hierbei spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Unter anderem sind hierbei personelle Faktoren zu nennen wie innere Einstellungen, familiärer Zusammenhalt, Ziele und Wissen. Auch äußere Rahmenbedingungen spielen eine große Rolle. Hierunter ist z. B. Personalmangel, fehlende Fortbildungen und Weiterbildungen oder auch fehlendes Kontrollgefühl zu nennen. Es zeigen sich in der hier durchgeführten Studie im negativen Fall gesundheitliche Schäden, die bis hin zur Kündigung führen können. Da auch in Zukunft ein weiterer Pflegemangel herrscht, ist es wichtig, negative Effekte im Rahmen von herausforderndem Verhalten zu verhindern.

S401 Gerontologe/Gerontologin von Beruf – Berufsbiografien, Handlungsfelder, Herausforderungen

F. Wernicke

Diskutanten: R. Brosch[1], T. A. Müller[2], C. Makus[3]

AGP Sozialforschung, Freiburg, Deutschland; [1]Psychologische und gerontologische Beratung/Psychoonkologie, Geriatrische Tagesklinik, Klinikum Stadt Soest, Soest, Deutschland; [2]Region Nordwest, Fachstelle Altern und Pflege im Quartier, Neuruppin, Deutschland; [3]freiberufliche Gerontologin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: In den vergangenen zehn Jahren hat die Vielfalt akademischer Qualifikations- und Weiterbildungsangebote mit alter(n)swissenschaftlicher Schwerpunktsetzung deutlich zugenommen. Die mittlerweile vorhandene Angebotsstruktur weist zudem eine starke thematische und fachliche Heterogenität auf. Diese lässt sich u. a. in der steigenden Bedeutung der Themen Alter und Altern für zahlreiche Wissenschafts- und Praxisbereiche begründen.
Innerhalb der DGGG findet sich ein weit zurückreichender kritisch-reflexiver Diskurs zur Notwendigkeit sowie zu den Inhalten einer gerontologisch-akademischen Ausbildung. Hierdurch konnten bisher auch wertvolle Erkenntnisse zur Verteilung und inhaltlichen Ausrichtung verschiedener alter(n)srelevanter Studiengänge gewonnen werden.
Handlungsherausforderung: Trotz dieser Vorarbeiten ist noch wenig über die Übergänge von AbsolventInnen in das Berufsleben sowie über die spezifischen Bedingungen des Eintritts in verschiedene Berufskontexte bekannt. Dabei ist von besonderem Interesse, in welche Berufsfelder GerontologInnen gelangen, welche Qualifikationen hierfür ausschlaggebend waren und welche zusätzlich erworben werden müss(t)en.
Ziel der Arbeit: Das geplante Symposium wird gemeinsam mit ausgewählten AbsolventInnen gerontologischer Studiengänge, lehrverantwortlichem Hochschulpersonal sowie Personen aus gerontologisch relevanten Forschungs- und Arbeitsfeldern konzipiert.
Einzelne Berufsbiografien der beteiligten SprecherInnen sollen Aufschluss über die Vielfalt der Bedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten von beruflichen Übergangsphasen geben. Zudem soll ein erster Eindruck gewonnen werden, inwieweit die gelehrten Inhalte an relevante Diskurse und Herausforderungen in der Praxis anschließen.
Ein einleitender Impulsvortrag greift die bisherigen Arbeiten innerhalb der DGGG auf und fasst die aktuellen Forschungsergebnisse zum benannten Thema zusammen. Anschließend erfolgt eine moderierte Diskussion unter Beteiligung des Plenums. Diese wird systematisch dokumentiert und für die Ergebnisübertragung aufgearbeitet und können der DGGG/dem AK „Gerontologische Aus- und Weiterbildung“ so zugänglich gemacht werden.
Zielgruppen: Das Symposium richtet sich an Studierende alter(n)s- und sozialwissenschaftlicher Studien-, Qualifikations- und Ausbildungsgänge sowie Interessierte aus anderen Forschungs- und Praxisbereichen innerhalb der DGGG. Gleichsam sollen Lehrende sowie Akteure aus Wissenschaft und Praxis involviert werden.

S402 Chancen und Herausforderungen von Technologien im Alltag älterer Menschen

U. Fachinger

Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Neue Technologien haben das Potenzial, ältere Menschen in der Versorgung zu unterstützen oder ihnen bei Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu ermöglichen. Konträr zu den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten und den prognostizierten Vorteilen von derartigen Technologien verharrt die Entwicklung dieser, abgesehen von einigen auf dem Markt erhältlichen Einzelanwendungen wie z. B. Hausnotrufsystemen, in Pilot- und Forschungsprojekten. So wird vielfach davon ausgegangen, dass dies u. a. auf Informationsasymmetrien zurückgeführt werden kann. Als Grund hierfür wird der Mangel an Wissen bei den potenziellen Käufern, Dienstleistern und (Zwischen-)Händlern über verfügbare Produkte oder auch über deren Qualität und Nutzen angeführt. Auch das Fehlen von nachhaltigen Geschäftsmodellen wird als Grund für die geringe Verbreitung benannt.
Der Nutzen dieser Technologien wird darin gesehen, dass diese älteren Menschen helfen könnten, sich selbst zu versorgen und ihren Alltag selbstständig zu gestalten. Dies könnte wiederum dazu führen, dass diese Menschen verstärkt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können und ihre Lebensqualität verbessert wird. Des Weiteren könnte auch der Aufwand für formell und informell Pflegende reduziert und eine institutionelle Unterbringung verhindert oder hinausgezögert werden. Wenn mithilfe dieser Technologien weniger Leistungen der Sozialversicherungsträger in Anspruch genommen oder Organisationsabläufe effizienter gestaltet werden, könnten diese Technologien auch potenziell dazu beitragen, die Ausgaben der Sozialversicherungsträger zu reduzieren. Die Nutzen müssen jedoch die Kosten, die mit der Anschaffung, Wartung und Nutzung derartiger Technologien zusammenhängen, rechtfertigen.
Da die Studienlage bezüglich der potenziellen Chancen und Herausforderungen dieser Technologien bislang als mangelhaft bezeichnet werden kann, ist es das Ziel des Symposiums, die für derartige Technologien relevanten Folgen zu diskutieren. Es soll u. a. vor dem Hintergrund der Entwicklung von adäquaten Geschäftsmodellen den Fragen nachgegangen werden, welche Kosten- und Nutzenaspekte relevant sind, wie diese erhoben und gegeneinander abgewogen werden können.

S402-1
Nutzen von Technologien für ein gutes Altern

M. Weidekamp-Maicher

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Hochschule Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Die Entwicklung neuer Technologien für ältere Menschen erfuhr in den vergangenen Jahren einen Konjunkturwechsel verschiedener Legitimationsdiskurse: Von innovativen Technologien als „Zaubermittel“ zur Lösung der mit einer älter werdenden Bevölkerung assoziierten gesellschaftlichen „Probleme“ über den Beitrag von Technik zur Förderung von Selbstständigkeit und Autonomie bis hin zur Entwicklung von Technologien für gutes Leben bzw. gutes Alter(n). Die mit den Legitimationsdiskursen verbundenen Ziele zur Förderung technologischer Entwicklung betonen unterschiedliche Aspekte von Nutzen, z. B. *welcher* Nutzen, *wozu* und *für wen* realisiert werden soll. Im besten Falle soll es gar zur Kumulation

verschiedener Nutzenarten für eine möglichst große Zahl von Stakeholdern kommen. Vor dem Hintergrund einer an Kraft gewinnenden (Weiter-)Entwicklung digitaler Technologien, der Diskussion um eine bessere Implementierung assistiver Technologien in Haushalte von Menschen mit Pflegebedarf sowie ihrer Verzahnung mit sozialen Dienstleistungen und der Entwicklung tragfähiger Geschäftsmodelle, die Kosten und Nutzen gegeneinander abwägen, besteht Bedarf nach einer theoretischen „Sortierung" der unterschiedlichen Verständnisse von Kosten und Nutzen. Der Beitrag versteht sich als eine theoretische Analyse und befasst sich in einem ersten Schritt mit einer Gegenüberstellung der theoretischen Diskurse zur technologischen Entwicklung und ihrem Beitrag zu einem guten Alter(n). In einem zweiten Schritt werden die in den theoretischen Diskursen enthaltenen Nutzen- und Kostenbegriffe abgeleitet. Abschließend soll anhand konkreter Beispiele dargestellt werden, welche Arten von Kosten und Nutzen bei der Implementierung assistiver Technologien in privaten Haushalten von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf (mit dem Schwerpunkt auf Menschen mit Demenz) bisher betrachtet wurden und welche unsichtbar geblieben sind. Der Vortrag beinhaltet eine kritische theoretische Betrachtung von Zielen technologischer Entwicklung im Hinblick auf die Förderung eines guten Alter(n)s und dient als Einführung in ein Symposium, in dem im Rahmen weiterer Vorträge konkrete Beispiele für die Entwicklung von Geschäftsmodellen präsentiert werden.

S402-2
Digitale Informationen im häuslichen Pflegesetting – Herausforderungen einer Nutzenbewertung

S. Helten

FB Angewandte Sozialwissenschaften, Fachhochschule Dortmund, Dortmund, Deutschland

Unternehmen der ambulanten pflegerischen Versorgung sind bereits heute mit großen Herausforderungen wie einer hohen Bürokratisierung sowie einem Fachkräftemangel konfrontiert. Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) bietet zahlreiche Potenziale, diesen Herausforderungen zu begegnen und zur Steigerung von Qualität, Effizienz und Effektivität beizutragen. Die Nutzung dieser Technologien in der Pflege – etwa zur sektorenübergreifenden Vernetzung – bleibt jedoch bislang hinter diesen Möglichkeiten zurück. Damit Effekte wie die Kompensation von personellen Engpässen oder eine Reduktion von Kosten entstehen, bedarf es einer möglichst flächendeckenden Einführung entsprechender Strukturen. Eine Finanzierungsoption bestünde in ihrer Aufnahme in die Regelversorgung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (GKV und GPV), welche jedoch die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien und Nutzenansprüche voraussetzt. Durch die hohe Komplexität der pflegerischen Versorgung sind die antizipierten Effekte durch IuK jedoch nicht kausal nachweisbar, weshalb es für die meisten Produkte und Dienstleistungen allenfalls Ansätze einer Nutzenbewertung gibt. Im Beitrag werden die Herausforderungen einer Nutzenbewertung dargelegt und exemplarisch anhand des Projektes „Pflege im Quartier", das in der Stadt Gelsenkirchen auf die Verbesserung (vor)pflegerischer Strukturen durch eine Optimierung von Informations- und Kommunikationsflüssen abzielt, erläutert. Im Projekt werden eine digitale Pflegeplattform und eine App entwickelt, womit Informationen zeit- und ortsunabhängig bereitstehen. Neben der digitalen Vernetzung erfolgt ein Auf- und Ausbau eines Netzwerks von ortsansässigen Akteuren für die (vor)pflegerische häusliche Versorgung. Um die Kosteneffizienz zu ermitteln, werden die kritischen Versorgungsbereiche im häuslichen Pflegesetting mit potenziellen Lösungen durch die neuen Strukturen abgebildet. Mittels Szenario-Technik werden die entstehenden Ausgaben der GKV und GPV für unterschiedliche Nutzertypen ermittelt. Anschließend erfolgt eine Gegenüberstellung dieser mit den Ausgaben, die aus den im Projekt veränderten (digital unterstützten) Versorgungsprozessen resultieren, was eine Einschätzung potenzieller Einsparungen durch die neuen Strukturen ermöglicht.

S402-3
Nachhaltige Geschäftsmodelle als Grundlage zur erfolgreichen Etablierung von AAL-Technologien

J. Bleja

FB Wirtschaft, Fachhochschule Dortmund, Dortmund, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Der demografische Wandel stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Es wird davon ausgegangen, dass u. a. die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und für deren soziale Folgen sowie der Pflegefachkräftemangel zunehmen. In diesem Zusammenhang werden AAL-Technologien das Potenzial zugesprochen, einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Sicherstellung der Versorgungsqualität zu leisten und zur Ausgabenreduzierung beizutragen. Sie bieten zudem die Möglichkeit, Pflegepersonal zu entlasten, sodass dieses sich verstärkt den zwischenmenschlichen und sozialen Aspekten zuwenden kann. Trotz der hohen Potenzialeinschätzung von AAL-Systemen zeigen sich vermehrt Probleme, die entwickelten Lösungen nachhaltig im Markt zu etablieren. Experten identifizieren insbesondere den Mangel an geeigneten Geschäftsmodellen als eine der Kernproblematiken der Branche. Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des Vortrags, die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen zur Entwicklung nachhaltiger Geschäftsmodelle aufzuzeigen.
Material und Methoden: Auf der Basis einer breiten Literatursichtung wird ein dynamisches und nachhaltiges Modell entwickelt werden, das sich den sich ändernden Strukturen anpassen lässt und eine übergeordnete Perspektive einnimmt. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines derartigen Geschäftsmodells für die erfolgreiche Etablierung von AAL-Technologien stellen geeignete Finanzierungsstrategien dar, die über eine direkte Finanzierung durch den Endnutzer hinausgehen. Dabei werden sowohl die Anforderungen und Bedarfe auf Nutzer-, Dienstleister- und Anbieterseite Berücksichtigung finden.
Ergebnisse und Schlussfolgerung: Bereits existierende Modelle sind vorrangig zur Beschreibung der betriebswirtschaftlichen Geschäftsmodellstruktur eines einzelnen Unternehmens geeignet. Gerade im Bereich von AAL-Technologien zeigt sich jedoch, dass es einer Vielzahl unterschiedlicher kollaborierender Akteure bedarf. Für diese Art der Zusammenschlüsse gilt es, die passenden Geschäftsmodellstrukturen noch zu entwickeln. Damit diese Kooperationen langfristig stabil sind, verlangt es zudem nach einer von allen Beteiligten als fair empfundenen Operationalisierung und Verteilung der Effizienzgewinne.

S402-4
Ökonomische Evaluation von AAL-Technologien – Erfassung des Nutzens von intelligenten Rollatoren

M. Mähs

Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Hintergrund: AAL-Technologien haben das Potenzial, ältere Menschen zu unterstützen, ein selbstbestimmtes, sicheres Leben in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu führen. Um die Nutzung dieser Technologien zu erhöhen, könnten sie beispielsweise zur Unterstützung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung als Regelleistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung implementiert und ihre Kosten von den Sozialversicherungsträgern erstattet werden. Hierfür ist es jedoch notwendig, die Effektivität und Wirtschaftlichkeit dieser Technologien aufzuzeigen. Zurzeit fehlen allerdings Indikatoren, die den Nutzen von derartigen Technologien anzeigen können. Vor diesem Hintergrund wird am Beispiel von intelligenten Rollatoren sowie eines Anwendungsszenarios ein Inventar von Indikatoren erstellt, anhand dessen Effektivität und Wirtschaftlichkeit von AAL-Technologien analysiert werden können.
Material und Methoden: Ausgangspunkt der Indikatorentwicklung bildet die Erstellung eines heuristischen Wirkmodells auf Basis des Modells der Funktionsfähigkeit und Behinderung und ein systematisches Review zu Studien, in denen der Nutzen von traditionellen und intelligenten Rollatoren evaluiert wurde. Hierfür wurde in den Datenbanken *PubMed*, *IEEE*, *CINAHL* und *GeroLit* nach geeigneten Studien gesucht sowie eine Handsuche durchgeführt. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Recherche fin-

den eine Klassifikation und Auswahl möglicher Indikatoren für eine gesundheitsökonomische Evaluation von intelligenten Rollatoren statt.
Ergebnisse: Das Wirkmodell zeigt die Komplexität der Zusammenhänge zwischen einem intelligenten Rollator und dessen Auswirkungen auf den Nutzer sowie die Gesellschaft. Es werden relevante Dimensionen des Nutzens deutlich: die Verbesserung der Lebensqualität, der Mobilität sowie von Selbstmanagementkompetenzen und die Verringerung des Unterstützungsbedarfes. Außerdem gibt es Faktoren, die den Nutzen beeinflussen können, wie z. B. die Sicherheit und Bedienfreundlichkeit.
Schlussfolgerung: Es wurde ein Inventar an Indikatoren für die ökonomische Evaluation von intelligenten Rollatoren entwickelt. Als nächster Schritt ist eine Evaluation und Validierung dieser Indikatoren, z. B. im Rahmen von Delphi-Panels und Fokus-Gruppen sowie unter Anwendung im praktischen Setting, erforderlich.

S403 Update – Mikronährstoffe in der Geriatrie

S403
Update – Mikronährstoffe in der Geriatrie

R. Wirth, D. Volkert[1], H. P. Willschrei[2], I. F. Cuvelier[3], R. Schäfer[4], M. K. Modreker[5], I. Gehrke[6]

Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne, Deutschland; [1]Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [2]Abteilung für Gastroenterologie, Geriatrie und Diabetologie, Innere Medizin, Malteser Krankenhaus St. Josefshospital, Krefeld, Deutschland; [3]Geriatrisches Zentrum, Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr, Karlsruhe, Deutschland; [4]Klinik für Geriatrie, Marien-Krankenhaus Bergisch-Gladbach, Bergisch Gladbach, Deutschland; [5]Zentrum für Altersmedizin, Klinik für Innere Medizin III, Sana Hanse Klinikum, Wismar, Deutschland; [6]Klinik für Innere Medizin IV Altersmedizin, Schwarzwald-Baar-Klinikum, Donaueschingen, Deutschland

Eine unzureichende Energie- und Proteinaufnahme im Sinne der Protein-Energie-Malnutrition ist inzwischen als geriatrisches Syndrom anerkannt, und viele in der Altersmedizin Tätige sind diesbezüglich sensibilisiert. Inwieweit jedoch auch Mikronährstoffdefizite in der Altersmedizin eine Rolle spielen können, ist wenig bekannt. Im Allgemeinen gilt die Mikronährstoffversorgung mit Ausnahme von Vitamin D und Folsäure auch in der älteren Bevölkerung als gesichert. Inwieweit dies jedoch auch für geriatrische Patienten zutrifft, bleibt unklar. Einige Studien zeigen hier deutliche Mikronährstoffdefizite, die durchaus klinisch relevant sein könnten. Den Fragen der epidemiologischen und pathophysiologischen Relevanz für die Altersmedizin will die AG Ernährung und Stoffwechsel der DGG mit diesem Symposium nachgehen und diese anhand ausgewählter Mikronährstoffe beantworten.

S403-1
Vitamin C

H. P. Willschrei

Abteilung für Gastroenterologie, Geriatrie und Diabetologie, Innere Medizin, Malteser Krankenhaus St. Josefshospital, Krefeld, Deutschland

Epidemiologische Untersuchungen beschreiben eine Prävalenz von 5 % für einen Vitamin-C-Mangel und 13 % für eine suboptimale Versorgung in der Allgemeinbevölkerung – auch in den Industrieländern. In einer 2018 veröffentlichten Studie konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Hier betrug die Prävalenz für eine insuffiziente Vitamin-C-Versorgung 17,4 % bzw. 3,3 % für einen signifikanten Mangel bei den untersuchten Personen. Sowohl bei Bewohnern in Alteneinrichtungen als auch bei hospitalisierten älteren Patienten werden noch höhere Prävalenzwerte beschrieben. Die klassische Vitamin-C-Mangel-Erscheinung ist Skorbut. Hierbei zeigen sich typische Haut- und Schleimhautblutungen im Unterschenkel- und im Mundbereich, eine generell verzögerte Wundheilung sowie Gelenk- und Muskelschmerzen. Darüber hinaus werden auch Allgemeinsymptome wie Schwächegefühl, Leistungsabfall und Fieber beschrieben. Ursächlich wird ein erhöhter Vitamin-C-Bedarf u. a. während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Rauchern, fieberhaften Zuständen, chronischen Infekten, Traumen und unter Hämodialyse beschrieben. Mangelzustände können in der Allgemeinbevölkerung auch durch eine unzureichende Zufuhr z. B. aufgrund einseitiger Diäten ohne Obst-/Gemüseanteil bedingt sein. Bei Älteren besteht ein Vitamin-C-Mangel häufig im Rahmen einer generellen Mangelernährung. Verstärkend oder auslösend sind darüber hinaus oftmals Krankenhausaufenthalte bei einer akuten Erkrankung, der Exazerbation einer chronischen Erkrankung oder einer weiterhin nichtbedarfsgerechten Ernährung. Klinische Zeichen eines möglichen Vitamin-C-Mangels sollten bekannt sein; die Skorbutbehandlung ist durch eine entsprechende Substitution billig und einfach durchzuführen.

S403-2
Vitamin B1 in der Geriatrie

I. F. Cuvelier

Geriatrisches Zentrum, Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr, Karlsruhe, Deutschland

Hintergrund: Mit diesem Beitrag möchte wir auf die Bedeutung von Vitamin B_1 ($VitB_1$) in der Geriatrie eingehen. Thiamin ist ein wasserlösliches Vitamin, welches für den KH-Stoffwechsel unentbehrlich ist. Thiaminmangel und deren Folgen sind vielen ausschließlich bei chronischem Alkoholabusus bekannt. Bei geriatrischen Patienten besteht ein erhöhtes Risiko für Thiaminmangel.
Material und Methoden: Es erfolgte eine Literaturrecherche über *PubMed* und *Cochrane* nach Studien und Reviews. Prävalenz: Bei bis zu 30 % der zu Hause Lebenden Älteren, bei bis zu 40 % der Pflegeheimbewohner und bei bis zu 50 % der älteren Krankenhauspatienten wurde laborchemisch ein $VitB_1$-Mangel festgestellt. Als Ursachen wurden eine geringe Aufnahme über die Nahrung (laut Nationale Verzehrsstudie NVS II bei 40 % unzureichend mit als Hauptquellen Fleisch, Wurst und Getreideprodukte), eine erhöhte Exkretion durch Gabe von Diuretika oder ein erhöhter Bedarf (z. B. Glucoseinfusionen im „hospital setting") identifiziert. Thiamin hat keinen Speicher, und bei einer HWZ von 10 bis 20 Tagen muss es regelmäßig mit der Nahrung aufgenommen werden. Klinische Mangelerscheinungen sind Verwirrtheit, periphere Neuropathie, Muskelatrophie, Ödeme, Schwäche, Müdigkeit, Tachykardien und Herzinsuffizienz. Thiamin wird nicht routinemäßig im Labor bestimmt. Bei V. a. Thiaminmangel sollte die Substitution vor der Gabe von Glucose erfolgen. Überdosierungen sind nicht bekannt. Thiamin sollte bei Risikopatienten in der Prävention (und Therapie) von Delir und Refeeding-Syndrom mehr eingesetzt werden.
Schlussfolgerung: Mit diesem Beitrag möchten wir die besondere Bedeutung von $VitB_1$ in der Geriatrie betonen.

S403-4
Zink

M. K. Modreker

Zentrum für Altersmedizin, Klinik für Innere Medizin III, Sana Hanse Klinikum, Wismar, Deutschland

Hintergrund: Zink gehört zu den Spurenelementen und erfüllt im menschlichen Organismus vielfältige Aufgaben.
Ziel der Arbeit: Welche Aufgaben erfüllt Zink, insbesondere bei älteren Menschen? Gibt es spezielle Dosisempfehlungen für ältere Menschen? Wie häufig sind Mangelzustände; welche Symptome zeigen sich? Wie sind die Daten bezüglich Präventionseffekten?
Material und Methoden: Durch Literaturrecherche werden die Funktionen, Aufgaben und Bedeutung von Zink für den menschlichen Organismus und der aktuelle Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Bedeutung für geriatrische Patienten erörtert.

Ergebnis: Während Zinkmangel mit den klassischen Symptomen in Deutschland eher selten zu beobachten ist, wird in der Weltbevölkerungen bei ca. 40 % der Menschen von Zinkmangelsymptomen berichtet.
Schwierig gestaltet sich jedoch, eine Beziehung zwischen Zinkstatus und Symptomen herzustellen, da die Ermittlung des Zinkstatus Problemen unterworfen ist (unzuverlässige Messungen in Serum, Plasma, tageszeitliche Schwankungen).
Neben dem bekanntesten Einsatz der Unterstützung des Immunsystems, gibt es mittlerweile zahlreiche weitere Gebiete, in denen Studien zum Effekt von Zink erfolgen. So wird ein positiver Effekt bezüglich Makuladegeneration, Demenz, Depression, Wundheilung, insbesondere bei Dekubitalulzera, und auch Sarkopenie diskutiert.
Die einzelnen Studienergebnisse sowie die hieraus resultierenden Empfehlungen werden im Detail dargestellt werden.
Schlussfolgerung: Während schwere Zinkmangelzustände in Deutschland eher selten sind, ist eine ausreichende Versorgung jedoch sicherzustellen, insbesondere bei Risikogruppen (ältere Menschen); eine Überdosierung ist zu vermeiden.
Zink erfüllt neben dem Immunschutz zahlreiche weitere Funktionen, sowohl in der Therapie als auch in der Prävention.

S403-5
Update Selen – in Geriatrie und Akutmedizin

I. Gehrke

Klinik für Innere Medizin IV Altermedizin, Schwarzwald-Baar-Klinikum, Donaueschingen, Deutschland

Unter den Spurenelementen nimmt Selen eine Sonderrolle ein, weil bisher noch keine Therapieempfehlung für die Substitution des Selens in der Ernährung allgemein erarbeitet werden konnte. Neben gut beschriebenen Krankheitsbildern, die mit Selenmangel in Verbindung gebracht werden, kommen aktuell zahlreiche weitere Symptome und Syndrome bei Patienten hinzu. Viel diskutiert wird etwa der Einfluss eines Selenmangels auf die Prävalenz der Anämie in Mangelgebieten. Auch in der intensivmedizinischen Ernährung hat sich Selen als relevanter Einflussfaktor erwiesen. Der aktuelle Stand der selengebundenen Krankheitsbilder wird anhand der Ergebnisse von neueren klinischen Studien dargestellt. Gut untersucht sind die regionalen und geografischen Abweichungen der Werte der Selenkonzentration im Serum der Patienten. Hier sind Selenmangelregionen, z. B. in Schottland und England, hervorzuheben. Aber ebenso sind in Kontinentaleuropa sowie insbesondere in Deutschland und Österreich Selenmangelgebiete bekannt. Entsprechend dieser regionalen Verteilung wird auf Basis neuerer klinischer Studien eine analoge Verteilung von Patienten mit Selenmangelsymptomen und -syndromen dargestellt. Das Monitoring der Konzentration des Selens bei den metabolischen und physiologischen Prozessen im Patienten ist immer noch auf die Bestimmung der Selenkonzentration im Serum fokussiert. Unter Berücksichtigung aktueller Ergebnisse der Biochemie zu Aufbau, Generierung, Degradation und Kinetik der Selenoproteine haben sich die Methoden der Laboranalytik weiterentwickelt. Bei geriatrischen Patienten und ihrer häufig manifestierten Multimorbidität ist der Ausschluss eines Selenmangels von besonderer Bedeutung. Die Medikation des Selenmangels ist häufig noch auf die Applikation von Natriumselenit (Na_2SeO_3), Natriumselenat (Na_2SeO_4) oder auch z. B. von Selenomethionin beschränkt. Allerdings besteht die Problematik der biochemischen Degradation dieser Selensubstituenten, weshalb aktuell neuere Substanzen in der Erprobung sind. Zusammenfassend spielt Selen im Stoffwechsel eine weithin unterschätzte Rolle. Selenmangel kann sowohl bei fehlender Zufuhr, etwa im Rahmen einer Mangelernährung bei geriatrischen Patienten, oder einer parenteralen Ernährung, etwa in der Intensivmedizin, an Bedeutung gewinnen. Besonders relevant ist dieser Faktor in geografischen Selenmangelregionen.

S404 Moderne Geriatrie – Symposium der Dr. Theo Schöller Stiftung

S404-3
Taugen Thrombolyse und Thrombektomie bei der Schlaganfall-Akuttherapie auch im Alter?

F. Erbguth

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinik für Neurologie, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Die 1994 eingeführte Akuttherapie der i. v.-Thrombolyse konnte ihre Überlegenheit gegenüber gegenüber einer „Standardtherapie" in mehreren Folgestudien im 4,5-h-Fenster unter Beweis stellen; sie kann bei ca. 15 % der Patienten angewendet werden und ist mit einer „number needed to treat" (NNT) von ca. 10 für ein „besseres Outcome" zu veranschlagen. Ihre Effektivität bleibt auch jenseits der in der Zulassung beschriebenen Altersgrenze von 80 Jahren erhalten [1] und ist in den Leitlinien auch für diese Patientengruppe als „Off-Label" Therapie zu empfehlen. Die Effektivität der mechanischen Thrombektomie (MT) bei großen ischämischen Schlaganfällen durch meist embolische Verschlüsse der großen Hirngefäße wurde im Jahr 2015 durch fünf in *NEJM* publizierte Studien belegt. Die NNT für ein sehr gutes klinisches Outcome (mRS 0–2) beträgt nur 5 [2]. Die Thrombektomien wurden meist zusätzlich zur eingeleiteten i. v.-Thrombolyse durchgeführt. Zwei aktuelle Studien 2018 (DAWN, Defuse-3) [3, 4] haben bei hochselektierten Patienten zeigen können, dass das in den 5 Pionierstudien z. T. bis 8 h angewandte Zeitfenster auf bis zu 24 h erweitert werden kann. Allerdings ist die MT nur bei ca. 5–7 % der Patienten anwendbar. Bei der Implementierung der MT, die als „revolutionär" in der Schlaganfallbehandlung gilt, gab es zunächst einen Trend, ältere Patienten von der Therapie auszuschließen. Subgruppenanalysen aller relevanten Studien zeigen jedoch, dass der positive „Prognose-Hub" auch bei Patienten über 80 Jahren stattfindet und z. T. sogar deutlicher ausgeprägt ist als bei jüngeren Patienten. Allerdings besteht bei den alten Patienten ein insgesamt höheres Morbiditätsniveau. Da die Sterblichkeit unter der MT nur gering gesenkt wird (ca. 20 %), ist bei älteren Patienten eine Kombination eines interventionellen Therapieversuchs indiziert und bei dessen Scheitern die Bereitschaft zur palliativen Therapiezieländerung, wenn es zu großen behindernden Hirninfarkten kommen sollte. Der Vortrag analysiert die besondere Indikations- und Therapiesituation bei älteren Patienten mit Schlaganfall in der Akutsituation.

Literatur

1. ST-3-Collaborators (2012) Lancet 379:2352–2363
2. Goyal M et al (2016) Lancet 387:1723–1731
3. Albers G et al (2018) N Eng J Med 378:708–718
4. Gerschenfeld G et al (2017) Jama Neurol 74:549–556

S405 Neue Engagementprofile in Pflege, Gesundheit und Sozialraum und die Weiterentwicklung der (Pflege-)Selbsthilfe

S. Lechtenfeld

Diskutantin: R. Schramek[1]

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland; [1]Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit – University of Applied Sciences Bochum, Bochum, Deutschland

In den letzten Jahren haben sich die Engagementbereiche Alter, Pflege und Gesundheitsförderung sowie die Alten- und Pflegeselbsthilfe ausdifferenziert. In Nordrhein-Westfalen werden derzeit verschiedene Modellprojekte realisiert, die auf die Entwicklung und Erprobung ehrenamtlicher Begleitansätze sowie auf die Förderung der Pflegeselbsthilfe zielen.

Zugehende Engagementprofile wie ehrenamtliche Begleitansätze bieten älteren Zielgruppen in verschiedenen Lebenssituationen psychosoziale Unterstützung. Dazu gehört, Ältere in bestimmten Kompetenzbereichen zu ermutigen und darin zu bestärken, ihre Ressourcen selbstbestimmt und eigenverantwortlich (weiter) zu entwickeln (Empowerment). Ebenso geht es darum, Exklusionsgefahren zu begegnen, von denen vulnerable Zielgruppen (z. B. pflegende Angehörige) bedroht oder betroffen sind. Neben der Begleitung in spezifischen Lebenslagen (z. B. Pflegebegleiter, Patientenbegleiter, Gesundheitsbegleiter) fokussieren diese Ansätze die Unterstützung älterer NutzerInnen in der Handhabung technischer Geräte oder Systeme (z. B. Technikbotschafter-, lotsen). Um eine Begleitung (älterer) Menschen übernehmen zu können, werden die an der ehrenamtlichen Tätigkeit Interessierten in der Regel auf ihre Aufgaben vorbereitet und durch Schulungen qualifiziert (Ansatz des partizipativen Lernens).
Die Pflegeselbsthilfe befindet sich in Nordrhein-Westfalen im Aufbau. Im Rahmen eines Landesprojektes wird der Strukturaufbau durch sog. Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe (KoPS) und Pflegeselbsthilfegruppen unterstützt. Ziel ist es, den flächendeckenden Aufbau von KoPS und bedarfsgerechte Pflegeselbsthilfegruppen auf kommunaler Ebene zu fördern und Angebote wohnortnah zur Verfügung zu stellen.
Im Symposium werden Entstehungskontext, Zielsetzung, Herausforderungen der praktischen Erprobung sowie erste Evaluationsergebnisse der aktuellen Projekte präsentiert und unter folgenden übergreifenden Fragestellungen diskutiert: Welche Perspektiven der Verstetigung zeichnen sich für die verschiedenen Ansätze ab? Wie werden die Angebote aus Nutzersicht bewertet? Wie kann ein gleichberechtigter Zugang zu diesen Angeboten sichergestellt werden? Wie sind die Ansätze aus geragogischer Perspektive zu beurteilen?

S405-1
Neue Engagementprofile in Pflege, Gesundheit und Sozialraum – Überblick und Einordnung

A. Kuhlmann

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Der einleitende Vortrag gibt auf der Grundlage einer Literaturrecherche und Inhaltsanalyse einen Überblick zu Entwicklung, Verbreitung, gesetzlichen Bezugspunkten und strukturellen Anbindungsmöglichkeiten von Engagementprofilen in den Bereichen Pflege, Gesundheit und im Sozialraum und ordnet diese in den Kontext aktueller Entwicklungen in der Alten- und Pflegeselbsthilfe ein. Neben einer allgemeinen Bewertung werden individuelle sowie gesellschaftliche Chancen und Herausforderungen der Engagementprofile adressiert. Darüber hinaus wird der sozial- und gesundheitspolitische Kontext reflektiert, der für die Umsetzung der aktuellen Projekte zu Entwicklung und Erprobung neuer ehrenamtlicher Begleitansätze handlungsleitend ist.

S405-2
„PuppetBegleitung" – Einführung einer Mensch-Technik-Interaktion für informell Pflegende und psychosoziale Begleitung der Pflegebeziehung

V. Reuter, A. Kuhlmann, E. Bubolz-Lutz[1], R. Schramek[2]

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland;
[1]Forschungsinstitut Geragogik e. V., Düsseldorf, Deutschland; [2]Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit – University of Applied Sciences Bochum, Bochum, Deutschland

Pflegesituationen stellen für informell Pflegende eine Herausforderung dar. Das interdisziplinäre Projekt „OurPuppet" (BMBF, Laufzeit 01.05.2016–30.04.2019) zielt auf die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger insbesondere von Menschen mit Demenz durch Einsatz einer innovativen Mensch-Technik-Interaktion (M-T-I) in Form einer interaktiven Puppe. In einem partizipativ angelegten Forschungsprozess (Schramek, Reuter, Kuhlmann i. E.) wird eine sensorbasierte, interaktive Puppe entwickelt, die bei Abwesenheit des pflegenden Angehörigen mit dem Pflegebedürftigen kommunizieren kann. Untersucht wird, inwiefern der Einsatz des „OurPuppet"-Systems (M-T-I und psychosoziale Begleitung) zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der Beziehungsqualität zwischen Pflegendem und zu Pflegendem beitragen kann.
Innovativ sind dabei die begleitete Einführung des Technikeinsatzes und die psychosoziale Unterstützung der pflegenden Familien durch eigens geschulte PuppetBegleiterInnen. Anders als bestehende Begleitungsansätze konzentrieren sich die PuppetBegleiterInnen nicht alleine auf den Menschen mit Demenz oder die pflegende Person, sie nehmen vielmehr gezielt die Pflegebeziehung in den Blick. Auch unterstützen die PuppetbegleiterInnen den Prozess der Technikeinführung im häuslichen Umfeld, nehmen mit den Nutzern/Nutzerinnen gemeinsam die Handhabung der Puppe in den Fokus und sind für regelmäßige Gespräche im Pflegehaushalt anwesend, mit dem Ziel, die informelle Pflegebeziehung zu fördern und dadurch die pflegenden Angehörigen zu entlasten.
Die PuppetBegleiterInnen werden in einer partizipativ konzipierten Schulung (Schramek und Bubolz-Lutz 2016) auf diese Tätigkeit vorbereitet. Neben den technischen Funktionen lernen sie zu Themen wie Biografiearbeit mit Menschen mit Demenz, Puppen als Übergangsobjekte, Bedeutung und Perspektiven von Beziehungen, achtsame Kommunikation in Pflegebeziehungen (Marte Meo), ethisch-soziale Spannungsfelder (z. B. Autonomie vs. Fremdbestimmung) etc.
Im Beitrag werden die Anforderungen dieses Begleitkonzepts, die Ergebnisse der Schulungsevaluation (teilstandardisierte schriftliche Befragung) und Erfahrungen aus ersten Einsätzen der Puppet-BegleiterInnen vorgestellt und mit Blick auf den weiteren Projektverlauf diskutiert.

S405-3
„FreiwilligeGesundheitsbegleiterInnen" – Entwicklung und Erprobung eines neuen Engagementprofils im Rahmen des Aufbaus eines multifunktional nutzbaren Gesundheitszentrums in Bocholt Spork

B. Bertermann, A. Ehlers, A. Kuhlmann, S. Lechtenfeld

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Die Vielfältigkeit und Individualität des Alter(n)s zeigt sich auch in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für viele (ältere) Menschen stellt es eine Herausforderung dar, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufrechtzuerhalten oder zu entwickeln. Im Rahmen des Projektes „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier" (Förderer: LeitmarktAgentur.NRW, Landesregierung Nordrhein-Westfalen und EFRE-NRW; Laufzeit: 03/2017–03/2020) wird deshalb u. a. ein auf freiwilligem Engagement gestützter Ansatz der Gesundheitsbegleitung entwickelt und erprobt.
Das neue Freiwilligenprofil „GesundheitsbegleiterInnen" zielt darauf, (ältere) Menschen für ein gesundes und aktives Leben zu sensibilisieren, den Zugang zu entsprechenden Angeboten zu erleichtern und zu ihrer regelmäßigen Nutzung zu motivieren. Die Qualifizierung der freiwillig Engagierten basiert auf dem Ansatz des partizipativen Lernens. In der Praxisphase werden die GesundheitsbegleiterInnen kontinuierlich dabei unterstützt, ihre konkreten Begleitungserfahrungen zu reflektieren und das neue Freiwilligenprofil gemeinsam sukzessive weiterzuentwickeln.
Die grundlegende Fragestellung des Beitrags lautet, wie das Profil einer Gesundheitsbegleiterin/eines Gesundheitsbegleiters unter Berücksichtigung des Konzepts des selbstbestimmten Lernens und der partizipativen Curriculumentwicklung entwickelt und in der Praxis erprobt werden kann. Hierzu werden konzeptionelle Eckpunkte der Qualifizierung sowie konkrete Ergebnisse und Erfahrungen, die im Verlauf der Qualifizierung und im Rahmen der notwendigen begleitenden Aktivitäten (Akquise der Freiwilligen und der begleiteten Personen, Vernetzung mit relevanten Akteuren vor Ort, juristische Absicherung der freiwilligen Tätigkeit usw.) gemacht wurden ebenso vorgestellt und diskutiert wie die wissenschaftlichen

Erkenntnisse, die sich aus den ersten praktischen Begleitungserlebnissen ergeben haben. Dabei zeigt sich, dass es sich bei dem neuen Freiwilligenprofil um eine komplexe und voraussetzungsreiche Tätigkeit handelt, bei der ein sensibles und verantwortungsvolles Vorgehen gefragt ist.

S405-4
Technikbegleitung im Pflege-Mix – eine Kooperation von freiwilligen „Technikbotschaftern" und Pflegefach- und Betreuungskräften als „Techniklotsen"

E. Bubolz-Lutz, J. Stiel
Forschungsinstitut Geragogik e.V., Düsseldorf, Deutschland

Menschen, denen der Zugang zum Internet verschlossen bleibt, können die Chancen der Digitalisierung nicht wahrnehmen und verlieren Möglichkeiten der Teilhabe. Besonders bestimmte Gruppen älterer BürgerInnen sind von digitaler Exklusion betroffen. Dazu gehören nicht zuletzt Menschen mit Pflegebedarf und die sie im häuslichen Umfeld pflegenden Angehörigen. Gerade für diesen Personenkreis hat das Projekt QuartiersNETZ (BMBF 2004–2008) Strategien zur Verbesserung von Teilhabe durch Ermutigung und Befähigung zur Nutzung digitaler Medien entwickelt. Vorgestellt wird ein zweistufiges Verfahren, dass es im Sinne des „Pflege-Mix" (Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen) Personen aus Pflegehaushalten erleichtert, Technik verstärkt und gezielt zu nutzen.
Im Rahmen des Projektes sind fehlende geeignete AnsprechpartnerInnen als eine der zentralen Barrieren der Nutzung digitaler Medien identifiziert worden. Hierzu wurde im Rahmen des Teilprojektes „Technikbegleitung" eine Interventionsstrategie zum Aufbau von freiwillig engagierten Technikbotschafter-Initiativen für die Quartiere erprobt. Freiwillige jeden Alters wurden gewonnen und auf ihr Engagement vorbereitet, um dann in den Stadtteilen – u. a. auch in speziell eingerichteten Techniktreffs – aktiv zu sein. Die Evaluationsergebnisse hinsichtlich der NutzerInnen der Angebote zeigen, dass mit Technikbegleitung auch exklusionsgefährdete ältere Personen erreicht werden können, also Personen, die durch traditionelle Bildungseinrichtungen eher nicht (mehr) erreicht werden.
Speziell zur Erreichung von Personen in Pflegehaushalten wurde das Tätigkeitsprofil des „Techniklotsen" entwickelt und eingeführt: Im Rahmen von drei Workshops (insgesamt 20 Unterrichtsstunden) werden professionelle Dienstleister, Pflegefachkräfte und Betreuungskräfte auf die Aufgabe vorbereitet, eine Brücke zu den freiwilligen Technikbotschaftern zu schlagen und erste kleine Impulse und Erläuterungen zur Ermutigung von Techniknutzung zu geben.
Berichtet wird über die erfolgreiche Strategie, durch das Zusammenspiel von Haupt- und Ehrenamt Personen zur Nutzung von Technik zu motivieren und sie über Technikbegleitung in das Leben im Quartier einzubeziehen.

S405-5
Aufbau der Pflegeselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen – Erfahrungen aus dem Projekt KoNAP

C. Dahlheim, L. Heuel
Landeskoordinierungsstelle NRW/KoNAP – KompetenzNetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung NRW, Düsseldorf, Deutschland

Das „KompetenzNetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung" (KoNAP) (gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)) zielt darauf, die bestehende Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige landesweit zu erfassen.
KoNAP unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen beim schnellen Auffinden der passenden Beratungsangebote und bei möglichen Schwierigkeiten, die sich aus der Inanspruchnahme der Beratungsangebote ergeben. Über eine Internetplattform (www.pflegewegweiser-nrw.de) erhalten Ratsuchende zudem einen schnellen Überblick über sämtliche Angebote und Fragen rund um das Thema Pflege in NRW. Über die landesweite Hotline (0800-4040044) werden Angehörige und Pflegebedürftige schnell und unbürokratisch in das jeweilige ortsnahe Angebot gelotst.
Parallel unterstützt und koordiniert KoNAP die Pflegeselbsthilfe in NRW. Hierfür wurden örtliche Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe (KoPS) aufgebaut. Zentrale Aufgaben der KoPS sind die Sicherstellung der Erreichbarkeit pflegender Angehöriger sowie die Unterstützung der Gründung lokaler Pflegeselbsthilfegruppen. Überlegungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Pflegeselbsthilfe beziehen auch aufsuchende Angebote ein, um zeitlich stark eingebundene und hoch belastete pflegende Angehörige besser zu erreichen. KoNAP und die KoPS arbeiten mit örtlichen Einrichtungen und kommunalen Fachdiensten zusammen.
Der Beitrag stellt das Projekt im Überblick sowie die bisherigen Umsetzungserfahrungen und zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Pflegeselbsthilfe dar.

S406 Mobilität bei geriatrischen Patienten

A. Steinert, N. Lahmann
Diskutanten: A. Latendorf, S. Kuntz, L. Otten, K. Raeder
Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, CC13, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Der Erhalt der Mobilität und Maßnahmen bei unterschiedlich eingeschränkter Mobilität stellen einen zentralen Bestandteil in der Versorgung geriatrischer Patienten dar. Ausreichende Mobilität ist die Voraussetzung für autonomes und selbstbestimmtes Handeln. Einschränkungen der Mobilität gelten als übergeordneter Risikofaktor für die fünf häufigsten „geriatrischen Syndrome": Inkontinenz, allgemeine Funktionseinschränkungen, demenzielle Erkrankungen, Dekubitus und Stürze [1]. Dies konnte im Rahmen einer großen multizentrischen Studie aus den Jahren 2008–2012 für Bewohner in deutschen Pflegeheimen empirisch belegt und quantifiziert werden [2]. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat das „Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege" (DNQP) sich des Themas angenommen und im Frühjahr 2014 den Entwurf des neuen Expertenstandards zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität" vorgestellt [3]. Vor diesem Hintergrund wird für das Thema Mobilitätsstatus, Mobilitätseinschränkungen und präventive und therapeutische Maßnahmen in unterschiedlichen Settings des deutschen Gesundheitswesens ein eigenes Symposium auf dem DGGG-Kongress veranstaltet. Im Rahmen des Symposiums werden folgende Studien vorgestellt:

1. Epidemiologie der eingeschränkten Mobilität bei geriatrischen Patienten in akut-stationären Kliniken sowie in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen,
2. „Wie *gehen* Sie nach Hause?" Mobilitätsstatus nach Entlassung aus einem geriatrischen Akutkrankenhaus,
3. Entwicklung eines textilbasierten waschbaren Mikroelektroniksystems zum Mobilitätsmonitoring Pflegebedürftiger: Projekt EMPOWER,
4. Projekt zur Fahrleistungsfähigkeit älterer Menschen,
5. Projekt Lindera: Validierung eines Smartphone-App zur Gangbildanalyse und Einschätzung des Sturzrisikos,
6. Diskussion.

Literatur

1. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA (2007) Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 55(5):780–791
2. Lahmann N, Tannen A, Kuntz S, Raeder K, Schmitz G, Dassen T, Kottner J (2016) Mobility is the key! Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. Int J Nurs Stud
3. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Erhalt und Förderung der Mobilität, Osnabrück 2014.

S406-1
Epidemiologie der Mobilität bei geriatrischen Patienten in Kliniken, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten

K. Raeder, D. E. Jachan

Forschungsgruppe Geriatrie | AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Mobilität ist eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Lebensqualität im Alter. Eine eingeschränkte Mobilität gilt als Risikofaktor für verschiedene geriatrische Syndrome wie beispielsweise Inkontinenz und Sturz. Der Einsatz geeigneter Hilfsmittel kann den Mobilitätsstatus erhalten und/oder unterstützen.
Material und Methoden: Im Rahmen zweier deutschlandweiter multizentrischer Querschnittstudien wurden im Jahr 2015 in der ersten Studie 7 Kliniken mit 1133 Patienten, 16 Pflegeheime mit 994 Bewohnern und in der zweiten Studie 102 ambulante Pflegedienste mit 923 Klienten von geschultem Pflegefachpersonal mittels Fragebogen befragt. Die Mobilität wurde mit der „Elderly Mobility Scale" erfasst. Die befragten Personen wurden drei Altersgruppen zugeordnet: ≤69 Jahre, 70 bis 79 Jahre und ≥80 Jahre.
Ergebnisse: Von den ≥80-jährigen Personen waren in den Kliniken 35 %, in den Pflegeheimen 26 % und in den ambulanten Pflegediensten 24 % immobil. Teilweise mobil waren in den Kliniken 20 %, in den Pflegeheimen 23 % und in den ambulanten Pflegediensten 30 % der ≥80-Jährigen. Von den teilweise mobilen ≥80-jährigen Personen verwendeten in den Kliniken 10 % keine Hilfsmittel und 62 % einen Rollator, in den Pflegeheimen 7 % keine Hilfsmittel und 78 % einen Rollator und in den ambulanten Pflegediensten 3 % keine Hilfsmittel und 82 % einen Rollator. Von den immobilen ≥80-jährigen Personen in den Kliniken hatten 50 %, in den Pflegeheimen 72 % und in den ambulanten Pflegediensten 46 % einen Rollstuhl.
Schlussfolgerung: In den Kliniken und ambulanten Pflegediensten stand mehr als der Hälfte der immobilen ≥80-jährigen Personen kein Rollstuhl zur Verfügung, und 40 % der teilweise mobilen ≥80-jährigen Patienten in den Kliniken verwendeten keinen Rollator. Das Risiko zu stürzen ist bei den immobilen und teilweise mobilen Personen deutlich erhöht und kann durch entsprechend angepasste Hilfsmittel gesenkt werden. Darüber hinaus kann auch die funktionelle Harninkontinenz unter Einsatz von geeigneten Mobilitätshilfen positiv beeinflusst werden.

S406-2
Funktionelle Einschränkungen, Frailty und Lebensqualität bei mangelernährten, geriatrischen Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung

L. Otten, K. Franz, C. Herpich[1], J. Kiselev[2], U. Müller-Werdan, K. Norman

Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Hospitalisierte geriatrische Patienten haben häufig einen schlechten Ernährungszustand, der mit einer erhöhten Komplikationsrate und verminderten Lebensqualität einhergeht.
Wir untersuchten funktionelle Einschränkungen, Frailty-Status und Lebensqualität bei geriatrischen Patienten einer akut-geriatrischen Klinik, die ein Risiko für eine Mangelernährung oder eine bestehende Mangelernährung aufwiesen, vor Entlassung in die Häuslichkeit.
Material und Methoden: Mangelernährung wurde bei Patienten ohne kognitive Einschränkungen anhand des Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF) identifiziert (Risiko: 8 bis 11 Punkte, Mangelernährung: <8 Punkte). Frailty wurde nach den Fried-Kriterien bewertet (Fried 2001). Hierfür wurden maximale isometrische Handkraft mittels Dynamometrie und Gehzeit gemessen sowie Gewichtsverlust, Erschöpfung und physische Aktivität standardisiert erfragt. Selbstberichtete funktionelle Einschränkungen wurden mithilfe des Fragebogens der *Longitudinal Amsterdam Aging Study* (LASA) evaluiert. Lebensqualität wurde anhand des EQ5D5L-Index (5 Stufen: Mobilität, Selbstversorgung, Aktivität, Schmerzen, Angst) und *Visual Analogue Scale* (EQ-VAS) bewertet.
Ergebnisse: Es wurden 204 Patienten in die Analyse eingeschlossen (77,5 ± 6,3 Jahre, 59,8 % Frauen), davon hatten 106 (52,0 %) ein Mangelernährungsrisiko und 97 (47,5 %) eine Mangelernährung. Mangelernährte Patienten waren häufiger „frail" als die mit einem Risiko (60 (30,8 %) vs. 30 (15,4 %), $p < 0{,}001$). Selbstberichtete funktionelle Einschränkungen waren bei Patienten mit Mangelernährung stärker ausgeprägt (17,3 ± 6,2 vs. 14,3 ± 5,6 von max. 30 Punkten, $p = 0{,}001$), während sich die Lebensqualität nicht signifikant unterschied (EQ5D5L-Index und EQVAS). Betrachtet man die einzelnen Stufen des EQ5D5L-Index, gaben Patienten mehrheitlich an, Probleme zu haben.
Schlussfolgerung: Mangelernährte Patienten wiesen sowohl objektiv gemessene als auch subjektiv berichtete Einschränkungen auf, unterschieden sich aber nicht bezüglich der Lebensqualität im Vergleich zu Patienten mit einem Mangelernährungsrisiko.

S406-3
Entwicklung eines textilbasierten waschbaren Mikroelektroniksystems zum Monitoring Pflegebedürftiger im ambulanten und im stationären Bereich: EmPower

S. Kuntz, S. Strube-Lahmann, N. Lahmann

Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ein großer Anteil der pflegerischen Betreuung wird zu Hause von Angehörigen übernommen. Haben diese keinen gesundheitsbezogenen beruflichen Hintergrund, besteht oftmals ein großer Bedarf an Anleitung, Beratung und Unterstützung, insbesondere bezogen auf Krankenbeobachtung und das frühzeitige Erkennen von krisenhaften Zuständen. Sensorisch basierte Messmethoden erlauben eine kostengünstige, laufende Erfassung von Vitalzeichen (Atmung, Puls, Temperatur) und weiterer Aspekte wie beispielsweise die Veränderung der Hautfeuchtigkeit oder des Grads und Umfangs der Mobilität. Auf Basis der abgeleiteten sensorischen Daten werden Algorithmen entwickelt, welche daraufhin notwendige Interventionen initiieren. Dabei ist es wichtig, dass die Sensoren körpernah am Patienten angebracht sind, jedoch diesen gleichzeitig in seiner Lebensführung nicht beeinflussen. Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines in sich geschlossenen, mobilen, aufbereitungsbeständigen, textilintegrierten Mikroelektroniksystems, dass die kontinuierliche multimodale Messung von Puls, Atmung, pO_2, Hautfeuchtigkeit, Temperatur und Bewegung ermöglicht. Darüber hinaus erfolgen die Entwicklung und die Umsetzung von Kommunikationsplattformen entsprechend der Nutzerqualifikation.
Material und Methoden: In einem iterativen Prozess entwickelt ein Konsortium aus einem Elektronik- und einem Textilunternehmen sowie einer textiltechnischen und einer klinischen Forschungseinrichtung ein textilbasiertes Sensorelektroniksystem sowie entsprechende Ausgabeformate. Die Testung der neu konzipierten Sensorik hinsichtlich ihrer validen und reliablen Messeigenschaften erfolgt durch den Abgleich mit klinisch etablierten Erfassungsgeräten sowie der Beobachtung der Bewegung. Die Messreihen werden bei gesunden Probanden und geriatrischen Patienten durchgeführt.
Stand der Umsetzung: Die Überprüfung medizinisch relevanter Messgrößen und die Festlegung von Norm- und Grenzwerten für bestimmte Krisenzustände ist erfolgt. Weiterhin wurden Algorithmen – gebildet aus verschiedenen Vital- und Bewegungsparametern – für bestimmte Krankheitsbilder erstellt. Erste Ergebnisse aus dem Expertenworkshop „Entwicklung von Sensorbekleidung aus Sicht der praktischen Pflege" geben ein positives Feedback über die Stoffauswahl. Die Testung des Demonstrators ist in Vorbereitung und wird demnächst erfolgen.

S406-4
Messung relevanter Fähigkeiten für die Fahrleistung älterer Menschen bei aktiver Teilnahme im Straßenverkehr

A. Latendorf, A. Steinert, U. Müller-Werdan

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

Hintergrund: In Deutschland sind ca. 377.000 Menschen im Alter von über 65 Jahren im Besitz einer Pkw-Fahrerlaubnis. Die einmal erteilte Fahrerlaubnis ist in Deutschland unbefristet und gültig, so lange nicht relevant gegen die StVO verstoßen wird. Der Gesetzgeber schreibt keine Altersobergrenze für das Führen eines Pkw vor. Mit zunehmenden Alter verändern sich jedoch die kognitive und körperliche Konstitution, und die Wahrscheinlichkeit altersassoziierter Erkrankungen (wie z. B. Demenzerkrankungen) steigt. Dies kann Auswirkungen auf die Fahrleistung haben und auf die Fähigkeit, sicher am Straßenverkehr teilzunehmen und sich und andere nicht zu gefährden. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde im Jahr 2016 den an Unfällen mit Personenschaden beteiligten Pkw-Fahrern, die mindestens 65 Jahre alt waren, 79 % Fehlverhalten zur Last gelegt. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist auch mit einem Anstieg an Senioren mit altersassoziierten Einschränkungen oder Erkrankungen zu rechnen, die im Besitz eines Führerscheins sind.
Material und Methoden: Die kognitive, visuelle und motorische Leistungsfähigkeit wurde mit validierten psychometrischen, visuellen und motorischen Testverfahren erhoben. Es wurden u. a. der Landolt-Sehtest, der Alters-Konzentrations-Test (AKT), Subtests aus der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung/Version Mobilität sowie aus dem Alltags-Fitness-Test eingesetzt.
Ergebnisse: In die Studie wurden 40 gesunde Personen mit Pkw-Führerschein (50 % männlich) im Alter von 65 bis 80 Jahren (M = 73,6) eingeschlossen, die regelmäßig Auto fahren. Im Sehtest erreichten 27,5 % der Probanden keinen Visus von 0,7; weitere 25 % konnten mit einem Auge einen Visus von mindestens 0,7 erreichen. Ein Visus von 0,7 entspricht 70 %-Sehleistung und gilt als Grenze für sicheres Autofahren. Der AKT misst die Konzentrationsfähigkeit und Vigilanz. Alle Teilnehmenden lagen sowohl in der Bearbeitungszeit als auch in der Anzahl der richtigen Antworten im durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Bereich. Weitere Ergebnisse aus der Studie zeigten, dass in Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit (z. B. geteilte Aufmerksamkeit) Einschränkungen bestanden, die Einfluss auf die Fahrleistung haben können.
Ausblick: Ziel ist es, mittels eines Selbsttests in Form eines computergestützten Fragebogens Unfälle im Straßenverkehr zu vermeiden, die aufgrund von altersbedingten Einschränkungen bei fahrleistungsrelevanten Fähigkeiten entstehen.

S406-5
Möglichkeiten und Grenzen eines Smartphone-basierten Analysesystems zur Messung verschiedener Gangparameter

A. Steinert, I. Sattler, U. Müller-Werdan

Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Mithilfe verschiedener Parameter des Gangbildes (z. B. Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge) können Aussagen über die Sturzgefahr älterer Menschen getroffen werden. Zur Beurteilung des Gangbildes existieren validierte Systeme, die Gangparameter präzise bestimmen können. Diese Systeme sind jedoch häufig mit einem hohen Kostenfaktor, Schulungsaufwand und Platzbedarf verbunden. Auf Smartphone- oder Kinect-Kamera basierende Systeme können bei geringerem Aufwand eine Alternative darstellen. Diese haben sich jedoch aufgrund fehlender Validierungen in der Praxis noch nicht etabliert.
Material und Methoden: Im Rahmen einer Pilotstudie mit 40 Probanden (Alter ≥ 65 Jahre) wurde das Gangbild mit drei verschiedenen Systemen analysiert: GAITRite – Ganganalyse-Teppich (Goldstandard), Motognosis-System (System zur Bewegungserkennung auf Basis einer Kinect-Kamera), Lindera-Smartphone-App. Die Probanden legten jeweils dreimal eine Gehstrecke von ca. 5 m in ihrer präferierten und in erhöhter Gehgeschwindigkeit zurück. Zur Prüfung der Übereinstimmung der Parameter der drei Systeme wurde der Intraklassenkoeffizient (ICC) sowie die Bland-Altman-Methode (Bland et al. 1986) angewendet. Des Weiteren wurden Einflussfaktoren auf Unterschiede in vier Parametern untersucht.
Ergebnisse: Bei der Auswertung der Daten wurden folgende vier Parameter verglichen: Gehgeschwindigkeit (Meter pro Sekunde); Kadenz (Schritte pro Minute), Schrittlänge (in Zentimetern) und Schrittzeit (Zeitdauer vom ersten Kontakt eines Fußes bis zum ersten Kontakt des anderen Fußes in s). Dabei konnten Korrelationen zwischen den Messwerten des GaitRite-Systems und der Lindera-App sowie zwischen dem Motognosis-System und der Lindera-App ermittelt werden.
Schlussfolgerung: Es finden sich Korrelationen zwischen den Messwerten der drei Systeme, die jedoch nicht für alle vier erhobenen Parameter abbildbar sind. Zwar wurden nicht in allen Parametern valide Werte ermittelt, jedoch können auf Smartphone- bzw. Kinect-Kamera basierende Systeme eine einfache oder kostengünstigere Alternative zum GaitRite-System darstellen. In weiterführenden Validierungsstudien mit einer entsprechenden Fallzahl soll dies untersucht werden.

S407 ProMoAge: posttranslational protein modifications and ageing

A. Simm, L.-O. Klotz[1]

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

Aging leads to impairment of tissue homeostasis and functional decline of organs and represents a major risk factor for prevalent diseases, such as cardiovascular disease and neurodegeneration in developed countries. To devise therapies aimed at improving the health state of older people, a detailed knowledge of molecular mechanisms leading to the impairment of organ function with increasing age is essential. There is accumulating evidence that posttranslational modifications (PTMs) of proteins contribute to this decline. PTMs occur either enzymatically catalyzed or non-enzymatically, with both types often targeting the same amino acid. Under physiological conditions enzymatic PTMs regulate protein activities, thereby controlling shape and function of cells; however, due to alterations of modifying enzymes or because of an altered cellular environment in aged organisms, PTM patterns may change and, moreover, non-enzymatic modifications, such as oxidation or glycation may compete with enzymatically regulated processes, such as acetylation and glycosylation. As a consequence, dysregulation of cellular processes occurs. The session will focus on such PTMs and their role in aging.

S407-1
Sialic acids: from evolution to aging

R. Horstkorte

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

Glycosylation is the most abundant enzymatic posttranslational modification of proteins. Sialic acid represents the terminal monosaccharide of most glycoconjugates and is involved in a variety of cellular functions. Sialic acid is synthesized in the cytosol from UDP-*N*-acetylglucosamine (UDP-GlcNAc) by the UDP-GlcNAc-2-epimerase/ManNAc kinase. UDP-GlcNAc-2-epimerase/ManNAc kinase mutations cause hereditary inclusion body myopathy, a very severe age-related and late-onset disease of distal and proximal skeletal muscles. Recent studies have demonstrated that many intracellular proteins, which are normally non-glycosylated, are modified by a single O-linked GlcNAc on serine/threonine residues by the O-GlcNAc-transferase. O-GlcNAcylation influences the localization, activity or interaction of proteins. This is of special importance, since in age-dependent degenerating diseases falsely regulated O-GlcNAcylation occurs.

S407-2
Redox regulation of FOXO transcription factors – relation to aging

L.-O. Klotz

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

FOXO transcription factors are involved in cellular adaptation to oxidative stimuli. FOXO activity is affected by the modulation of thiol levels; this is observed both in cultured mammalian cells and in the model organism *C. elegans*. Here, the consequences of genetically induced as well as of xenobiotically induced thiol depletion for FOXO activity as well as for FOXO's role in modulating aging processes will be discussed.

S407-3
Protein glycation and epigenetic regulation

A. Urazova, K. Wächter, P. Winterhalter, W. Hoehenwarter[1], J. Balbach[2], A. Simm

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

Formation of advanced glycated end products (AGEs) is a result of glycation, which is non-enzymatic reaction between reducing sugars or other α-dicarbonyl compounds, and amino groups of proteins, lipids and nucleic acids. AGEs accumulate during aging and have been implicated in the pathophysiology of numerous age-related diseases. Glycation of nuclear proteins at lysines or arginines may alter their function and may have an impact on epigenetic regulation of gene transcription.
Glycated nuclear proteins from young and replicative senescent cells, as well as from normal and tumor cells, will be compared, and the modified proteins identified will be further analyzed.
Nuclei from human embryonic kidney cells 293A (HEK293A) and human kidney carcinoma cell line Caki-2 were isolated and AGE-modified nuclear proteins were compared via western blot using antibodies against carboxymethyl-lysine (CML), hydroimidazolone MG-H1 and argpyrimidine. Different pattern of modified proteins in HEK293A and Caki-2 cell lines was observed. LC-MS/MS analysis revealed that in HEK293A cells 7 out of 3424 identified proteins are modified, while in Caki-2 cells among 2701 proteins 11 are modified. Two of them, histone H4 and Myb-binding protein 1A, were identified in both cell lines. The amount of modified peptides (12 out of 32.127 identified peptides in HEK293A cells and 14 out of 23.528 in Caki-2 cells) is too low for reproducible quantification of differences in these modifications. Immunoprecipitation was used to enrich samples with modified proteins prior to analysis and enrichment steps are elucidated and optimized.
Identified AGE-modification of lysines/arginines within nuclear proteins indicate a possibility to modify the epigenetic regulation of cells.

S407-4
Glycation of Wnt inhibits canonical signaling

Z. Ye, S. Mittag, R. Horstkorte[1], A. Simm[2], O. Huber

Institut für Biochemie II, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Jena, Germany; [1]Institut für Physiologische Chemie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther Universität, Halle (Saale), Germany; [2]Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

Impaired capacity to repair aging-associated damages by regeneration or stem cell activation is a typical sign of aging tissues and organs. Moreover, accumulation of advanced glycation endproducts (AGEs) is frequently observed in aging organisms. We addressed if glycation may affect Wnt/β-catenin signaling. In our studies we observed that glyoxal (GO) or methylglyoxal (MGO)-induced glycation of Wnt3a-conditioned medium reduces Topflash reporter gene activity. In control experiments glycation of Wnt3a and not of other medium components was responsible for this effect. Moreover, it appears that AGEs per se can stimulate canonical Wnt signaling, whereas glycation of Wnt has an inhibitory effect. From our results we hypothesize that the final glycation-induced cellular changes depend on an interplay of RAGE and Wnt-mediated effects.

S407-5
Impact of glycation on immune cell function

V. Bezold, P. Rosenstock, K. Bork, R. Horstkorte

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

Glycation is the non-enzymatic reaction of carbonyls with amine residues of proteins or amino acids, which lead to the production of a heterogeneous group of posttranslational modifications, known as advanced glycation end products (AGEs). This process takes place in the human body with sugar molecules like fructose or glucose or with side products of metabolic pathways like methylglyoxal and glyoxal. Elevated levels of AGEs can be found during normal aging but also play an important role in many age-related diseases, including diabetes mellitus, atherosclerosis, renal insufficiency, heart failure and Alzheimer's disease. Besides, aging and age-related diseases are also associated with reduced immune function leading to impaired wound healing, tumor progression and a higher susceptibility to infections.
Because evidence was found that AGEs act negatively on the immune system, we investigated the role of glycation on the function of macrophages and natural killer cells. We could show that glycation indeed alters the function and phenotype of these innate immune cells and our findings might help to explain impairment in immune function in various diseases.

S408 Urogeriatrie – Quo vadis

S408-2
Heil- und Hilfsmittel im Entlassmanagement – was und wie?

S. von der Heide

Praxis für Physik. und Rehab. Medizin, Göttingen, Deutschland

Hintergrund: Seit 2017 ist das Entlassmanagementgesetz in Kraft getreten. Somit sind Kliniken und Klinikärzte gesetzlich verpflichtet, über das Entlassdatum hinaus zu denken und Patienten mit allen notwendigen, wirtschaftlichen, ausreichenden und zweckmäßigen Heil- und Hilfsmitteln zu versorgen. Für den Bereich der Geriatrie stellt dies eine besondere Anforderung dar. Am Beispiel der Inkontinenzversorgung wird die Situation näher beleuchtet.
Material und Methoden: Zum Entlassmanagement gehören die Verordnungen über Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Verordnungen dürfen nur von Fachärzten vorgenommen werden. Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ist den in der Klinik tätigen Ärzten bislang wenig vertraut, da im Rahmen des Entlassmanagements andere Gesetzmäßigkeiten herrschen als bei internen Verordnungen oder Anordnungen. EDV, Heil- und Hilfsmittelgesetze unterscheiden sich wesentlich. Am Beispiel einer Inkontinenzversorgung im Entlassmanagement werden die Problematiken für Heil- und Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich weiterführender Physiotherapie, physikalischer Therapie, Inkontinenz- und Stomaversorgung dargelegt.
Ergebnisse: Bezogen auf Heil- und Hilfsmittelverordnungen ist festzustellen, dass die ersten Rezepte in den weiterbehandelnden Institutionen bereits ankommen. Oft können diese Leistungen jedoch nicht, den Vorgaben entsprechend, binnen 7 Tagen (Heilmittel) oder bis zu 7 Tagen (Verbrauchsmittel) eingelöst oder ausgeschöpft werden. Die Gründe dazu sind vielfältig. Zudem ist eine schnelle Rückkopplung zwischen ambulanter Institution und Klinik – wie z. B. mit Hausarztpraxen seit Jahren üblich – ist noch nicht etabliert, weil oft nicht klar ist, welcher Arzt, welcher Ansprech-

partner, welche Telefon- oder Faxnummer für eine effektive Rückkopplung geeignet ist.
Schlussfolgerung: Die Gesetzgebung hinsichtlich des Entlassmanagement hat zur Folge, dass in Kliniken neue Strukturen geschaffen werden müssen. Definierte Entlassmanager müssen über das *Was* und *Wie* von Heil- und Hilfsmittelverordnungen informiert und geschult werden, IT Systeme müssen angepasst werden, um die stationär – ambulante Entlassversorgung im Kliniksalltag effektiv zu ermöglichen.
Ausblick: Könnten Kooperationen/Netzwerke mit externen Institutionen helfen, um den Nutzen für alle Beteiligten zu verbessern?

S408-3
S3-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen" aus geriatrischer Sicht

K. F. Becher
Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation, HELIOS Hanse-Klinikum Stralsund, Stralsund, Deutschland

Hintergrund: Harnwegsinfekte (HWI) sind eine der am häufigsten vorkommenden bakteriellen Infektionen und verantwortlich für eine erhebliche Morbidität sowie rezidivierende Infektionen mit nachfolgender Resistenzen gegen Antibiotika. Im Jahr 2017 wurde die S3-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen" der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) aktualisiert und eine Anwenderversion für den Praxisalltag erstellt, die um die besonderen Bereiche Pädiatrie und „der geriatrische Patient" spezifiziert sind.
Material und Methoden: Auf Grundlage der genannten Leitlinien wird eine Bewertung der Berücksichtigung von spezifischen Aspekten bei älteren multimorbiden Menschen mit Symptomen des unteren Harntraktes vorgenommen.
Ergebnisse: Die Häufigkeit von HWI ist in der Gruppe der über 80-Jährigen am höchsten. Der erste entscheidende Schritt ist die genaue Klassifizierung des HWI auch beim geriatrischen Patienten, von der asymptomatischen Bakteriurie bis zur komplizierten Pyelonephritis. Die Prävalenz der asymptomatischen Bakteriurie (ABU) zeigt eine deutliche Zunahme mit dem Alter. Aufgrund der hohen Prävalenz einer ABU ist weder ein positiver Streifentest noch eine positive Urinkultur allein ausreichend, um einen HWI zu diagnostizieren. Risikofaktoren müssen begleitend mitbetrachtet werden. In einer Kohortenstudie der >85-jährigen Wohnbevölkerung in den Niederlanden (Leiden 85+-Studie) wurden Risikofaktoren für die Entstehung eines HWI identifiziert: Dies waren kognitive Einschränkungen (MMSE <19), Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und eine Harninkontinenz. Weitere Risikofaktoren für rezidivierende HWI sind: Diabetes mellitus, funktionelle Behinderung, vorangegangener Geschlechtsverkehr, Operation im Bereich des Urogenitaltraktes, Harnverhalt und Urininkontinenz. Für die Entwicklung einer empirischen antimikrobiellen Therapie ist die Kenntnis der häufigsten Erreger sowie lokaler Resistenzmuster wichtig. Bei gezieltem Vorgehen können die meisten HWI ohne erhöhten diagnostischen Aufwand auch bei geriatrischen Patienten erfolgreich therapiert werden. Die S3-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen" mit der Anwenderversion für den Praxisalltag hat Bezüge zu der am häufigsten betroffenen Patientengruppe der älteren und multimorbiden geriatrischen Patienten.

S408-4
Mobilität und Kontinenz: 2 Seiten einer Medaille

S. Ege
Klinik für geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

Eine Harninkontinenz tritt mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger auf. Bei den über 70-jährigen zu Hause lebenden Menschen sind es etwa 30 %, bei Pflegeheimbewohnern 50–60 %. Eine Studie in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation ergab 2003 eine Harninkontinenz bei 21 % der Patienten. Eine Harninkontinenz stellt für viele Betroffene eine erhebliche Belastung dar. Die Harninkontinenz ist eines der fünf großen geriatrischen Syndrome und interagiert mit allen anderen. Besonders eindrücklich stellt sich der Zusammenhang mit Mobilitätseinschränkungen und Stürzen dar. Einerseits kann eine Harninkontinenz zur zunehmenden sozialen Isolation mit einer entsprechenden Einschränkung der Mobilität, einem ca. 3-fach erhöhten Sturz- und 1,3-fach erhöhtes Frakturrisiko führen, andererseits können Mobilitätseinschränkungen verschiedenster Ursachen eine Harninkontinenz bedingen. Die unterschiedlichen Interaktionen und ihre therapeutische Beeinflussbarkeit werden in dem Vortrag dargestellt.

S408-5
Anticholinerge Belastung bei 936 älteren, ambulant urologischen Patienten als Risikofaktor für ZNS-Nebenwirkungen bei anticholinerger Therapie der OAB

A. Wiedemann, A. Ivchenko[1]
Klinik für Urologie, Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland; [1]Urologie, Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Hintergrund: Bei der Therapie der überaktiven Blase stehen zunehmend potenzielle ZNS-Nebenwirkungen wie kognitive Defizite, Delirien, Schlafstörungen und Sturzgefährdung im Vordergrund des Interesses. Diese Symptome sind multifaktoriell bedingt und u. a. von der „anticholinergen Last" durch die Vor- Begleitbehandlung bestimmt. Sie sind dem verordnenden Arzt z. B. in der Urologie jedoch nicht immer bewusst.
Material und Methoden: In der offenen, multizentrischen, prospektiven und nichtinterventionellen Studie wurden Patienten aus urologischen Praxen rekrutiert, die ≥65 Jahre alt waren und an OAB-Symptomen litten. Die bereits bestehende anticholinerge Belastung wurde zu Studienbeginn mittels einer adaptierten „Anticholinergic Cognitive Burden Scale" (ACB-Score, Boustani 2008) systematisch erfasst. Zur Beurteilung der Morbidität wurde die deutsche Version des CIRS-G eingesetzt (Hock 2005). Es erfolgte eine Beurteilung der Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie durch klinische Parameter wie die Zahl der Inkontinenzereignisse.
Ergebnisse: Für die Untersuchung der anticholinergen Belastung konnten 936 Patienten (533 davon Frauen (57,94 %)) herangezogen werden. Es nahmen 491 (52,46 %) Patienten keine anticholinerge Medikation ein (ACB = 0). Eine anticholinerge Belastung wiesen 445 (47,54 %) Patienten (ACB ≥ 1) auf. Bei 110 (11,75 %) Patienten wurde ein klinisch relevanter ACB-Score ≥3 Punkten bestimmt, der eine Intervention (Absetzen, Umstellen) erfordert. Dieser Anteil ist höher als in der einzigen deutschen Vergleichspublikation an geriatrisch-stationären Patienten (Pfistermeister 2016). Es fanden sich Hinweise, dass die Häufigkeit des Vorliegens einer anticholinergen Belastung bei Männern höher ist als bei Frauen und mit einem höheren Ausmaß der Morbidität sowie mit zunehmendem Alter steigt.
Schlussfolgerung: Etwa die Hälfte der behandelten Patienten ≥ 65 Jahre wies bereits vor Studienbeginn eine anticholinerge Belastung auf. In der Quantifizierung der anticholinergen Last liegen 11,75 % mit einem ACB-Score ≥ 3 sogar in der höchsten Risikogruppe. Aus der Studie ergibt sich der Hinweis eines nichtunerheblichen Gefährdungspotenzials für dieses Patientenkollektiv. Dies sollte in allen betroffenen Fächern Berücksichtigung finden.

S409 Interdisziplinarität und Vernetzung in Gerontologie und Geriatrie

C. Kricheldorff
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Mit der deutlichen Zunahme hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft des langen Lebens wächst auch die Bedeutung des Phänomens Multimorbidität in den relevanten Versorgungssettings. Die Diversität von Lebenslagen im Alter sowie massive Veränderungen in Familien- und Verwandtschaftsstrukturen kommen als weitere Faktoren hinzu, die es notwendig machen, neue und bedarfsgerechte Interventionen zu ent-

wickeln, die sich an diesen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen orientieren. Diese müssen interdisziplinär ausgerichtet sein und von interprofessioneller Teamarbeit geleistet werden. Dabei geht es auch um die Vernetzung vorhandener Ressourcen. Dafür ist eine konsequent interdisziplinäre und interprofessionelle Orientierung in Studium und Weiterbildung unabdingbar. Das Symposium widmet sich vor diesem Hintergrund einigen „Good-practice"-Beispielen für interdisziplinär/interprofessionell angelegte Qualifizierungsmodelle, die für die komplexe Fachpraxis der Gerontologie und Geriatrie vorbereiten.

S409-1
Interdisziplinarität und Vernetzung in Gerontologie und Geriatrie – eine Einführung

H. Brandenburg

Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar, Deutschland

Der Kongress thematisiert die Vielfalt disziplinärer Perspektiven. Es geht inhaltlich um Multiperspektivität und Interdisziplinarität in der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung des alten Menschen. Der damit verbundene Anspruch setzt ein gegenseitiges Verstehen voraus und ist zeitlich und organisatorisch nicht voraussetzungsfrei. Ebenfalls zeigen Befunde zur interdisziplinären Zusammenarbeit in Forschungsprojekten, dass nicht selten Angst bei den Beteiligten dahingehend vorhanden ist, das eigene Profil nicht richtig zur Geltung bringen zu können. Denn in der Konfrontation mit Denkstilen, Paradigmen und Wissenskulturen anderer Disziplinen sind die jeweiligen Akteure auf die eigene Disziplin zurückgeworfen. Sie müssen Erkenntnisinteresse, Gegenstand und Methodik der „Heimatdisziplin" erläutern und verteidigen – und werden dabei nicht selten irritiert. Diese ambivalente Einschätzung ist ein Grund, genauer darüber nachzudenken, was unter Interdisziplinarität in der Pflegewissenschaft und Gerontologie verstanden werden kann (1.), welche Barrieren mit ihr verbunden sind (und welche Strategien demzufolge zur Förderung der Zusammenarbeit sinnvoll sind) (2.) und wie ein Modell der interdisziplinären Kooperation aussehen könnte (3.). Ziel dieses grundsätzlich und theoretisch ausgerichteten Beitrags ist es, unter Beachtung empirischer Erkenntnisse, einen Vorschlag zu unterbreiten, in welcher Art und Weise interdisziplinäres Arbeiten in Forschungsprojekten gelingen kann. Im Ergebnis wird betont, dass letztlich nur eine „faire Kooperation" (Rawls) zielführend sein kann. Dabei ist Voraussetzung, dass alle Beteiligten eine echte Bereitschaft zum Dialog aufweisen und – ich wage es kaum zu formulieren – Lust auf die konstruktive Auseinandersetzung mit anderen haben (sollten). In diesem Sinne werden die einzelnen Beiträge kurz gewürdigt und mit einer grundlegenden Perspektive verbunden.

S409-2
Zukunft Alter – Verbundmaster Gerontologie. Eine Kooperation zwischen der Katholischen Hochschule Freiburg, der Hochschule Mannheim und der Stiftungshochschule München

I. Himmelsbach, A. Hedtke-Becker[1], M. Wolfinger[2]

IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland; [1]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [2]Abteilung Benediktbeuern, Katholische Stiftungsfachhochschule München, Benediktbeuern, Deutschland

Das Projekt „Zukunft Alter: Wissenschaftliche Weiterbildung und Verbundmaster Angewandte Gerontologie" kehrt den wissenschaftlichen Qualifizierungsweg um und setzt bei wissenschaftlichen Weiterbildungen an, die berufsbegleitend und individuell inhaltlich, bis hin zu einem Master kumuliert werden können.
Der Verbund besteht dabei aus drei Hochschulen mit jeweils unterschiedlichen, fachlichen Schwerpunkten:

- Katholische Hochschule Freiburg
  Altern in Sozialraum und Quartier – kommunale Beratung und Vernetzung,
- Hochschule Mannheim
  Gesundheit – Case-Management und Planung,
- Katholische Stiftungsfachhochschule München
  Multidisziplinäre Interventionsgerontologie und Gerontopsychiatrie.

Das Projekt verfolgt das Ziel, im Verbund gerontologisch ausgerichtete, wissenschaftliche Weiterbildungen als Baukastensystem anzubieten und auf der Basis dieser berufsbegleitenden Weiterbildungen die Möglichkeit eines Verbundmasters „Zukunft Alter: Angewandte Gerontologie" am Standort der KH Freiburg zu etablieren. Aus drei berufsbegleitenden, wissenschaftlichen Weiterbildungen können zwei ausgewählt und absolviert werden. In Ergänzung mit einem Master-Abschluss-Modul können die zwei absolvierten Weiterbildungen wiederum zu einem Master-Abschluss führen. Die einzelnen Weiterbildungen können jeweils mit einem Certificate of Advanced Studies (CAS) abgeschlossen werden.
Der Vortrag berichtet über das Konzept des Verbundmasters und die Entwicklungen des Projektes bis hin zum Akkreditierungsprozess und nimmt in einem zweiten Teil die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die didaktischen Konzepte der Lehrveranstaltungen in den ersten Weiterbildungsdurchgängen in den Blick.

S409-3
Der geriatrische Patient – eine interprofessionelle Herausforderung

B. Heimbach, I. Himmelsbach[1]

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [1]IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich in Deutschland in den kommenden 30 Jahren in etwa verdoppeln und bis zum Jahr 2050 auf ca. 10 Mio. anwachsen. Damit verbunden ist eine massive Zunahme praxisrelevanter Phänomene, wie Multimorbidität und Fraility, deren Auswirkungen sich auf Alltagskompetenz, Mobilität, seelisches Wohlbefinden und Kognition niederschlagen. Um in diesem Kontext adäquate und bedarfsgerechte Angebote und Interventionen entwickeln und anbieten zu können, sind interprofessionelle Teams und interdisziplinäre Versorgungssettings notwendig. Alle daran beteiligten Berufsgruppen, wie Ärzte, Pflegekräfte und Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen deshalb bereits in ihrer Ausbildungs- und Qualifizierungsphase entsprechend teamfähig gemacht werden. Im Studium der Humanmedizin beispielsweise ist die grundsätzliche Bereitschaft zum interprofessionellen Arbeiten, im Kontext der Identifikation und im Umgang mit geriatrischen Patienten, als zwingende Voraussetzung im Lernzielkatalog Geriatrie formuliert.
Das Zentrum für Gerontologie und Geriatrie (ZGGF) des Universitätsklinikums Freiburg und die Katholische Hochschule Freiburg haben deshalb in einem gemeinsamen Pilotprojekt ein interdisziplinäres Seminarkonzept für Studierende der Humanmedizin, Sozialen Arbeit, Pflegewissenschaft und Berufspädagogik in der Pflege entwickelt und erprobt. Dabei konnte auf folgende Voraussetzungen aufgebaut werden:
1. Das Querschnittsfach „Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen" (QB 7) wurde 2004 in die Lehre im Freiburger Medizinstudium implementiert.
2. In der Sozialen Arbeit ist die zentrale Fachprüfung mit einem Fallseminar verbunden, in dessen Rahmen die Interprofessionalität ein wichtiger Baustein ist.
3. In den Pflegestudiengängen wird das interprofessionelle Denken v. a. auch über die Lehre im Bereich der gerontologischen Pflege vermittelt.
Es gibt also mittlerweile Orte im Studium, die die Basis für ein weiterführendes vernetztes Vorgehen in der Lehre bilden. Darauf aufbauend wurde nun ein von Anfang an auf Interdisziplinarität und Vernetzung ausgerichtetes Curriculum weiterentwickelt, das regelmäßig mit professionsgemischten Gruppen in der Lehre Anwendung findet. In diesem Beitrag zum Symposium werden die curricularen Inhalte vorgestellt und die Erfahrungen mit dem neuen Lehrangebot reflektiert.

S409-4
Der geriatrische Patient im häuslichen Versorgungssetting in Georgien – interdisziplinäre Ansätze und Konzepte (GEPA)

C. Kricheldorff, H. Schumann
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Die demografische Herausforderung ist in Georgien besonders ausgeprägt, weil viele junge Menschen das Land verlassen und die Bevölkerung insgesamt schrumpft. Alte Menschen bleiben zurück, während Versorgungsstrukturen außerhalb der Familie, die einen Hilfebedarf in der Langzeitpflege substituieren könnten, kaum existieren.
Die „National Health Care Strategy" für Georgien hat vor diesem Hintergrund vier große Herausforderungen identifiziert:
1. Überproportionaler Zuwachs der Bevölkerung 65+ mit mangelhafter materieller Sicherung im Alter und einem oft nicht sehr guten Gesundheitsstatus, was zu einer hohen Vulnerabilität führt und mit zunehmendem Alter einen hohen Pflegebedarf erzeugt.
2. Wachsende Zahl kardiovaskulärer Erkrankungen, Seh- und Hörbeeinträchtigungen und Krebs, v. a. bei der älteren Bevölkerung. Hinzu kommen Risikofaktoren wie Tabakkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel in allen Altersgruppen.
3. Unterversorgung mit notwendigen Medikamenten, weil diese überwiegend selbst finanziert werden müssen.
4. Personalsituation im Bereich des Gesundheitswesens, die durch ein Missverhältnis zwischen der hohen Anzahl von Ärzten und einer sehr kleinen Gruppe qualifizierter Pflegekräfte geprägt ist.
Auf der Basis dieser Herausforderungen wurden strategische Ziele formuliert, die u. a. auf die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die strategische Planung im Bereich der personellen Ressourcen und des relationalen Anteils von medizinisch-pflegerischem Personal zur Patientenzahl zielen.
Das Projekt GEPA, durchgeführt von einem multiprofessionellen Professorenteam der KH Freiburg (Medizin, Gerontologie und Pflege) in Kooperation mit dem ZGGF des Universitätsklinikums Freiburg, der Orthodoxen St. King Tamar Universität Tbilisi und dem Caritasverband Georgien, wird vier Jahre lang vom DAAD aus Mitteln des BMZ gefördert. Es setzt an den skizzierten gesundheitspolitischen Herausforderungen an und bietet interdisziplinäre Multiplikatorenschulungen, öffentliche Fachsymposien und Hospitationen in Deutschland zur Verbesserung der gemeindenahen Versorgung geriatrischer Patienten in Georgien. Im Zentrum des Vortrags stehen die Vorstellung des Programms und die Reflexion über bisherige Erfahrungen.

S409-5
Freiwillige Patientenbegleiter als Baustein zivilgesellschaftlicher Verantwortungsübernahme im Projekt LoChro – lokales gestuftes Versorgungsmanagement bei chronisch erkrankten älteren Menschen

N. Friedrich, J. Kiekert
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Das Forschungsprojekt LoChro (Local Chronic Care Management), gefördert vom BMBF, untersucht eine besser koordinierte Versorgung für SeniorInnen mit chronischen Erkrankungen in der Region Freiburg. Die multimorbiden SeniorInnen sollen von einem Versorgungsplan und einer dadurch besser aufeinander abgestimmten Versorgung und Vernetzung mit lokalen Strukturen profitieren. Die Studie wird bis zu 800 Personen ab 65 Jahren einschließen, die in der Notaufnahmen des Universitätsklinikums Freiburg rekrutiert werden.
Die LoCho-Intervention erstellt gemeinsam mit den PatientInnen und professionellen Versorgungskoordinatorinnen einen Versorgungsplan, der eine aufeinander abgestimmte Versorgung ermöglichen soll.
Fehlt ein ausreichendes informelles Unterstützungsnetzwerk und reicht die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit nicht aus, werden geschulte freiwillige PatientenbegleiterInnen vermittelt. Diese besondere Akteursgruppe agiert begleitend als „BrückenbauerInnen" im Versorgungssystem, übernimmt zeitlich befristet Aufgaben im Sinne einer niederschwelligen Unterstützung und realisiert somit Ansätze der Vernetzung und Interdisziplinarität. Die Schulung der LoChro-PatientenbegleiterInnen ist modular aufgebaut und folgt dem Ansatz des Selbstbestimmten Lernens.

S410 Umgang mit vielfältigen Herausforderungen in Versorgung und sozialer Teilhabe – Risiken und Chancen

L. Schirra-Weirich
Forschungsschwerpunkt Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln, Deutschland

Insbesondere aus der demografischen Alterung der Gesellschaft ergeben sich neue Herausforderungen sowohl auf institutioneller als auch auf individueller Ebene im Rahmen der Versorgung und hinsichtlich der Sicherung sozialer Teilhabe. Das Symposium stellt Unterstützungsarrangements für Menschen mit Demenz und weiterer auf Unterstützung angewiesener Personengruppen sowie deren Angehörige dar. Auf der Basis unterschiedlicher Projekte werden der Umgang mit vielfältigen Herausforderungen in Versorgung und sozialer Teilhabe sowie sich daraus ergebende Chancen und Risiken diskutiert. Im Fokus stehen Personengruppen mit gesundheitsbezogenem Unterstützungsbedarf und ihre versorgenden Angehörigen im Kontext ihrer sozialen Netzwerke und Lebensumfelder, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten ermöglichen oder erschweren (können). Das Ziel der sozialen Teilhabe, d. h. das Eingebundensein in eine Lebenssituation, steht im Mittelpunkt des Interesses.
Das Symposium stellt anhand von vier Beiträgen dar, wie den genannten Veränderungen und Herausforderungen begegnet werden kann. Der erste und der zweite Beitrag fokussieren dabei auf die Chancen: Eine onlinebasierte Selbsthilfeplattform zur Unterstützung versorgender Angehöriger (Beitrag 1) sowie der Lebensort Bauernhof als innovatives Angebot im Rahmen der Demenzversorgung (Beitrag 2) werden diskutiert.
Der dritte und vierte Beitrag fokussieren Risiken und Herausforderungen: Im Bereich gesellschaftlicher Teilhabe betrifft dies ältere Menschen mit psychischer Behinderung, bei denen sich Fragen der Alltagsgestaltung sowie der Sicherung sozialer Teilhabe als relevant darstellen (Beitrag 3). Der vierte Beitrag fokussiert auf eine vergleichende Analyse von Sichtweisen der Anbieter demenzspezifischer Versorgungsangebote und pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz auf Fragen der (Nicht-)Inanspruchnahme wohnortnaher Unterstützungsangebote.
Für die Zielgruppen in Beitrag drei und vier bestehen Lücken in der Versorgung, die sich insbesondere mit zunehmendem Alter verschärfen.

S410-1
Same but different? Sichtweisen von Anbietern und pflegenden Angehörigen auf Herausforderungen der Inanspruchnahme wohnortnaher Unterstützungsangebote

H. Wiegelmann
Köln, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ein großer Teil von Menschen mit Demenz wird von nahen Angehörigen zu Hause begleitet und versorgt. Professionell erbrachte wohnortnahe Hilfen können dabei sowohl einen wichtigen Beitrag für die häusliche Versorgung insgesamt als auch speziell zu Entlastung und Teilhabeförderung pflegender Angehöriger leisten. Gleichwohl zeigen Studien, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten relativ gering ist und insbesondere versorgende Angehörige nicht umfänglich erreicht werden. Es stellt sich daher die zentrale Frage, welche Barrieren der Inanspruchnahme bestehen und warum Angebote nicht umfänglich genutzt werden (können).

Im Forschungsprojekt „Inanspruchnahme regionaler Angebotsstrukturen bei Demenz (INREGA-DEM)“ wurden deshalb Barrieren für die Inanspruchnahme von regionalen Unterstützungsangeboten im Kontext der häuslichen Versorgung bei Demenz aus der Perspektive zentraler Versorgungsakteure untersucht. Der Beitrag fokussiert auf eine vergleichende Analyse von Sichtweisen der Anbieter demenzspezifischer Versorgungsangebote und pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Welche Gründe gibt es dafür, dass bestehende Angebote nicht genutzt werden?
Material und Methoden:

1. Fokusgruppen: zwei leitfadengestützte Fokusgruppen (Anbieter der Demenzversorgung/Pflegende Angehörige; $n=6/8$),
2. standardisierte Befragungen: Online-Anbieterbefragung ($n=21$), Befragung pflegender Angehöriger ($n=44$).

Ergebnisse: Die Analyse beider Fokusgruppen lässt Problemfaktoren der (Nicht-)Inanspruchnahme auf Mikro-, Meso- und Makroebene mit unterschiedlicher Nuancierung hervortreten. Sowohl Anbieter als auch pflegende Angehörige sehen Barrieren eher in der Verantwortung anderer Versorgungsakteure.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Befragungen zeigen auf, dass innerhalb regionaler Versorgungsstrukturen Akteure mit unterschiedlichen Interessenlagen agieren. Dies kann das Ziel einer effektiven Priorisierung notwendiger Leistungen gefährden. Um Entlastung und Teilhabeförderung zu erreichen, müssen eine gemeinsame Priorisierung sowie starke Einbindung pflegender Angehöriger erfolgen.

S410-2
„Man weiß ja nicht, was da auf uns zukommt“ – Ressourcen und Barrieren sozialer Teilhabe für älter werdende Menschen mit einer lebensbegleitenden psychischen Beeinträchtigung

C. Rohleder, M. Heuel, J. Moselhy
Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Wie erleben älter werdende Menschen mit einer lebensbegleitenden psychischen Beeinträchtigung ihre Teilhabechancen im höheren Erwachsenenalter? Vorgestellt werden Ergebnisse einer Studie mit älter werdenden (50+) Menschen mit einer psychischen Behinderung, die (noch) Tagesstätten bzw. Kontakt- und Beratungsstellen besuchen.
Material und Methoden: Über Fokusgruppen- und Experteninterviews wurden Erfahrungen mit dem Älterwerden, der Wohnsituation, der sozialen Teilhabe sowie Alterswünsche und -ängste erfasst.
Bislang finden sich nur wenige deutschsprachige Studien zu Lebenslagen und Aspekten des Alter(n)s der Zielgruppe. (Ding-Greiner und Kruse 2010; Gromann 2012; Müller und Gärtner 2016). Dies mag daran liegen, dass Menschen mit einer lebensbegleitenden psychischen Behinderung über einen höheren Grad selbstbestimmter Lebensführung und Eigenständigkeit verfügen. Auch werden subjektiv im fortgeschrittenen mittleren Erwachsenenalter (50+) die Coping-Strategien mit der psychischen Erkrankung als effektiver bewertet (Solano und Krauss Whitborne 2001). Zugleich bestehen aufgrund langjähriger Medikamenteneinnahme Risiken früher einsetzender gesundheitlicher Belastungen und der Zunahme altersbedingter unspezifischer Residualzustände. Diese können durch Indifferenz, Willensschwäche, verarmte Gefühlswelt und Sprache, Apathie sowie vermehrte Eigenheiten geprägt sein und sozialen Rückzug bzw. Ausschluss zur Folge haben (Fey 2016, 301 f.). Dementsprechend werden älter werdende Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zu den Seniorengruppen gezählt, die im höheren Lebensalter ein gesteigertes Risiko für Einsamkeit und verwehrte soziale Teilhabe haben (Kricheldorff und Tesch-Römer 2013, 304).
Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die Befragung zeigt, dass die „Imperative des Alter(n)s“ den Befragten vielfach präsent sind. Soziale Teilhabe realisiert sich jedoch häufig primär über Angebote der Eingliederungshilfe, wobei der Anspruch auf einen Tagesstättenplatz mit Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters endet. Eine Auseinandersetzung mit dem „Danach“ wird durch die Lebenserfahrung erschwert, dass psychische Erkrankungen biografische Pläne grundlegend verändern und selbst kurzfristige Planungen an der Tagesform scheitern können. Insgesamt zeigt sich ein Bedarf, Möglichkeiten einer verbindlichen sozialen Teilhabe für diese Seniorengruppe gezielter zu verbessern.

S410-3
Chancen (und Grenzen) der Online-Selbsthilfe für pflegende Angehörige am Beispiel des Modellprojektes OSHI-PA

W. Thiems
Köln, Institut für Teilhabeforschung, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Versorgung und Pflege von Angehörigen stellen eine große Herausforderung in der heutigen Zeit dar. In dem Modellprojekt Online Selbsthilfe Initiativen Pflegende Angehörige (OSHI-PA) geht es um die Entwicklung onlinegestützter virtueller Selbsthilfe für pflegende Angehörige. Diese sollen die Möglichkeit bekommen, sich einerseits in einem geschützten Raum orts- und zeitunabhängig über unterschiedliche Kommunikationsmedien und Kommunikationsformen auszutauschen, zu informieren und gegenseitig unterstützen zu können und andererseits Möglichkeiten zu haben, eine soziale Isolation, die durch die zeitintensive Pflege entstehen kann, überwinden zu können. Dies kann zu einer Entlastung sowohl bei dem Versorgenden als auch bei dem zu Versorgenden führen, was mit einer Verbesserung der Lebensqualität beider einhergehen kann. Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes OSHI-PA untersucht, mit welchen Herausforderungen pflegende Angehörige in Bezug auf Versorgung, aber auch sozialer Teilhabe umzugehen haben und analysiert, inwieweit sie durch eine Onlineplattform eine Verbesserung ihrer Situation erfahren.
Material und Methoden: In einem partizipativen Forschungsansatz werden Fokusgruppen, eine Onlinebefragung, Dokumentenanalysen und Partizipationsanalysen durchgeführt. Außerdem werden mittels einer Längsschnittbefragung und einer themenzentrierten Inhaltsanalyse die Auswertung der Personal-Outcome sowie die Inhalte der Plattform analysiert. Die erhobenen Daten werden mit SPSS und MAXQDA ausgewertet.
Ergebnisse: Die Auswertungen liefern Informationen, inwieweit eine Onlineselbsthilfeplattform für die pflegenden Angehörigen hilfreich sein kann. Es werden Erkenntnisse erwartet, inwieweit sie eine entlastende Funktion einnehmen kann, aber auch, an welcher Stelle mögliche Grenzen bei der Nutzung einer solchen Plattform liegen.
Schlussfolgerung: Wie kann es gelingen, pflegende Angehörige bei der Bewältigung bestehender Herausforderungen in der Versorgung und der sozialen Teilhabe zu unterstützen? Die Implementation einer onlinebasierten Selbsthilfeplattform kann ein Format darstellen, durch das sich die Situation der pflegenden Angehörigen verbessert. Durch den Einbezug von pflegenden Angehörigen kann der Bedarf an Hilfestellungen aufgedeckt und in die Plattform integriert werden. Die Möglichkeiten und Grenzen, die mit der Implementation einer Onlineplattform einhergehen, sind hier auszuwerten.

S410-4
Bauernhöfe als Orte für Menschen mit Demenz – neue Chancen für die Versorgung in ländlichen Regionen?

A. Schmidt, K. Wolf-Ostermann
Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In Deutschland steigt die Zahl hochaltriger Menschen an. Ebenso ist ein Anstieg an chronischen Erkrankungen – wie z. B. Demenzen – zu beobachten. Diese Konstellation geht mit einem steigenden Bedarf an Pflege- und Versorgungsleistungen einher. Demgegenüber steht die Zunahme der Nachfrage nach alternativen Wohn-, Betreuungs- und Versorgungsangeboten. Ein alternatives Konzept ist das Konzept der „Green-care“-Farmen oder „Bauernhöfe als Orte für Menschen mit Demenz“. Dieses hat sich in Deutschland v. a. in Schleswig–

Holstein mit ersten Angeboten entwickelt. Im vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, welche Chancen sich einerseits aus der Etablierung dieses Konzeptes ergeben. und andererseits, welche Risiken damit verbunden sein können.
Material und Methoden: Im Rahmen einer explorativen „Mixed-methods"-Studie wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit $n = 4$ LandwirtInnen mit bestehenden sowie mit geplanten Green-care-Angeboten und mit $n = 6$ politischen und administrativen Verantwortlichen geführt. Zudem wurden eine standardisierte Onlinebefragung mit potenziellen Nutzern von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen ($n = 42$) sowie eine postalische Befragung mit Angehörigen von Menschen mit Demenz ($n = 7$) durchgeführt. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach Mayring, die quantitativen Daten mittels deskriptiver und explorativer Verfahren ausgewertet.
Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen u. a. darauf hin, dass in ländlichen Gemeinden individuelle Betreuungs- und Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz gar nicht oder nur unzureichend vorhanden sind, die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel sowie die Möglichkeiten der Finanzierung von Angeboten zusätzliche Hürden darstellen. Das Green-care-Angebot kann jedoch dem Strukturerhalt ländlicher Regionen dienen, Menschen mit Demenz ein sinnesanregendes Erlebnis bieten und Angehörige entlasten.
Schlussfolgerung: Die Evaluation des Angebotes „Bauernhöfe als Orte für Menschen mit Demenz" in Schleswig-Holstein gibt einen Überblick über die Chancen und Barrieren, die das Konzept umfasst, ermöglicht damit einen passgenaueren Ausbau dieses Angebotes in ländlichen Regionen und bietet die Möglichkeit einer verbesserten Versorgung von Menschen mit Demenz außerhalb von Ballungsräumen.

S411 Freie Vorträge – bewegungsbezogene Interventionen für ältere Menschen

S411-1
Vielfalt leben!? Sportvereine in der Gesundheitsförderung von Menschen mit Demenz

V. Wolter

Institut für Sport und Sportwissenschaft, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Obwohl bisher keine sichere Prävention resp. Therapie für die bekannten Formen der Demenz bestätigt werden konnte, verdichten sich positive Ergebnisse über die ganzheitlichen Auswirkungen regelmäßiger körperlicher Aktivität, zu denen u. a. der Erhalt der autonomen Ausführung der „activities of daily living" (ADL) zählt. Andererseits veranlassen, neben den subjektiv wahrgenommenen Veränderungen, v. a. entgegengebrachte Vorbehalte aus dem privaten und öffentlichen Umfeld von Menschen mit Demenz, dass diese sich sukzessive aus ihren bisherigen Lebensräumen und alltäglichen Aktivitäten zurückziehen. Es braucht also ein Setting, welches die Gesundheit dieser Zielgruppe gezielt fördern kann und gleichzeitig niederschwellig zugänglich ist. Können Sportvereine, deren Standorte oftmals bekannt und ausreichend verbreitet sind, ein solches Setting schaffen? Ist Demenz bisher überhaupt ein Thema für Sportvereine?
Material und Methoden: SportvereinsmitarbeiterInnen sowie (ehrenamtliche) MitarbeiterInnen aus den Arbeitsbereichen „Pflege/Betreuung" und „Demenzberatung" diskutierten 2015–2016 in Fokusgruppen (in Nordrhein-Westfalen) über ihre Erfahrungen in der Implementierung zielgruppenspezifischer Bewegungsangebote, um Strategien für die langfristige Durchführung zu entwickeln.
Ergebnisse: Die Ergebnisse verdeutlichten die hohe Relevanz der Sensibilisierung verschiedener RollenträgerInnen in Sportvereinen. Vor allem Mitglieder des Vereinsvorstandes und Übungsleitungen nahmen in der Kommunikation zu internen und externen Strukturen eine besondere Rolle ein, um fördernde Rahmenbedingungen für die Inklusion von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu schaffen bzw. eine Exklusion langjähriger, an Demenz erkrankter Mitglieder zu verhindern. Die Schlüsselfunktion zeigte sich in einem Netzwerk kommunaler Akteure, welches die zielgruppenspezifischen Bedarfe in den Fokus nimmt.
Schlussfolgerung: Antizipierte Fremdheitsgefühle und ein evtl. vorauseilender Ruf der internen Erwartungen von Sportvereinen erhöhen das Risiko der Nichtteilnahme. Dieses betrifft, etwas abgeschwächt, auch aktuelle Vereinsmitglieder. Gelingt jedoch der Zugang, werden insbesondere physische, emotionale und soziale Faktoren der Gesundheit von Menschen mit Demenz gefördert.

S411-2
Prävention fortschreitender Fähigkeitsverluste mit dem „Lübecker Modell Bewegungswelten" (LMB) – Risikoreduktion nach einem Jahr Training

S. Krupp, J. Kasper, C. Ralf, F. Balck, A. Hermes[1], T. Schmidt[1], M. Willkomm

Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Lübeck, Deutschland; [1]Sport- und Bewegungstherapie, Krebszentrum Nord, UKSH Campus Kiel, Kiel, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Das LMB ist ein durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördertes, von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) interdisziplinär entwickeltes, multidimensional angelegtes Programm mit wöchentlich zweimal einer Stunde Gruppentraining sowie Eigenübungen. Die Evaluation der Effekte erfolgt in Kooperation zwischen FGL, Institut für Sport- und Bewegungstherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, und Institut für Sportwissenschaft, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Zeigt sich das Erhoffte nach einem Jahr Training?
Material und Methoden: Es trainierten 171 LübeckerInnen mit Pflegebedarf (81,9 ± 9,2 Jahre, 21,6 % männlich, Barthel-Index (BI) 76,3 ± 15,8) in 10 Senioreneinrichtungen (Interventionsgruppe, IG). Die Kontrollgruppe (KG) bildeten 84 KielerInnen (84,4 ± 7,6 Jahre, 23,8 % männlich, BI 73,6 ± 16,4) gleicher Einschlusskriterien. Alle Studienteilnehmenden (TN) waren unbeschränkt in Bezug auf weitere Aktivitätsangebote und wurden an insgesamt fünf Untersuchungszeitpunkten im Dreimonatsabstand anhand von 14 Assessmentinstrumenten untersucht.
Ergebnisse: Nach einem Jahr nahmen noch 107 TN der IG und 55 TN der KG am Assessment teil. In der „Intention-to-treat"-Analyse wies die IG einen Anstieg des Mittelwertes (MW) des BI um 1,1 ± 10,1 Punkte auf, die KG einen Abfall um 7,3 ± 14,5 Punkte ($p = 0{,}00$). In der IG verbesserten sich 40,2 % der TN, in der KG 7,3 %. Das relative Risiko (RR) für einen Abfall betrug in der IG 0,625. Das RR einer Verschlechterung der Ausdauer lag in der IG bei 0,806 (IG: MW-Anstieg um 0,9 ± 10,8 Stufen in 2 min, KG: MW-Abfall um 2,2 ± 7,4 Stufen; $p = 0{,}04$), das der Balance bei 0,632 (IG: MW-Abfall um 0,7 ± 10,8 s im Romberg-Stand, KG: Abfall um 4,9 ± 9,3 s; $p = 0{,}01$). Für eine Verschlechterung im „Timed up und go" ohne und mit „dual task" betrug das RR in der IG 0,536 bzw. 0,560 ($p = 0{,}00$, bei beiden Tests signifikante Unterschiede des Verlaufs der MW zugunsten der IG zu allen Messzeitpunkten).
Schlussfolgerung: Pflegebedürftige ältere Menschen haben durch Teilnahme an einem standardisierten, multimodal aktivierenden Programm wie dem LMB die Chance, einer weiteren Zunahme des Unterstützungsbedarfs entgegenzuwirken. Nach einem Jahr ist ein Teil der gemachten funktionellen Fortschritte durch den Alterungsprozess aufgezehrt, jedoch weiterhin eine deutliche Risikoreduktion gegenüber der Gruppe ohne LMB festzustellen.

S411-3
Wirksamkeit eines Smartphone-unterstützten körperlich-kognitiven Trainingsprogrammes zur quartiersbezogenen Teilhabeförderung älterer Menschen

L. Günther, A. Osterhoff[1], C. Thiel, S. Sommer[1], M. Niehoff[2], M. Sharma[2], U. Handmann[2], O. Koch[2], C. Grüneberg

Studiengang Physiotherapie, Department für angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland; [1]Studiengang Logopädie, Department für angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland; [2]Institut Informatik, Hochschule Ruhr West, Bottrop, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Bislang gibt es wenige Trainingsprogramme für ältere Menschen, die eine Förderung körperlicher und kognitiver Funktionen mit explizitem Teilhabefokus und Technikunterstützung kombinieren. Im transdisziplinären Rahmen wurde daher das BMBF-geförderte Trainingsprogramm Quartier agil – aktiv vor Ort entwickelt. Ziel der vorliegenden Studie ist die orientierende Prüfung der Machbarkeit des gewählten Ansatzes und der Synthese von „lessons learned".
Material und Methoden: In einem sechsmonatigen Interventionszyklus zur ersten Erprobung des Konzepts trainierten 19 selbstständig lebende, gesunde Menschen ab 65 Jahren in wöchentlichen Gruppentrainings körperliche und kognitive Funktionen. Dieses Training wurde angereichert durch Smartphone-basierte Inhalte. Via Smartphone wurden u. a. Übungen für ein individualisiertes Training zur Verfügung gestellt, und die TeilnehmerInnen wurden zur gemeinsamen sozialen Aktivität im Quartier sowie auch zur digitalen Teilhabe angeregt. Neben Prä-/Posterhebungen (körperlich-kognitive Variablen, Aktivität und soziale Partizipation) wurden Barrieren und Förderfaktoren der Technikunterstützung ermittelt.
Ergebnisse: Körperliche und kognitive Parameter zeigten positive Trends in spezifischen Funktionsbereichen (z. B. Balance, Aufmerksamkeit). Von den befragten TeilnehmerInnen gaben alle an, mit dem Programm Quartier agil zufrieden zu sein. Nach eigener Einschätzung der meisten TeilnehmerInnen förderte das Programm die soziale Vernetzung. Smartphone-Übungen stießen mehrheitlich auf großes Interesse, wobei Technikkompetenz zur Nutzung des Smartphones häufig erst aufgebaut werden musste.
Schlussfolgerung: Das Trainingsprogramm Quartier agil hat das Potenzial, bei gesunden älteren Menschen die soziale Partizipation zu stärken, den Erhalt körperlicher und kognitiver Leistungen zu unterstützen und Barrieren zur digitalen Teilhabe abzubauen. Die Smartphone-Schulung/-nutzung benötigt erhebliche Ressourcen. Für die Weiterentwicklung von Quartier agil sind zukünftig auch vulnerable ältere Menschen mit körperlichen und/oder kognitiven Leistungseinbußen in den Blick zu nehmen, deren soziale Teilhabe bedroht oder bereits eingeschränkt ist, sowie die technische Komponente auf Basis bislang gewonnener Lessons learned nutzerorientiert zu schulen.

S411-4
Intensives Intervall-Training als vielversprechende Interventionsmethode bei Personen mit leichter kognitiver Einschränkung (MCI)

S. Rüdiger, T. Stuckenschneider, S. Schneider

Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaften, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Aufgrund der steigenden Prävalenz von neurodegenerativen Erkrankungen (Prince et al. 2015) rücken Interventionsstrategien im Anfangsstadium (z. B. bei leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI)) in den Fokus. Laut den jüngsten Praxisleitlinien der Amerikanischen Gesellschaft für Neurologie (ANN) wird regelmäßige körperliche Aktivität über einen Zeitraum von 6 Monaten als vielversprechende Therapiemaßnahme empfohlen (Petersen et al. 2017). Welche Form von körperlicher Aktivität am wirksamsten ist, um weiterem kognitiven Abbau vorzubeugen, ist jedoch noch nicht genau definiert (Colcombe und Kramer 2003; Zheng et al. 2016). Erste tierexperimentelle Ergebnisse und Untersuchungen mit gesunden älteren Personen weisen darauf hin, dass sich kurze intensive Intervalleinheiten positiv auf die Neurogenese des alternden Gehirns auswirken und den Erhalt kognitiver Leistungen besser fördern als moderates Ausdauertraining (Coetsee und Terblanche 2017; Lezi et al. 2014; Saucedo et al. 2015). Ziel der Studie war es daher, den Effekt eines intensiven Intervallausdauertrainings auf die kognitive Leistungsfähigkeit von MCI-Patienten zu erfassen. Es wurde angenommen, dass bereits nach einer 12-wöchigen Trainingsperiode erste Effekte auf die kognitive Leistung gezeigt werden können.
Material und Methoden: Neunzehn Teilnehmer mit diagnostizierter MCI (74,74 ± 7,34 Jahre, MoCA: 22,84 ± 2,03) trainierten 2- bis 3mal/Woche à 35 min mit 4-mal 4 min intensiver Belastung bei 80–90 % der maximalen Herzfrequenz auf einem Fahrradergometer. Kognitive Funktionen wurden mithilfe des Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al. 2005) und des Trail Making Test A und B (TMT A, B) (Arbuthnott und Frank 2000; Oosterman et al. 2010) erfasst.
Ergebnisse: Nach 12 Monaten zeigte sich eine signifikante Verbesserung sowohl des MOCA Scores ($p = 0{,}008$) als auch der TMT-A- ($p = 0{,}042$) und TMT-B-Zeit ($p = 0{,}000$).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen bereits nach 12 Wochen Training positive Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit von MCI-Patienten. Dies würde dafür sprechen, dass bereits kurze, aber dafür eher intensive Trainingsreize ausreichen, die kognitive Leistung zu verbessern, und sich positiv auf das alternde Gehirn auswirken. Da der initiale Interventionszeitraum auf 6 Monate ausgelegt ist, zeigen diese Ergebnisse einen vielversprechenden Trend an, welcher nach Abschluss der gesamten Intervention noch genauer analysiert werden muss.

S412 Anämie im Alter – ein geriatrisches Syndrom?
Symposium der AG Anämie

G. Röhrig-Herzog, G. Kolb[1]

Diskutanten: A. Leischker[2], I. Gütgemann[3], H.-U. Jabs[4]

Zentrum für Geriatrische Diagnostik, MVZ Medicum Köln Ost, Köln, Deutschland; [1]Fachbereich Geriatrie, Medizinische Klinik, Bonifatius-Hospital, Lingen, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrie, Krankenhaus Maria-Hilf, Alexianer Krefeld GmbH, Krefeld, Deutschland; [3]Labor für Hämatopathologie, Institut für Pathologie, Bonn, Deutschland; [4]Klinik für Geriatrie, St. Lukas Klinik, Solingen, Deutschland

Anämie beim älteren Menschen ist nicht altersphysiologisch, aber multikausal bedingt und mit nachweisbaren funktionellen Einschränkungen im Alltag assoziiert. Diese Erkenntnis hat die AG Anämie auf der Basis der aktuellen Ergebnisse sowohl internationaler als auch eigener Studien in einem Positionspapier festgehalten [1]. Die Multikausalität, verbunden mit den assessmentbasiert nachweisbaren funktionellen Einschränkungen, veranlasst im klinisch-geriatrischen Alltag nicht nur zu einer differenzierten Diagnostik der Anämie, sondern auch zu einem frühzeitigen Therapiebeginn. Im Rahmen dieses Symposiums sollen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Anämie im Alter erörtert werden und die Diskussion angeregt werden, inwiefern die Anämie als geriatrisches Syndrom zu werten ist.

Literatur

1. Röhrig G, Gütgemann I, Kolb G, Leischker A (2018) Anemia in the aged is not ageing related: position paper on anemia in the aged by the „working group anemia" of the German Geriatric Society (DGG). Eur Geriatr Med. https://doi.org/10.1007/s41999-018-0048-0

S501 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus (Robert-Bosch-Stiftungsprojekte)

S501
Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus (Robert-Bosch-Stiftungsprojekte)

A. H. Jacobs, A. Lukas[1]

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland; [1]Zentrum für Altersmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Aktuell werden deutschlandweit Projekte zum Thema „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus" von der Robert Bosch Stiftung gefördert.
Ziel der Arbeit: Darlegung des aktuellen Standes einiger der von der Robert Bosch Stiftung zu diesem Thema deutschlandweit geförderten Projekte als Anregung für Kollegen und Krankenhäuser.

S501-1
Multiparametrisches Konzept zur nichtmedikamentösen Modulation auffälliger Verhaltensweisen

A. H. Jacobs, M. Kowar, K. Weitensteiner

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Einschränkung der Kognition zählt zu den führenden geriatrischen Syndromen und findet sich häufig als Komorbidität im Alter. Im Falle einer Krankenhausaufnahme steigt bei Vorliegen von Kognitionseinschränkungen die Gefahr der Entwicklung eines Delirs und sog. auffälliger Verhaltensweisen.
In unserem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt soll der Umgang mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen und deren Angehörigen im Krankenhaus verbessert werden. Das Projekt beinhaltet Maßnahmen zu
1. verbesserter Identifikation von und zum verbesserten Umgang mit Betroffenen (Fortbildungen, Schulungen);
2. Erarbeitung eines Strukturkonzeptes (interdisziplinäre Demenzstation);
3. Etablierung/Evaluierung von Verfahren zur psychosozialen Intervention.
Alle Arbeitsbereiche sind gleichermaßen von Bedeutung und haben das Ziel, das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome und auffälliger Verhaltensweisen zu modulieren (verhindern) und den Einsatz von zentral wirksamen Medikamenten zu minimieren (vermeiden), um unsere Behandlung zu verbessern und Komplikationen zu vermeiden. Der Vortrag wird den aktuellen Stand des Projektes darstellen, welches auch als Modellprojekt für andere Krankenhäuser dienen soll.

S501-2
Qualitätssicherung bei Medikamentenverordnungen für Menschen mit Demenz

W. Hewer, D. Bajtay[1]*, A. Müller*[2]*, C. Marburger*[2]*, H. Seidling*[3]*, W. Haefeli*[3]

Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göppingen, Deutschland; [1]Geriatrischer Schwerpunkt, Zentrum für Innere Medizin, ALB Fils Kliniken, Göppingen, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Fachkrankenhaus für Psychiatrie u. Neurologie, Christophsbad GmbH und Co., Göppingen, Deutschland; [3]Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Innere Medizin VI, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Menschen mit Demenz (MmD) sind in ihrer Mehrzahl von Multimorbidität betroffen und werden deshalb häufig mit multiplen Medikamenten behandelt (Polypharmazie). Bei erhöhter Vulnerabilität des allgemeinen Gesundheitszustandes und speziell der kognitiven Leistungsfähigkeit sind sie in erhöhtem Maße durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen gefährdet. Dies betrifft insbesondere im Akutkrankenhaus behandelte MmD.
Material und Methoden: Im Fokus dieses vom geriatrischen Schwerpunkt eines Landkreises mit 250.000 Einwohnern getragenen Projekts stehen a) der auf den Medikationsplan bezogene sektorübergreifende Informationstransfer an den relevanten Schnittstellen (z. B. Hausarzt → Klinik; Klinik → Sozialstation), b) die Überprüfung von Medikamentenverordnungen anhand etablierter gerontopharmakologischer Verfahren (u. a. Drug Burden Index, STOPP/START2-Liste) und c) der Abgleich der verordneten psychopharmakologischen Medikation mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Demenzen". Untersucht werden zu t1 100 klinisch behandelte MmD (Einnahme von mindestens 5 Medikamenten), bei denen Art und Schweregrad der Demenzerkrankung, die aktuelle Hauptdiagnose, relevante Komorbiditäten sowie begleitende psychische Störungen erfasst werden. Unter Berücksichtigung der zu t1 erhobenen Daten schließt sich eine Interventionsphase an; in deren Mittelpunkt stehen a) eine Veränderung von Abläufen im medikationsbezogenen Informationstransfer, soweit hier Schwachstellen feststellbar waren, und b) Schulungsmaßnahmen zur Verbesserung der entsprechenden Kompetenzen bei den involvierten Professionen (v. a. Ärzte und Pflegedienst). Zu t2 wird die Datenerhebung von t1 wiederholt, zwecks Evaluation der erfolgten Intervention.
Ausblick: Das geplante Projekt sieht auf der Basis einer Bestandsaufnahme zur Polypharmazie bei MmD eine Intervention vor, die geeignet ist, eine Verbesserung der Qualität der Pharmakotherapie bei dieser wachsenden Gruppe von Patienten zu erreichen. Im Wissen um die Komplexität und den Schwierigkeitsgrad dieser Zielsetzung erwarten die Autoren dennoch positive Effekte in ihren beiden Kliniken, nicht zuletzt im Sinne einer erhöhten Sensibilität für pharmakotherapeutische Probleme bei den beteiligten Professionen. Zum Zeitpunkt des Kongresses sollen erste zu t1 erhobene Ergebnisse vorliegen.

S501-3
Herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenz – scheinbar unbegründet?

A. Lukas

Zentrum für Altersmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg, Bonn, Deutschland

Herausfordernde Verhaltensweisen Demenzkranker stellen eine besondere Herausforderung im Stationsalltag einer Akutklinik dar, führen sie doch zu erheblichen Störungen im normalen Tagesablauf. Nichterkannter Schmerz gilt dabei als eine der häufigsten Ursachen für das gezeigte Verhalten. Ziel des Projektes ist eine Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen Demenzkranker in einem Akutkrankenhaus durch verbesserte Schmerzerkennung.

S501-4
Optimierung der Delirdiagnostik und -therapie

M. Hanxleden

Geriatrie, St. Johannes Hospital, Klinikum Arnsberg, Arnsberg, Deutschland

Eine frühzeitige Delirprävention, -erkennung sowie die frühzeitige Einleitung diesbezüglicher Interventionsstrategien reduzieren vitale Gefährdungen, vermeidbare Behandlungskomplikationen sowie Fehlverordnungen und ermöglichen eine schnellere Reorientierung.
Das Delirprojekt des Klinikums Hochsauerland fokussiert und evaluiert Möglichkeiten, mit denen Lebens- und Behandlungsqualität von delirgefährdeten sowie -erkrankten Patienten/Patientinnen an Sektorenschnittstellen und im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen verbessert werden können.
Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Projektes ist eine umfassende Schulung aller Beteiligten. Diese Bemühungen werden durch eine telefonische „Hotline" und die Einrichtung einer Delirfallbesprechung unterstützt. Neben der Etablierung eines Risikoscreenings für Alterspatienten wird in allen Abteilungen aktuell ein Delirscreening eingerichtet.

Zudem wird im Rahmen einer Optimierung der Verordnungssicherheit eine „Check-Liste Polypharmazie“ erstellt.
Die Realisation diese Projektes ist auf eine effiziente Vernetzung im Quartier angewiesen, um insbesondere an Sektorenschnittstellen Versorgungsstrukturen zu verbessern, Pflegende zu entlasten und stationäre Behandlungserfolge in ambulante Versorgungswege zu übertragen.
Die Evaluation diese Projektes erfolgt durch Erhebungen (Fragebogen), mit denen Fachwissen zum Thema Delir überprüft wird, sowie Statistiken über Delirerkrankungen vor der Projektetablierung sowie im Verlauf der Projektumsetzung.

S501-5
HuBerTDA – Handeln im Hier und Jetzt! Bereit zum demenz- und alterssensiblen Krankenhaus

S. Blumenrode

Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Im Zuge der demografischen Entwicklung steigt die Zahl älterer und kognitiv eingeschränkter Patienten in den Krankenhäusern. Im Klinikum Stuttgart werden jährlich rund 17.000 Patienten im Alter über 70 Jahren behandelt. Kognitiv beeinträchtigte Ältere mit Demenz, Delir, Depression werden zu selten erfasst bzw. nicht frühzeitig erkannt. Es bestehen Defizite in der Vordiagnostik, Zunahme der Komplikationen und Verweildauern, Zunahme der Mitarbeiterbelastung sowie Mitarbeiter- und Patientenunzufriedenheit. Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „HuBerTDA“ zielt darauf ab, die vorhandenen Versorgungs- und Behandlungsangebote an die Bedarfe älterer und demenzerkrankter Patienten anzupassen sowie den Akuterkrankungspfad durch die ideale Vernetzung vorhandener Expertise und die Ergänzung eines Bündels evidenzbasierter Einzelinterventionen zu optimieren.
Material und Methoden: Bei allen Notfallpatienten >70 Jahre in der Interdisziplinären Notaufnahme wird ein standardisiertes geriatrisches Risikoscreening durchgeführt. Bei einem positiven Ergebnis werden definierte Standards für eine umfassende psychoneurogeriatrische Diagnostik mit Angehörigeneinbezug und pharmakologischer Beratung sowie eine demenz- und alterssensible Ergänzung bestehender Behandlungspfade eingeleitet. Auf der Pilotstation erfolgt die Umsetzung des Delirpräventionskonzeptes „AKTIVER“ (Alltags- und Kognitions-Training Interdisziplinarität-Verbessert Ergebnis und mindert das Risiko), der Einsatz von „Demenzkoordinatoren“, die Umsetzung eines Tagesaktivierungsangebots, ein spezifisches Farb-/Licht- und Raumkonzept, die „OP-Begleitung“ durch Lotsen sowie eine spezifische Entlassplanung ergänzen.
Schlussfolgerung: Durch HuBertDA sollen positive Effekte, eine Verbesserung des Behandlungserfolgs durch Reduktion von Komplikationen, Reduktion der Belastung durch den stationären Aufenthalt und Erhalt der bestehenden Selbstständigkeit, Erleichterung des Übergangs ins ambulante Setting, eine bessere Vernetzung mit den prä- und poststationären Versorgungssystemen sowie die Erhöhung der Behandlungszufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen erreicht werden. Die schnelle und sichere Identifikation von Patienten mit kognitiven Störungen, eine optimale Nutzung der Bettenauslastung durch einen strukturierten, alterssensiblen Behandlungspfad, die Erhöhung der Fachlichkeit und Kompetenzerweiterung der MA sind weitere zu erwartende Effekte.

S502 Ältere als Koproduzenten von Quartiersnetzwerken – real und digital

S502
Ältere als Koproduzenten von Quartiersnetzwerken – real und digital

E. Bubolz-Lutz, U. Fachinger[1]

Forschungsinstitut Geragogik e.V., Düsseldorf, Deutschland; [1]Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

„Keiner soll durch's NETZ fallen“ – dieses Ziel hat das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte transdisziplinäre Forschungs- und Entwicklungsprojekt „QuartiersNETZ – Ältere als Ko-Produzenten von Quartiersnetzwerken im Ruhrgebiet“. Erreicht werden soll dies, indem eine (bessere) reale und digitale Vernetzung der Quartiersbewohner, Dienstleister, Institutionen, kommunalpolitisch Zuständigen und weiteren (zivilgesellschaftlichen) Akteure in vier exemplarisch ausgewählten Wohnquartieren gefördert oder neu geschaffen wird. Die so entstehenden realen und digitalen Quartiersnetzwerke sollen gewährleisten, dass Menschen in allen Phasen ihres Älterwerdens am öffentlichen Leben teilhaben und an dessen Gestaltung mitwirken können. Entwickelt wurden neue Strategien und Konzepte, die auch nach Projektende weiter nutzbar und übertragbar sind und die Partizipation unterstützen. Auch wurden ineinandergreifende Strukturen auf Quartiers- und Stadtebene in Gelsenkirchen aufgebaut, die Impulse für andere Kommunen und Projekte bieten können.
Die vorgestellten Erkenntnisse beziehen sich auf das vierjährige Modellprojekt QuartiersNETZ (2014–2018). In Kooperation mit den Bürgern/Bürgerinnen und Akteuren vor Ort wurden jeweils die Ausgangssituationen der Quartiere erfasst und abgebildet, Dienstleistungsstrukturen und Versorgungsprozesse analysiert, (niedrigschwellige) Teilhabe- und Beteiligungsmöglichkeiten geschaffen, Technik entwickelt (z. B. eine Wunschbedienung für zu Hause, eine Quartiersplattform), Techniktreffpunkte eingerichtet und Lernmöglichkeiten und Lernformate für freiwillig engagierte TechnikbotschafterInnen und Quartiersredakteure/Quartiersredakteurinnen entwickelt.
Das Symposium bietet einen Einblick in Verfahren und Ergebnisse der einzelnen Teilprojekte, die die Perspektiven der Informatik, Sozialwissenschaften, Sozialpolitikwissenschaften, Geragogik, Ökonomie und Sozialarbeitswissenschaften zusammenführen. Vorgestellt und diskutiert werden die Chancen und Grenzen von digital unterstützten Quartiersentwicklungen in Stadtgesellschaften.

S502-1
Stadtquartiere – Rahmenbedingungen verstehen und Ausgangssituation erfassen

M. Grates

Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, Fachhochschule Dortmund, Dortmund, Deutschland

Die Entwicklung von (Stadt-)Quartieren steht derzeit im Fokus von Politik, Öffentlichkeit, Verwaltung und Wissenschaft. Als auslösende Faktoren werden gesellschaftliche Wandlungsprozesse, wie z. B. soziale und demografische Veränderungen, angeführt. Auch das Forschungs- und Entwicklungsprojekt QuartiersNETZ zielt auf die Gestaltung von Stadtquartieren, in denen Menschen aller Lebenslagen und jeden Alters die Möglichkeit haben, am gesellschaftlichen Leben teilhaben und selbstständig im gewohnten Umfeld leben zu können.
Der Beitrag skizziert am Beispiel Gelsenkirchens, welche Merkmale im Rahmen der Bestandsaufnahme im QuartiersNETZ mittels welcher Methoden erfasst wurden, um die Ausgangssituation für projektrelevante Fragestellungen aus Sicht der Sozialwissenschaften, Informatik, Ökonomie, Sozialen Arbeit, Geragogik und weiteren abzubilden.

Zentrale Ergebnisse und Annahmen, die sich daraus für die Quartiersentwicklungsprozesse ableiten lassen, werden dargestellt. Beispielsweise zeigt sich, dass die Quartiere aufgrund ihrer u. a. unterschiedlichen Sozial-, Versorgungs- und Akteursstrukturen unterschiedliche Voraussetzungen für die realen und digitalen Quartiersentwicklungsprozesse aufweisen. Deutlich wurde auch, dass v. a. die *digitale* Quartiersentwicklung das Projekt vor besondere Herausforderungen stellt. Der Beitrag schließt mit einer Reflexion der Vorgehensweise.

S502-2
Dienstleistungsstrukturen und Versorgungsprozesse im Quartier

M. Mähs, T. Michalik

Ökonomie und Demographischer Wandel, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen gewinnt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten quartiersbezogenen Versorgung der älteren Menschen an Bedeutung. So stellt sich die Frage, wie Dienstleistungsstrukturen und Versorgungsprozesse im Quartier adäquat gestaltet werden können, um eine Versorgung zu gewährleisten, die es den Menschen ermöglicht, auch bei altersassoziierten Einschränkungen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben. Des Weiteren ist fraglich, welche Lösungsansätze zu Aufrechterhaltung und Entwicklung nachhaltiger Versorgungsstrukturen im Quartier geeignet sind, die Bedarfe der BewohnerInnen effektiv zu decken.
Material und Methoden: Es wurde ein „Mixed-methods"-Ansatz verwendet. Für die Status-quo-Analyse der Bedarfe und der Bedarfslücken wurden sowohl quantitative wie auch qualitative Verfahren zu Erfassung und Beurteilung der örtlichen Strukturen auf der einzelwirtschaftlichen, gruppen- und quartiersbezogenen Ebene exemplarisch in vier Modellquartieren der Stadt Gelsenkirchen genutzt. So konnten die Bedarfe erfasst, die Bedarfslücken identifiziert und die Dienstleistungsstrukturen und -prozesse analysiert werden. Um die Entwicklung eines Versorgungskonzepts und den damit verbundenen Aufbau von Versorgungsstrukturen und -prozessen zu fördern, wurden zudem Maßnahmen zu Ansprache, Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Akteure partizipativ erarbeitet.
Ergebnisse: Zur Identifikation und zur Schließung von Bedarfslücken im Quartier bedarf es des aktiven Mitwirkens der verschiedenen Beteiligten sowie einer Vernetzung unterschiedlicher Akteure, wie Dienstleister, ehrenamtlich Engagierte sowie kommunale Organisationen. Um die Beteiligung der Akteure zu erhöhen, ist der Einbezug von Multiplikatoren sinnvoll. Neben den Vernetzungen und Kooperationen zwischen einzelnen Akteuren ist die Benennung eines Orchestrators für die Koordination des Gesamtversorgungskonzepts empfehlenswert.
Schlussfolgerung: Durch die Entwicklung adäquater Dienstleistungs- und Versorgungsstrukturen im Quartier kann älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der heimischen Wohnumgebung trotz altersassoziierter Beeinträchtigungen ermöglicht werden.

S502-3
QuartiersNETZwerke von und mit Älteren entwickeln

E. Heite

Generationennetz Gelsenkirchen e. V., Gelsenkirchen, Deutschland

Der Beitrag fokussiert die im Rahmen des Projektes QuartiersNETZ gestalteten Prozesse der Quartiersentwicklung (Aufbau von Partizipations-, Dienstleistungs-, Netzwerkstrukturen) und beleuchtet die Rolle Älterer hierin.
Die Älteren werden als wichtiger Teil der Stadtgesellschaft verstanden. Sie gestalten die Entwicklung ihres eigenen Quartiers mit seinen jeweiligen Besonderheiten mit. Sie sind angesprochen als Experten ihres spezifischen Alltags und der lokalen Lebenswelt. Sie bringen sich in allen Bereichen der komplexen und in allen Teilen partizipativ angelegten Projektarchitektur mit ihren Kompetenzen, Fähigkeiten und (Zeit-)Ressourcen ein, sei es um Partizipationsmöglichkeiten entsprechend zuzuschneiden, zu erproben und zu verbessern, Informations- und Kommunikationswege zu kreieren, die Entwicklung technischer Unterstützungslösungen (wie z. B. digitale Quartiersplattform, „Wunschfernbedienung") voranzubringen, zu nutzen und beim Einstieg zu helfen oder die im Projekt eingerichteten Techniktreffs durch ihre Angebote als neue Orte des Lernens und Ausprobierens mit Leben zu füllen. Dies tun sie als TechnikbotschafterInnen, Quartiersredakteure/Quartiersredakteurinnen oder „Aktive" im Quartier. Die Älteren sind aber auch Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen, VermittlerInnen für wiederum andere. Sie sind somit (Ko-)ProduzentInnen eines lebendigen Netzwerks im Quartier.
Die verschiedenen Entwicklungsstränge (s. übrige Beiträge) werden eingebunden in einen Gesamtprozess, der wiederum anschlussfähig (Einbettung in die spezifischen Gegebenheiten der Stadt und des Quartiers) und nachhaltig (Ressourcenbündelung, Netzwerkmanagement, Gesamtkonzept) angelegt ist. Es zeigt sich, dass hierbei die Verknüpfung von Quartiersebene und Gesamtstadt, repräsentativen Demokratieelementen mit direktdemokratischen Beteiligungsformen, real und digital besondere Chancen bietet, jedoch auch von Beginn an zu gestalten ist. Ebenso zeigt sich im Hinblick auf die Breite der Beteiligung Älterer, dass Veranstaltungsformate zu entwickeln sind, die neben den frühzeitig im Projekt etablierten Komm-Strukturen auch zugehenden Charakter haben.
Chancen und Herausforderungen dieses koproduktiven Prozesses werden im Beitrag diskutiert.

S502-4
Partizipative Technikentwicklung – Methodik und Umsetzungsbeispiele

J. Sorgalla, S. Sachweh

Digitalisierung von Arbeits- und Lebenswelten, Fachbereich Informatik, Fachhochschule Dortmund, Dortmund, Deutschland

Ubiquitäre Technologien wie das Internet verändern die Art und Weise, wie wir miteinander kommunizieren, leben und arbeiten. Diese sich auch in den kommenden Jahren weiterverstärkende, digitale Transformation birgt zahlreiche Chancen und Risiken. Es liegt daher auch in der Verantwortung von Technikentwicklern/Technikentwicklerinnen, entstehende Technologien so zu gestalten, dass möglichst alle BürgerInnen von neuen technischen Lösungen profitieren können und sich die digitale Exklusion nicht weiterverstärkt. Eines der Ziele des Projektes QuartiersNETZ war es daher, die im Projektvorhaben skizzierten technischen Lösungen partizipativ mit älteren BürgerInnen zu entwickeln, um den tatsächlichen Nutzen der Technik für diese sehr heterogene Gruppe größtmöglich zu gestalten. Hieraus ergab sich die Herausforderung, komplexe Partizipationsprozesse in komplexe technische Entwicklungsprozesse zu integrieren.
Auf Basis von Entwicklungsbeispielen aus dem Projekt QuartiersNETZ wird insbesondere für die Domäne der Softwareentwicklung deutlich, dass eine zu geringe Nutzerpartizipation das Risiko erhöht, bestimmte Gruppen auszuschließen und Technik an den Nutzern/Nutzerinnen vorbei zu entwickeln, während ein zu offener Prozess die Gefahr birgt, Entwicklungsschritte niemals abschließen zu können. Dies zeigte sich beispielsweise bei der Entwicklung einer digitalen Quartiersplattform, die es den Bürgern/Bürgerinnen und Akteuren im Quartier ermöglicht, sich zu vernetzten und die bereits vorhandenen Strukturen eines Wohnquartiers digital ergänzt. So wurde zum einen eine Methode entwickelt, einer möglichst heterogenen Gruppe Älterer Partizipation an Technikentwicklung zu eröffnen. Zum anderen galt es, einen Rahmen zu finden, wo und inwieweit Mitgestaltungsmöglichkeiten bestehen und wo der technische Entwicklungsprozess seine partizipativen Grenzen hat. Zum Teil blieben auch durch die EntwicklerInnen intendierten Partizipationsmöglichkeiten durch die BürgerInnen ungenutzt.
Partizipation bei der Entwicklung von technischen Systemen ermöglicht die Erstellung hochgebrauchstauglicher Software, unterliegt dabei jedoch Grenzen, die sowohl aufseiten der BürgerInnen als auch der EntwicklerInnen und des technisch und organisatorisch Machbaren in Projektkontexten liegen – was der Beitrag kritisch diskutiert.

S502-5
Technikbegleitung – Aufbau von Initiativen zur Stärkung der Teilhabe Älterer im Quartier

J. Stiel
Forschungsinstitut Geragogik, Düsseldorf, Deutschland

Menschen, denen der Zugang zum Internet verschlossen bleibt, können die Chancen der Digitalisierung nicht wahrnehmen und verlieren Möglichkeiten der Teilhabe. Besonders bestimmte Gruppen älterer BürgerInnen sind von digitaler Exklusion betroffen. Es ist zu befürchten, dass ohne geeignete Interventionen die voranschreitende Digitalisierung auch soziale Ungleichheiten im Alter weiterverstärkt. Als Barrieren, neue Technologien und digitale Medien zu nutzen, wurden u. a. auch fehlende geeignete AnsprechpartnerInnen und Gelegenheiten zum Ausprobieren und Lernen identifiziert.
Im QuartiersNETZ-Teilprojekt „Technikbegleitung" wurde als eine Interventionsstrategie der Aufbau von Technikbotschafter-Initiativen in den Quartieren erprobt – als eine Möglichkeit, die (digitale und damit soziale) Teilhabe Älterer zu stärken. Partizipativ mit älteren Bürgern/Bürgerinnen, GeragogInnen, Informatikern/Informatikerinnen, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen und weiteren Akteuren aus der Stadt wurden Konzepte entwickelt, Initiativen zur Technikbegleitung stadtweit und auf Quartiersebene aufzubauen, Freiwillige jeden Alters zu gewinnen, sich über ein ebenfalls entwickeltes Curriculum zu „Technikbotschafterinnen und -botschaftern" zu qualifizieren und dann in den Quartieren aktiv zu sein. Dazu wurden die notwendigen Rahmenbedingungen identifiziert, die ein solches Engagementformat im Speziellen mit sich bringt.
In den im Projekt eingerichteten Techniktreffs bieten die TechnikbotschafterInnen Kurse (z. B. zur Smartphone-Nutzung) und offene Sprechstunden an – auch Hausbesuche sind möglich. Sie wirken dabei als Intermediäre und z. T. auch als Rollenmodelle, die zeigen, dass „Technik-Lernen" im Alter möglich ist, Spaß machen und den Alltag bereichern kann. Die Evaluationsergebnisse hinsichtlich der NutzerInnen der Angebote zeigen, dass mit Technikbegleitung auch exklusionsgefährdete ältere Personen erreicht werden können, also Personen, die durch traditionelle Bildungseinrichtungen eher nicht (mehr) erreicht werden. Aufgezeigt wird darüber hinaus, wie auch professionelle Dienstleister, Pflegefachkräfte und Betreuungskräfte als „TechniklotsInnen" ihren Beitrag dazu leisten können, speziell in Pflegehaushalten oder in Pflegeheimen Techniknutzung zu erleichtern bzw. zugänglich zu machen.

S504 MobiAssist – empirische Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts zur Mobilisierung von Menschen mit Demenz und der Angehörigen

S. Brandt

Diskutanten: D. Unbehaun[1], S. Eichberg[2], N. Lahmann[3], M. Fathi[4], B. Ristok[5], S. Jahnke[6], H. Feige[7]

BAGSO Service GmbH, Bonn, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und Neue Medien, Universität Siegen, Siegen, Deutschland; [2]Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland; [3]Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [4]Institut für Wissensbasierte Systeme und Wissensmanagement, Universität Siegen, Siegen, Deutschland; [5]CundS Computer und Software GmbH, Augsburg, Deutschland; [6]Kaasa solution GmbH, Düsseldorf, Deutschland; [7]Ambulante Dienste, Diakonie Südwestfalen, Siegen, Deutschland

Bereits heute ist die Belastung für Angehörige, Betroffene, Pflegekräfte, Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen und das Gesundheitssystem enorm hoch. Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung von Menschen mit Demenz dar. Sowohl der Verlauf einer Demenz als auch die Lebensqualität bei Demenz können durch verschiedene Interventionen positiv beeinflusst werden. Vielversprechend sind Bewegungsprogramme, da diese nicht nur präventiv gegen Demenz, sondern auch proaktiv bei eingetretener Demenz Fähigkeiten und Ressourcen aufrechterhalten und fördern können. Studien zeigten, dass körperliches Training die geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeiten und somit die Alltagskompetenz bei Menschen mit Demenz verbessern kann. In dem entsprechenden Diskurs nehmen die Themen Technik und Assistenzsysteme mittlerweile einen notwendigen Schwerpunkt ein. Technische Assistenzsysteme könnten eine Ergänzung zum Alltag der Haushalte und Pflegeeinrichtungen der Zukunft auszeichnen. Eine neue Entwicklung stellen hierbei „exergames" dar, welche digitale Videospiele sind, die auf unterhaltsame Weise Informationen, Fertigkeiten und Wissen vermitteln.
Das Forschungsprojekt MobiAssist entwickelt ein Kinect-basiertes Trainings- und Informationssystem mit verschiedenen Spielen, welches Bewegungen und Trainingsaktivitäten erfassen, auswerten und evaluieren kann. Durch eine innovative Mensch-Technik-Interaktion und gezielt entwickelte Trainingseinheiten werden motorische, kognitive und sozial-kommunikative Kompetenzen individuell und kontinuierlich gefördert. MobiAssist adressiert dabei die Stärkung der individuellen Selbstpflegefähigkeit und Alltagskompetenz von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Schwerpunkt des Symposiums ist es, das Konzept, interdisziplinäre Forschungsschwerpunkte und erste Erkenntnisse aus der Evaluierungsstudie mit über 50 Menschen mit Demenz und deren Angehörigen aus einer multizentrischen Studie zu präsentieren. Im Rahmen der Studie wurden sowohl vor als auch nach der Interventionsphase quantitative Assessments zur Erhebung der körperlichen und kognitiven Ressourcen von Menschen mit Demenz und deren Angehörige als auch qualitative Methoden zur Erfassung der individuellen Alltagssituation und Systemnutzung eingesetzt. Das Symposium dient der wissenschaftlichen Aufarbeitung und Reflexion der Projekterfahrungen und Unterstützung zukünftiger Entwicklungen im Bereich der IT-basierten Unterstützung im Umfeld von Demenz.

S504-1
MobiAssist – Mobilisierungsassistent für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen: quantitative Auswertung der kognitiven Leistungsfähigkeit

A. Latendorf, S. Kuntz[1], S. Eichberg[2], K. Pfeifer[3], N. Lahmann[1]

Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland; [3]Ambulante Diakonische Dienste ADD gemeinnützige GmbH, Siegen, Deutschland

Hintergrund: Symptomatisch für eine demenzielle Erkrankung ist u. a. ein Rückgang der kognitiven Leistungsfähigkeit. Neben psychologischen und auch sozialen Interventionen sind auch Bewegungsprogramme geeignet, den klinischen Verlauf der Demenz positiv zu beeinflussen, indem sie die Symptome der Demenzerkrankung schwächen (Heyn et al. 2004; Forbes et al. 2012; Rolland et al. 2007). Inwieweit ein solches Bewegungsprogramm auch über ein „exergame" bei dieser vulnerablen Patientengruppe umgesetzt werden kann, dazu gibt es derzeit nur wenige Erkenntnisse.
Material und Methoden: Die Probanden trainieren mit dem eigens entwickelten Exergame „MobiAssist" über einen Zeitraum von 16 Wochen. Bei Beginn und nach Beendigung der Interventionsphase (T1 und T2) wird das kognitive Leistungsniveau mithilfe des DemTect und des Trail Making Test A (TMT-A) erhoben. Zur Einschätzung des Trainingseffekts wird die gleiche Probandengruppe zu einem Testzeitpunkt Null 16 Wochen vor Beginn der Interventionsphase als Kontrollgruppe getestet. Der DemTect (Calabrese et al. 2000) ist ein Screeningverfahren, der sich für die Einschätzung erster kognitiver Beeinträchtigungen und zur Beschreibung des Verlaufs des geistigen Abbaus eignet. Die Ergebnisse werden in Punktwerte (max. 18) umgerechnet. Der Trail Making Test A (TMT-A und TMT-B; Reitan 1992) ist ein neuropsychologisches Testverfahren zur Er-

fassung von Aufmerksamkeitsstörungen und exekutiven Dysfunktionen. Neben der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit werden sprachliche, exekutive und Aufmerksamkeitskomponenten erfasst. Als Ergebnis liegt die Bearbeitungszeit (in s) vor.
Ergebnisse: In die Studie wurden 53 Probanden mit Demenzerkrankungen (Alzheimer- bzw. vaskuläre Demenz oder Mischform) im Alter von 53 bis 94 Jahren (M = 77,94) eingeschlossen. Zu Beginn der Kontrollphase (T0) betrug der durchschnittlich erreichte Wert im DemTect 6,63 (SD 3,32) Punkte. Ein Wert unter 8 Punkten entspricht einem Demenzverdacht. Im TMT-A benötigten die Probanden im Durchschnitt eine Bearbeitungszeit von 102,39 s (SD 36,88).
Schlussfolgerung: Es wird angenommen, dass sich nach einem aktiven Training in der Interventionsphase (T2) die durchschnittlich erreichten Punktwerte in der Bearbeitung des DemTect sowie die durchschnittliche Bearbeitungszeit des TMT-A positiv verändern werden.

S504-2
Mobilisierungsassistent für Patienten mit Demenz und deren Angehörige – MobiAssist: quantitative Auswertung des Pflegebedarfs und der Pflegebelastung

S. Kuntz, S. Eichberg[1], A. Latendorf[2], N. Lahmann
Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland; [2]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Symptomatisch für demenzielle Erkrankungen ist nicht nur der Rückgang geistiger, sondern auch körperlicher Leistungen. Dabei nimmt mit zunehmendem Demenzschweregrad die Alltagskompetenz ab, und der Umfang des Unterstützungs- und Pflegebedarfs nimmt entsprechend zu. Mobilität stellt ein zentrales Konstrukt der allgemeinen pflegerischen Abhängigkeit dar (Lahmann et al. 2014a). Der Zusammenhang zwischen weitgehender pflegerischer Unabhängigkeit und einem langsameren Fortschreiten der demenziellen Erkrankung wird in aktuellen Studien diskutiert. Im interaktiven Trainingssystem „MobiAssist" wurden bedarfsgerecht, individuell und aufeinander aufbauend für den Betroffenen Übungen entwickelt, welche ihn bei der Bewältigung seiner täglichen Bedürfnisse im Alltag unterstützen bzw. vorantreiben. Zentral sind dabei alle Aktivitäten, die mit Mobilisation und Bewegung in Verbindung stehen.
Hypothese: Durch die Anwendung des MobiAssist-Systems und damit durch die körperlich-sportliche Aktivität lassen sich positive Veränderungen bzw. keine Verschlechterungen des Pflegebedarfs der an Demenz erkrankten Person aufzeigen. Das Training kann unabhängig von den verordneten Versorgungsangeboten am PC wahrgenommen werden und erzielt somit einen höheren Effekt. Gleichzeitig ist mit der Abnahme der Pflegebelastung der pflegenden Angehörigen zu rechnen.
Material und Methoden: Im Rahmen einer begleitenden „Proof-of-Concept"-Evaluationsstudie von MobiAssist ist wie folgt vorgegangen worden: Interventionsstudie mit 3 Messzeitpunkten bei gleicher Studienpopulation und 16-wöchiger Interventionsphase. Im Prä- und Postassessment wurden u. a. der Barthel-Index (Mahoney und Barthel 1965) und die Häusliche Pflegeskala (Gräßel und Leutbecher 1993) im Bereich der Pflege analysiert.
Ergebnisse: Insgesamt wurden zum ersten Messzeitpunkt (T0) 87 Personen in die Studie eingeschlossen (Betroffene $n = 53$; Angehörige $n = 35$). Es waren 53,8 % der Patienten weiblich, 23,9 % hatten keinen Pflegegrad, und 43,5 % hatten einen Pflegegrad 1 oder 2. Der Barthel-Index lag im Durchschnitt bei 83,46 Punkten (SD = 21,89). Insgesamt konnte von $n = 22$ Angehörigen die Häusliche Pflegeskala erhoben werden. Der Durchschnittswert lag bei 26,73 (SD = 17,87).
Schlussfolgerung: Bezogen auf die Alltagskompetenzen weist der Barthel-Index bei der T0-Messung auf nur geringe bis leichte motorische Einschränkungen hin. Die Angehörigen gaben ein geringes Belastungsausmaß an.

S504-3
MobiAssist – Assistenzsystem für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen: Effekte auf die körperlichen Leistungsfähigkeiten

S. Eichberg, A. Latendorf[1], S. Kuntz[2], K. Pfeifer[3], C. Dietlein, S. Niemeyer
Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland; [1]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Forschungsgruppe Geriatrie – AG Pflegeforschung, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [3]Ambulante Diakonische Dienste ADD gemeinnützige GmbH, Siegen, Deutschland

Hintergrund: Immer mehr Studien berichten von positiven Effekten von Bewegung und körperlich-sportlichem Training auf die motorischen Leistungsfähigkeiten bei an Demenz erkrankten Personen. Vorteile eines Trainings zu Hause mittels Exergames sind vielfältig. Es wurden schon Verbesserungen im Bereich der Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit bei gesunden Personen und Rehapatienten nachgewiesen. Die Effekte von Exergames auf die motorischen Leistungsfähigkeiten bei Betroffenen mit Demenz wurden bisher noch wenig untersucht.
Material und Methoden: Zielgruppe der Interventionsstudie mit Eigenkontrollgruppendesign waren Personen mit beginnender Demenz, die noch selbstständig zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung leben. Die Kontroll- und anschließende Interventionsphase dauerte jeweils 16 Wochen. Den Probanden wurde empfohlen, mehrmals pro Woche für eine halbe Stunde mit dem MobiAssist-Programm zu trainieren. Das Programm enthält Kraft-, Koordinations- und Kognitionsübungen. Zu Beginn der Kontrollphase (T0) sowie vor (T1) und nach der Interventionsphase (T2) wurden die motorischen Leistungsfähigkeiten untersucht. Das Gleichgewicht, die Mobilität und die Gehgeschwindigkeit wurden mit der Short Physical Performance Battery (SPPB; Guralnik et al. 1994), die Kraftausdauer der Arme, die allgemeine Ausdauer und die Geschicklichkeit wurde mit dem Senior Fitness Test (SFT, Rikli und Jones 2013) erfasst.
Ergebnisse/Schlussfolgerung: Es konnten 53 an Demenz erkrankte Personen eingeschlossen werden (54 % Frauen). Das Durchschnittsalter lag bei 78 Jahren (SD 8,77). Zu Beginn der Kontrollphase wurden im Mittel 7,51 Punkte (SD 2,97) im Gesamt-Score der SPPB erreicht (Einzelpunkte Gleichgewicht: 2,73 ± 1,25; Gehgeschwindigkeit: 2,74 ± 1,16; Aufstehen: 1,82 ± 1,27). Die Stichprobe hat damit ein mittleres Risiko für Funktionseinschränkungen. Der Armkrafttest wurde mit durchschnittlich 12 Wiederholungen (SD 5) und der Ausdauertest durchschnittlich mit 51 Kniehüben (SD 20) absolviert. Im Mittel benötigten die Probanden 12,14 s (SD 4,89) für den Geschicklichkeitstest. Im Vergleich zu den Normwerten für diese Altersgruppe liegt die Stichprobe im untersten Fünftel. Eine Veränderung in der Kontrollphase wird nicht erwartet. Es wird jedoch angenommen, dass sich die Leistungen durch die Intervention verbessern werden. Im Symposium werden die Veränderungen über die drei Messzeitpunkte und durch die Intervention vorgestellt.

S504-4
Qualitative Ergebnisse eines Videospiel-basierten Assistenzsystems für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

D. Unbehaun, D. Vaziri, K. Aal, R. Wieching
Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und Neue Medien, Universität Siegen, Siegen, Deutschland

Die Folgen des demografischen Wandels mit allen individuellen, volkswirtschaftlichen und soziodemografischen Konsequenzen werden in der Zukunft dazu führen, dass Menschen mit Demenz individuell nicht bedarfsgerecht und angemessen mit Pflege und Betreuung versorgt werden. Das Angebot von technischen Assistenzsystemen für Menschen mit Demenz und deren Umfeld ist ein junger und überschaubarer Markt. Dieser bietet aber im Sinne von intelligenten Informationstechnologien ein riesiges Potenzial für menschenzentrierte und bedarfsgerechte Unterstützung. Durch intelligente Systeme können gezielte und bedarfsgerechte Therapie-

konzepte ermöglicht werden, welche sich an die Bedürfnisse von Menschen anpassen. Im Verbundprojekt MobiAssist wird ein neuartiges Konzept für Menschen mit Demenz, v. a. im Hinblick auf biografische Inhalte, Bewegungen, Gesten, Sprache, Musik, Spiel, Spaß und Emotionen, unter Rücksichtnahme der Bedürfnisse von Angehörigen und Pflegepersonal, konzipiert und entwickelt. Zielsetzungen des Projektes sind die Mobilisierung und Aktivierung von Menschen mit Demenz und den Angehörigen, welche körperliche sowie kognitive Leistungsfähigkeit und dementsprechend die Alltagskompetenz fördert und vor weiterem Verfall schützen soll. In der vorliegenden Arbeit werden sowohl qualitative Forschungsergebnisse aus zwei Jahren praxisnaher Design- und Entwicklungszeit als auch die qualitativen Ergebnisse der Hauptstudie mit 50 TeilnehmerInnen präsentiert. Im Rahmen der Entwicklung wurden Nutzer sowie Angehörige und Pflegefachkräfte während der gesamten Entwicklungsphase einbezogen und die Technik im realen Umfeld exploriert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl Angehörige als auch Betroffene auf verschiedenen Ebenen von der Systemnutzung profitieren. Familienangehörige waren in der Lage, positive Veränderungen bei den Betroffenen wahrzunehmen, und konnten zusätzlich Zeit für persönliche Freizeitaktivitäten wiedererlangen. Darüber hinaus waren Menschen mit Demenz in der Lage, bestimmte Aspekte ihrer sozialen und täglichen Aktivitäten zurückzugewinnen. Weiterhin scheint das System soziale Interaktion zu fördern, Beziehungen von Menschen mit Demenz und ihrem Umfeld zu verbessern und die Zielgruppe zu unterstützten, sich täglichen Herausforderungen zu stellen.

S504-5
Tablet-basiertes Wissens- und Ausbildungssystem zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

M. Dornhöfer, S. Nasiri, J. Zenkert, D. Unbehaun[1], M. Fathi

Institut für Wissensbasierte Systeme und Wissensmanagement, Universität Siegen, Siegen, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und Neue Medien, Universität Siegen, Siegen, Deutschland

Ausgehend von den aktuell in Deutschland betroffenen Personen mit demenzieller Veränderung und den prognostizierten Zahlen bis 2050 wird ein gezielter Handlungsbedarf in der Betreuung und Pflege dieser Zielgruppe ersichtlich. Speziell pflegende Angehörige bekleiden hierbei eine zentrale und teilweise auch belastende Rolle im Alltag. Neben der Pflege im familiären Umfeld rücken auch mobile und stationäre Pflegedienste, Tagespflegen oder weitere Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in den Fokus. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden sozioökonomischen Herausforderungen auf Menschen mit Demenz, Familien und Anbieter von Pflegedienstleistungen, wird die Notwendigkeit des Einsatzes von informations- und kommunikationstechnischen Hilfsmitteln (IKT) für alle zuvor genannten Gruppen eine Notwendigkeit werden. Im Rahmen des Erscheinungsbildes der Demenz sind die Angehörigen oft mit der Situation überfordert und wünschen sich weitergehende Informationen über Symptome, Alltagshilfen oder Kontaktmöglichkeiten. Während aktuell betroffene Familien zumeist den Einsatz von IKT zur Unterstützung eher am Rande in Betracht ziehen, ist durch zunehmende Technikaffinität der kommenden Generationen davon auszugehen, dass derartige Hilfsmittel in naher Zukunft weniger als Belastung, sondern eher als Selbstverständlichkeit angesehen werden. In dem vorliegenden Beitrag beleuchten wir, basierend auf dem aktuell laufenden Forschungsprojekt „MobiAssist“, wie neben einer Videospielanwendung eine mobile IKT-Lösung in Form einer Tablet-Applikation zur Visualisierung der Trainingspläne und -ergebnisse, zur Kommunikation von betroffenen Angehörigen untereinander, aber auch zur Wissensvermittlung an diese Zielgruppe eingesetzt werden kann. Diese technische Lösung dient als Ergänzung zu den im Projekt entwickelten videospielbasierten Übungen für Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit oder Tagespflege und soll zur Entlastung der betreuenden Angehörigen und Pflegekräfte eingesetzt werden. Zur Evaluierung wurde eine Pilot- und Hauptstudie geplant und mit insgesamt 50 Studienteilnehmern mit beginnender Demenz evaluiert. Insofern möglich, wurde immer mindestens ein Angehöriger mit in die Studie aufgenommen, um so den Einsatz der Technik im Hinblick auf die Verbesserung der Mobilität der StudienteilnehmerInnen, aber auch zur Unterstützung des Verständnisses der Pflege im Alltag besser bewerten zu können.

S504-6
MobiAssist – integrative Effekte eines Assistenzsystems für Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und Pflegekräfte: Implementierung eines Assistenzsystems in die Pflege- und Betreuungsplanung

B. Ristok, K. Pfeifer[1]

Computerund Software GmbH, C&S Institut, Augsburg, Deutschland; [1]Ambulante Diakonische Dienste ADD gemeinnützige GmbH, Siegen, Deutschland

Technische Assistenzsysteme für Menschen mit Demenz sind bisher meist isoliert im Einsatz. Eine Verbindung bzw. Einbindung in Pflegeplanung, Betreuungsplanung und -software erfolgt derzeit kaum. Der Grundgedanke des Forschungsprojektes ist, ein System zu entwickeln, bei dem Kraft, Beweglichkeit und Koordination mit Menschen mit Demenz trainiert werden. Mit den Trainingserfolg soll eine Verbesserung oder der Erhalt der Selbstständigkeit und Alltagskompetenz einhergehen und damit eine Entlastung der Pflege erfolgen. Um dies sicherzustellen, aber auch evaluieren zu können, ist es wünschenswert, das Trainingsprogramm in den betrieblichen Alltag von Pflegeinrichtungen und die dezidierten Pflege- bzw. Betreuungsplanung einzubeziehen. Interviews mit Pflegedienstleitungen und Pflegekräften ergaben, dass im stationären und teilstationären Setting das Training nicht, wie geplant, in die Pflege eingebunden werden kann, obwohl auch die Pflegekräfte den Mehrwert des Systems sehen. Dies liegt hauptsächlich daran, dass die Pflegekräfte die Trainingsmaßnahmen nicht selbst durchführen. Sie können den Systemeinsatz evtl. bei den Maßnahmen für die Betreuung planen und bei der Evaluation Erfolge festhalten. Durch das Erreichen eines gewünschten Trainingslevels lassen sich aber keine Pflegeplanungspunkte automatisch anpassen, da dazu mehrere Parameter herangezogen werden müssen. Zurzeit sind die Betreuungskräfte die Hauptnutzer, die hier neben der Verbesserung oder dem Erhalt der kognitiven und motorischen Fähigkeiten einen anderen Schwerpunkt setzen. Ein sehr wichtiger Aspekt ist, dass Bewegung und Krafttraining Spaß machen sollen. Man erwartet eine Verbesserung der sozialen Interaktion zwischen den Klienten, einen positiven psychischen Effekt, durch das Miteinander und gegenseitigen Ansporn. Erste Studienergebnisse im stationären und im teilstationären Einsatzbereich weisen darauf hin, dass die langfristige Integration des Systems zu Unterstützung der Mobilität, Stärkung der Selbstpflegefähigkeit und Förderung der individuellen und sozialen Lebensqualität von Angehörigen und Pflegepersonal sowie zu einer Stärkung der Autonomie der Betroffenen führt. Assistenzsysteme wie MobiAssist werden derzeit primär im Bereich der sozialen Betreuung genutzt. Eine Einbindung in die Pflegeplanung und Prozesse bedarf weiterer Forschungen. Auf dieser evidenzbasierten Grundlage erscheint eine Integration in die Pflegeplanung erfolgversprechend.

S505 Inklusionschancen und Ausgrenzungsrisiken des Alterns: strategische Zugänge in unterschiedlichen Sozialräumen

S. Kümpers, J. Heusinger[1]
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland; [1]Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Deutschland

Was sind gemeinsame und unterschiedliche Parameter lebenswelt- und sozialraumbezogener Strategien mit und für ältere Menschen, auch solche in schwierigen Lebenslagen, in unterschiedlichen Sozialräumen und auf unterschiedlichen Ebenen? Die Frage nach Unterstützung, Teilhabe und/oder Ausgrenzung stellt sich ähnlich *und* anders für ältere Menschen, seien sie selbstständig oder in unterschiedlichem Ausmaß hilfebedürftig, zu Hause lebend oder im Pflegeheim, in prosperierenden oder „strukturschwachen" Gebieten – sowie ähnlich *und* anders für diejenigen, die in Politik und Praxis dafür Sorge zu tragen haben.
Der Workshop präsentiert Analysen auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Settings, Perspektiven auf „strukturschwache" Gebiete und ihre selten fokussierten Ressourcen, auf die Organisation von Pflege und ihre sozialräumliche Verortung in Brandenburg (Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg, FAPIQ), auf die Teilhabechancen von Pflegebedürftigen im „Sozialraum Pflegeheim" (Partizipation in der stationären Altenpflege, PaStA) und Chancen partizipativer Forschung im ländlichen Sozialraum (Age4Health).

S505-1
Fachstelle für Altern und Pflege im Quartier in Brandenburg – Bericht aus einem Modellprojekt

B. Wolter, T. Stellmacher, J. Heusinger[1]
Institut für gerontologische Forschung e. V., Berlin, Deutschland; [1]Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Deutschland

Das Modellprojekt „Fachstelle für Altern und Pflege im Quartier in Brandenburg" wurde 2015 durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Brandenburg) gemeinsam mit den Pflegekassen im Rahmen der Brandenburger Pflegeoffensive initiiert. Anlass für die Pflegeoffensive war eine 2014 veröffentlichte Fachkräftestudie, in der auf den zu erwartenden, eklatanten Mangel an (Pflege-)Fachkräften parallel zu einem deutlichen Anstieg der Pflegequote in Brandenburg hingewiesen wurde. Ziel des Modellprojektes ist eine Unterstützung der Kommunen bei der bedarfsgerechten Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zur Stärkung von älteren Menschen, insbesondere von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, bei der Integration von Pflegeleistungen in die kommunalen Strukturen und bei der Entwicklung einer Pflegestrukturplanung. Der Aufbau der Fachstelle und die Umsetzung der Ziele werden während der gesamten Modellphase wissenschaftlich begleitet. In dem Beitrag wird das noch bis 2019 laufende Projekt vorgestellt, Hürden und Erfolge in der Durchführung werden thematisiert und die Übertragbarkeit für andere Regionen bzw. für eine Verstetigung aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung diskutiert.

S505-2
Potenziale und Herausforderungen partizipativer Forschung im Alter am Beispiel des Forschungsprojektes „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere"

C. Kühnemund, S. Kümpers
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Wie können lebensweltbezogene Strategien der Gesundheitsförderung mit und für ältere Menschen, insbesondere auch Personen in schwierigen Lebenslagen, partizipativ entwickelt und umgesetzt werden? Unter anderem dieser Frage geht das partizipative Forschungsprojekt „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere" innerhalb des seit Februar 2015 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbundes für gesunde Kommunen (PartKommPlus) nach.
Die beiden Fallstudien des Forschungsprojektes sind im ländlichen Sozialraum (Witzenhausen im Werra-Meißner-Kreis) und im städtischen Wohnquartier (Stadt Kassel, Stadtteil Bettenhausen) verortet.
Der Beitrag beleuchtet anhand der Ergebnisse der ersten Förderphase sowie erster Erkenntnisse aus der laufenden zweiten Phase u. a. beispielhaft die folgenden Aspekte:
- die Rolle der kommunalen Ausgangssituationen,
- die daraus mit den lokalen Akteuren gemeinsam entwickelten lokal verankerten sozialräumlichen Zugangs- und Beteiligungsstrategien sowie
- die lokalen Initiativen zur Erhöhung inklusiven sozialen und kulturellen Kapitals.

Anhand dieser Aspekte können sowohl die Prozesshaftigkeit als auch die Komplexität partizipativer Forschungsverläufe sichtbar gemacht werden. Dabei werden lebenslaufspezifische Potenziale und Herausforderungen partizipativer Forschung und Praxis in der Lebensphase Alter thematisiert.

S505-3
Was ist total an der Institution Pflegeheim? Zur Bedeutung sozialräumlicher Strukturen für die Möglichkeiten und Grenzen der Teilhabe in den letzten Lebensjahren

M. von Köppen, S. Kümpers
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

In diesem Beitrag werden Besonderheiten des Sozialraums Pflegeheim im Hinblick auf Chancen und Grenzen von Partizipation v. a. für die BewohnerInnen herausgearbeitet. Es geht um eine Analyse dieses Sozialraums und seiner Konsequenzen für die Teilhabe. Pflegeheime werden noch immer häufig mit dem Konzept der „totalen Institution" verbunden, dies oft allerdings mit einem Fragezeichen. Damit assoziiert ist die Vorstellung von einem durch die Institution fremdbestimmten Tagesablauf und den Verlusten an Selbstbestimmung, die mit dem Leben in stationärer Pflege einhergehen.
Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt „Partizipation in der stationären Altenpflege, PaStA" werden präsentiert. PaStA erprobt und analysiert mithilfe eines partizipativen Forschungsansatzes Möglichkeiten und Grenzen verbesserter Partizipationschancen in Pflegeheimen. Diese werden zum Konzept der totalen Institution ins Verhältnis gesetzt.
Die Erfahrungen aus PaStA zeigen, dass die je spezifischen Spielräume von Selbstbestimmung und Partizipation der BewohnerInnen im Pflegeheim durch vielfältige Faktoren bestimmt werden: durch individuelle (auch biografische/kulturelle und gesundheitliche) und kollektive Faktoren aufseiten der BewohnerInnen, aber auch durch das professionelle Selbstverständnis, den Handlungsfreiraum und die Reflexivität aufseiten der MitarbeiterInnen. Bedingt werden diese Faktoren ganz wesentlich durch die institutionellen Strukturen des Pflegeheims, das seinerseits im Kontext des Pflegesystems in Deutschland betrachtet werden muss.

S505-4
Selbstbestimmte Teilhabe in der stationären Altenhilfe: Deutungsmuster sowie fördernde und hemmende Faktoren

C. Bleck, I. Conen, L. Schultz
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, Fachhochschule Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeiten: Menschen mit Pflegebedarf sollen auch in Altenhilfeeinrichtungen Individualität leben können. Es geht hier v. a. um die Herausforderung, wie ihnen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden kann, das eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiterhin ermöglicht. Da es hierfür bislang an praxistauglichen Orientierungen fehlt, werden diese in dem Projekt STAP (Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen) in Form eines Musterrahmenkonzepts entwickelt.

In dem von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten und unter Leitung des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. durchgeführten Forschungsprojekt stehen in den Jahren 2017 bis 2019 folgende untersuchungsleitende Fragestellungen im Zentrum:

- Wie können Wünsche und Bedarfe von BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und besser berücksichtigt werden?
- Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser BewohnerInnen umgesetzt und überprüft werden?

Material und Methoden: Zur Beantwortung dieser Fragen wird in der ersten Projektphase ein sequenzielles „Mixed-methods"-Design im Sinne des Verallgemeinerungsmodells genutzt. So wurden bislang qualitative Interviews ($n = 48$) mit BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen sowie jeweils zweiwöchige teilnehmende Beobachtungen in vier Einrichtungen des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e. V. durchgeführt. Ferner werden ausgewählte Themen in drei trägerübergreifenden Gruppendiskussionen mit MitarbeiterInnen der Altenhilfe näher beleuchtet. Anschließend werden zentrale Ergebnisse der qualitativen Erhebungen anhand einer trägerübergreifenden Stichprobe ($n = 200$) mit einer Online-Befragung in NRW abgesichert und verallgemeinert.
Die zweite Phase widmet sich dem Musterrahmenkonzept, indem dieses auf Basis der empirischen Erkenntnisse entwickelt und in einer Einrichtung erprobt sowie evaluiert wird.
Ergebnisse: Wir stellen ausgewählte Ergebnisse aus den qualitativen Analysen vor, indem wir Teilhabevorstellungen aus Sicht verschiedener Befragtengruppen sowie Faktoren darstellen, die Teilhabe aus Sicht der Interviewten in der stationären Altenhilfe verhindern oder ermöglichen.

S507 Fahreignung im Alter

G. Rudinger, D. K. Wolter[1]

Zentrum für Alternskulturen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland; [1]Abt. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland

Bedingt durch den demografischen Wandel nimmt die Zahl älterer und auch hochbetagter Autofahrer stark zu. Die (fach-)öffentlichen Debatten um die Fahreignung älterer Autofahrer werden intensiver: Im Spannungsfeld von Autonomie und Erhalt von Mobilität und Teilhabe einerseits und Verkehrssicherheit andererseits werden Fragen der Diagnostik, der Bedeutung altersphysiologischer Veränderungen und des Einflusses von Krankheiten und Medikamenten, aber auch von Möglichkeiten zum Erhalt der Fahreignung diskutiert.
Das Symposium gibt Einblicke in aktuelle Entwicklungen zu allen genannten Aspekten aus psychologisch-psychiatrischer Perspektive.

S507-1
Multiprofessionelle Expertise als Antwort auf ethische, juristische und medizinische Herausforderungen in der Fahreignungsberatung bei kognitiven Einschränkungen

S. Spannhorst, P. Schulz, M. Töpper, S. Kreisel, M. Driessen

Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld, Deutschland

Eine professionelle Fahreignungsberatung älterer Verkehrsteilnehmer in der Gedächtnissprechstunde stellt erhebliche Anforderungen an die Abwägung zwischen Autonomie und Sicherheit des Patienten. Basiskenntnisse über Aufmerksamkeits- und Handlungsparameter älterer Verkehrsteilnehmer bedürfen der Beachtung [1]. Für eine sachgerechte Beratung haben sich in enger Rücksprache mit internationalen Experten erarbeitete Beurteilungsskalen im Alltag als nützlich erwiesen [2, 3]. Ein eigener Risikoerfassungsbogen („SAFE") [4] wird im Alltag der Gedächtnissprechstunde des Evangelischen Klinikums Bethel eingesetzt und derzeit anhand einer Studie mittels Fahrverhaltensbeobachtungen validiert. Allerdings werden Beurteilungsskalen allein das komplexe Konstrukt der Fahreignung sowie ethisch diffizile Empfehlungen zur Fahreignung nicht abbilden können. In einem eigenen „case report" [5] wurden ethische, juristische und medizinische Herausforderungen der professionellen Fahreignungsberatung dargestellt. Anhand praxisbezogener Beispiele soll ausgeführt werden, dass eine standardisierte, individualisierte Herangehensweise im multiprofessionellen Team im Einzelfall wichtig ist. Auf diese Weise können allgemein anerkannte ethische Standards medizinisch-psychologischer Beratung [6] eingehalten werden.

Literatur

1. Falkenstein M, Sommer SM (2008) Altersbegleitende Veränderungen kognitiver und neuronaler Prozesse mit Bedeutung für das Autofahren. In: Schlag B (Hrsg) Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter. TÜV Media GmbH, Köln, S 113–141
2. Wolter D (2014) Beginnende Demenz und Fahreignung, Teil 1 und 2. Z Gerontol Geriat 47:243–252
3. Spannhorst S, Kreisel S, Töpper M, Thomas C (2014) Konsensusverfahren zur Beratung von Senioren in der Gedächtnissprechstunde. NeuroTransmitter 25:30–34
4. Schulz P, Spannhorst S, Beblo T, Thomas C, Kreisel S, Driessen M, Toepper M (2016) Preliminary Validation of a Questionnaire Covering Risk Factors for Impaired Driving Skills in Elderly Patients. Geriatrics 1:5
5. Spannhorst S, Toepper M, Schulz P, Wenzel G, Driessen M, Kreisel S (2016) Advice for Elderly Drivers in a German Memory Clinic: A Case Report on Medical, Ethical and Legal Consequences. Geriatrics 1:9
6. Beachamp T, Childress J (2012) Principles of biomedical ethics, 7. Aufl. Oxford University Press, Oxford

S507-2
Psychopharmaka und Fahrtüchtigkeit im Alter

D. K. Wolter

Abt. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland

Psychopharmaka können helfen, die Fahrtüchtigkeit zu verbessern, indem sie dazu beitragen, Symptome psychischer Störungen zum Verschwinden zu bringen, wie z. B. Antriebshemmung und Verlangsamung bei einer schweren Depression. Psychotrop wirkende Substanzen können aber auch umgekehrt die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen, etwa durch sedierende Nebenwirkungen oder die Beeinträchtigung neuropsychologischer Funktionen. Es kann schwierig sein, solche Nebenwirkungen von den Symptomen der Anlasserkrankung abzugrenzen.
Die Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit sind bei den verschiedenen Psychopharmaka unterschiedlich ausgeprägt, sodass keine pauschalen Aussagen getroffen werden können. Außerdem ist auch eine differenzierte Betrachtung im Hinblick auf Einnahmezeitpunkt und -dauer, Adaptation und Dosierung erforderlich.
Angesichts der weiten Verbreitung von Psychopharmaka und der häufigen Anwendung von v. a. Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Antidepressiva bei alten Menschen ist es wichtig, diese Zusammenhänge zu kennen, um eine Risikoabschätzung vornehmen und die Patienten entsprechend beraten zu können. Der Vortrag will hierfür grundlegende Kenntnisse vermitteln.

S507-3
Trainingsmaßnahmen für ältere Autofahrer

M. Falkenstein

ALA Institut, Bochum, Deutschland

Mit zunehmendem Alter treten Veränderungen sensorischer, motorischer und mentaler (kognitiver) Funktionen auf, die die Fahreignung beeinträchtigen können. Maßnahmen zur Förderung der Fahrtüchtigkeit Älterer sind zum einen verhältnisbezogen, wie die altersfreundliche Gestaltung von Verkehrsumwelt und Fahrerassistenzsystemen. Verhaltensbezogene Maßnahmen hingegen beinhalten das individuelle Training fahrrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten. Herkömmliche verhaltensbezogene Maßnahmen beinhalten Fahrtrainings auf dem Verkehrsübungsplatz, im Realverkehr oder im Fahrsimulator. Weitergehende Maßnahmen zielen auf

die Verbesserung fahrrelevanter Fertigkeiten und Funktionen durch körperliches und kognitives Training.
Fahrsicherheitstrainings auf dem Übungsplatz sind nützlich, verändern aber nicht das für Ältere schwierige Fahren in schwierigen Situationen im realen Verkehr. Dies wird am besten durch ein Fahrtraining im Realverkehr eingeübt. Eine Trainingsstudie im deutschsprachigen Raum ist die Dortmunder Fahrtrainingsstudie. Nach dem Training erreichten die älteren (70+) Fahrer das Leistungsniveau, welches untrainierte Autofahrer mittleren Alters auf der Teststrecke zeigten. Relativ gute Fahrer benötigten nur wenige Trainingsfahrten, während relativ schlechte Fahrer ein längeres Training benötigten. Trainings am Fahrsimulator erbringen ebenfalls klare Verbesserungen des Fahrverhaltens Älterer; sie sind jedoch technisch aufwendiger als das Fahrtraining im Realverkehr.
Trainings spezifischer Fertigkeiten wie die Erkennung von Gefahrensituationen können nicht nur im Realverkehr, sondern auch am PC durchgeführt werden. Kognitive und körperliche Funktionstrainings zielen auf die Verbesserung wichtiger Grundfunktionen, die für das Fahren essenziell sind, wie Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen. Sie haben den Vorteil, dass sie sehr einfach und nach Einweisung auch ohne Trainer durchzuführen sind. Etliche Studien zeigen, dass ein PC-basiertes kognitives Training bei Älteren solche Funktionen verbessern kann; bei einigen Studien zeigen sich auch Verbesserungen des Fahrverhaltens. Motorisches und koordinatives Training bewirkt bei Älteren nicht nur motorisch-koordinative, sondern auch kognitive Verbesserungen. Zur Wirkung auf das Fahrverhalten sind weitere Studien notwendig.

S507-4
Qualifizierte (freiwillige) Rückmeldefahrten für ältere Autofahrer

G. Rudinger
Zentrum für Alternskulturen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Die Empfehlung des Arbeitskreises III „Senioren im Straßenverkehr" beim 55. Deutschen Verkehrsgerichtstag 2017: „Für die Einführung genereller, obligatorischer und periodischer Fahreignungsüberprüfungen gibt es derzeit keine Grundlage" basiert auf der Erkenntnis, dass für solche Ansätze in keiner der großen internationalen Studien ein Effekt im Sinne der Schadensvermeidung und des Sicherheitsgewinns ermittelt werden konnte. Derzeitige Verfahren zur Ermittlung der Fahrfähigkeit sind nicht in der Lage, eineindeutig und trennscharf Fahruntaugliche von Fahrtauglichen zu unterscheiden. Eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz ist unter ethischer, juristischer, ökonomischer und methodisch-wissenschaftlicher Perspektive nicht gegeben. Wir favorisieren personenorientierte Ansätze, deren Ziel die Ausschöpfung der individuellen Potenziale zu Aufrechterhaltung, Verbesserung oder auch Wiederherstellung einer sicheren Verkehrsteilnahme bis ins hohe Lebensalter ist. Dafür sind freiwillige Fahrproben im Realverkehr als „qualifizierte Rückmeldefahrt" zu empfehlen: Beeinträchtigungen der Fahrfähigkeit (im Alter), die in diesem Kontext erkannt wurden, können durch gezieltes Training reduziert werden, ganz im Sinne, sich in eigener Verantwortung möglicher Defizite, ihrer Auswirkungen zu stellen und über Kompensationsmöglichkeiten umfassend zu informieren. Die Fahrverhaltensbeobachtung ermöglicht die Rückmeldung und Bewertung der Stärken und Schwächen und die Ableitung individueller nachfolgender Trainingsziele. Genau diese Mischung (aus Theorie und Praxis) führt zu besserem Fahrverhalten. Training ist nur erfolgreich, wenn Einsicht in die Zusammenhänge entwickelt wird. Ganz in diesem Sinne spricht sich auch die Landesverkehrswacht NRW dafür aus, dass Senioren ihre Fahrtüchtigkeit mithilfe von (freiwilligen) „Rückmeldefahrten" mit einem Fahrlehrer auf dem Beifahrersitz im Realverkehr prüfen. Entsprechend lautet auch die Empfehlung des Arbeitskreises III „Senioren im Straßenverkehr" beim 55. Deutschen Verkehrsgerichtstag 2017: „Instrumente zur besseren Einschätzung der eigenen Fahrkompetenz sind zu entwickeln und wissenschaftlich zu evaluieren. Vorgeschlagen wird eine qualifizierte Rückmeldefahrt, deren Ergebnis ausschließlich dem Betroffenen mitgeteilt wird."

S508 Freie Vorträge – Langzeitpflege

S508-1
Vergleich der Versorgungsformen für kognitiv Beeinträchtigte in der Langzeitpflege

J. Zimmermann, H. Kelleter[1]
NRW Forschrittskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., Köln, Deutschland

Hintergrund: Die Anzahl an kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen nimmt in den letzten Jahren immer mehr zu. Im Jahr 2015 wiesen 71 % der BewohnerInnen der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. In der Langzeitpflege werden vor diesem Hintergrund immer häufiger alternative Versorgungskonzepte ausprobiert, die eine räumliche Trennung von Bewohnern/Bewohnerinnen mit und ohne kognitiver Einschränkung vorsehen.
Ziel der Arbeit: Da bislang in Deutschland die Auswirkungen neuer Versorgungsansätze auf Pflegebedürftige kaum untersucht wurden, vergleicht diese Studie Pflegeeinrichtungen mit segregativer und integrativer Versorgung kognitiv beeinträchtigter BewohnerInnen anhand Ergebnisindikatoren, die sich auf ihren Gesundheitszustand beziehen.
Material und Methoden: In der Analyse wurden ausgewählte Ergebnisse des Projektes EQisA von insgesamt 80 Pflegeeinrichtungen aus Nordrhein-Westfalen untersucht. Mittels Mann-Whitney-Test wurden Anteile unbeabsichtigter Gewichtsabnahmen, schwerer Sturzfolgen und von Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei erheblich kognitiv Beeinträchtigten sowie die Dekubitusraten bei mobilen und immobilen Bewohnern/Bewohnerinnen verglichen. Außerdem wurden die verfügbaren Einrichtungsmerkmale der Bewohner- sowie Personalstruktur in die Analyse eingeschlossen.
Ergebnisse: Obwohl die meisten strukturellen Variablen keine statistischen Unterschiede aufzeigten, divergierten die Projekteinrichtungen in drei der ausgewählten Ergebnisindikatoren. Im Vergleich zu den traditionellen Einrichtungen wiesen die nach segregativem Prinzip organisierten Einrichtungen einen niedrigeren Anteil an schweren Sturzfolgen sowie an Gurtfixierungen bei erheblich kognitiv Beeinträchtigten und eine niedrigere Dekubitusrate bei immobilen Bewohnern/Bewohnerinnen auf.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in den Projekteinrichtungen mit alternativen Versorgungsansätzen weniger unerwünschte Ereignisse bei kognitiv Beeinträchtigten sowie bei immobilen Bewohnern/Bewohnerinnen auftreten als in den traditionellen Einrichtungen. Allerdings können diese Ergebnisse nicht generalisiert werden. Die Teilnahme am Projekt EQisA war für Einrichtungen freiwillig, und daher ist mit einer Verzerrung in den Daten zu rechnen. Außerdem konnten für die Analyse nur Daten auf der Einrichtungsebene genutzt werden. Die bewohnerspezifischen Variablen (z. B. Alter, Krankheitsbilder, Wohnform) blieben unberücksichtigt.

S508-2
Langzeitpflege bei hochaltrigen Menschen und Hundertjährigen in den letzten sechs Lebensjahren

P. Gellert, D. Dräger, A. Kuhlmey
Institut für Medizinische Soziologie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Ein Großteil hochaltriger und hundertjähriger Menschen lebt in Pflegeeinrichtungen. Obwohl es bei den Hundertjährigen im Vergleich zu jüngeren Kohorten Hochaltriger Hinweise auf Spezifika in den Versorgungsmustern gibt, ist die genaue Entwicklung bezüglich Prävalenz, Aufenthaltsdauer und Faktoren, die mit dem Langzeitpflegestatus in den letzten Jahren vor dem Tod zusammenhängen, unbekannt.
Material und Methoden: Längsschnittanalysen von Versicherungsdaten über sechs Jahre vor dem Tod. Insgesamt wurden 1398 Hochaltrige (zwischen dem 80. bis 89. [80+], 90. bis 99. [90+] und über 100. [100+] Le-

bensjahr verstorben) aufgenommen. Langzeitpflege und Übergang von der häuslichen Pflege in die Langzeitpflege über 6 Jahre (34.740 Personenquartiere), Demenz, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Multimorbidität, Krankenhausaufnahme, Geschlecht und Alter wurden aus den administrativen Daten abgeleitet und mit binären verallgemeinerten Schätzungsgleichungen analysiert.
Ergebnisse: Obwohl das Anfangsniveau der Langzeitpflege (sechs Jahre vor dem Tod) unter den Hundertjährigen höher war (65,1 % gegenüber 53,6 % bei 90+; 36,2 % bei 80+), war die Steigerungsrate in den jüngeren Kohorten stärker. Unterscheidet man Personen nach ihrem Pflegestatus über die Zeit, so betrug der Anteil derjenigen, die die gesamte 6-jährige Beobachtung hinweg nicht in Langzeitpflege verbrachten, verglichen mit denjenigen, die in dieser Zeit in die Langzeitpflege wechselten, und denjenigen, die die vollen 6 Jahre im Heim verbrachten, 33,4 %/40,4 %/26,2 % bei den Hundertjährigen, 45,0 %/45,1 %/9,9 % bei 90+ und 62,7 %/33,7 %/3,6 % bei 80+. Alter, Krankenhauseinweisungen und Demenz waren positiv, während Erkrankungen des Bewegungsapparates negativ mit Langzeitpflege assoziiert. Die Assoziation mit Demenzen war bei den Hundertjährigen bedeutend schwächer.
Schlussfolgerungen: Für Hundertjährige, obwohl sie häufiger in Langzeitpflege waren, schreitet die Übergangsrate zur Langzeitpflege langsamer voran als die Rate der jüngeren Vergleichskohorten Hochaltriger. Der hohe Anteil an Langzeitaufenthalten von Hundertjährigen in Pflegeeinrichtungen erfordert neue Konzepte der Langzeitpflege.

S508-3
Der Personalmix in der stationären Langzeitpflege und seine Bedeutung für Lebensqualität der BewohnerInnen und Belastung der MitarbeiterInnen

T. Brijoux, C. Grebe[1], H. Brandenburg[2], C. Kricheldorff
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland; [1]Wirtschaft und Gesundheit, FH Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; [2]Pflegewissenschaftliche Fakultät, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In der Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Variablen von Pflegeheimen und individuellen Outcomes der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen lag der Fokus bis zuletzt stark auf der Pflegequalität. In der Studie PERLE wurden die Lebensqualität der BewohnerInnen und die Belastung der MitarbeiterInnen in den Fokus genommen
Material und Methoden: Die Daten wurden in zwei aufeinanderfolgenden Querschnittserhebungen zwischen Juni 2016 und März 2017 in Baden-Württemberg erhoben. In der ersten Umfrage spezifizierten Einrichtungsleitungen Einrichtungscharakteristika, insbesondere Angaben zur Personalzusammensetzung der Einrichtungen. In der zweiten Umfrage machten MitarbeiterInnen Angaben zu ihrem Belastungserleben, das mit dem Beanspruchungsscreening für Humandienstleitungen in 4 Dimensionen gemessen wurde. Sie gaben weiterhin für BewohnerInnen als Proxy-Bewertung Angaben zu Bedeutung und Erreichung von 10 Dimensionen der Lebensqualität (Kane und Kane) die zu einem Gesamtwert zusammengefügt werde konnten. Die Daten wurden in linearen gemischten Modellen analysiert, um die Mehrebenenstruktur der Daten zu berücksichtigen.
Ergebnisse: Die Intraklassenkorrelation (ICC) liegt für die Lebensqualität bei 20,7 % für die Belastungsoutcomes zwischen 11,8 % und 23 %. In linearen gemischten Modellen („random slope") kann kein protektiver Einfluss der Häufigkeit bestimmter Berufsgruppen oder weiterer Charakteristika der Einrichtungen bezüglich der individuellen Outcomes nachgewiesen werden.
Schlussfolgerung: Die ICC zeigen, dass der größte Teil der Varianz in den individuellen Outcomes nicht zwischen den Einrichtungen, sondern zwischen den Individuen liegt. Interventionen, die die Lebensqualität der BewohnerInnen oder die Belastung der MitarbeiterInnen adressieren, sollten sich daher verstärkt an den Individuen orientieren.

S508-4
Der Einfluss der Wahrnehmung von Pflegeheimen auf die Umzugsbereitschaft älterer Menschen

R. Rohner
Institut für Soziologie, Universität Wien, Wien, Österreich

Hintergrund: Studien haben immer wieder gezeigt, dass die Mehrheit der älteren Menschen den Umzug in ein Pflegeheim so lange wie möglich verzögern möchte („ageing in place"). Dies hat auch mit negativen Wahrnehmungen des Pflegeheims zu tun: So weisen einige Studien daraufhin, dass das Leben in Pflegeheimen von älteren Menschen oft mit Schreckensbildern verbunden wird. Doch ließe sich durch positivere Bilder von Heimen auch die Umzugsbereitschaft älterer Menschen erhöhen? Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche sozialen und gesundheitlichen Faktoren das Bild von Pflegeheimen beeinflussen und welchen Einfluss dieses Bild auf die Umzugsbereitschaft im Alter hat.
Material und Methoden: Präsentiert werden Daten einer quantitativen, repräsentativen Studie ($n = 1000$), die Anfang 2018 in Österreich durchgeführt wurde. Dabei wurden Personen, die 60 Jahre oder älter sind, mittels CATI befragt. Die Daten wurden mit einer multiplen, linearen Regressionsanalyse ausgewertet, wobei neben einer allgemeinen Beurteilung von Pflegeheimen auch die Einschätzung spezifischer Aspekte von Heimen, wie z. B. die Selbstbestimmung, Privatsphäre und soziale Kontakte, abgefragt wurden.
Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass die allgemeine Einstellung Pflegeheimen gegenüber stark zwischen sozioökonomischen Gruppen variiert. Vor allem Personen in einem höheren Lebensalter (75+) haben ein positiveres Bild von Pflegeheimen, insbesondere bezüglich der Privatsphäre und der selbstbestimmten Lebensführung. Ebenfalls beurteilen Personen in ruralen Gebieten Pflegeheime positiver als Personen in urbanen Wohngegenden. Die Regressionsanalyse weist daraufhin, dass eine positivere Einstellung gegenüber Pflegeheimen zu einer höheren Umzugsbereitschaft führt.
Schlussfolgerung: Die Studie verdeutlicht die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung von Pflegeheimen für die Umzugsbereitschaft im höheren Lebensalter. So könnte, trotz sozioökonomischen Unterschieden, die Bereitschaft frühzeitig umzuziehen durch ein positiveres Bild von Pflegeheimen erhöht werden.

S509 Freie Vorträge – Geriatrie „über den Tellerrand"

S509-1
Vom Anfang der Geriatrie in Hannover

C. Lucke
Isernhagen, Deutschland

Die klinische Geriatrie ist in Deutschland ein junges Gebiet der Medizin, und zwei der ersten Kliniken dieser Art entstanden in Hannover. Es dürfte interessieren, die Entstehung dieser Kliniken zu betrachten; sie erfolgte ja nicht auf Initiative von Ärzten oder einer Universität. Vielmehr erkannte der Vorsteher des Henriettenstiftes, ein Pfarrer, die Notwendigkeit, eine spezielle Einrichtung für kranke alte Menschen zu schaffen, „ein Mittelglied zwischen Klinik und Altersheim". Hier sollten alte Menschen nach akuter Krankheit wieder auf die Beine kommen. Die von ihm initiierte Klinik nahm im November 1971 die ersten Patienten auf. – Mitglieder des Rates der Stadt Hannover hatten eine geriatrische Klinik in Dänemark besichtigt und schufen eine solche Einrichtung, den Hagenhof, in der Vorstellung, „alle zwei Jahre ein Pflegeheim nicht bauen zu müssen". Diese Klinik wurde im November 1979 eröffnet. In dem Beitrag wird auf die Suche nach einem geriatrisch erfahrenen Chefarzt eingegangen und die schwierige Aufstellung geschildert, ein therapeutisches Team und einen altengerechten Pflegedienst aufzubauen sowie ein therapeutisches Konzept zu erarbeiten. Was sollte mit den alten Patienten erarbeitet werden und wie? Welche therapeutischen Möglichkeiten standen zur Verfügung?

So stand hinter der einen Klinik ein ausrangierter Eisenbahnwagen, hinter der anderen ein alter Bus; hier sollten die Patienten das Einsteigen üben … Die Autoren (und ersten leitenden Ärzte der Kliniken) schildern den Weg zu einem altengerechten Therapiekonzept, die bisweilen mühevolle Überzeugungsarbeit gegenüber ärztlichen Kollegen sowie die unterstützende Rolle der Medien.

S509-2
Kommunikation mit Senioren in Klinik, Praxis und Altenheim – evidenzbasierte Empfehlungen der GSA – eine deutsche Adaptation

R. Thiesemann, B. Meyer[1], M. Gogol[2], F. Evrin, MA[1]

Gemeinschaftspraxis Rughase-Block, Becht, Thiesemann, Hamburg, Deutschland; [1]FB 06, Arbeitsbereich Interkulturelle Kommunikation, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Germesheim, Deutschland; [2]Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Die Zahl älterer Patienten nimmt aufgrund der demografischen Entwicklung stetig zu. In diesem Zusammenhang spielt die Kommunikation mit älteren Erwachsenen eine immer größere Rolle. Zudem wird die Gruppe der Älteren heterogener und multiethnisch; Ziel ist es ist es, im professionellen Handeln die Fähigkeiten älterer Menschen zu berücksichtigen und eine positive Kommunikation zwischen ihnen und Gesundheitsprofessionellen zu verbessern. Hierzu wurden die US-amerikanischen Empfehlungen der Gerontological Society of America von linguistischen und geriatrischen Experten übersetzt. Fallbeispiele und Empfehlungen sowie 29 evidenzbasierte Empfehlungen werden vorgestellt.

Literatur

1. Thiesemann R (2018) Mit älteren Menschen kommunizieren. Ein Praxisleitfaden für Gesundheitseinrichtungen, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
2. Meyer B, Thiesemann R (2017) Interkulturelle Kommunikation von Arzten und Pflegenden – Übersetzungshilfen. Z Gerontol Geriatr 50(3):259–261. https://doi.org/10.1007/s00391-017-1204-8
3. The Gerontological Society of America (2013) Communicating with older adults an evidencebased review of what really works. In: GSA (Hrsg) https://www.geron.org/publications/communicating-with-older-adults. GSA, Washington, DC.

S509-3
Bedeutung von Sprache in medizinischen Aufklärungsgesprächen – ein linguistisches und medikolegales Update aus Geriatersicht

R. Thiesemann, B. Meyer[1]

Gemeinschaftspraxis Rughase-Block, Becht, Thiesemann, Hamburg, Deutschland; [1]FB 06, Arbeitsbereich Interkulturelle Kommunikation, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Germesheim, Deutschland

Eine zunehmende Herausforderung sind Situationen, in denen PatientenInnen bzw. Ärzte/Ärztinnen nicht in vollem Umfang der deutschen Sprache mächtig sind. Viele Patienten wissen zudem nach Verlegung nicht, welche Maßnahmen durchgeführt wurden, noch wie sie sich in Zukunft verhalten sollen. Die zunehmende Ökonomisierung, Bürokratisierung und Schematisierung der Medizin [droht] die zuwendende Begegnung von Arzt und Patient in den Hintergrund zu drängen. Geht man von einem Anteil von 4 % Personen mit geringen Deutschkenntnissen an der Gesamtbevölkerung aus, dann müssten von den geschätzten 16 Mio. Aufklärungsgesprächen rund 640.000 Gespräche mit Personen geführt worden sein, die auf Deutsch nicht rechtlich wirksam in die Behandlung einwilligen konnten. Bei diesen PatientInnen ist aus rechtlicher Sicht die Beiziehung einer sprachkundigen Person erforderlich, die als Dolmetscher/-in fungiert. Tatsächlich wird jedoch nur ein Teil dieser Gespräche in anderen Sprachen oder unter Zuhilfenahme von Sprachmittlern stattgefunden haben. Es ist davon auszugehen, dass nichtdeutschsprachige PatientInnen häufig auf Deutsch aufgeklärt werden und die Aufklärungsgespräche damit nicht die rechtlichen Vorgaben erfüllen.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2015a) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik(DRG-Statistik) 2014 (Fachserie 12 Reihe 6.4), Wiesbaden.
2. Statistisches Bundesamt (2015b) Pressemitteilung Nr. 404 vom 3. Nov. 2015. Wiesbaden.
3. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA (2009) Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? Ann Emerg Med 53(4):454–461
4. Erlinger R (2003) Die Aufklärung nicht Deutsch sprechender Patienten. Drei neue Urteile zu einem alten Thema. Urologe 42(9):1255–1260
5. Meyer B (2004) Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus. Waxmann, Münster
6. Meyer B, Evrin F (2018) Mehrsprachigkeit, Sprachbarrieren und Interkulturalität. In: Thiesemann R (Hrsg) Mit älteren Menschen kommunizieren: ein Praxisleitfaden für Gesundheitseinrichtungen. W.Kohlhammer Verlag, Stuttgart
7. Meyer B, Thiesemann R (2017) Z Gerontol Geriatr 50(3):259–261
8. Rixen D, Hax P-M, Wachholz M (2015) Das Arzt-Patienten-Gespräch. Ein Kommunikationstrainer für den klinischen Alltag. De Gruyter, Berlin

S509-4
Validation of a motor-cognitive assessment for a stepping exergame in older adults: use of game-specific, internal data stream

K. Hauer, E. Litz, C. Ball, C.-P. Jansen[1], C. Werner, J. M. Bauer, E. de Bruin[2]

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany; [1]Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany; [2]Department of Health Sciences and Technology, Institute of Human Movement Sciences, ETH Zürich, Zürich, Switzerland

Background: Exergaming is a dynamically developing field of health interventions, offering motivating training programs. Mandatory for game steering, internal game data flow has so far hardly been used for innovative, specifically tailored assessment strategies. The study objective was to comprehensively validate a new assessment of an exergaming training program with combined motor and cognitive challenges.
Material and methods: Participants: $n = 58$ independently living older adults (age = 78.3 ± 6.5 years) with moderate functional limitations. To assess construct validity, Spearman's rank correlations (r_s) between the game parameters and established cognitive (Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT-G), Simple Response Time Task (SRT), Simon Task) and motor (Short Physical Performance Battery (SPPB), Physiomat® tests of static and dynamic balance) measures were calculated. Test-retest reliability was documented by intraclass correlation coefficients (ICCs); sensitivity to change by effect sizes (partial eta squared, η_p^2); and feasibility by completion rates.
Results: Good construct validity of the assessment was observed, with mostly moderate to high correlations between the game parameters and the cognitive tests ($r_s = 0.26–0.70$, $p < 0.001–0.048$), measures of lower extremity function ($r_s = 0.26–0.66$, $p < 0.001–0.043$) and dynamic balance ($r_s = 0.39–0.56$, $p < 0.001–0.032$). On average test-retest reliability was good (ICCs = 0.46–0.93, $p < 0.001–0.067$) as was feasibility of assessment (completion rates for initial levels: 100%; no safety problems), while sensitivity to change was extraordinary ($\eta_p^2 = 0.16–0.81$, $p < 0.001–0.044$).
Conclusion: Study results documented good validity, re-test reliability, and feasibility, with an extraordinary high responsiveness of the presented game-based assessment in older adults with moderate functional limitations. The innovative data-based assessment approach as developed in this study may serve as a blueprint for future, tailored assessment strategies.

S509-5
Effectiveness of firehouse social services to support older persons living in the community

A. Gibson
College of Social Work, University of Kentucky, Lexington/USA

In an effort to reduce public long-term care expenditures, healthcare costs, and support individual's right in self-determination, communities are increasingly turning to social services as a way of providing a community-based long-term care alternative to address the needs of frail elderly residents (National Association of Aging, 2017). Traditionally, social service providers have been placed in housing designated for the elderly to assess, monitor, and coordinate services for their residents (Sheehan und Guzzardo, 2008). In recent years, the use of service referrals and case management to address the needs of seniors who are community-dwelling has grown substantially (Duke und Genge, 2009; Ohio Area Agencies on Aging, 2017).
By implementing a geriatric-trained social service provider (grant funded, contract employee) in the local Fire Division, one community was able to link community-based senior residents to supportive services and healthcare providers that can assist them to safely manage their aging needs in their place of residence. Embracing the gatekeeping model, social service providers respond to individual needs by connecting them through first responders at the "point of entry" can enhance seniors' ties to their local aging and healthcare networks.
Outcomes were examined from a 3-year period as part of the social service provider's role including types of referrals received, frequency of successful referral and referrals declined, frequency of specific intervention (fire hazard, home safety, home adaptations, chronic condition management, medication management, and senior fraud/scam), and characteristics of clients served by the firehouse social service professional. Implications for further research and aging-in-place will be introduced.

S510 Das Alter(n) in einer sich digitalisierenden Welt: Chancen, Gefahren, Steuerungsmöglichkeiten

H. Künemund, K. R. Schroeter[1]
Empirische Alternsforschung und Forschungsmethoden, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland; [1]Institut Integration und Partizipation, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Schweiz

Die Aufmerksamkeit für das Thema Alter und Technik nimmt weiter zu, Begeisterung oder zumindest Hoffnung dominieren, aber auch kritische Stimmen und Szenarien werden häufiger. Aus den Ingenieurswissenschaften heraus müssen optimistische Szenarien nicht überraschen, aber auch aus der Gerontologie heraus sind Positionierungen zu vernehmen, die hier relative klar Stellung beziehen (z. B. Nehmer et al. 2010: Aging and Technology – Friends, not Foes). Gegen solche einseitige Positionierungen hatten schon Horkheimer und Adorno in ihrer Dialektik der Aufklärung (1971: 8) eingewendet, Technik „ist so demokratisch wie das Wirtschaftssystem, mit dem sie sich entfaltet" – insofern wäre eine kritische Thematisierung der Digitalisierung nicht mit Technikfeindlichkeit in Verbindung zu bringen, sondern eine Notwendigkeit, und dies umso mehr, als es beim Thema Alter(n) immer auch um vulnerable Menschen und fragile Situationen geht.
Lässt sich aber eine Zukunft denken, die als Idealbild (oder auch als Schreckgespenst) die Technikentwicklung anleitet? Werden neue Technologien für das Alter (oder gegen das Altern?) überhaupt faktisch so entwickelt, dass Idealbilder umgesetzt oder Schreckgespenster vermieden werden? Und wie arrangieren sich die Nutzer mit den neuen Möglichkeiten, in welcher Weise geschieht diese sozial differenziert? Oder muss die Gerontologie auch in diesem Feld auf Ambivalenzen und Fehlentwicklungen hinweisen, also als wohlverstandene kritische Gerontologie Chancen, Gefahren und Steuerungsmöglichkeiten interdisziplinär herausarbeiten?
Die Beiträge in diesem Symposion thematisieren diese Grundfragen des Alter(n)s in einer sich digitaliserenden Welt.

S510-1
Gerontologica Utopia oder Brave New Aging World? – Gerontologische Utopien und Dystopien (in) einer digitalisierten Alterswelt

K. R. Schroeter
Institut Integration und Partizipation, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Schweiz

Als Thomas Morus vor gut 500 Jahren seine „Utopia" verfasste, zeichnete er noch das hoffnungsvolle Bild einer idealen Gesellschaft. Die heutigen Visionen von *Industrie 4.0*, *Living Labs* und *Smart Homes und Smart Cities* erinnern in mancherlei Hinsicht vielleicht eher an Skinners *Walden Two*, Huxleys *Brave New World* oder an Orwells *1984*. Der Beitrag geht davon aus, dass sich die gegenwärtigen Erprobungen und Visionen einer digitalisierten Alterswelt auf einem Kontinuum von Utopie und Dystopie bewegen, wobei das technisch Machbare und Verheißungsvolle mit dem sozial Wünschenswerten wenig abgestimmt scheint und die (potenziellen) nichtintendierten Folgen technischer Möglichkeiten weitgehend außer Acht gelassen werden.
Im Anschluss an Arnold Gehlen wird vor diesem Hintergrund nach der *alternden Seele im digitalen Zeitalter* gefahndet. Gehlen hatte seinerzeit die Menschheitsgeschichte in stufenartige „Kulturschwellen" unterteilt und sah das qualitativ Neue in der Synthese von Wissenschaft und Technik, die gravierende Folgen für die Außen-, Sozial- und Innenwelt hatte, und sprach von einer generellen „Unbestimmtheit", in der alles kontingent, verfügbar, aber eben auch anders möglich sei. Daran anknüpfend werden in einer gerontosoziologischen Suchstrategie Fragen nach den Folgen der Digitalisierung für die verschiedenen Weltbezüge der älter werdenden Menschen gestellt:
- Objektiver Weltbezug (auf die Außenwelt gerichtet): Wie wirkt die Digitalisierung auf die Gegenstände, Strukturen, Institutionen, Politiken pp. der menschlichen Außenwelt ein?
- Intersubjektiver Weltbezug (auf die Sozialwelt gerichtet): An welchen Werten und Normen richtet sich die Digitalisierung aus und wie greift sie in die Sozialbeziehungen der älteren Menschen ein?
- Subjektiver Weltbezug (auf die Innenwelt gerichtet): Inwieweit greift die Digitalisierung in die körperliche und mentale Entwicklung des Einzelnen ein?

Eine solche Differenzierung nach Weltbezügen kann für die Bewertung einer Digitalisierung des Alter(n)s neue Impulse liefern.

S510-2
Zur Optimierung einer Grauzone – ethnografische Beobachtungen eines interaktiven Gedächtnistrainings

C. Endter
Institut für Volkskunde/Kulturanthropologie, Fakultät für Geisteswissenschaften, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

Das Alter ist längst nicht mehr eine Lebensphase, die dem wohlverdienten Ruhestand gewidmet wird, vielmehr wird unterschiedlichsten Praktiken nachgegangen, die das Alter zu einer Phase des Unruhestandes machen. Der alternde Körper ist dabei vornehmlicher Austragungsort dieser aktivierenden Praktiken, die unter dem Leitbild der Selbstsorge darauf abzielen, sich aktiv und fit zu halten. Dabei scheint es nichts zu geben, das sich nicht (ver-)messen, zählen und dokumentieren und damit einfügen lässt, in eine Logik des Quantifizierens und Optimierens. Folgerichtig lassen sich nicht nur körperliche Aktivitäten (ver-)messen und optimieren, sondern auch kognitive. Zwar gehörte das Kreuzworträtsel schon immer zu einer beliebten Freizeitbeschäftigung (nicht nur) von Älteren, neu aber ist, wie geistige Fitness zum normativen Ideal eines gelingenden Alters wird. Diese Ausweitung des Aktivitätsimperativs gründet auf zwei gesellschaftlichen Veränderungen: Zum einen entspricht die Betonung geistiger

Fähigkeiten einer Gesellschaft, die sich als Wissens- und Informationsgesellschaft versteht. Zum anderen bildet die Demenz innerhalb des demografischen Diskurses eines der zentralen Drohszenarien in einer alternden Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund wird geistige Fitness zu einer messbaren Größe mit gesellschaftlicher Relevanz und damit zu einer Sache von Belang. Dabei scheint in Sachen Selbstoptimierung allein auf Kreuzworträtsel und Sudoku kein Verlass mehr, weshalb zunehmend Apps und Computerprogramme angeboten werden, um die geistige Leistungsfähigkeit zu trainieren. In diesem Kontext ist auch das von mir ethnografierte Projekt Spielen statt Vergessen situiert, indem ein interaktives Gedächtnistraining für ältere Menschen entwickelt und getestet wurde. Im Rahmen meines Vortrags möchte ich am Beispiel des Nutzertests nachzeichnen, wie die älteren NutzerInnen mit dem Programm interagierten, welche Konsequenzen diese Interaktion für die Testpersonen hatte und wie im Projekt damit umgegangen wurde. Dabei werde ich auf die kulturellen und ethischen Aspekte der Entwicklung und Anwendung digitaler Gedächtnistrainings eingehen und diskutieren, inwieweit diese Aspekte bei der Entwicklung der Programme konfiguriert werden. Die Entwicklung solcher digitalen Trainingsprogramme verstehe ich dabei als eine politische Praxis, die auf das Alter(n) Einfluss nimmt und neue Spannungsverhältnisse zwischen Anpassung und Widerstand, Autonomie und Abhängigkeit hervorbringt.

S510-3
Geschlechtsspezifische Arrangements älterer Paare beim alltäglichen Umgang mit Technik

H. Pelizäus-Hoffmeister

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

Älteren Generationen wird im Unterschied zu den jüngeren meist eine gewisse Technikferne zugeschrieben, die sich darin zeige, dass insbesondere neuen Technologien eher skeptisch und distanziert begegnet werde und wenig(er) Bereitschaft bestünde, diese in ihren Alltag zu intergieren. Zur Begründung wird häufig der Generationsansatz herangezogen. Es wird argumentiert, sog. Schlüsseltechnologien, durch die Menschen in ihrer Jugend geprägt würden, bestimmten deren Verhältnis zur Technik ein Leben lang und sorgten dafür, dass neue Technologien mit „veralteten" Maßstäben gemessen und in der Konsequenz eher abgelehnt würden. Zudem wird gerade älteren Frauen eine besonders große Technikdistanz zugeschrieben. Es wird angenommen, der Umgang mit Technik und Technikkompetenz differiere geschlechtsspezifisch in dichotomer Weise. Im Sinne der Annahmen des Differenz- und des Defizit-/Distanzmodells wären Frauen eher technikskeptisch und -distanziert, Männer hingegen technikaffin und -kompetent. Es werde eine Komplementarität zwischen „männlicher Technikkompetenz" und „weiblicher Hilfsbedürftigkeit" sowohl vorausgesetzt als auch erzeugt, die im Alltag reproduziert würde. Nichtsdestotrotz sind auch bei Älteren technische Artefakte und Infrastrukturen selbstverständliche Bestandteile ihres alltäglichen Lebens und werden auch von Frauen genutzt. Im Rahmen einer qualitativen Studie, die sich mit praxistheoretischem Zugang und vor dem Hintergrund einer „Doing-gender"-Perspektive mit dem Technikeinsatz älterer Paare beschäftigte, ergaben sich viele Hinweise darauf, dass sich eine dichotome geschlechtsspezifische Differenzkonstruktion im konkreten Alltag weniger klar widerspiegelt und an vielen Stellen auch überwunden wird (Pelizäus-Hoffmeister 2013). Es wurde eine Typologie entwickelt, die sich aus vier – auf Handlungs- und Deutungsebene systematisch differierenden – Typen von Arrangements zusammensetzt, die zugespitzt als „klassische Logik", „quer zur Genderlogik", „heimliche Technikkompetenz der Frau" und als „entgegen klassischer Logik" beschrieben werden. Das Ziel dieses Vortrags wird es sein, die verschiedenen Geschlechterarrangements aus einer Prozessperspektive heraus und mit den sie jeweils begleitenden Rahmenbedingungen vorzustellen und deren implizite Logiken zu erklären.

S510-4
Brauchen wir eine kritische Technikgerontologie? Grundrisse und Implikationen einer materiellen Praxeologie von Technik und Alter(n)

A. Wanka, V. Gallistl[1]

DFG-Graduiertenkolleg „Doing Transitions", Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Institut für Soziologie, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, Wien, Österreich

Neue Technologien sind zu Beginn des 21. Jahrhunderts untrennbarer Bestandteil unserer alltäglichen Lebenswelten. Doch nicht alle Personen partizipieren in gleichem Ausmaß an ihnen: Ältere Menschen nutzen neue Technologien seltener, mit größeren Vorbehalten und weniger kompetent als Jüngere. Die Subdisziplin der Gerontotechnologie beschäftigt sich dabei seit mehr als 20 Jahren aus interdisziplinärer Perspektive mit der Techniknutzung älterer Menschen. Sie bleibt jedoch überwiegend in einer starken Anwendungsorientierung verhaftet: Viele einschlägige Forschungsarbeiten bleiben bisweilen normativ, theoriearm und machtblind. In diesem Beitrag soll argumentiert werden, dass es – nicht zuletzt angesichts steigender Drittmittelbudgets im Bereich „ambient assisted living", zunehmender Technikdiffusion auch im höheren Lebensalter und sich zurückziehender Wohlfahrtsstaaten – einer kritischen theoretischen Perspektive auf Technik und Alter(n) bedarf. Um eine solche in Grundrissen zu entwickeln, werden im Beitrag Ansätze aus der Gerontologie, der Soziologie und der „science and technology studies" (STS) diskutiert und daraus Implikationen für das Forschungsprogramm einer kritische Technikgerontologie erarbeitet. Ein solcher theoretischer Grundriss kann eine an Pierre Bourdieu und Bruno Latour angelehnte „materielle Praxeologie" sein, die Fragen aufwirft wie: Welche menschlichen und nichtmenschlichen AgentInnen handeln im Feld von Technologien für ältere Menschen, in welche Machtverhältnisse sind diese eingebettet, und welcher Feldlogik folgen sie? Diesen Fragen wird im Beitrag anhand eines empirischen Beispiels, des durch das „Active-and-Assisted-Living"-Joint-Programme geförderte Projektes „ExerFun", nachgegangen. Als vorläufige Conclusio daraus kann festgehalten werden, dass Alter(n) mit neuen Technologien in einem Feld konstruiert wird, in dem i) Machtpositionen zwischen den beteiligten AgentInnen ungleich verteilt sind, ii) defizitäre Repräsentationen des Alter(n)s in Technologien eingeschrieben werden und iii) Körper und Praktiken durch die Übersetzung in Daten quantifiziert werden. Eine kritische Technikgerontologie hat es zur Aufgabe, diese Mechanismen aufzuzeigen, dabei aber immer auch selbstreflexiv zu fragen: Welche Rolle wollen wir als SozialwissenschafterInnen in Bezug auf neue Technologien und Alter(n) spielen?

S511 PatientInnen nach hüftnahen Frakturen: neue Studienergebnisse zu Sturzangst und Rehanachsorge

K. Pfeiffer, M. Schäufele[1]

Diskutant: H.-W. Wahl[2]

Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [1]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [2]Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hüft-/Beckenfrakturen sind folgenreiche sturzbedingte Verletzungen und die Hauptursache für Krankenhauseinweisungen bei über 65-Jährigen. Im Symposium werden Ergebnisse und Erfahrungen aus zwei vom BMBF geförderten Interventionsstudien für PatientInnen mit hüftnahen Frakturen vorgestellt. Beide Studien (ISRCTN79191813, ISRCTN69957256) mit insgesamt mehr als 350 PatientInnen wurden bzw. werden als Teilprojekte des Konsortiums Prevention and Rehabilitation of Osteoporotic Fractures in Disadvantaged Populations (PROFinD) durchgeführt. Die im Symposium präsentierten Ergebnisse und Daten beziehen sich schwerpunktmäßig (Vorträge von Abel, Gugenhan und Gross, Hendlmeier) auf Hüft- und BeckenfrakturpatientInnen mit leichten bis moderaten kogni-

tiven Einschränkungen, die im Hinblick auf eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit besonders gefährdet sind.
Im ersten Beitrag (T. Eckert) werden Zusammenhänge zwischen psychologischer Flexibilität, Sturzangst und sturzbezogener Selbstwirksamkeit in dieser Zielgruppe präsentiert sowie Möglichkeiten und Grenzen der Messung und Bewertung von Sturzangst am Beginn der Rehabilitation diskutiert. Der zweite Vortrag (B. Abel) stellt Daten zu Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit im sektoralen Übergang zwischen dem Ende der Rehabilitation und den ersten Wochen in der eigenen Häuslichkeit vor. Der dritte Beitrag (J. Gugenhan und M. Gross) befasst sich mit der Erarbeitung und Erreichung von Aktivitäts- und Selbstständigkeitszielen bei dieser kognitiv eingeschränkten Zielgruppe. Abschließend werden aus einer sozialarbeiterischen Perspektive zusätzliche Beratungsbedarfe nach Abschluss der geriatrischen Rehabilitation präsentiert und diskutiert (I. Hendlmeier).

S511-1

Sturzangst von geriatrischen PatientInnen mit hüftnaher Fraktur zu Beginn der stationären Rehabilitation – eine Pfadanalyse zu Zusammenhängen von psychologischen Korrelaten und motorischer Leistungsfähigkeit

T. Eckert, K. Kampe[1], M. Kohler[1], D. Albrecht[1], K. Hauer, C. Becker[1], K. Pfeiffer[1]

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Eine hohe Sturzangst nach hüftnaher Fraktur geht mit dem Verlust der körperlichen Funktionalität und eingeschränkter Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen einher. Die Einflüsse von psychischer Flexibilität und psychischen Folgen eines Sturzereignisses auf Sturzangst sind weitaus weniger erforscht. Ziel der vorliegenden Querschnittsstudie ist die Darstellung dieser Zusammenhänge.
Material und Methoden: Während der ersten Woche der stationären Rehabilitation wurden bei 115 kognitiv unauffälligen PatientInnen mit hüftnaher Fraktur und Sturzangst (Alter 82,5 ± 6,8) folgende Assessments durchgeführt: Einzel-Item-Sturzangst, sturzassoziierte Selbstwirksamkeit hinsichtlich spezifischer Aktivitäten (Short Falls Efficacy Scale-International, Short FES-I), Selbstwirksamkeit hinsichtlich des eigenen Sturzrisikos (Perceived Ability to Manage Falls, PAMF), posttraumatische Symptome (6 Fragen, basierend auf DSM-IV,PTSD,Kriterien), psychologische Inflexibilität (Action and Acceptance Questionnaire, AAQ-2) und motorische Leistungsfähigkeit (Short Physical Performance Battery, SPPB). Mittels Pfadanalysen wurden direkte und indirekte Effekte auf die Einzelfrage zur Sturzangst sowie den Short FES-I untersucht.
Ergebnisse: Es konnte ein direkter Effekt von geringerer motorischer Leistungsfähigkeit auf größere sturzassoziierte Selbstwirksamkeit (Short FES-I) gezeigt werden ($p < 0{,}01$). Auf die Sturzangst (1-Item) hatten dagegen sturzbezogene posttraumatische Symptome einen direkten Effekt ($p < 0{,}05$). Diese Symptome waren gleichzeitig Mediator in der Beziehung von psychologischer Inflexibilität auf Sturzangst (indirekter Effekt; $p < 0{,}05$). Des Weiteren hatten Geschlecht (weiblich) ($p < 0{,}01$) und weitere Stürze in der Vorgeschichte ($p < 0{,}001$) einen direkten Effekt auf eine geringere sturzbezogene Selbstwirksamkeit (PAMF).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse können als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass zu Beginn der stationären Rehabilitation die Verwendung des FES-I problematisch ist. Die Bewertung von sturzbezogenen Bedenken bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten ist möglicherweise durch die erheblichen Mobilitätseinschränkungen konfundiert. Des Weiteren wird die Bedeutung psychologischer Flexibilität und Erfahrungsvermeidung in diesem Kontext unterstrichen.

S511-2

Motorische Leistungsfähigkeit im Übergang zwischen stationärer geriatrischer Rehabilitation und dem häuslichen Umfeld bei kognitiv eingeschränkten Patienten mit Hüft- oder Beckenfraktur

B. Abel, R. Pomiersky, J. M. Bauer, M. Schäufele[1], K. Pfeiffer[2], K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund: Geriatrische Patienten mit Hüft- oder Beckenfraktur (HBF) weisen eine reduzierte motorische Leistungsfähigkeit auf und sind in der vulnerablen Phase des Übergangs von der stationären Rehabilitation ins häusliche Umfeld stark vom Verlust ihrer Autonomie bedroht. Dieses Risiko nimmt bei gleichzeitig vorliegender kognitiver Einschränkung (KE) zu.
Ziel der Arbeit: Die Untersuchung motorischer Leistungsparameter bei geriatrischen Patienten mit KE und HBF im bisher kaum betrachteten Übergang zwischen stationärer Rehabilitation und häuslichem Umfeld.
Material und Methoden: Von 239 geriatrischen Patienten (85 ± 6 Jahre, Barthel-Index: 78 ± 13) mit KE (Mini-Mental State Examination: 22,8 ± 2,7) und HBF wurde die Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit zwischen dem Ende der Rehabilitation und nach Entlassung ins häusliche Umfeld erfasst. Der motorische Status wurde mittels der Short Physical Performance Battery (SPPB) erhoben. Zusätzlich wurden die Gehgeschwindigkeit und die absolute Dauer des SPPB-Aufstehtests erfasst. Ein akzelerometerbasierter Bewegungssensor zeichnete Parameter des Sitzen-Stehen-Transfers auf. T-Tests für abhängige Stichproben und Effektgrößen (Cohens d; <0,5 = kleiner, 0,5–0,8 = mittlerer, >0,8 = großer Effekt) wurden berechnet.
Ergebnisse: Aufgrund von Pflegeheimeinweisung ($n = 18$), Tod (7), schweren sonstigen Erkrankungen (3) und anderen Gründen (20) konnten $n = 48$ (20 %) Patienten nicht weiteruntersucht werden. Für den motorischen Status zeigten sich im häuslichen Umfeld (29 ± 15 Tage nach Erhebung in der Rehabilitation) u. a. folgende signifikante ($p \leq 0{,}001$) Verbesserungen: SPPB: Gesamt-Score: 4,2 ± 1,9 vs. 5,0 ± 2,2; d = 0,43. Balance-Score: 2,6 ± 1,0 vs. 2,8 ± 1,0; d = 0,23. Gehgeschwindigkeit-Score: 1,3 ± 0,6 vs. 1,5 ± 0,8; d = 0,38. Aufstehtest-Score: 1,4 ± 0,8 vs. 1,8 ± 1,0; d = 0,50. Habituelle Gehgeschwindigkeit: 0,32 ± 0,16 m/s vs. 0,38 ± 0,18 m/s; d = 0,35. Absolute Dauer Aufstehtest: 22,24 ± 8,99 s vs. 17,81 ± 5,82 s; d = 0,49. Mittlere Dauer Aufstehen: 2,16 ± 0,75 s vs. 1,74 ± 0,57 s; d = 0,55. Mittlere Dauer Hinsetzen: 2,28 ± 0,86 s vs. 1,92 ± 0,59 s; d = 0,41.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine moderate, postrehabilitative Verbesserung motorischer Leistungsparameter innerhalb einer vergleichsweise kurzen postrehabilitativen Phase bei der Mehrzahl von geriatrischen Patienten mit KE nach HBF. Eine relevante, vulnerable Subgruppe zeigt jedoch eine negative Entwicklung.

S511-3

Aktivitätsziele in einer häuslichen, postrehabilitativen Intervention für kognitiv eingeschränkte Hüft- und Beckenfrakturpatienten

J. Gugenhan, M. Groß, I. Hendlmeier[1], K. Hauer[2], M. Schäufele[1], C. Becker, K. Pfeiffer

Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [1]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Patienten mit kognitiven Einschränkungen fällt sowohl die selbstständige Durchführung von gezieltem körperlichen Training wie auch die Aufrechterhaltung von körperlich herausfordernden Alltagsroutinen besonders schwer. Eine Erfassung von individuellen Zielen hinsicht-

lich gewünschter und noch möglicher selbstständiger Alltagsaktivitäten findet in dieser Patientengruppe oft nicht statt.
Für eine multifaktorielle Intervention wurde deshalb ein methodisches Vorgehen zur Erarbeitung von Zielen mittels Aktivitätskarten entwickelt und anschließend im Rahmen einer randomisierten Studie angewandt und evaluiert. Mit der untersuchten Methode sollen Patienten aus dieser Zielgruppe aktiv in den Zielfindungsprozess einbezogen, Ziele erarbeitet und in einem Zeitraum über vier Monate möglichst erreicht werden.
Material und Methoden: Die in einer Pilotstudie entwickelte Zielfindungsmethode umfasst ein Instrument mit 20 Aktivitätskarten und wurde im Modul „Förderung körperlicher Aktivität" als eine von drei Hauptinterventionskomponenten (supervidiertes körperliches Training, Förderung körperlicher Aktivität, Pflegeberatung) in einer randomisierten bizentrischen Interventionsstudie im Zeitraum 2015 bis 2018 untersucht (ISRCTN69957256). Zielgruppe in der noch nicht abgeschlossenen Studie sind Hüft- und Beckenfrakturpatienten mit einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Einschränkung (MMST-2 17–26), die bis Ende 2017 in der geriatrischen Rehabilitation rekrutiert wurden. Die viermonatige Intervention erfolgte zwei bis sechs Wochen nach Beendigung der Rehabilitation im häuslichen Umfeld der Patienten. Die vorgestellten Daten und Ergebnisse beziehen sich auf alle 57 am Studienzentrum Stuttgart rekrutierten Studienteilnehmer der Interventionsgruppe.
Ergebnisse: Im Vortrag werden das verwendete Instrument, die mit diesem ermittelten Ziele sowie deren Erreichung („goal attainment scaling") innerhalb der viermonatigen Interventionszeit präsentiert. Es werden Faktoren, die die Zielfindung und -erreichung begünstigten oder auch erschwerten, dargestellt und die Vorzüge und Grenzen der angewandten Methode diskutiert.

S511-4
Psychosozialer Beratungsbedarf nach Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitationsklinik bei PatientInnen mit leichten kognitiven Einschränkungen und hüftnahen Frakturen

I. Hendlmeier, K. Pfeiffer[1], K. Hauer[2], C. Becker[1], M. Schäufele

Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In Deutschland stehen verschiedene Beratungsangebote für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf zur Verfügung. Um Patienten nach einer hüftnahen Fraktur eine Rückkehr in den Privathaushalt zu ermöglichen, werden bereits in der Rehabilitationsklinik Unterstützungs- und Versorgungsleistungen initiiert. Bisher ist wenig bekannt, ob diese Beratung ausreicht, oder ob eine ergänzende Beratung nach der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit angezeigt ist. Ziel dieser Studie ist es darzustellen, welche psychosozialen Beratungsbedarfe bei den PatientInnen mit hüftnahen Frakturen nach der Entlassung bestehen.
Material und Methoden: Diese Studie wurde im Rahmen des RCT „Schritt für Schritt wieder mobil/OF CARE" innerhalb des Forschungskonsortium PROFinD2 durchgeführt. Eingeschlossen waren PatientInnen mit hüftnahen Frakturen und leichten kognitiven Einschränkungen (im Krankenhaus MMSE 17–26) sowie deren Angehörige. Nach ihrer Entlassung erhielten die PatientInnen und Angehörigen der Interventionsgruppe das ergänzende Angebot einer aufsuchenden (Pflege-)Beratung durch eine Sozialarbeiterin. Bedarf und Bedürfnis der PatientInnen und Angehörigen wurden strukturiert mit dem Pflegeberatungsinventar (PBI; Schäufele et al. 2014) ermittelt.
Ergebnisse: Neunzig PatientInnen wurden in der eigenen Häuslichkeit beraten (81,1 % Frauen, Durchschnittsalter: 85,2 Jahre, 42,2 % alleinlebend). Zwischen Entlassung und Beratungsbesuch lagen im Schnitt 60,4 Tage (24,1; 11–167). Bei fast allen PatientInnen wurde ein Beratungsbedarf festgestellt (96,7 %). Als häufige Beratungsbedarfe wurden identifiziert: Leistungen nach SGB XI und nach dem SchwbG (jeweils >50 %), gesundheitliche Probleme und Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (>40 %), Belastung pflegender Angehörige (36 %), Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung sowie Beratung bei Schmerzzuständen und depressiven Symptomen (jeweils 30 %). Bei einem Viertel der PatientInnen war der Unterstützungsbedarf bei basalen und erweiterten Alltagsaktivitäten nicht gedeckt.
Schlussfolgerung: Auch wenn bereits in der geriatrischen Rehabilitation viele Maßnahmen initiiert werden (v. a. Hilfsmittelversorgung und Beantragen von Leistungen bei Hilfe- und Pflegebedarf), zeigen sich nach der Entlassung in den Privathaushalt Versorgungslücken. Etablierte Pflegeberatungsangebote, z. B. Pflegestützpunkt, werden nur selten in Anspruch genommen.

S601 Erfolgreiches Altern – weiterhin ein erfolgreiches Konzept der Alternsforschung?

H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

„Erfolgreiches Altern" ist seit über einem halben Jahrhundert ein zentrales Leitmotiv der Alternsforschung. Nicht allein normative Definitionen eines guten Lebens im Alter (z. B. Rowe und Kahn 1987), sondern auch empirisch fundierte Modelle zu Mechanismen und Strategien (Baltes und Baltes 1990) gehören zum Korpus dieses Wissenschaftsbereichs. Das Defizitbild des Alters wurde damit zu einem gewissen Teil überwunden. Mittlerweile hat sich der Fokus von individuellen Mechanismen auf gesellschaftliche Strategien gerichtet, und es wird die Frage gestellt, welche Ressourcen die Politik für ein erfolgreiches Altern bereitstellen kann. Allerdings ist die wissenschaftliche Diskussion zu diesem Konzept weiterhin kontrovers, und es ist nach wie vor zu fragen, ob es gelungen ist, Alter und Altern mit neuen, positiven Sichtweisen und Visionen zu besetzen. Problematische Aspekte des Begriffs „erfolgreiches Altern" betreffen die implizite Abwertung des Altwerdens mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie die Vernachlässigung der Vielfalt des Alterns. Personengruppen, die nach lebenslanger Benachteiligung auch im Alter keinen bevorzugten Status erreichen, werden häufig nicht in den Blick genommen, wenn von „erfolgreichem Altern" die Rede ist. Angesichts dieser komplexen Situation möchten wir in diesem Symposium der Frage nachgehen, ob der Begriff des „successful aging", der ja rezent verschiedene „special issues" in hochrangigen Zeitschriften auslöste, nach wie vor geeignet ist, als Leitkonzept einer positiven und optimistischen Alternsforschung zu dienen. Nach einer kurzen Einführung (C. Tesch-Römer) werden vier konzeptuell orientierte Beiträge mit empirischen Bezügen aus verschiedenen Disziplinen (Psychologie: C. Wrzus, Geriatrie: J. Bauer, Philosophie: H. J. Ehni, Soziologie: S. Lessenich) sowie ein interdisziplinär orientierter „Versöhnungsversuch" vorgestellt (H.-W. Wahl).

S601-2
Erfolgreiches Altern aus der Perspektive der Psychologie: Diversität zwischen Personen, zwischen Funktionsbereichen und über die Zeit

C. Wrzus

Psychologische Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Der Beitrag beleuchtet das Thema erfolgreiches Altern und die Angemessenheit dieses Begriffs aus der Perspektive der Psychologie und fokussiert dabei auf soziale und emotionale Funktionsbereiche. Darunter versteht man die Quantität und Qualität von sozialen Beziehungen sowie das Erleben und den Umgang mit Emotionen. Es werden zunächst empirische Befunde, zur Diversität zwischen Personen hinsichtlich sozialer Beziehung und emotionaler Entwicklung vorgestellt. Diese Befunde basieren auf einer Metaanalyse von 277 Studien und auf Panel-Studien mit mehr als 10.000 Teilnehmern. Zur Verdeutlichung von Diversität zwischen Funktionsbereichen und über die Zeit werden Ergebnisse aus mehreren „Experi-

ence-sampling"-Studien präsentiert. Diese untersuchten soziale Kontakte und emotionales Erleben über mehrere Wochen wiederholt im Alltag mittels Smartphone-Befragungen und peripher-physiologischen Messungen. Es zeigte sich, dass Altersunterschiede in diversen emotionalen oder sozialen Bereichen verschieden ausgeprägt sind: Beispielsweise fanden zwei Studien mit 378 und 92 Personen, dass emotionale und kardiovaskuläre Stressreaktionen auf umschriebene Stresssituationen mit höherem Alter geringer ausgeprägt waren, aber in komplexen Stresssituationen mit höherem Alter stärker ausgeprägt waren. Die Befunde verdeutlichen, dass sich Unterschiede in erfolgreichem Altern nicht nur zwischen Personen manifestieren, sondern auch innerhalb von Personen zwischen verschiedenen Funktionsbereichen sowie innerhalb von Funktionsbereichen über die Zeit. Diese Diversität stellt infrage, dass einheitliche Kriterien für erfolgreiches Altern identifizierbar oder sinnvoll sind. Hingegen wird deutlich, dass die Berücksichtigung der Diversität sowohl zwischen als auch innerhalb von Personen eine stärken- bzw. ressourcenorientierte Betrachtung individuellen Alterns ermöglicht, da Bereiche mit gleichbleibender oder verbesserter Funktionsfähigkeit identifiziert werden können. Diese ressourcenorientierte Betrachtung ermöglicht die (Weiter-)Entwicklung von Interventionen hin zu „customized interventions".

S601-4
Erfolgreiches Altern – Perspektive der Philosophie

H.-J. Ehni

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Die gerontologische Konzeption des erfolgreichen Alterns wie etwa diejenige, die von Rowe und Kahn vorgebracht und weiterentwickelt wurde, umfasst zwei grundlegende Funktionen. Erstens sollen bestimmte Formen des Älterwerdens und des Alters gegenüber anderen als „erfolgreich" ausgezeichnet werden. Insofern sind diese Formen so bewertet, dass sie vorzuziehen sind oder als besser verstanden werden. So sind die Kriterien für erfolgreiches Altern nach Rowe und Kahn die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung, ein hohes Niveau physischer und kognitiver Leistungsfähigkeit und eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben (z. B. Rowe und Kahn 1997). Zweitens sollen sowohl für Individuen als auch die Gesellschaft Empfehlungen ausgesprochen werden, wie diese Formen zu erreichen sind. Beide Funktionen beruhen auf Wertungen. In einem bestimmten Sinn als positiv bewertet werden dabei Eigenschaften von Lebensweisen und die Lebensphase Alter. Durch solche Wertungen überschneidet sich die gerontologische Frage nach dem „erfolgreichen" Alter(n) mit der philosophischen Frage nach dem „guten" Leben. Dieser wechselseitige, interdisziplinäre Bezug wurde jedoch sowohl in der Gerontologie als auch in der Philosophie bisher wenig untersucht. Daher soll in diesem Beitrag zunächst dieses neue interdisziplinäre Untersuchungsfeld systematisch beschrieben werden. Hierzu wird eine hilfreiche Differenzierung der Philosophin Ursula Wolf herangezogen (Wolf 1999). Wolf unterscheidet fünf Ebenen der Frage nach dem guten Leben: Entscheidungen in einer gegebenen Situation, Konflikte zwischen unterschiedlichen Zielen, Konflikte zwischen individuellen und allgemein gesellschaftlich akzeptierten Zielsetzungen, Entscheidungen für eine Lebensform und schließlich die fünfte Ebene von existenziellen Krisen. Diese Ebenen und ihre Bezüge zum erfolgreichen Altern werden erläutert. Hierbei soll deutlich werden, wie beide Seiten von einem interdisziplinären Dialog profitieren können: Die Gerontologie, indem sie Themen wie Bedingungen des guten Lebens, Wertepluralismus und Umgang mit existenzieller Negativität in den Blick nimmt. Die Philosophie, indem sie auf die besonderen Umstände des Alter(n)s als Bedingungen und Herausforderungen für ein gutes Leben aufmerksam wird.

S601-5
„Erfolgreiches Altern" und die Politik mit dem Potenzial

S. Lessenich

Institut für Soziologie, LMU München, München, Deutschland

Forscht man heute zu Fragen des objektiv und subjektiv „erfolgreichen Alterns", so kommt man um die sozialpolitische Programmvokabel des „Potenzials" nicht herum. Das Potenzial älterer bzw. alternder Menschen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten als ein weiterer Hochwertbegriff – neben klassischen Begriffen wie Sicherheit und Vorsorge oder jüngeren wie Teilhabe und Inklusion – in der gepflegten Semantik der Sozialpolitik rund um das Alter etabliert. Das Entdecken, Vermessen und Verwirklichen – im Doppelsinne des Wortes: das gesellschaftliche und individuelle Realisieren – von gegebenen Möglichkeiten ist zu einem zentralen Aspekt eines gelungenen Alter(n)s geworden. Auf der Grundlage umfangreicher qualitativ-empirischer Forschungen fragt der Beitrag einerseits nach den individuellen Umgangsweisen älterer Menschen mit der Potenzialorientierung des jüngeren Altersdiskurses, andererseits nach dem Beitrag der Sozialgerontologie und Alternssoziologie zu eben dieser.

S601-6
Erfolgreiches Altern als heuristisch fruchtbarer Begriff der Alternsforschung – ein „Versöhnungsversuch" zwischen Überschwang und Ablehnung

H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer[1]

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland

Seit Jahrzehnten findet ein facettenreicher Kampf innerhalb (und außerhalb) der Alternsforschung, v. a. der behavioral-sozialen Alternsforschung, statt, um das traditionelle und wahrscheinlich in seiner Kraft immer wieder unterschätzte Defizitmodell des Alterns zurückzudrängen. Trotz vielfältig differenzierender Befunde und des Nachweises von Entwicklungspotenzialen im Alter erscheint es als schwieriges, wenn nicht aussichtsloses Unterfangen, ein allgemein bzw. weithin akzeptiertes „Positivmodell" des Alterns zu etablieren. Im Vergleich zu anderen Begriffen und Modellen (von „gelingendem Altern" bis zu „healthy aging") gelingt dies unserer Ansicht nach am wirkungsvollsten dem seit Anfang der 1950er-Jahre geprägten Konzept des „erfolgreichen Alterns". In diesem Beitrag entfalten wir ein vierteiliges Argument, um den Begriff des „erfolgreichen Alterns" für die Alternsforschung fruchtbar zu machen, ohne sich allein auf Eliten (Personen mit hoher Bildung und hohem Einkommen) oder auf „gesunde" Ältere zu beziehen. (1) Wir argumentieren, dass auch die neueste Rowe-Kahn-Variante (Successful Aging 2.0) die hochwahrscheinliche empirische Realität außer Acht lässt, dass sich nicht allein unsere „aktive", sondern auch unsere „passive" Lebenserwartung in Zukunft weiter deutlich verlängern wird. (2) Wir argumentieren, dass eine Öffnung des Konzepts in Richtung „communion", „dependency" und Gestaltung von Pflegebeziehungen sinnvoll möglich ist. (3) Wir argumentieren, dass das visionäre Element des „successful aging" überaus hilfreich für zukünftige Vorstellungen von Altern in den unterschiedlichsten Gestalten ist. (4) Wir argumentieren, dass eine stark pluralistische Vorstellung von erfolgreichem Altern für die Alternsforschung insgesamt heuristisch fruchtbar ist. Dies alles führt aus unserer Sicht dann auch zu einem deutlich kontextuellen und gesellschaftlich geprägten und weniger individuellen Ansatz in Bezug auf erfolgreiches Altern.

S602 Demenz-Sorge im Wandel: kritischer Blick auf kritische Entwicklungen

B. Plemper

Diskutanten: K. Rink[1], V. Rothe[2], K. Brauer[3], A. Newerla[4]

Hamburg, Deutschland; [1]Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland; [2]Aktion Demenz e.V., Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland; [3]IARA: Institute for Applied Research on Ageing, Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen in Kärnten, Österreich; [4]Institut für Soziologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Der Blick auf Sorgearrangements verrät vieles über gesellschaftliche Zusammenhänge, bestehende Macht- und Selbstverhältnisse: Wie wollen wir für uns selbst und Andere sorgen. Im Kontext der Demenz spitzen sich diese Fragen allerdings noch zu: Das autonome Selbst wird durch die Kategorie „dement" zu einem für die Gesellschaft anderen Menschen; sein Verhalten sträubt sich gegen jedwede Normalisierungs- und Aktivierungsversuche, und er ist substanziell auf Hilfe anderer Menschen angewiesen. Viele der bisherigen Antworten auf diese Herausforderungen werden immer öfter als unerträglich kritisiert: Aus der Perspektive der Betroffenen, die angemessene Hilfe vermissen; aus der Sicht der Angehörigen, die sich der Gefahr aussetzen, sich gesundheitlich und sozial zu ruinieren, und aus Teilen der professionellen Pflege, die zunehmend zu einer ausgebeuteten Klasse wird.

Vor diesem Hintergrund haben sich mittlerweile neue politische und gemeinschaftliche Modelle der Demenzsorge entwickelt, die Antworten auf die Abhängigkeit und Vulnerabilität der Demenzbetroffenen suchen. Was bei all dem jedoch offenbleibt, ist, ob diese neuen Bewältigungsformen jenseits von traditionellen Mustern der Ungleichheit, Individualisierung, Diskriminierung und neoliberaler Logiken angesiedelt sind.

Das Symposium „Demenz-Sorge im Wandel: kritischer Blick auf kritische Entwicklungen" verortet sich genau in jenen Schnittbereich von innovativen Modellen der Demenzsorge, deren Herausforderungen und deren mögliche Fallstricke. Dazu möchten wir die Versuche und Anstrengungen, die bereits vielfach unternommen wurden, anhand der verschiedenen Beiträge (zu demenzfreundlicher Kommune, Demenznetzwerken sowie professioneller Demenzsorge) aufzeigen und kritisch diskutieren. Im Fokus stehen dabei Fragen wie: Welche kollektiven Bewältigungsformen gibt es? Wie werden sie organisiert? Welche Potenziale und Grenzen haben sie und wie stehen sie in einen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang?

S602-1
Umbrüche in der Demenz-Sorgearbeit. Alte und neue Ungleichheiten

K. Rink

Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

In der Demenzsorge vollziehen sich seit einigen Jahren als Antwort auf die „Reproduktionskrise" tiefgreifende Umstrukturierungen und Rationalisierungen. Vor dem Hintergrund der Erosion bestehender Strukturen fordistisch geprägter Arbeitsarrangements, indem das Modell des „female hometaker" vorherrschend war, stehen Frauen nun in geringerem Ausmaß als bisher für die Sorge der Angehörigen zur Verfügung. Flexible und prekäre Beschäftigungsformen führen weiterhin dazu, dass immer weniger Angehörige bereit sind zu pflegen. Verschärft wird die Krise noch durch einen steigenden Bedarf an pflegerischer Versorgung von Demenzbetroffenen und einem anhaltenden Fachkräftemangel. Doch anstatt die Krise durch sozialstaatliche Sicherungsmechanismen zu kompensieren, zielte das neoliberale „Care"-Regime der BRD auf eine doppelte Privatisierungsstrategie: Ausbau der sozialen Dienstleistungen und Rückgriff auf informelle, ehrenamtliche Laienpflege. Durch den Strukturwandel, der durch die Einführung der Pflegeversicherung deutlich beschleunigt wurde, etablierte sich ein Pflegemarkt rund um die Sorge von Demenzbetroffenen. Dieser Markt wird mittlerweile als gewinnträchtiger Zukunftsbereich gehandelt, in dem sich (Online)Agenturen um die Vorherrschaft streiten. Im Zuge einer neuen kapitalistischen Einhegung ist die Demenzsorge somit zu einem privaten Konsumgut geworden. Zugleich wurde, getragen von den Debatten um die sorgende Gemeinschaft und die häusliche Pflege, die Demenzsorge verstärkt durch informelle und ehrenamtliche Laienpflege umstrukturiert. Ergebnis ist, dass informell Pflegende, wie osteuropäische Haushaltskräfte, zu einer tragenden Säule in der Demenzsorge geworden sind.

Die Umbrüche, die zu einer Ökonomisierung und zu einem verstärkten Rückgriff auf Laien geführt haben, sind allerdings nicht von Ungleichheiten und Ausbeutung befreit, sondern (re)produzieren ungebrochen bestehende Herrschaftslogiken. „Care"-Arbeit ist dabei nach wie vor (u. a.) geschlechts-, migrations- und klassenspezifisch organisiert. Der Vortrag will die aktuellen Umbrüche in der Demenzsorge kritisch darstellen und dabei zeigen, wie neue und alte Ungleichheiten in der Sorge ihre Fortsetzung finden. Der Vortrag soll im Rahmen des Symposiums „Demenz-Sorge im Wandel" stattfinden.

S602-2
Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen?

V. Rothe

Aktion Demenz e.V., Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Menschen in Deutschland werden immer älter und immer mehr altern mit Demenz. Wie kann man Orte schaffen, an denen diese Menschen im Leben bleiben können – statt nur am Leben? Das Thema Demenz in einem gesamtgesellschaftlichen Rahmen aufgreifen und vor Ort Formen des gemeinsamen Miteinanders entwickeln?

Erfahrungen von 78 Projekten, die innerhalb des von der Aktion Demenz e. V. durchgeführten Programms „Menschen mit Demenz in der Kommune" der Robert Bosch Stiftung gefördert wurden, wurden diesbezüglich analysiert und gebündelt.

Auf Basis einer bereits vorliegenden externen systemischen Evaluation mit beispielhaften Gruppeninterviews durch Dr. Charlotte Jurk, FH Wiesbaden, einer internen Untersuchung durch Verena Rothe anhand einer Dokumentenanalyse der 78 Abschlussberichte, Durchführung und Auswertung von Workshops, Fokusgruppen und Einzelgesprächen sowie einer theoretischen Auseinandersetzung von Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer und Dr. Gabriele Kreutzner konnten Suchbewegungen, Stolpersteine und erste Lösungsansätze für Praxis und Theorie aufgezeigt werden: „Im Leben bleiben – Unterwegs zu Demenzfreundlichen Kommunen".

Um den internationalen Austausch vertiefen zu können, die fortwährende Aktualität der Erfahrungen zu unterstreichen und die Ergebnisse anderssprachiger Gruppen in Deutschland leichter zugänglich zu machen, wurden die Ergebnisse auch auf Englisch veröffentlicht. Man kann sagen, dass die Initiativen eine neue soziale Praxis mit angestoßen und u. a. eine eigene Ausschreibung des Bundesfamilienministeriums und einen Preis auf europäischer Ebene angeregt haben.

Kritische Perspektiven, neue Schwerpunktsetzungen in der Forschung und eine größere Beachtung in den Gesellschaftswissenschaften sind dennoch unerlässlich.

Die deutschlandweite bürgerschaftliche Initiative Aktion Demenz e. V. will die Lebensbedingungen für Menschen mit (und ohne) Demenz v. a. durch zivilgesellschaftlichen Dialog verbessern – „demenzfreundliche Kommunen" schaffen. Diesbezügliche Erfahrungen und lokale Initiativen aus mehr als zehn Jahren, unterschiedlichste Ansätze und Ergebnisse, die Impulse setzen, Hilfestellungen geben und weitere Forschungsfelder aufzeigen, konnten gewonnen und kritisch kommentiert werden.

S602-3
„Demenzfreundliches Moosburg" – Projekt gegen die Exklusion und Skandalisierung von herausfordernden Beinträchtigungsformen im Gemeindealltag

K. Brauer, G. Hagendorfer-Jauk

IARA: Institute for Applied Research on Ageing, Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen in Kärnten, Österreich

Pflegebedürftigkeit bei Demenz stellt eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Oft werden auch im Umfeld Angstreaktionen ausgelöst, denen seitens der Professionen und politischer Zuständigkeiten relativ wenig entgegengesetzt wird. Die Aufgaben und Umstellungen alltäglicher Lebenspraxis von Demenzbetroffenen werden jedoch nicht kleiner, wenn das Syndrom und dessen Belastungen durch Skandalisierungen verschärft und die Betroffenen ausgegrenzt werden. Im ökonomisierten Diskurs wird ihnen nicht selten die Stellung problematischer „Kostenfaktoren" zugewiesen, bei denen nötige Zu- und Aufwendungen diskutabel erscheinen. Zudem hatte sich mit der Spezialisierungsidee der Pflegeindustrie die systematische Exklusion Demenzbetroffener („stationäre" Lösungen, „Alzheimer unit") als glatte Lösung etabliert, die aus jedem Inklusionsanliegen eine komplexe Reintegrationsaufgabe macht. Für das Gros demenzieller Benachteiligungen wäre aber die Förderung der Inklusion in das aktuelle Lebensumfeld passender. Dies würde entsprechende Kenntnisse und Investitionen auf der Ebene von Gemeinden und in Nachbarschaften erfordern. Während sich Pflegeprofis um Betten und Finanzierungsschlüssel (und zuweilen auch Fälle) streiten, entstehen aktuell „Bottom-up"-Initiativen, die nach alternativen Ansätzen suchen. Diese müssen sich zunächst gegen Exklusion und Angstmache wenden. Die ersten Schritte wurden schon in einigen Gemeinden gegangen. Manche schieben eine radikale Umkehr an und verschreiben sich explizit der „Demenzfreundlichkeit". Ob und wofür dieses Konzept steht, welche Anforderungen und Zumutungen damit verbunden sind, wird im Referat kurz umrissen und zur Diskussion gestellt.

S602-4
„Allein geht es nicht – und zusammen? Demenzfreundliche Kommunen, Demenznetzwerke und andere gemeinschaftliche Bewältigungsformen in der Kritik"

A. Newerla

Institut für Soziologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

Demenz kann gesellschaftlich als Krise der extremen Art beschrieben werden: Das Selbst – seiner Autonomie und Selbstbestimmung verlustig – ist meist plötzlich substanziell auf Hilfe anderer Menschen angewiesen. Das Leben, wie es einmal organisiert war, ist mit einer Demenz nicht einfach weiterzuführen. Die Umbrüche zu meistern, obliegt oft einzelner Personen, die die Sorge um diesen Menschen übernommen haben und vor ganz besonderen Herausforderungen stehen: Die Krisenhaftigkeit des Alltags ist ein Dauerzustand, Versuche der Bewältigung und Renormalisierung werden stetig von den mit Demenz(en) zusammenhängenden Veränderungen durchkreuzt. Gesellschaftlich wird nach wie vor auf (weibliche) „Care"-Ressourcen gesetzt, flankiert durch Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung. Die Bewältigung der Demenzkrise(n) wird also Einzelnen überlassen, den Pflegenden, den Frauen.

Zugleich ist etwas in Bewegung geraten: In den letzten Jahren ist vielfach die Rede von „kommunaler Daseinsfürsorge" und „caring community" im Zusammenhang von Pflege, Alter und Demenz. „Demenzfreundliche Kommunen" sind überall in der Republik entstanden, Demenznetzwerke werden von unterschiedlichen Akteuren ins Leben gerufen, Nachbarschaften schließen sich zusammen, um zu helfen, wo Hilfe benötigt wird. Und hier machen Menschen unterschiedliche Erfahrungen: Auf der einen Seite ist die Rede von Ausbeutung der „Sorgenden Gemeinschaft", vom Rückzug des Sozialstaates, andere sprechen von neuen Formen der Solidarität und sozialer Verantwortung.

In diesem Spannungsfeld will diese Analyse anhand qualitativ-empirischer Daten hessischer Modellprojekte verdeutlichen, welche Spezifika eine Demenzsorge umfasst, welche Unterstützungsmöglichkeiten Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen sehen und inwieweit sich dies in neuen gemeinschaftlichen Bewältigungsformen (Nachbarschaftshilfen, Unterstützerkreise für Menschen mit Demenz, demenzfreundliche Kommunen) umsetzen lässt bzw. welche Hürden zu überwinden sind. Vor allem die Frage nach Verbindlichkeit(en) im Kontext zivilgesellschaftlicher/nachbarschaftlicher Initiativen und postfamiliären (z. B. freundschaftlichen) Strukturen lässt oftmals Demenzbetroffene zögern, auf diese zurückzugreifen. Hier kann eine soziologisch-kritische Analyse gesellschaftlicher Vergemeinschaftungsprozesse, die sich jenseits familiärer Strukturen entwickeln, Potenziale sowie Konfliktfelder offenlegen, die im Kontext der Demenzsorge entstehen.

S603 Auswirkungen von Pflege auf die Pflegenden

B. Eifert

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Mit der Alterung der Gesellschaft wird der Bedarf an formellen und informellen Pflegeleistungen weitersteigen, da ein hohes Alter das Risiko pflegebedürftig zu werden, erhöht. In Deutschland werden ca. 70 % aller Pflegebedürftigen zu Hause, überwiegend nur von ihren Angehörigen, versorgt. Mit der Übernahme von informeller Pflege geht Verbundenheit und die Bereitschaft einher, sich um das Wohlbefinden einer anderen Person zu kümmern. Jedoch bedeutet die Pflegeübernahme oft einen deutlichen Einschnitt in den Lebensalltag der Pflegenden mit tiefgreifenden Folgen u. a. für die Gesundheit sowie den Lohn. Im Symposium *Auswirkungen von Pflege auf die Pflegenden* steht genau dies im Fokus. Der Beitrag von Frewer-Graumann zeigt einführend auf, welche Veränderungen Hauptbezugspersonen von Menschen mit Demenz in ihrem Alltag durch die Fürsorgeverantwortung erleben. Anschließend stellen Minkus, Ehrlich und Hess die Auswirkung der Pflegeübernahme auf den Lohn der Pflegenden vor. Basierend auf Daten des Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) und mittels „Fixed-effects"-Regressionen zeigen sie, dass sich für Frauen der Stundenlohn aufgrund von Pflege verringert, während er für Männer gleichbleibt. In den nachfolgenden Beiträgen steht die Gesundheit im Fokus. Im Beitrag von Kaschowitz werden auf Basis des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Gesundheitsfolgen von Pflege unter Berücksichtigung verschiedener Gesundheitsmaße untersucht. Es zeigt sich, dass je nach gewähltem Gesundheitsmaß für bestimmte Pflegende unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit festgestellt werden können. Im abschließenden Beitrag von Hampel werden die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln Pflegender untersucht. Die leitfadengestützten Interviews verdeutlichen ein multidimensionales Gesundheitsverständnis Pflegender und zeigen, dass „objektiv" ungesunde Verhaltensweisen von Betroffenen als „gesund" aufgefasst werden können. Insgesamt zeigt sich, dass Pflegeübernahme umfassende, aber nicht ausschließlich negative Folgen für Pflegende haben kann. Allerdings betreffen die Folgen nicht alle Pflegenden gleichermaßen und sind abhängig von Kontextfaktoren wie Erfahrungen, Ressourcen und sozialen Netzwerken.

S603-1
„Es ändert sich alles" – der Alltag mit Demenz aus der Perspektive der Angehörigen

S. Frewer-Graumann

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Bisher ist relativ wenig darüber bekannt, was Hauptbezugspersonen von Menschen mit Demenz im Alltag als einschneidende Veränderungen durch die Übernahme von Fürsorgever-

antwortung erleben. Hauptbezugspersonen von Menschen mit Demenz gelten – im Vergleich zu anderen Gruppen pflegender Angehöriger – als belasteter. Der Frage, welche Veränderungen sie als mehr oder weniger belastend, was sie vielleicht auch als bereichernd wahrnehmen, wird in diesem Beitrag nachgegangen. Daran knüpft die Frage an, was Hauptbezugspersonen als unterstützend und hinderlich in der Bewältigung dieser Alltagsveränderung erleben.
Material und Methoden: Es wurden 14 qualitative Interviews mit Hauptbezugspersonen mittels eines Leitfadens erhoben und mit der Grounded Theory ausgewertet. Teilweise konnten auch Interviews mit Menschen mit Demenz selbst geführt werden.
Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen aus einer subjektiven Perspektive, wie einschneidend die Veränderungen im Alltag durch die Übernahme von Fürsorgeverantwortung sind. Es kann ein Einblick in die verschiedenen Lebensbereiche gegeben werden, die aus der Perspektive der Hauptbezugspersonen von diesen Veränderungen betroffen sind. Dazu zählen beispielsweise der Einfluss auf soziale Beziehungen wie Freunde und Familie, auf die Gesundheit oder Arbeit aber auch die alle Lebensbereiche betreffende Reduktion von Selbstbestimmung. Gleichzeit kommen viele „unfreiwillige" Kontakte mit Ärzten/Ärztinnen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) hinzu, und der Alltag ist geprägt von Bürokratie, mit der sich viele Hauptbezugspersonen überfordert fühlen. Viele vorhandenen Entlastungs- und Unterstützungsangebote werden als nichtpassend oder unterstützend wahrgenommen und dementsprechend, trotz eines individuellen Bedarfes, nicht genutzt.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse geben erste Hinweise auf das subjektive Erleben von Alltagsveränderungen durch die Übernahme von Fürsorgeverantwortung bei einer demenziellen Erkrankung eines Angehörigen. Insgesamt bedarf es mehr Forschung, um die Perspektive der pflegenden Angehörigen als diejenigen, die die tägliche Betreuung und Unterstützungsarbeit leisten, deutlicher – auch in die Konzipierung von Unterstützungsangeboten – einfließen zu lassen.

S603-2
Die Auswirkungen von informeller Pflege auf den Lohn

U. Ehrlich, L. Minkus[1], M. Heß[2]

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland; [1]Universität Bremen, Bremen, Deutschland; [2]Forschungsschwerpunkt „Arbeit, Wirtschaft und Technik", Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Hintergrund: Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird die Zahl der Menschen, die professionelle oder informelle Pflege benötigen, weiter steigen. Besonders die informelle Pflege wird dabei an Bedeutung gewinnen und die Anzahl an der Personen, die häusliche Pflege leisten, wird größer werden. Allerdings sind die Auswirkungen von Pflege auf die Arbeitsmarktsituation und -bedingungen der Pflegenden noch relativ wenig erforscht.
Ziel der Arbeit: Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, wie sich häusliche Pflege auf den Lohn von Pflegenden auswirkt. Weiterhin wird analysiert, ob sich Geschlechterunterschiede im möglichen Zusammenhang zwischen Pflege und Lohn finden.
Material und Methoden: Basierend auf Daten des Sozio-oekonomischen Panel (2001–2015) werden, getrennt für Männer und Frauen, „Fixed-effects"-Panelregressionen durchgeführt, um den Einfluss von häuslicher Pflege auf den Stundenlohn zu untersuchen. Das Sample wird dabei auf die Kohorten 1965–1983 beschränkt, und es wird auf mögliche konfundierende Einflüsse durch sozioökonomische und arbeitsplatzbezogene Unterschiede (Bildung, Größe und Sektor der Firma, Anzahl der Kinder, Partnerschaftsstatus, subjektive Gesundheit, Vermögen, Alter und Jahr der Messung) kontrolliert.
Ergebnisse: Für Frauen zeigt sich ein negativer Effekt von häuslicher Pflege auf den Stundenlohn, während sich für Männer keine signifikanten Effekte zeigten.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass häusliche Pflege sich negativ auf die Arbeitsmarktsituation von Frauen, nicht aber Männern auswirkt. Somit könnte häusliche Pflege dazu beitragen, die „gender pay gap" zu vergrößern.
Keywords: Lohneinbußen, häusliche Pflege, SOEP, Gender-Pay-Gap Fixedeffects-Panelregression

S603-3
Andere Messung, anderes Ergebnis? Die Bedeutung des Gesundheitsmaßes bei der Analyse der Gesundheitsfolgen von informeller Pflege

J. Kaschowitz, P. Lazarevic[1]

Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland; [1]Research Group: Health and Longevity, VID – Institut für Demographie, Wien, Deutschland

Hintergrund: Angesichts der hohen Bedeutung informeller Pflege ist die Analyse gesundheitlicher Folgen von Pflegeübernahme wichtig. Übereinstimmend zeigt frühere Forschung negative Folge für die psychische, nicht jedoch für die körperliche Gesundheit. Hier sind die Ergebnisse widersprüchlich, was möglicherweise auf die Verwendung unterschiedlicher Gesundheitsmaße zurückgeführt werden kann.
Ziel der Arbeit: Variieren die Ergebnisse der Analyse des Zusammenhangs von informeller Pflege und Gesundheit in Abhängigkeit des verwendeten Gesundheitsmaßes?
Material und Methoden: Mithilfe des „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (Wellen 1, 2, 4–6) wird der Zusammenhang zwischen informeller Pflege innerhalb oder außerhalb des Haushalts und Gesundheit in zehn Ländern untersucht. Dazu werden unterschiedliche Maße der physischen (selbsteingeschätzte Gesundheit, I(ADL), GALI, diagnostizierten Krankheiten) als auch der psychischen (EURO-D, CASP-12) Gesundheit herangezogen. Es werden Quer- und Längsschnittmodelle geschätzt.
Ergebnisse: Pflegende innerhalb des Haushalts schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Nichtpflegende. Dies gilt für die meisten herangezogenen Gesundheitsmaße und diese Zusammenhänge finden sich auch im Längsschnitt. Für Personen, die Pflege außerhalb des Haushalts übernehmen, zeigt sich dagegen, dass diese ihre Gesundheit besser einschätzen als Nichtpflegende. Im Längsschnitt lässt sich, je nach verwendetem Gesundheitsmaß, sowohl eine Verbesserung als auch eine Verschlechterung der Gesundheit aufgrund von Pflege feststellen.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bestätigen Gesundheitsunterschiede zwischen Pflegenden innerhalb und außerhalb des Haushalts und damit, dass Pflegende nicht unbedingt weniger gesund sind als Nichtpflegenden. Sie machen jedoch zumindest für Pflegende außerhalb des Haushalts deutlich, dass ja nach gewähltem Gesundheitsmaß unterschiedliche Auswirkungen von Pflege auf Gesundheit festgestellt werden können. In vertiefenden Analysen soll dies weiter untersucht werden, auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Länderkontexte.
Keywords: Informelle Pflege, Europa, Gesundheitsmessung, Längsschnittanalyse

S603-4
Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz

S. Hampel

Soziale Gerontologie und Lebenslaufforschung, Institut für Soziologie, Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Ziel der Arbeit: Aus der Forschung ist bekannt, dass pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz eine hoch und vielfältig belastete Personengruppe darstellen. Die Gesundheit der Pflegeperson gilt dabei als zentraler Einflussfaktor auf das Stresserleben und die Belastung. Untersuchungen, die sich mit der Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz auseinandersetzen, legen hierbei häufig einen Expertenbegriff von Gesundheit zugrunde. Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitsvorstellungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz und deren Einfluss auf das Gesundheitshandeln existiert aktuell noch Forschungsbe-

darf. Dieser Beitrag beschäftigt sich daher mit der Fragestellung: Was tun pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in ihrem Alltag, um ihre eigene Gesundheit zu erhalten, und welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit liegen diesem Handeln zugrunde?
Material und Methoden: Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Insgesamt wurden 24 leitfadengestützte, teilstandardisierte Interviews mit häuslich pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.
Ergebnisse: Pflegende Angehörige weisen mehrheitlich ein sehr differenziertes Gesundheitsverständnis auf, bei dem v. a. physische, psychische und soziale Aspekte betont werden. Die befragten pflegenden Angehörigen sehen eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf ihre eigene Gesundheit, v. a. wird auf die häusliche Pflegesituation eingegangen und der damit verbundenen Pflegeverantwortung ein besonderer Stellenwert beigemessen. In der Analyse konnte der Zusammenhang von individuellen Gesundheitsvorstellungen auf das Gesundheitshandeln bestätigt werden. Dies führt z. B. dazu, dass klassisches Risikoverhalten wie Rauchen von den Befragten als „gesund" ausgelegt wurde, wenn es in ihrer subjektiven Deutung zur Entspannung beiträgt.
Schlussfolgerung: Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann festgehalten werden, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz aufgrund ihres Einflusses auf das Gesundheitshandeln stärker berücksichtigt werden sollten, um zielgruppenspezifische Angebote der Gesundheitsförderung entwickeln zu können.
Keywords: Gesundheitshandeln und -vorstellungen, Leitfadeninterviews, Menschen mit Demenz, Pflegende Angehörige

S604 Interdisziplinäres Symposium: Alterszahnmedizin und Geriatrie – Studienvorstellung

G. Röhrig-Herzog, A. G. Barbe[1]

Diskutanten: M. Bussmann[2]*, P. Schmidt*[3]

Zentrum für Geriatrische Diagnostik, MVZ Medicum Köln Ost, Köln, Deutschland; [1]Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; [2]Alterstraumatologie, Evangelisches Krankenhaus Köln Kalk, Köln, Deutschland; [3]FB Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Die Prävalenz von Stürzen steigt mit höherem Lebensalter, wobei der altersbedingte Verlust an Muskelmasse und Muskelfunktion (Sarkopenie) einen wesentlichen Risikofaktor für Stürze darstellt (Schoene et al. 2017). Sarkopenie steht auch in engem Zusammenhang mit Dysphagie (Maeda et al. 2016) und eingeschränkter Kaufunktion (Takagi et al. 2017). Mundgesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine intakte Kaufunktion im Alter. Die Zusammenhänge zwischen Kaufunktion, Malnutrition und Sarkopenie konnten bereits wissenschaftlich belegt werden: Eine eingeschränkte Kaufunktion führt zu einer mangelhaften Nahrungsaufnahme und damit zu einer defizitären Ernährung, da bestimmte Nahrungsmittel nicht oder nur unzureichend die orale Phase der Nahrungsaufnahme passieren können. Dies kann zu gastrointestinalen Beschwerden und Mangelernährung führen (Altenhoevel et al. 2012). Ein mangelhafter Ernährungsstatus geht oft mit einer katabolen Stoffwechselsituation einher, die zum Ausgleich der Energiegewinnung Muskelprotein heranzieht, was zu einem sukzessiven Muskelabbau führt, der den ohnehin altersbedingten Abbau der Muskelmasse (Sarkopenie) zusätzlich fördert (Hu et al. 2017). Eine Muskelkraftminderung ist sowohl direkt als auch indirekt über eine reduzierte Mobilität mit einer erhöhten Sturzprävalenz verbunden (Schoene et al. 2017). Bis heute ist jedoch unklar, inwiefern auch ein direkter Zusammenhang besteht, zwischen verschiedenen Parametern der oralen Gesundheit wie z. B. Kaufunktion und Sturzprävalenz. In der hier vorgestellten interdisziplinären, kontrollierten klinischen Studie wurde neben geriatrischen Assessment- und Laborparametern auch ein umfassender Befund der Mundgesundheit und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität von geriatrischen Sturzpatienten erhoben, um dieses spezielle Patientenkollektiv interdisziplinär besser zu charakterisieren. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Risikofaktoren zu identifizieren, die bei der interdisziplinären Zusammenarbeit die ganzheitliche geriatrisch-alterszahnmedizinische Erfassung von Sturzpatienten erleichtern sollen. Zudem soll es die Aufmerksamkeit im jeweils anderen Fachgebiet schärfen, auch für Problematiken aus anderen Gebieten, die aber Einfluss haben auf den eigenen Fachbereich. Langfristig wird durch frühzeitige Überweisung an die jeweils andere Fachdisziplin ein präventiver Effekt erwartet, der die Gesundheit und Lebensqualität von älteren Sturzpatienten verbessern soll.

S605 Environment and aging

M. Gogol, J. Altschmied[1]

Hameln, Germany; [1]Heisenberg group – environmentally induced cardiovascular degeneration, IUF-Leibniz Research Institute for Environmental Medicine, Düsseldorf, Germany

Aging and its occurrence are influenced by various life style factors. As life happens in a context (environment), the way and extent biological systems are exposed to external stressors will influence outcomes. In this interdisciplinary symposium two lectures will focus on external (air pollution, aging and disease) and on internal exposure (indoor pollution, aging and disease) to stressors. The third lecture (environment and physical activity) will focus on environmental factors which are able to foster or to hinder mobility and exercise and thus, will influence outcomes too.

S607 Freie Vorträge – Pflegebeziehungen

S607-1
Spezifische Theorie des Generationenzusammenhalts für pflegende Familien

H. Jerábek

Social Work, Faculty of Arts, Charles University, Prag, Tschechien

Wir benutzen das Modell Generationensolidarität nach V. L. Bengtson für eine spezifische Gruppe von pflegenden Familien. Man weiß, dass mit steigendem Bedarf und der Notwendigkeit einer persönlichen Pflege eines Senioren die pflegende Familie ihre Fürsorge steigert (Jerabek 2014). Wir untersuchten Senioren im Alter von 75+, um die sich ihre Kinder (40 bis 65 Jahre) kümmern, und haben die Hauptpflegeperson befragt. Unter den tschechischen Familien suchten wir ähnliche Typen wie in den USA und Holland. Der tschechische Typ F entspricht dem amerikanischen Typ „tight knit". Er ist durch Pflege eines Senioren und starke Bindungen in allen Dimensionen gekennzeichnet. Typ A, der nicht pflegt und schwache Bindungen in allen Dimensionen aufweist, ist mit dem Typ „detached" in der Erforschung amerikanischer Familien und auch mit Typ „discordant" in der holländischen Forschung identisch. Es gibt zwei spezifische Typen tschechischer pflegender Familien. Typ D bezeichneten wir als „sozial motivierte Pflege", er wird charakterisiert durch häufige Kontakte und eine bedeutende Pflege. Pflegemotivation dieser Familien sind häufige Kontakte der Familie mit dem Senioren. Der zweite tschechische Typ E ist „emotional motivierte Pflege". Pflegemotivation sind hier emotionale Bindungen. Notwendige oder bedeutende Pflege der Familie ist vorhanden. Ein Test an der Pflegegeneration tschechischer erwachsender Kinder hat die Gültigkeit der Theorie von Bengtson belegt [1]. Wir konstruierten erfolgreich einen Gesamtindex Familienzusammenhalt (IFZ). Für diesen eindimensionalen IFZ benutzen wir das Messen von häufigen Kontakte, starke emotionale Bindungen, persönliche Pflege und einen Konsens in den Familien. Am Ende frage ich, ob sich der eindimensionale IFZ auch auf weitere Länder anwenden lässt.

Literatur

1. Jerabek H (2014) Bedürfnisse der Senioren und familiäre Altenpflege – Beispiel des sozialen Zusammenhalts. In: Amann A, Kolland F (Hrsg) Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie, 2. Aufl. VS, Bd. 2014. Springer, Wiesbaden, S 149–173

S607-2
Pflegende Angehörige von Anfang an unterstützen. Was kann partizipative Sozialforschung zur Konzeptentwicklung beitragen?

O. H. Franz, T. Krieger[1], I. Steiger

Geriatrische Klinik, Rhein-Maas-Klinikum, Würselen, Deutschland; [1]Health, Medicine and Life Sciences, Universität Maastricht, Maastricht, Niederlande, Deutschland

Pflegende Angehörige leiden häufig unter Überlastung, die zu Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, sozialer Isolation, Schlafstörungen und Depressionen führen kann (Adelman et al. 2014).
Im geriatrischen klinischen Kontext kann für den häuslichen Pflegebedarf des Patienten normalerweise Unterstützung angeboten werden. Häufig können die pflegenden Angehörigen aber nur begrenzt zu ihrer eigenen Rolle beraten und kaum geschult werden. Wenn eine Pflegebedürftigkeit schon länger besteht, dann werden Zeichen von Überlastung häufig übersehen oder fehlgedeutet. Kliniker möchten aber in der Lage sein, übermäßiger Belastung von Angehörigen vorzubeugen oder, wenn es bereits dazu gekommen ist, zu intervenieren.
Im Rahmen des kürzlich aufgelegten Vade-Mecum-Konzepts zur Angehörigenunterstützung (Dorant und Krieger 2017) soll ein tieferes Verständnis der derzeit vorhandenen Angebote gewonnen werden und erforscht werden, welcher weiterführende Unterstützungsbedarf besteht. In einem geplanten zukünftigen Schritt soll aus den gewonnenen Erkenntnissen das Aufgabenprofil für die neu zu schaffende Rolle eines geriatrischen Familienbegleiters erstellt und implementiert werden.
Das Vade-Mecum-Konzept verfolgt dabei einen partizipativen Ansatz qualitativer Sozialforschung. Das multiprofessionelle geriatrische Team sollte in der Rolle von Koforschern aktiv an der Planung, Datensammlung und Analyse für das Projekt beteiligt werden. Interviews und Fokusgruppen mit Angehörigen, Pflegekräften, Therapeuten, Ärzten sowie Mitarbeitern des Sozialdienstes und der Seelsorge wurden durchgeführt und die gewonnenen Daten thematisch analysiert.
Der Vortrag analysiert den partizipativen Forschungsansatz aus der Koforscherperspektive und stellt erste Ergebnisse vor.

Literatur

1. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS (2014) Caregiver burden: A clinical review. Jama – J Am Med Assoc 311(10):1052–1059. https://doi.org/10.1001/jama.2014.304
2. Dorant E, Krieger T (2017) Contextual exploration of a new family caregiver support concept for geriatric settings using a participatory health research strategy. Int J Environ Res Public Health 14(12). https://doi.org/10.3390/ijerph14121467

S607-3
„Double duty carer" – Vereinbarkeit von professioneller und familialer Pflege

I. Horváth-Kadner, K. Thümmler, H. Clasen[1], W. Beckmann[1], R. von der Weth[1], A.-K. Haubold[1], T. Fischer

Evangelische Hochschule Dresden, Dresden, Deutschland; [1]Fakultät Wirtschaftswissenschaften, Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Besonders an Pflegekräfte wird häufig die Erwartung herangetragen, bei der Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu unterstützen. Dabei sind „double duty carer" (DDC) besonderen beruflichen Belastungen ausgesetzt: Schicht- und Wochenendarbeit stellen DDC vor Herausforderungen im Hinblick auf eine Work-Life-Balance. Eine beeinträchtigte Gesundheit und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf können Folgen sein. Die Vereinbarkeit von professioneller und familialer Pflege hat positive und negative Facetten (Modell zur Work-Family-Balance – Greenhaus und Allen 2011). Ziel ist es, die Situation der DCC im Hinblick auf Vereinbarkeit, deren Einflussfaktoren und Folgen darzustellen.
Material und Methoden: Eine bundesweite, Cluster-randomisierte Befragung bei Pflegekräften in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist abgeschlossen. Es wurden Angaben zu Arbeitszeiten, deren Flexibilitätsanforderungen sowie -möglichkeiten, positiven und negativen Facetten der Vereinbarkeit (Balance-Check, Trierer Kurzskala zur Work-Life-Balance) sowie der Gesundheit (SF-12) erbeten. Bei DDC wurden zudem Umfang, Aufgaben sowie Flexibilitätsanforderungen und -möglichkeiten der Angehörigenpflege erfragt. Vertiefende Interviews mit DCC, fokussiert auf Coping-Strategien und erlebter Unterstützung, werden derzeit vorbereitet.
Ergebnisse: Ausgehend von den Befragungsergebnissen werden Inhalte und Umfang familialer Pflegeaufgaben dargestellt. Diese werden neben zeitlichen Anforderungen in der Angehörigenpflege und in der beruflichen Pflege in Beziehung gesetzt zu Angaben der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben und Gesundheit von DDC. Ergänzt werden diese Ergebnisse durch Erkenntnisse aus den Interviews zur erlebten Unterstützung und angewandten Coping-Strategien.
Schlussfolgerung: Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen ein. Die Maßnahmen sollen auf strukturell-organisationaler Ebene (z. B. Arbeitszeit, Arbeitsorganisation) und persönlich bei DDC (z. B. Unterstützung bei der Organisation der Angehörigenpflege, Stärkung der persönlichen Ressourcen) ansetzen. Die von Bischofsberger und Jähnke (2015) entwickelte Taxonomie zu Unterstützungsmaßnahmen pflegender Angehöriger soll berücksichtigt werden.

S607-4
Fragile Vertrautheit zu Hause: disruptive Transitionen in „Live-in"-Betreuung-Arrangements

H. Kaspar, K. van Holten

Forschungsinstitut der Kalaidos FH Gesundheit, Careum Forschung, Zürich, Schweiz

Dieser Beitrag fokussiert auf Live-in-Betreuung- und Live-in-Pflege-Arrangements in der häuslichen Langzeitversorgung und die Anpassungsleistungen, die diese von allen Beteiligten erfordern. Anders als allgemein angenommen, sorgen Live-in-Sorge-Arrangements nicht automatisch für Kontinuität und den Erhalt von Vertrautheit und Kontrolle. In Live-in-Sorge-Arrangements erfolgt die Versorgung von betreuungsbedürftigen älteren Menschen in ihrem eigenen Haushalt durch eine Person, die rund um die Uhr zur Verfügung steht und im selben Haushalt wohnt. Man spricht deshalb auch von 24-h-Betreuung. Bei den Live-in-Betreuung-Personen handelt es sich in der Regel um Pendelmigrantinnen aus ökonomisch deutlich schwächeren Regionen Europas. Live-in Sorge-Arrangements können daher als transnationale Sorgearrangements in einem sich globalisierenden „Care"-Markt bezeichnet werden. Ultimatives Ziel solcher Betreuungsarrangements ist es, das Altern und Sterben zu Hause zu ermöglichen. Dies ergaben semistrukturierte Interviews mit Angehörigen, die eine Pendelmigrantin als Live-in-Betreuerin für ihre betreuungs- und pflegebedürftigen Eltern oder PartnerInnen engagiert haben (van Holten et al. 2013). Mit dem Verbleib zu Hause sollen Vertrautheit und Kontinuität sowie Selbstbestimmung gewährleistet werden. Eine Sekundäranalyse der besagten Interviewdaten zeigt allerdings, dass die Einführung eines Live-in-Sorge-Arrangements weitgehende Veränderungen mit sich bringt. Vertraute und zuweilen über Jahrzehnte hinweg etablierte Alltagsroutinen werden gestört, Aufgaben- und Kompetenzbereiche müssen neu ausgehandelt werden, die Kontrolle über den privaten und intimen Raum des Zuhauses ist nicht mehr gegeben, und zuweilen wird die Selbstbestimmung stark eingeschränkt. Der Beitrag (a) beschreibt diese Eingriffe und disruptiven Transitionen und ihren Effekt auf alle Beteiligten, d. h. die betreuungs- und pflegebedürftige Person, ihre Angehörige(n) und die Live-in-Betreuerin, (b) erläutert verschiedene Strategien im Umgang mit dieser Herausforderung und (c) schließt mit dem Fazit, dass diese Anpassungsleistungen und ihre Auswirkungen oft unterschätzt werden und daher detaillierte Kenntnisse darüber vonnöten sind, damit über die Art einer benötigten 24-h-Betreuung but informiert entschieden werden kann.

S608 Freie Vorträge – Digitalisierung und technische Assistenz insbesondere im ländlichen Raum

S608-1
Digitalisierung im ländlichen Raum: Internetnutzung und Weiterbildungsverhalten älterer Erwachsener

B. Williger, S. Sczogiel, S. Schmitt-Rüth

Fraunhofer Arbeitsgruppe für Supply Chain Services, Nürnberg, Deutschland

Die Digitalisierung im ländlichen Raum bezeichnet einerseits die Verfügbarkeit von Breitband, andererseits dessen Nutzung durch die Bevölkerung. Der Breitbandausbau in Deutschland soll bis 2020 flächendeckend abgeschlossen sein. Aktuelle Daten zeigen aber Unterschiede in der Internetnutzung in Abhängigkeit der Bevölkerungsdichte und des chronologischen Alters. Die vorliegende Studie untersucht daher Prädiktoren für die Internetnutzung im ländlichen Raum. Daneben soll Aufschluss darüber gewonnen werden, wie sich insbesondere ältere Erwachsene zum Thema Digitalisierung weiterbilden, mit dem Ziel, deren Nutzungsverhalten zu steigern. Im Zuge des Forschungsprojekts Digitales Dorf Bayern wurde eine schriftliche Befragung unter allen Haushalten der Steinwald-Allianz (Lkr. Tirschenreuth) durchgeführt. An der Studie nahmen 486 Personen (50 % Frauen) im Alter zwischen 16 und 94 Jahren (M = 53,3, SD = 15,1) teil. Die Teilnehmer gaben im Rahmen einer schriftlichen Befragung Auskunft zu ihrer Internetnutzung und zu ihrem Weiterbildungsverhalten. Daneben wurden soziodemografische Angaben und die Technikeinstellung erfragt. Während 97 % der Teilnehmer unter 65 Jahren zumindest gelegentlich das Internet nutzen, liegt der Anteil bei den über 65-Jährigen bei 71 %. Neben dem chronologischen Alter begünstigen ein hohes Haushaltseinkommen, eine positive Technikeinstellung sowie aktives Weiterbildungsverhalten die Internetnutzung. Im Hinblick auf die Form der Weiterbildung zeigen sich sowohl in Abhängigkeit der Internetnutzung als auch des Alters signifikante Unterschiede. Jüngere Teilnehmer (67 %) und Teilnehmer mit Internet beider Altersgruppen (jung: 67 %, alt: 82 %) geben an, sich durch die Hilfe von anderen weiterzubilden. Jüngere (72 %) und ältere Teilnehmer (61 %) mit Internet bilden sich durch selbstgesteuertes Ausprobieren zu diesen Themen weiter. Jüngere Teilnehmer (mit Internet: 17 %, ohne: 16 %) haben bereits an formalen Schulungsangeboten teilgenommen. Die Ergebnisse bestätigen frühere empirische Befunde zu Prädiktoren für Internetnutzung am Beispiel einer Stichprobe aus dem ländlichen Raum. An den Ergebnissen wird zudem deutlich, dass es Unterschiede in der bevorzugten Form der Weiterbildung gibt. Danach sollten ältere Erwachsene eher durch informelle Bildungsangebote an die Internetnutzung herangeführt werden. Im weiteren Projektverlauf sollen dazu niedrigschwellige Angebote in der Region entwickelt werden und im Rahmen jährlicher Folgeerhebungen evaluiert werden.

S608-2
Die Nutzung von Assistenztechnologien und die Lebenssituationen älterer Menschen im ländlichen Raum

D. Schwertfeger, B. Pottharst[1], A. Hoff

Fakultät Sozialwissenschaften, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz, Deutschland; [1]Institut für Gesundheit, Altern und Technik, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz, Deutschland

Der demografische Wandel und die technologische Entwicklung sind zwei Prozesse des sozialen Wandels, die in den Forschungsbereich „Altern und Technik" münden. Das wissenschaftliche Interesse besteht darin zu erschließen, welche Möglichkeiten durch den Einsatz von Technologien zum Umgang mit den Implikationen und Herausforderungen, die sich in alternden Gesellschaften ergeben, bestehen. Der Begriff der Technologie bezieht sich in diesem Zusammenhang insbesondere auf *Assistive Technologien*, „*Smart-home*"-*Technologien* und „*ambient assisted living*". Der gegenwärtige technische Stand bietet vielfältige Potenziale. So kann der Einsatz von Technologien, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind, eine sichere, autonome und unabhängige Lebensführung zusammen mit gesellschaftlicher Teilhabe fördern. Darüber hinaus können sie einen wichtigen Beitrag in Strategien zur Bewältigung des steigenden Bedarfs an Pflegearbeit in der Gesellschaft leisten. In vielen modernen Gesellschaften sind die Folgen der zunehmenden Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung bereits heute deutlich in den ländlichen Gebieten erkennbar. Dies ist insbesondere an Entwicklungen wie der Abwanderung junger Menschen samt Auswirkung auf die Generationenbeziehungen, schwindenden medizinischen Versorgungsstrukturen oder in Bezug auf den Mangel an altersgerechtem und pflegefreundlichem Wohnraum ablesbar. Technologien wie Informations- und Kommunikationssysteme, Gesundheitstechnologien und intelligente Notrufsysteme oder Mobilitätshilfen können dazu dienen, den negativen Folgen dieser Entwicklungen für ältere Menschen zu begegnen. Aus Sicht der empirischen Sozialforschung mangelt es allerdings an repräsentativen Daten zum Untersuchungsgegenstand des Einsatzes von Technik und das assistive Leben älterer Menschen. Jedoch gibt es einige lokal begrenzte Umfragen, die wertvolle Einblicke in dieses Thema ermöglichen. In dem Vortrag präsentieren wir Ergebnisse einer Umfrage im Panel-Design in Ostsachsen, die in den Jahren 2015 und 2017 durchgeführt wurde (Forschungsprojekttitel: Vertrauen in Assistenztechnologien zur Inklusion älterer Menschen). Sie geben einen exemplarischen Überblick über die Lebenssituationen und die Nutzung von Technik durch Menschen im Alter ab 60 Jahren, die im ländlichen Raum leben.

S608-3
Digitalisierung und technische Assistenzsysteme und Anforderungen an deren Akzeptanz im ländlichen Raum

A. S. Esslinger

Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Die Digitalisierung bietet mit technischen Assistenzsystemen Potenziale für eine verbesserte Lebensqualität der Bevölkerung. Nutzer entsprechender Technikangebote können in ihrem persönlichen Wohlbefinden davon profitieren. Dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen und in besonderer Weise für die älteren Menschen im ländlichen Raum. Gleichermaßen aber ist alleine die Innovation passender Lösungen für einen längeren Erhalt der Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung im ländlichen Raum noch nicht an sich erfolgreich. Vielmehr ist es von der Innovation zu den Nutzerinnen und Nutzern ein langer Weg, der nicht ohne Hindernisse zu überwinden ist. Welche Hindernisse dies genau sind und welche Überwindungsstrategien hierbei möglich sind, soll in diesem Beitrag diskutiert werden.

Es erfolgt hierzu eine strukturierte Literaturanalyse zum Thema Akzeptanz technischer Assistenzsysteme in ländlichen Raum im Zeitraum vom April 2018 bis Juni 2018. Es werden einschlägige gesundheitswissenschaftliche, wirtschaftswissenschaftliche, soziologische, psychologische und technische Datenbanken analysiert und in deutscher und englischer Sprache nach Schlüsselbegriffen recherchiert.

Es ist davon auszugehen, dass eine zielgerichtete Ansprache verschiedener Zielgruppen erforderlich wird. Vertrauen zwischen den Akteursgruppen muss geschaffen werden. Die Gruppe der Älteren fordert Transparenz über Leistungsumfang und Kosten, benötigt Informationen über ggf. Finanzierungsmöglichkeiten und möchte eine begleitende Serviceunterstützung. Die Stigmatisierung „Alter = technikavers" trifft so nicht zu. Vielmehr sind individualisierte Zugangsstrategien zu entwickeln, die Mensch und Technik zueinander bringen.

S608-4
Tabletgestützte ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz

S. Lech, J. Nordheim, P. Gellert, J. O'Sullivan-Solte, J.-N. Voigt-Antons[1]
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Quality and Usability Lab, Faculty IV Electrical Engineering and Computer Science, Technische Universität Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die aktuelle S3-Leitlinie „Demenzen" wird in der Versorgungspraxis oft noch zu wenig umgesetzt. Dementsprechend wird die derzeitige ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz als nichtnachhaltig eingeschätzt, und es werden integrierte, sektorenübergreifende und leitlinienorientierte Ansätze gefordert, um sie zu verbessern. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) wie Tablets weisen in diesem Zusammenhang ein großes Potenzial auf, da sie Haus- und Fachärzte bei einer patientenzentrierten und leitlinienorientierten Diagnostik und Therapie unterstützen können. Weiterhin ermöglichen IKT Betroffenen, deren Angehörigen und anderen Pflegepersonen die Umsetzung von wirksamen therapeutischen Ansätzen im häuslichen Umfeld und können zu einer Verbesserung der intra- und intersektoralen Schnittstellen beitragen. Ziele des vom Innovationsfond geförderten Projektes „DemTab – Tabletgestützte ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz: Leitlinienbasierte Behandlungsplanung, individuelles Krankheitsmanagement und Vernetzung" sind die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation einer tabletgestützten Intervention zur Verbesserung der ambulanten Demenzversorgung.
Material und Methoden: Im Rahmen von DemTab wird im ersten Schritt eine qualitative Machbarkeitsstudie zur Prüfung eines tabletgestützten Behandlungsansatzes im ambulanten Versorgungsalltag durchgeführt. Die Machbarkeitsstudie wird sowohl bei den Ärzten als auch bei Patienten und Angehörigen durchgeführt und Inhalte, zeitlicher Aufwand und Nutzen eines tabletgestützten Behandlungsansatzes werden bewertet, dokumentiert und systematisch in der Interventionsentwicklung berücksichtigt („Mixed-methods"-Ansatz). Im zweiten Schritt wird eine tabletgestützte Intervention entwickelt und anschließend geprüft. In einer Cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie wird auf Hausarztebene randomisiert, und Ärzte ($n = 20$) und deren Patienten ($n = 204$) werden als Paar von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen einer Interventions- ($n = 102$) oder Kontrollgruppe ($n = 102$) zugewiesen. Klinische Endpunkte werden zur Baseline, nach 9 und 12 Monaten mittels standardisierter und validierter Fragebogen sowie kontinuierlich über Tablet- und Krankenaktendaten erhoben.
Ergebnisse: Das Studiendesign von DemTab sowie erste Ergebnisse hinsichtlich der Machbarkeitsstudie werden präsentiert. Zudem werden wichtige Implikationen der Ergebnisse für die Durchführung der geplanten Intervention diskutiert.

S609 Spezialstationen für Patienten mit Demenz: pro – kontra

T. Zieschang, A. Rösler[1]
Diskutantin: B. Romero[2]
Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg gGmbH, Heidelberg, Deutschland; [1]Geriatrische Klinik, Katholisches Marienkrankenhaus gGmbH, Hamburg, Deutschland; [2]SET Institut, Berlin, Deutschland

In Kliniken für Geriatrie wird eine große Zahl von somatisch akut erkrankten Patienten mit kognitiver Einschränkung behandelt. Seit 1990 existieren in einigen geriatrischen Einrichtungen Spezialstationen für diese Patientengruppe. In dem Symposium wird einleitend der aktuelle Stand der Verbreitung von Spezialstationen in geriatrischen Abteilungen, entsprechend einer aktuellen bundesweiten Umfrage, dargestellt. In dem zweiten Beitrag werden die im Rahmen einer Studie erfassten Daten zur räumlichen Gestaltung von Spezialstationen dargestellt und der therapeutische Effekt diskutiert. Schwerpunkt des Symposiums soll jedoch eine Pro-kontra-Debatte sein, in der sowohl positive Erfahrungen mit einer Spezialstation und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung als auch Nachteile, Risiken und Nebenwirkungen gegenübergestellt werden. Eingeleitet wird die Debatte durch zwei Beiträge, die jeweils den Pro- und Kontrastandpunkt einnehmen. Im Verlauf sind eine Diskussion mit dem Publikum und ein ergebnisoffener Erfahrungsaustausch gewünscht.

S609-1
Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung – Ergebnisse einer Umfrage in Kliniken für Geriatrie in Deutschland

T. Zieschang, A. Rösler[1]
Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg gGmbH, Heidelberg, Deutschland; [1]Geriatrische Klinik, Katholisches Marienkrankenhaus gGmbH, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: In Kliniken für Geriatrie wird eine große Zahl von akut erkrankten Patienten mit kognitiver Einschränkung behandelt. Seit 1990 bestehen in Deutschland geriatrische Einrichtungen mit Spezialstationen für diese Patientengruppe. Eine erste Bestandsaufnahme war 2010 erfolgt, jedoch nicht im Rahmen einer nationalen Umfrage.
Ziel der Arbeit: Bundesweite strukturierte Erfassung von Spezialbereichen für Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung in geriatrischen Einrichtungen.
Material und Methoden: Mit einem Online-Fragebogen (surveymonkey®) wurden alle Weiterbildungsbefugten des Faches Geriatrie mit einer Weiterbildungsermächtigung von mindestens 12 Monaten befragt.
Ergebnisse: Bundesweit wurden 495 geriatrische Einrichtungen angeschrieben, von denen 161 (32,5 %) antworteten. Weitere 13 Einrichtungen antworteten über einen Weblink, der in einem Newsletter der DGG versandt wurde. Im Jahr 2017 sind 41 Spezialstationen mit einer Größe von durchschnittlich 13,3 ± 4,8 Betten in Betrieb. Fünfzehn weitere Einrichtungen planen die zeitnahe Eröffnung eines Spezialbereiches, davon fünf im Jahre 2018. Vier Spezialbereiche wurden wieder aufgelöst. Alle Spezialbereiche weisen architektonische, strukturelle und personelle Besonderheiten auf, die den Empfehlungen des Positionspapiers der DGG entsprechen. Vereinzelte Evaluationen weisen auf positive Effekte bezüglich Mobilität und Verhaltensauffälligkeiten hin.
Schlussfolgerung: Es zeigt sich eine Zunahme an Neueröffnungen von Spezialbereichen in den letzten Jahren. Eine methodisch optimierte Evaluation hinsichtlich des klinischen Verlaufs der Patienten, inkl. Follow-up, und Kosteneffektivität fehlt und sollte in naher Zukunft erfolgen.

S609-2
A holistic approach to health care for older persons with dementia: an innovative model of Dementia Friendly Hospital

Mary F. Wyman, PhD[1,2]*, Joy Schmidt, BSW*[3]*, Margaret Flood, LCSW, Heather Kleinbrook, BSN, RN-BC, CDP*[5]*, and Carey E. Gleason, PhD*[1,2]
[1]Geriatric Research Education and Clinical Center, W. S. Middleton Memorial Veterans Hospital, Madison, WI, USA, [2]University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA, [3]Dementia Care Specialist, Dane County Human Services, Madison, WI, USA, [4] W.S. Middleton Memorial Veterans Hospital, Madison, WI, USA, [5]Stoughton Hospital, Stoughton, WI, USA

There is growing interest in "Dementia Friendly" initiatives: programs designed to improve services and promote engagement for persons with dementia (PwD). Healthcare settings are also a target for interventions to reduce stigma and improve the care experience for PwD and their caregivers. Our holistic, innovative model of Dementia Friendly Hospital (DFH) was developed in a community setting, and includes six key components: 1) training of clinical staff in person-centered dementia care, 2) training of non-clinical facility staff to improve communication skills with PwD, 3) incorporation of DFH environmental design principles, 4) identifying

DFH champions among staff, 5) securing support from facility leadership and advocacy, and 6) collaboration with community organizations. The approach is based on inclusive, socially-based models and principles of evidence-based dementia care. We first describe the model in detail, and then discuss facilitators and barriers to implementation of the model in a large Veterans Affairs Medical Center and in a smaller community hospital in the Midwest USA. At the Veterans Affairs Medical Center, outcomes of a brief and well-accepted staff training were promising, resulting in an increase in basic knowledge of dementia communication strategies among 240 non-clinical clerical staff, and an improvement in self-efficacy for dementia care among 98 clinical nursing assistants ($t(97) = -10.602$, $p < 0.001$; $d = 1.07$). Improvements in the facility environment have been successfully implemented and are ongoing. This novel DFH model represents a promising initiative for transforming healthcare culture and improving the healthcare experience for PwD.

S609-3
Raumkonzepte von Spezialstationen für die Versorgung von Patienten mit Demenz in Akutkrankenhäusern

J. Kirch, K. Büter[1], G. Marquardt[1]

Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Professur für Sozial- und Gesundheitsbauten, Fakultät Architektur, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen auf spezialisierten Stationen („Spezialstationen") in Akutkrankenhäusern positive Effekte hinsichtlich der Selbsthilfefähigkeit und Mobilität sowie auf die Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen hat. Das Behandlungskonzept auf Spezialstationen umfasst neben einer Vielzahl von Maßnahmen auch die Umsetzung eines demenzsensiblen Raumkonzeptes. Dabei wird der therapeutische Effekt architektonischer Mittel auf Menschen mit Demenz genutzt, der empirisch belegt ist. Empfehlungen für eine demenzsensible Gestaltung von allgemeinen Krankenhausstationen und für die räumliche Gestaltung von Spezialstationen finden sich in Übersichtsarbeiten von Büter et al. (2017) und Hofmann et al. (2014). Sie reichen von baulichen Strukturen wie den Raum- und Flächenprogrammen bis hin zur Innenraumgestaltung.
Ziel der Arbeit: Es ist keine Erhebung zur baulichen Umsetzung von Planungsempfehlungen für Spezialstationen bekannt. Daher sollen bestehende Raumkonzepte erfasst und der Umsetzungsgrad demenzsensibler Empfehlungen dokumentiert werden. In Ergänzung zu Aussagen von Projektinvolvierten können Möglichkeiten und Defizite bei der Umsetzung von Empfehlungen aufgezeigt und dadurch Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung von Raumkonzepten von Spezialstationen bereitgestellt werden.
Material und Methoden: Es fanden Ortsbegehungen und Interviews mit ärztlicher und pflegerischer Leitung bestehender Spezialstationen statt ($n = 15$). Für das Erfassen der Raumkonzepte wurden sowohl die Umsetzung der Empfehlungen nach Hofmann et al. 2014 dokumentiert, inkl. der Flächen- und Raumprogramme, sowie die Umsetzung der Empfehlungen nach Büter et al. (2017).
Ergebnisse: Auf der Ebene der Innenraumgestaltung findet sich ein hoher Umsetzungsgrad der Empfehlungen, wie der Einsatz von Farbkontrasten zur besseren Sichtbarkeit von Türen oder Sanitärobjekten. In Bezug auf die baulichen Strukturen ist festzustellen, dass die besichtigten Stationen sich stark in ihren Raum- und Flächenprogrammen unterscheiden. Es zeigen sich individuelle Konzepte, die u. a. bedingt sind durch das Zusammenspiel unterschiedlicher baulicher Bestandssituationen mit funktionalen Anforderungen an Brandschutz und Hygiene.

S609-4
Spezialstation – Station Silvia Köln

J. G. Hoffmann

Fachabteilung für Geriatrie, Malteser Krankenhaus St. Hildegardis, Köln, Deutschland

Patienten mit der Nebendiagnose Demenz verschlechtern sich häufig in ihrer Kognition während eines stationären Aufenthaltes und sind oftmals in einem höheren Maße gefährdet, während der Behandlung ein Delir zu entwickeln.
Station Silvia, eine Achtbettenstation mit einem Gemeinschaftsraum (Wohn-, Essbereich), ist organisatorisch an die Geriatrie angeschlossen, aber baulich davon abgetrennt. Alltagsbegleiter unterstützen das interdisziplinäre Team. Beleuchtung und Farbgebung der Station orientieren sich am schwedischen Silviahemmet-Konzept. Alle Mitarbeiter besitzen eine Basiskompetenz im Umgang mit Patienten mit Demenz.
Es werden patientengebundene Merkmale mit standardisierten Assessmentinstrumenten erhoben, und in den Bereichen Mobilität, Kraft und Alltagsfähigkeit werden Prä-post-Messungen durchgeführt.
Alltagsfähigkeit und Mobilität der Patienten auf Station Silvia verbessern sich während des stationären Aufenthaltes: Der Barthel-Index als Marker der Alltagsfähigkeit lag zum Zeitpunkt der Aufnahme im Durchschnitt bei 44,7 Punkten und stieg im Verlauf auf 53,8 Punkte bei Entlassung an, ein statistisch hoch signifikanter ($p < 0{,}001$) Unterschied.
Auch der Wert des DEMMI-Tests erhöht sich als Ausdruck einer gesteigerten Mobilität im Laufe der Behandlung von 47,9 auf 52,7 ($p < 0{,}001$).
Agitiertes Verhalten wurde auf Station Silvia (51,7 %) seltener als in der Literatur beobachtet (57 % bzw. 62,5 %). Zu körpernahen Fixierungen ist es im gesamten Zeitraum nicht gekommen.
Unsere Ergebnisse geben einen weiteren Hinweis darauf, dass die spezialisierte Versorgung und die Umgebung einer speziell auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz ausgerichteten Station positive Effekte bezüglich des Verlaufs von Funktionalität und Verhalten dieser Patienten haben.

S609-5
Risiken und Nebenwirkungen einer Spezialstation – bessere Alternativen

J. Wiechelt

Geriatrie, Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg GmbH, Bad Schwalbach, Deutschland

Zunehmend werden als Modell für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus „Spezialstationen" etabliert und eingeführt.
Im Kontrapart der Debatte werden auf Basis eines Erfahrungsberichtes Schwierigkeiten und Probleme einer „Spezialstation für Menschen mit kognitiver Einschränkung" erläutert: Personalaufwand, baulicher Aufwand, Refinanzierbarkeit, Vorwurf der „Ghettoisierung", Konflikt innerhalb des Hauses bzw. der Stationen und „falsche Anreize" nach außen. Es wird versucht, mögliche alternative Lösungen für den klinischen Alltag darzulegen.

S610 Vermeidung von Gewalt gegen alte Menschen in häuslicher Pflege

F. Oswald, M. Wellenhofer[1], C. Schweppe[2]

Diskutantin: J. Heusinger[3]

Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Fachbereich Rechtswissenschaft, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [2]Institut für Erziehungswissenschaft, Fachbereich 02 – Sozialwissenschaften, Medien und Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland; [3]Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Deutschland

Gewalt in der häuslichen Pflege alter Menschen ist kein Einzelfall und wurde international vielfach dokumentiert. Hierauf haben Wissenschaft, Politik und Praxis bislang kaum mit entsprechenden Schutzkonzepten reagiert. Ziel des interdisziplinären Symposiums ist es, aus drei aktuellen Projekten zu berichten und im Anschluss Gewaltschutzkonzepte der Zukunft zu diskutieren. Die ersten beiden Beiträge (Konopik et al., Schwedler et al.) berichten aus dem Projekt „Interdisziplinäre Untersuchung zu Rechtsschutzdefiziten und Rechtsschutzpotenzialen bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen" (VERA) aus einer jeweils sozialwissenschaftlichen und rechtswissenschaftlichen Perspektive. Ziel ist die Entwicklung eines rechtlichen Rahmens, der hilfeorientierte Prävention und Intervention in der familialen Pflege Älterer durch öffentliche Institutionen und Gerichte beinhaltet. Der dritte Beitrag (Horn und Schweppe) berichtet aus dem Projekt „Entwicklung und Signifikanz transnationaler Langzeitpflegearrangements in Deutschland und den Niederlanden" (Emergence and Significance of Transnational Long-term Care Arrangements in Germany and the Netherlands, ESTRANCA), das sich mit Herausforderungen einer zunehmenden Transnationalisierung von Langzeitpflegeregimes beschäftigt, wie migrantische Pflegearbeiterinnen als Akteure im Wohlfahrtsdreieck von Staat, Markt und Familie. Das Projekt setzt sich die Analyse der sozialpolitischen Faktoren zu Entstehung und Verstetigung grenzüberschreitender Pflegearrangements zum Ziel. Der vierte Beitrag (Pfeiffer et al.) wendet sich der Erkennung und dem Umgang mit Persönlichkeitsverletzungen im Kontext häuslicher Pflege zu, die im Rahmen von Pflegeberatung und telefonischer Therapie für pflegende Angehörige auffallen oder zur Sprache kommen. Es werden bisherige Erfahrungen und Studiendaten vorgestellt sowie Möglichkeiten, Grenzen und Schwierigkeiten im Umgang mit Persönlichkeitsverletzungen in diesen Settings diskutiert. Abschließend werden die Beiträge aus sozialgerontologischer Perspektive (Heusinger) mit Blick auf den Schutz des Altenwohls diskutiert.

S610-1
Was wissen wir über Gewalt in der häuslichen Pflege durch Angehörige? Eine sozialwissenschaftliche Bestandsaufnahme im Rahmen des Forschungsprojekts VERA

N. Konopik, A. Halscheidt, F. Oswald, G. Zenz, L. Salgo[1]
Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Rechtswissenschaft und Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Die Anzahl Pflegebedürftiger, die zu Hause hauptsächlich allein durch Angehörige gepflegt werden und die durch die Pflegeversicherung erfasst sind (insgesamt 2,08 Mio. Menschen), steigt. Hinzu kommen ca. 3 Mio. Menschen, die in der Familie versorgt werden, ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen. Häusliche Pflege durch Angehörige ist neben der Bedeutung für die pflegebedürftige Person auch sozialpolitisch erwünscht und wird von Angehörigen gewissenhaft unter großem Einsatz und persönlichen Entbehrungen geleistet. Dennoch sind Gewalt und Vernachlässigung alter Menschen in der familialen Pflege keine seltene Ausnahme und bekannte Risikofaktoren, die hiermit in Verbindung gebracht werden, sind weit verbreitet. Das Forschungsprojekt „Interdisziplinäre Untersuchung zu Rechtsschutzdefiziten und Rechtsschutzpotenzialen bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen" (VERA) beschäftigt sich mit der Frage, ob und auf welche Weise sich der Staat in das Pflegeverhältnis einmischen darf oder ob der Staat nicht sogar verpflichtet ist, pflegebedürftige ältere Menschen sowie deren pflegende Angehörige besser vor Gewalt zu schützen. Ziel ist die rechtliche Absicherung guter familialer häuslicher Versorgung im hohen Alter. Methodisch wird die Forschungsfrage in einem ersten Schritt (1) mit einer interdisziplinären Literaturanalyse zu Versorgungsmodalitäten und -mängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen bearbeitet. Auf dieser Grundlage erfolgt in einem zweiten Schritt (2) eine genaue juristische Prüfung der Gesetze, Rechtsprechung und rechtswissenschaftlichen Literatur im Hinblick auf Rechtsschutzdefizite und -potenziale. In einem dritten Schritt (3) werden Konsequenzen für verschiedene Akteure, wie z. B. Wohlfahrtsverbände, Verwaltung und Gesetzgebung formuliert. Vorgestellt werden Ergebnisse zu Schritt (1), die zeigen, dass es zur Verbesserung des Rechtsschutzes für alte Menschen und pflegende Angehörige ergänzender verwaltungsrechtlicher und gesetzgeberischer Maßnahmen bedarf und dass verschiedene vorhandene Instrumente zur Verbesserung des Schutzes für Pflegende und Gepflegte unzureichend in die Praxis umgesetzt sind. An den Vortrag schließt der Beitrag von A. Schwedler an, der Ergebnisse zu den weiteren Schritten (2 und 3) aufgreift.

S610-2
Menschenwürde und Persönlichkeitsschutz bei Versorgungsabhängigkeit im Alter: die familiale Pflege alter Menschen – gesetzlicher Schutz für Pflegende und Gepflegte

A. Schwedler, M. Wellenhofer
Rechtswissenschaft, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Verschiedene Studien haben zutage gebracht, dass Gewalt und Vernachlässigung in der häuslichen Pflege keine Seltenheit sind. Der Gesetzgeber hat auf dieses Phänomen noch nicht hinreichend reagiert. Indes ist der Staat verpflichtet, sich schützend vor den versorgungsabhängigen, pflegebedürftigen alten Menschen zu stellen, und hat grundsätzlich dafür Sorge zu tragen, dass dieser vor Gewaltanwendung geschützt wird. Ausgangspunkt ist insoweit – wie auch das BVerfG wiederholt ausgeführt hat –, dass das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG den Einzelnen nicht nur vor entsprechenden staatlichen Eingriffen schützen soll, sondern dass die Grundrechte den Staat auch dazu verpflichten, sich schützend vor seine Bürger zu stellen. Zwar hat der Staat bei der Aufstellung und normativen Umsetzung eines Schutzkonzepts einen erheblichen Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum. Auch hat der Gesetzgeber bereits eine Reihe von Gesetzen erlassen, die dazu beitragen sollen, den Schutz alter und gebrechlicher Menschen zu gewährleisten. Hervorzuheben sind etwa jüngere Gesetzesreformen, die den Begriff der Pflegebedürftigkeit grundlegend erneuert und das Leistungsangebot des SGB XI erweitert haben. Die spezifischen Probleme der häuslichen Pflege werden damit aber noch nicht gelöst.
Vor allem fehlt es nach wie vor an einem in sich geschlossenen Normgefüge, welches Gefährdungen in der häuslichen Pflege wirksam vorbeugt, gezielt zur Aufdeckung von Gewalt und Vernachlässigung beiträgt und im Notfall auch hilfeorientierte Interventionen erlaubt. Das hier vorgestellte Forschungsprojekt VERA stützt sich insoweit auf die These, dass es zur Gewährleistung eines wirksamen Schutzes vor Gefährdungen in der häuslichen Pflege weiterer gesetzlicher Regelungen bedarf. Vorbildfunktion können dabei die Normen des Gewaltschutzgesetzes, v. a. aber die gesetzlichen Regelungen zum Kinderschutz in Deutschland einnehmen. Anregungen für Gesetzesreformen können zudem ausländische Schutzmodelle bieten, insbesondere die „Elder-abuse"-Gesetze in Schottland, England, Japan oder den USA, die kurz skizziert werden sollen.

S610-3
Gewalt und Gewaltschutz in privaten Haushalten mit migrantischen Pflegearbeiterinnen

V. Horn, C. Schweppe
Institut für Erziehungswissenschaft, Fachbereich 02 – Sozialwissenschaften, Medien und Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Die Anstellung von migrantischen Pflegearbeiterinnen zur Pflege älterer Menschen in Privathaushalten ist ein weit verbreitetes Phänomen in vielen Teilen der Welt. Dies trifft auch für Deutschland zu. Es wird geschätzt, dass derzeit zwischen 100.000 und 300.000 dieser Pflegearrangements bestehen. Viele der Pflegearbeiterinnen kommen aus Osteuropa und sind irregulär beschäftigt. Trotz einer ausdifferenzierten Forschung zur Gewalt in der häuslichen Pflege und einer weitgefächerten Forschung zu Pflege-

haushalten mit migrantischen Pflegearbeiterinnen wurden Fragen nach Gewalt und Gewaltschutz in diesen Arrangements bislang kaum gestellt. Das Projekt „Entwicklung und Signifikanz transnationaler Langzeitpflegearrangements in Deutschland und den Niederlanden“ (Emergence and Significance of Transnational Long-term Care Arrangements in Germany and the Netherlands, ESTRANCA) liefert diesbezüglich erste Ergebnisse. In dem Vortrag wird dargelegt, dass diesen Arrangements sowohl Risiken von als auch Schutz vor Gewalt innewohnen. Ob und wie sie zum Tragen kommen, hängt jedoch von komplexen und miteinander verbundenen Faktoren, Strukturen und Prozessen ab.

S610-4
Persönlichkeitsverletzungen, die in der Beratung und Therapie von pflegenden Angehörigen zur Sprache kommen. Erfahrungen aus Interventionsstudien und gesetzlicher Pflegeberatung

K. Pfeiffer, A. Babac[1], M. Schäufele[2], C. Reiter[3], G. Wilz[3]

Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland; [1]Bereich Grundsatz Pflege/HKP, AOK Bayern, München, Deutschland; [2]Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [3]Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen Pflege ist kein Einzelfall. Besonders gefährdet sind Personen mit kognitiven Einschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten und eingeschränkter Alltagskompetenz, die von hoch belasteten Angehörigen gepflegt werden.
Wenngleich missbräuchliches Verhalten in Interventions- und Beratungsangeboten zu Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen in der Regel konzeptionell nicht im Vordergrund steht, so kommt missbräuchliches Verhalten dennoch nicht selten zur Sprache oder ist im Rahmen von Assessments, Hausbesuchen oder Beratungen auffällig. Hierzu werden aus zwei Interventionsstudien (TeleTAnDem.Transfer/psychotherapeutische telefonische Unterstützung, TIPS/strukturiertes Problemlösen) zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen von demenziell Erkrankten ($n=322$) und Schlaganfallbetroffenen ($n=59$) Selbstauskünfte bezüglich persönlichkeitsverletzendem Verhalten vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen werden Möglichkeiten der Beratung innerhalb dieser kognitiv behavioralen Interventionen sowie in der gesetzlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kurz skizziert und diskutiert. Abschließend wird ein gestufter Beratungs- und Unterstützungsansatz aus erweiterter Pflegeberatung und telefonischer psychotherapeutischer Unterstützung, der aktuell in einer vom BMBF geförderten Translationsstudie (BerTA) untersucht wird, vorgestellt.

S611 Mobile geriatrische Rehabilitation – Neues aus Praxis und Forschung

R. Siegert, M. Warnach[1]

Mobile Reha Bremen, Bremen, Deutschland; [1]Akutgeriatrie und Tagesklinik, Wichernkrankenhaus, Ev. Johannesstift Berlin, Berlin, Deutschland

Die Komplexität und Diversität geriatrischer Patienten erfordert ein umfassendes Versorgungssystem für diese Klientel. Ein Element des geriatrischen Versorgungsverbundes ist die mobile geriatrische Rehabilitation. Das Symposium beleuchtet die Rolle der mobilen Rehabilitation aus der Sicht der Praxis und stellt aktuelle Forschungsergebnisse vor.
Die Rolle der mobilen Rehabilitation im Gesamtkonzept eines geriatrischen Zentrums und die Besonderheiten dieses immer noch innovativen Angebotes erläutert Kraft (Coburg) anhand des dortigen Geriatriekonzeptes. Im Folgenden fokussieren die Beiträge auf die Ergebnisse des BMG-geförderten Forschungsprojektes „mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege – Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation“.
In diesem multizentrischen Forschungsprojekt wurde zunächst die Häufigkeit von Rehabilitationsindikationen für BewohnerInnen von Einrichtungen der Langzeit- bzw. Kurzzeitpflege untersucht. Warnach (Berlin) berichtet über diesen Rehabilitationsbedarf und führt aus, was mobile Rehabilitation in diesem Kontext leisten kann.
Welches Outcome zeigt mobile geriatrische Rehabilitation, durchgeführt in stationären Pflegeeinrichtungen oder in der Kurzzeitpflege? Gibt es Übereinstimmungen oder Unterschiede? Hierüber und auch zur Nachhaltigkeit sechs Monate nach Rehabilitationsbeginn berichtet Siegert (Bremen). Und schließlich ist bei dieser Versorgungsform zu berücksichtigen, dass die Pflegeeinrichtung über 24 h die Gesamtbetreuung der Bewohner übernimmt, wohingegen die mobile Rehabilitation ein intensives Rehabilitationsprogramm durchführt. Behrens (Halle/Frankfurt) stellt deshalb anhand von abgeleiteten Handlungsempfehlungen dar, wie Pflegeeinrichtung und mobile Rehabilitation besser kooperieren können und sollen.

S611-1
Die Rolle der mobilen Rehabilitation im Gesamtkonzept eines geriatrischen Zentrums

J. W. Kraft

Fachklinik für Rehabilitation und Geriatrie, Regiomed Klinikum Coburg, Coburg, Deutschland

Mobile geriatrische Rehabilitation ist eine seit dem Jahr 2007 in die Regelversorgung überführte und im Jahr 2015 aufsuchende spezialisierte ambulante Versorgungsform, die besondere Chancen für Patienten bietet, die in den bekannten Versorgungsstrukturen nicht, nicht ausreichend oder gar nicht erfolgreich rehabilitiert werden können.
Patienten mit Einschränkungen von Kognition, Orientierung und Wahrnehmung, mit weiteren Folgen mentaler Schädigungen, mit erheblichen Störungen der Kommunikationsfähigkeit oder auch Einschränkungen des Sehens und Hörens können besonders von einer Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im gewohnten Lebensumfeld profitieren. Der Einbezug des persönlichen Umfeldes wie z. B. Angehörige oder Pflegende ist ein zentrales Element. Dabei ist auch eine Rehabilitation im Pflegeheim sowie in der Kurzzeitpflege, dann mit einer durch das Rehabilitationsteam begleiteten Rückkehr ins häusliche Umfeld, möglich.
Am Beispiel des Regiomed. Klinikum Coburg werden Chancen, Möglichkeiten und Synergieeffekte wohnortnaher Versorgung an einem Zentrum dargestellt, das Versorgungsstrukturen wie Akutgeriatrie mit Frührehabilitation, Gedächtnisambulanz, Palliativmedizin und Präventionsambulanz integriert mit stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation.

S611-2
Rehabilitationsbedarf in der Langzeit- und Kurzzeitpflege – was kann mobile Rehabilitation leisten?

M. Warnach

Akutgeriatrie und Tagesklinik, Wichernkrankenhaus, Ev. Johannesstift Berlin, Berlin, Deutschland

In der im April 2018 abgeschlossenen, multizentrischen Studie „Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“ wurden 622 zufällig ausgewählte BewohnerInnen von stationären Pflegeeinrichtungen und 138 Gäste von Kurzzeitpflegen in insgesamt 16 Pflegeheimen auf einen aktuell bestehenden Rehabilitationsbedarf hin untersucht. Grundlage der fachärztlichen Begutachtung waren eine Untersuchung und Befragung der PatientInnen unter Einbeziehung der Pflege vor Ort ggf. auch von Angehörigen mit einem Erhebungsinstrument, das entlang der aktuellen Vorgaben der „Begutachtungsrichtlinie – Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und dem „Muster 61“ entwickelt worden war. Stichproben der Begutachtungsergebnisse wurden von Mitarbeitern des MDK Bremen evaluiert. In den Ergebnissen weist die Studie einen allgemeinen Rehabilitationsbedarf bei mehr als jedem/r fünften Heimbewohner/-in (22,7 %) in der Langzeitpflege aus. Für die Kurzeit-

pflege ist der Bedarf mit 32,6 % höher; dabei ist der Anteil bei den Gästen der Kurzzeitpflege mit voriger stationären Krankenhausbehandlung mit 44,4 % besonders hoch. Der Bedarf für eine mobile Form einer geriatrischen Rehabilitation war bei den HeimbewohnerInnen in der Langzeitpflege mit 18,7 %, bei allen Gästen der Kurzzeitpflege mit 15,2 %, bei denen mit voriger Krankenhausbehandlung mit 21,1 % ausgewiesen. Dabei erwies sich die MoGeRe für diese Patientengruppe als einzig vorstellbare Rehabilitationsform. Im Rahmen des Vortrags werden die wesentlichen Schritte der Begutachtung und die Ergebnisse dieser Rehabedarfsermittlung vorgestellt. Sie werden im Vergleich zu den Ergebnissen der Reha-XI-Studie und Daten zu den Reha-Empfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung des MDK diskutiert. Zugleich werden vorliegende Daten und mögliche Hintergründe zur geringen Inanspruchnahme von Rehabilitation durch Pflegebedürftige, insbesondere von Pflegeheimbewohnern aufgezeigt und kritisch bewertet. Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Bedeutung der mobilen Rehabilitation für einen Zugang zu einer Rehabilitation überhaupt und für die Verbesserung der rehabilitativen Versorgung dieser bisher vernachlässigten Klientel.

S611-3
Mobile geriatrische Rehabilitation in der Pflegeeinrichtung – eine multizentrische Verlaufsstudie

R. Siegert
Mobile Reha Bremen, Bremen, Deutschland

Mobile geriatrische Rehabilitation erfolgt im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld der Rehabilitanden. Dieses besondere Setting ist dadurch begründet, dass nur unter diesem Kontext die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sind. Zum gewohnten oder ständigen Wohnumfeld können die Wohnung oder das Eigenheim zählen. Auch Einrichtungen der Langzeit- und (unter bestimmten Voraussetzungen) der Kurzzeitpflege zählen hierzu.
Im BMG-geförderten Forschungsprojekt „Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pfleegeeinrichtungen und in der Kurzzeitpflege" zielte ein Studienarm auf die Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation in diesem Wohn- bzw. Aufenthaltskontext. Beteiligt waren fünf Studienzentren in fünf verschiedenen Bundesländern, allesamt Einrichtungen mit dem Versorgungsangebot der mobilen geriatrischen Rehabilitation.
Erhoben wurden der funktionelle Status und die soziale Teilhabe in ihrer Veränderung über die Zeit (maximal 4 Messzeitpunkte). In einer Verumgruppe konnten initial 116 Rehabilitanden untersucht werden, die in dieser Wohnform lebten und bei denen eine entsprechende Rehabilitationsmaßnahme durch die Kostenträger genehmigt und dementsprechend durchgeführt wurde. In einer zweiten Gruppe wurden 49 Personen untersucht, bei denen im vorlaufenden Studienarm die Indikation für eine mobile geriatrische Rehabilitation gestellt wurde (Warnach), diese den untersuchten Personen dann aber nicht zugute kam.
Im Verlauf zeigte sich nach Ende der Rehabilitationsmaßnahmen eine Verbesserung sowohl des funktionellen Status als auch der sozialen Teilhabe. Beide Effekte waren nachhaltig auch noch sechs Monate nach Beginn der mobilen Rehabilitation gegeben, bei 89 verbliebenen Teilnehmern. Eine andere Tendenz wiesen die Ergebnisse für die zweite Gruppe auf sowohl bezüglich funktionellem Status als auch sozialer Teilhabe bei 37 verbliebenen Teilnehmern. Drop-outs beider Gruppen waren ganz überwiegend durch zwischenzeitliches Versterben charakterisiert, eine Tatsache, die bei dieser Klientel immanent ist.
Der Beitrag stellt die Erhebungsinstrumente und die Ergebnisse vor. Konklusionen und Limitationen werden diskutiert.

S611-4
Die Abhängigkeit medizinischer geriatrischer Rehabilitation Pflegebedürftiger von der Bezugspflege – Handlungsvorschläge zur Kooperation aus Organisationsverlaufsstudien stationonärer Pflegeeinrichtungen in fünf Bundesländern

J. C. Behrens, C. von Carnap, K. Grune[1], J. W. Kraft[2], L. Köhler[3], C. Friedrich[4], N. Martin[1], M. Pflug[2], C. von Rothkirch[5], M. Schmidt-Ohlemann[4], R. Siegert[6], S. Thiel[1], M. Warnach[7], M. Weiglein[8], M. Wolf
Frankfurter Institut für Supervision, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Klinik für Innere Medizin/Geriatrie, Ev. Krankenhaus „Gottesfriede", Woltersdorf, Deutschland; [2]Fachklinik für Rehabilitation und Geriatrie, Regiomed Klinikum Coburg, Coburg, Deutschland; [3]Fakultät 3, Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie, Hochschule Bremen, Bremen, Deutschland; [4]Kreuznacher Diakonie, Rehabilitationszentrum Bethesda Stiftung, Bad Kreuznach, Deutschland; [5]Klinik für Geriatrie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum Bremen-Ost, Bremen, Deutschland; [6]Mobile Reha Bremen, Bremen, Deutschland; [7]Akutgeriatrie und Tagesklinik, Wichernkrankenhaus, Ev. Johannesstift Berlin, Berlin, Deutschland; [8]Klinik für Geriatrie und Rehabilitation, Klinikum Coburg GmbH, Coburg, Deutschland

Hintergrund: Rehabilitation und Pflege sind bekanntlich die finanziell bedeutendsten sekundär-präventiven Maßnahmen im deutschen Versorgungssystem. Beide haben, da das Sozialgesetzbuch IX auch für sie gilt, das gesetzliche Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken (§§ 1 f. SGB IX; ICF der WHO und die UN-Behindertenrechtskonvention).
In der abgeschlossenen, durch das Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des Deutschen Bundestages geförderten ersten multizentrischen klinisch-epidemiologischen und Organisationsverlaufsstudie wurden Rehabedürftigkeit und Rehaindikation pflegebedürftiger BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen, ihre Verläufe nach Rehaindikation mit und ohne mobile Reha und Organisationsentwicklungsprojekte über 2,5 Jahre erhoben, um Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabililtation in stationären Pflegeeinrichtungen identifizieren zu können. Dabei wurden drei Phasen erkennbar, in denen mobile medizinische Rehabilitation besonders von guter Kooperation mit der der Bezugspflege (und umgekehrt) gewinnen kann: der Zugang (also Antrag- und Indikationsstellung), die Durchführung und die Nachsorge der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeeinrichtung.
Material und Methoden: 1) $n = 700$ zufällig (Stichtag) ausgewählte BewohnerInnen pflegender Einrichtungen aus fünf Bundesländern wurden nach den Kriterien des GKV-Spitzenverbandes und des MDS auf Rehabedürftigkeit und Rehaindikation untersucht. 2) In anfänglichen Gruppendiskussionen wurden in je einer Einrichtung pro Bundesland alle in diesen Einrichtungen in den vergangenen beiden Jahren durchgeführten Rehabilitationen erörtert und Hemmnisse und Förderfaktoren identifiziert, die dann in zweijährigen Organisationsentwicklungsprojekten entweder abgebaut oder ausgebaut wurden
Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Zur Phase 1, dem Zugang und der Indikationsstellung: Die klinisch epidemiolgische Reihenuntersuchung hat viele Rehaindikationen bei BewohnerInnen ergeben, die schon Monate in einer pflegerischen Einrichtung leben und die nicht wegen eines Unfalls ins Krankenhaus kamen, wo ihr Rehabedarf festgestellt wurde. Wer soll den Rehabedarf dieser BewohnerInnen feststellen oder zumindest vermuten können, wenn es nicht die Hausärzte tun? Es bleibt die Fachpflege. Die Fachpflege erwies sich in unserer Untersuchung zwar als ansatzweise in der Lage, einen möglichen Rehabedarf zu vermuten. Ihr waren aber die gesetzlich ja vorhandenen Möglichkeiten gar nicht bekannt und ihr standen die Verfahren nicht zur Verfügung, um den Weg vom vermuteten Bedarf zum Antrag zu erleichtern. Hier ist regelmäßig, z. B. einmal jährlich, eine halbtägige bezahlte Fortbildung der direkt Pflegenden in den Chancen rehabilitativer Verfahren, in den Anzeichen eines möglichen Bedarfs und v. a. in den Verfahren der Antragstellung angezeigt. Noch ertragreicher als jede Fortbildung ist bekanntlich Teilnahme an der Praxis, sodass Beteiligungen an Rehaverfahren auch Pflegeeinrichtungen kompetenter macht (lernende Organisationen). Noch deutlicher als der Zugang zu Reha er-

wies sich die fachärztliche Indikationsstellung als recht abhängig von der Fach- als Bezugspflege. Es zeigte sich nämlich in den mehr als 700 fachärztlichen Reihenuntersuchungen, dass auch eine einstündige fachärztliche Anamnese kaum ausreicht, alle Informationen zu erheben, die für eine Indikationsstellung gebraucht werden. Die Fachärztinnen griffen nicht nur auf die Pflegedokumentation zurück, sie waren in der Regel auch auf ein Gespräch mit der Fach- als Bezugspflege angewiesen.
Zur Phase 2, der Durchführung der Rehabilitation in der stationären Pflegeeinrichtung. Das MoRe-Team kannte anfangs in allen Einrichtungen die Pflegeplanung nicht, und das Pflegeteam nicht die Rehabilitationsplanung. Hierzu ist eine Fülle organisatorischer Maßnahmen umgesetzt worden.
Zur Phase 3, der Nachhaltigkeit der Rehabilitation: Da die MoGeRe wie alle Rehabilitationen eine zeitlich befristete Maßnahme ist, ist es völlig offensichtlich, dass die Fachpflege die Maßnahmen der MoGeRe übernehmen muss, zumindest nicht konterkarieren darf, soll die MoGeRe nachhaltig sein. Die „Übergabe" von der MoGeRe an die Fach- und Bezugspflege gelingt umso besser, je mehr die Pflege schon in die Durchführung der MoGeRe einbezogen war. Auf alle Fälle verlangt die Übergabe zeitliche und organisatorische Ressourcen der Pflegeeinrichtungen, die nicht einfach vorauszusetzen sind, sondern organisiert werden müssen.

Literatur

1. Richtlinien der Spitzenverbände der GKV und des MDS (2016)
2. Behrens J, Zimmermann M (2017) Sozial ungleich behandelt? Hogrefe, Göttingen, Bern, Oxford

S612 Stürze – Welche neurologischen Ursachen können dahinterstecken?

C. von Arnim, H. F. Durwen[1]

Diskutanten: C. Renner[2]*, A. H. Jacobs*[3]*, U. Thiem*[4]*, R. Dodel*[4]*, W. Maetzler*[5]

Neurologie, Neurogeriatrie und Neurologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland; [1]Fachabteilung für Akut-Geriatrie, St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; [2]Herzog-Julius-Klinik, Bad Harzburg, Deutschland; [3]Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland; [4]Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Elisabeth-Krankenhaus Essen, Essen, Deutschland; [5]Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

Stürze sind bei alten Menschen häufig. Ungefähr jeder dritte Mensch über 65 Jahre stürzt einmal im Jahr. Einer von 5 Patienten benötigt nach einem Stutz medizinische Betreuung. Der Sturz als Syndrom selbst kann viele Ursachen haben. Häufig stecken neurologische Erkrankungen dahinter. In diesem Symposium wird die Sturzgefährdung bei spezifischen neurologischen Erkrankungen erläutert, und Diagnostik sowie besondere Aspekte bei geriatrischen Patienten werden dargestellt. Als gesonderte Entität wird Schwindel aus der Sicht des Neurologen aufgezeigt, und Ursachen sowie weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei älteren Patienten werden analysiert. Der Stand des diesbezüglichen Wissens wird zusammenfassend dargestellt. Neben spezifischen neurologischen Erkrankungen können Medikamente, insbesondere solche, die auf Herz und Hirn wirken, mit deutlich erhöhter Sturzgefährdung einhergehen. Eine differenzierte Darstellung, was hier beachtet werden sollte, erfolgt. Zuletzt werden Möglichkeiten und Grenzen moderner, digitaler Ansätze in der Sturzdiagnostik und Sturzprävention differenziert diskutiert. Es wird ein Überblick über den aktuellen Stand der diesbezüglichen Forschung gegeben.

S612-1
Sturzgefährdung bei spezifischen neurologischen Erkrankungen

C. Renner

Neurologische Rehabilitation, Neurologische Rehabilitation, Sachsenklinik Bad Lausick, Bad Lausick, Deutschland

Neurologische Erkrankungen können zu einer Vielzahl von Einschränkungen im täglichen Leben führen. Paresen, Sensibilitätsstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Wahrnehmungsstörungen und kognitive Einbußen können alle zu Gangstörungen führen, d. h., sie erhöhen das Sturzrisiko und schränken die Mobilität ein. In der Literatur wird beschrieben, dass die Polyneuropathie, die Parkinson-Syndrome, der Schlaganfall und die subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie die häufigsten Ursachen für eine neurologisch bedingte Gangstörung sind. Das Gehen erfordert drei wesentliche Komponenten; die Lokomotion, einschließlich Initiierung und Aufrechterhaltung des rhythmischen Schrittzyklus, das Gleichgewicht und die Fähigkeit der Anpassung an das Umfeld. Diese Komponenten bedingen wiederum ein intaktes motorisches und sensorisches System, eine intakte sensomotorische Integration sowie eine intakte zentrale Integration sowohl auf spinaler Ebene als auch in Kleinhirn, Hirnstamm und Kortex. Neurologische Erkrankungen beinträchtigen meistens mehrere Komponenten des Gehens. Hier soll ein Einblick in die komplexen Auswirkungen neurologischer Erkrankungen auf das Gehen bzw. die einzelnen Komponenten gegeben werden. Dabei wird besonders die Sturzgefährdung bei Polyneuropathie, Schlaganfall und subkortikaler arteriosklerotischer Enzephalopathie beleuchtet.

S612-2
Digitales Assessment bei Stürzen – was bringt das?

W. Maetzler

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

Es entwickeln sich immer mehr und komplexere digitale Detektionssysteme für Stürze. Insgesamt ist die Erfassung eines Sturzes mit digitalen Methoden jedoch immer noch eine große Herausforderung. Das liegt auch an der per definitionem hohen „Unberechenbarkeit" des Events. Die EU-weite Initiative „Farseeing" hat in den letzten Jahren wesentlich dazu beigetragen bzw. trägt immer noch dazu bei, dass die Erfassung von Stürzen und die Anwendung von digitalen Systemen besser werden. Dies ist z. B. mit einer strukturierten Datenbank zu digital erfassten Stürzen von Älteren mit und ohne Erkrankungen möglich geworden. Diese digitale Sturzdatenbank kann bereits auf eine große Anzahl solcher Sturzdaten verweisen und eröffnet neue Möglichkeiten im Verständnis von Entstehung von Stürzen und auch vom konkreten Sturzablauf. Der Vortrag wird Konzept sowie Vor- und Nachteile von digitalen Sturzerfassungssystemen diskutieren.

S612-3
Medikation und Stürze – Worauf muss ich achten?

U. Thiem

Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Elisabeth-Krankenhaus Essen, Essen, Deutschland

Bei älteren und geriatrischen Patienten werden schon seit Langem Zusammenhänge zwischen verordneter Medikation und Stürzen diskutiert. Über unterschiedliche Pathomechanismen sind Assoziationen z. B. zwischen Antidepressiva, Anticholinergika oder Antihypertensiva und Stürzen bzw. Sturzfolgen bekannt. Verschiedene Instrumente werden empfohlen, um das unerwünschte Ereignis Sturz in der Medikation eines Patienten zu berücksichtigen, z. B. Listen mit sturzbegünstigender oder potenziell inadäquater Medikation oder Anticholinergikalisten. Neben Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen stehen auch solche mit neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen im Fokus.
Vor diesem Hintergrund diskutiert diese Übersicht die aktuelle Literatur zum Problem Medikation und Stürze, zeigt neuere Erkenntnisse der Forschung auf und gibt Hinweise zu typischen Problemen der klinischen Praxis.

S612-4
Stürze bei „Parkinson“ – auch mal an das Atypische denken

R. Dodel, D. Mengel

Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Elisabeth-Krankenhaus Essen, Essen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Störung der Halte- und Stellreflexe tritt bei Parkinson-Patienten bereits früh im Krankheitsstadium auf. Welche Rolle spielen Stürze bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom und bei Patienten mit atypischen Parkinson-Syndromen bezüglich der Sturzphänomenologie, dem Krankheitsverlauf und für die Differenzialdiagnostik.
Material und Methoden: In einer systematischen Literaturrecherche haben wir anhand vordefinierter Kriterien den Sturz bei IPS- und atypischen Parkinson-Patienten evaluiert.
Ergebnisse: Stürze sind bei Parkinson-Patienten häufig und können in der Differenzialdiagnose zu atypischen Parkinson-Patienten verwendet werden. Die Phänomenologie des Sturzes unterscheidet sich deutlich von Stürzen bei Patienten mit anderen neurologischen Erkrankungen. Komorbiditäten, wie z. B. Demenz, erhöhen das Risiko und die Schwere der Sturzfolge. Behandlungsansätze sind in der Literatur nur unzureichend evaluiert.
Schlussfolgerung: Stürze in ihren unterschiedlichen Formen und bei den verschieden zugrunde liegenden Erkrankungen zu erfassen, ist bei Patienten mit Parkinson-Syndromen essenziell, und eine adäquate Sturzprophylaxe kann die Lebensqualität bei dieser Patientengruppe signifikant verbessern.

S612-5
Ursachen von Schwindel bei Älteren aus der Sicht des Neurologen

A. H. Jacobs, J. Krieger, M. Frackowiak, M. Kowar

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Schwindel, Gangstörungen und Stürze zählen zu den führenden geriatrischen Syndromen und finden sich häufig als Komorbiditäten im Alter. Insbesondere in der Alterstraumatologie ist eine genaue Schwindelanamnese und differenzialdiagnostische Abklärung wichtig, um ein erneutes Sturzereignis mit Fraktur zu vermeiden. Schwindel ist eine Störung der räumlichen Orientierung mit fälschlicher Wahrnehmung einer Bewegung des Körpers (Drehen und Schwanken) und/oder der Umgebung. Die Ursache ist ein „mismatch“ zwischen zentralen, vestibulären, optischen und propriozeptiven Impulsen zur Steuerung der Körperlage im Raum. Klinisch manifestiert sich Schwindel mit Übelkeit, Nystagmus und Ataxie. In dem Vortrag werden die wichtigsten Differenzialdiagnosen besprochen und speziell auf den benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) eingegangen, zu dem aktuell eine prospektive Untersuchung bei geriatrischen Patienten durchgeführt wird.
Material und Methoden: Seit 2015 werden stationär geriatrische Patienten nach Stürzen gezielt auf anamnestische Hinweise und das Vorliegen eines BPLS hin untersucht. Bei Nachweis pathologischer Lagerungsmanöver werden Befreiungsmanöver durchgeführt.
Ergebnisse: Bei ca. 5 % der stationär behandelten Patienten finden sich anamnestisch Hinweise auf einen BPLS. Bei ca. 30 % kann in Lagerungsmanövern ein BPLS bestätigt werden. Durch Befreiungsmanöver kann bei allen Patienten Beschwerdefreiheit erzielt werden.
Schlussfolgerung: Eine gezielte Schwindelabklärung nach Sturz mit oder ohne Fraktur ist wichtig, um weitere Verletzungsfolgen zu vermeiden. Der BPLS sollte bei geriatrischen Patienten mit anamnestischen Hinweisen für eine lagerungsbedingte Schwindelgenese bedacht und entsprechend untersucht werden. Durch Befreiungsmanöver kann Beschwerdefreiheit erzielt und dadurch Polymedikation vermieden werden.

S701 Schlaganfall – Was gibt es Neues?

A. H. Jacobs, K. E. Brogmus[1]

Diskutanten: R. Nau[2], F. Erbguth[3], C. von Arnim[4], M. Djukic[2], R. Wirth[5]

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland; [1]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, Woltersdorf, Deutschland; [2]Geriatrie und Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [3]Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinik für Neurologie, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [4]Neurologie, Neurogeriatrie und Neurologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland; [5]Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marien Hospital Herne, Ruhr-Universität Bochum, Herne, Deutschland

Der Schlaganfall ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen im Alter. Acht von zehn Betroffenen sind über 60 Jahre alt. Der Schlaganfall und seine Folgen sind eine der Hauptursachen für Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter. In wenigen anderen Bereichen gab es so viele neue Erkenntnisse zu Akuttherapie und Sekundärprophylaxe. In diesem Symposium werden aktuelle Entwicklungen berichtet, geriatrische Aspekte dargestellt und der Frage nachgegangen, ob ältere Schlaganfallpatienten ebenso wie jüngere von diesen Entwicklungen profitieren. Es werden aktuelle Daten zu Infekt und Schlaganfall fundiert erörtert. Neben wissenschaftlichen Aspekten werden hier auch konkrete Empfehlungen für die Praxis gegeben. Die neueste Studienlage und Empfehlungen zur Akuttherapie werden präsentiert und auf Aspekte im Alter eingegangen. Daneben wird die aktuelle Datenlage zur Sekundärprävention nach Schlaganfall reflektiert und entsprechende praktische Konsequenzen im geriatrischen Alltag abgeleitet. Im Folgenden wird dann auf Blutungen, primär oder als Folge der Antikoagulation eingegangen und Risiken und Handlungsempfehlungen dargestellt. Zuletzt werden aktuelle Leitlinien und Erkenntnisse zu Schluckstörungen nach Schlaganfall vorgestellt. Neben Diagnostik wird auch die moderne Therapie der Dysphagie reflektiert.

S701-1
Infekt und Schlaganfall

R. Nau

Geriatrie und Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Aufgrund der Immunseneszenz sind bakterielle und virale Infektionen im Alter häufig. Zahlreiche epidemiologische Daten legen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Infektionen und Schlaganfällen nahe. Gefürchtet sind Hirninfarkte, die bis 6 Monate nach einem Herpes zoster im Gesicht auftreten, sowie Hirnembolien bei der infektiösen Endokarditis. Ursache des Zoster ophthalmicus mit kontralateraler Hemiparese ist eine *Varicella-zoster*-Virus-Vaskulitis der distalen A. carotis interna bzw. der proximalen A. cerebri media. Bei durch Endokarditis verursachte septische Hirninfarkte sind die Emboli mit Erregern besiedelt. Hieraus resultiert eine hohe sekundäre Einblutungsgefahr.
Umgekehrt treten als Komplikationen sowohl von Hirninfarkten als auch von intrazerebralen Blutungen Infektionen auf, insbesondere bakterielle Infektionen des Urogenital- und des Respirationstrakts. Mehrere randomisierte Studien untersuchten den Einfluss einer prophylaktischen Gabe von Antibiotika zur Reduktion von Infektionen nach Schlaganfall.
Die Grippeschutzimpfung scheint einen moderaten hirninfarktreduzierenden Effekt zu haben. Um die Inzidenz des Zoster ophthalmicus mit kontralateraler Hemiparese zu reduzieren, ist beim Herpes zoster im Gesichtsbereich die hochdosierte i. v.-Behandlung mit Aciclovir indiziert. Eine Endokarditis muss frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden. Die prophylaktische Gabe von Antibiotika nach Hirninfarkt senkt zwar die Inzidenz von Harnwegsinfekten und Pneumonien, reduziert aber nicht die Letalität und verbessert nicht das funktionelle Behandlungsergebnis.
Eine vorbeugende Maßnahme zur moderaten Reduktion des Hirninfarktrisikos ist die für über 60-Jährige jährlich empfohlene Grippeschutzimpfung. Die vorbeugende Gabe von Antibiotika nach Schlaganfall ist nicht

indiziert. Hingegen muss eine frühzeitige antibiotische Behandlung von komplizierenden bakteriellen Infekten erfolgen.

S701-2
Akuttherapie – neueste Studienlage und Aspekte im Alter/der geriatrische Patient mit Schlaganfall in der Notaufnahme

F. Erbguth

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinik für Neurologie, Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Nach den zunächst enttäuschenden Ergebnissen zur mechanischen Thrombektomie (MT) beim ischämischen Schlaganfall 2014 konnten im Jahr 2015 fünf im *NEJM* publizierte Studien den eindrucksvollen Nutzen der MT bei großen Hirninfarkten aufgrund von – meist embolischen – Verschlüssen der distalen A. carotis und den proximalen Abschnitten der A. cerebri media (M1) belegen. Die „number needed to treat" (NNT) für die Verbesserung um einen Punkt auf der „modified Rankin scale" (0 = ohne Beschwerden bis 6 = tot) beträgt nur 2,6, und die NNT für ein sehr gutes Outcome (mRS ≤2) dieser schweren Schlaganfälle beträgt 5. Die Thrombektomien wurden meist zusätzlich zur eingeleiteten i. v.-Thrombolyse durchgeführt. Zwei aktuelle Studien (DAWN, Defuse-3) haben bei hochselektierten Patienten zeigen können, dass das in den 5 Pionieier-Studien z. T. bis 8 h angewandte Zeitfenster auf bis zu 24 h erweitert werden kann. Allerdings ist die MT nur bei ca. 5–7 % der Patienten anwendbar. Bei der Implementierung der MT, die als „revolutionär" in der Schlaganfallbehandlung gilt, gab es in der Praxis einen Trend, ältere Patienten von der Therapie auszuschließen. Subgruppenanalysen aller relevanten Studien zeigen jedoch, dass der positive „Prognose-Hub" auch bei Patienten über 80 Jahre stattfindet und z. T. sogar deutlicher ausgeprägt ist als bei jüngeren Patienten. Allerdings besteht bei den alten Patienten ein insgesamt höheres Morbiditätsniveau. Da die Sterblichkeit unter der MT nur gering gesenkt wird (ca 20 %), ist bei älteren Patienten eine Kombination eines interventionellen Therapieversuchs indiziert und bei dessen Scheitern die Bereitschaft zur palliativen Therapiezieländerung, wenn es zu großen behindernden Hirninfarkten kommen sollte. Auch bei der i. v.-Thrombolyse ist die in der Zulassung beschriebene Altersgrenze von 80 Jahren mittlerweile aufgrund empirischer Daten nicht mehr haltbar und wird als „Off-label"-Anwendung empfohlen. Der Vortrag analysiert die besondere Indikations- und Therapiesituation bei älteren Patienten mit Schlaganfall in der Notaufnahme.

Literatur

1. Albers G et al (2018) N Eng J Med 378:708–718
2. Berkhemer OA et al (2015) N Eng J Med 372:11–20
3. Campbell BC et al (2015) N Eng J Med 372:1009–1018
4. Erbguth F (2017) Akt Kardiol 6:431–439
5. Gerschenfeld G et al (2017) Jama Neurol 74:549–556
6. Goyal M et al (2015) N Eng J Med 372:1019–1030
7. Goyal M et al (2016) Lancet 387:1723–1731
8. Jovin TG et al (2015) N Eng J Med 372:2296–2206
9. Nogueira RG et al (2018) N Eng J Med 378:11–21
10. Saver JL et al (2015) N Eng J Med 372:2285–2295

S701-3
Sekundärprophlaxe – spezifische Aspekte im Alter – gibt es die?

C. von Arnim

Neurologie, Neurogeriatrie und Neurologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Darüber hinaus sind viele Erkrankte von bleibenden neurologischen Symptomen betroffen, die zu vielfältigen Funktionseinschränkungen im alltäglichen Leben führen. Dadurch bildet der Schlaganfall eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit mit enormer sozioökonomischer Relevanz. Im Vortrag soll eine aktuelle Übersicht, insbesondere hinsichtlich der Sekundärprophylaxe bei Patienten nach einer zerebralen Ischämie gegeben werden. Dabei dienen die aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie als Basis. Eine frühe rekanalisierende Therapie erhalten bisher nur 2–4 % aller Schlaganfallpatienten. Somit kommt der Sekundärprophylaxe eine wesentliche Rolle zu. Auch in der Sekundärprävention sollte der Stellenwert nichtmedikamentöser Strategien wie Ernährung mit mediterraner Kost, sportliche Aktivität, Nikotinabstinenz und anderer Lebensstilfaktoren ausdrücklich betont werden. Neben der Therapie von Risikoerkrankungen wie Bluthochdruck, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus kommt der spezifischen medikamentösen Sekudärprophylaxe eine zentrale Rolle zu. Im Vortrag werden die Besonderheiten geriatrischer Patienten, wie z. B. Niereninsuffizienz, Polypharmazie, kognitive Beeinträchtigung und hohes Sturzrisiko, bezüglich aktueller Studien und der klinischen Relevanz diskutiert und eingeordnet.

S701-4
Intrazerebrale Blutungen unter Antikoagulanzien – wie häufig und was tun?

M. Djukic

Institut für Neuropathologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Intrazerebrale Blutungen (ICB) werden in spontane und sekundäre Blutungen unterteilt. Wichtige Ursachen sekundärer intrakranieller Blutungen sind arterielle Erkrankungen, die Amyloidangiopathie sowie Antikoagulanzien und Thrombozytenaggregationshemmer, während die Blutungen aus Aneurysmen und Angiomen sowie venöse Stauungsblutungen bei Hirnvenenthrombose eine geringere Rolle spielen. Voraussetzung für die Behandlung ist die Unterscheidung einer intrazerebralen Blutung von einem ischämischen Schlaganfall, da die therapeutischen Konzepte, insbesondere in der Akutphase, voneinander differieren.

Die entscheidende Maßnahme zur Detektion einer intrakraniellen Blutung unter Antikoagulanzien sowie zur Differenzierung intrakranielle Blutung/Hirninfarkt ist das kraniale Computertomogramm (CCT). Gerinnungstests gehören ebenfalls zur Akutdiagnostik.

Bei durch Antikoagulanzien verursachten intrakraniellen Blutungen kann ggf. die Wirkung durch ein Antidot antagonisiert werden. Bei Patienten, die unter der Einnahme von oralen Vitamin-K-Antagonisten (VKA) eine Hirnblutung erleiden, kann bei erhöhter INR der VKA gestoppt, Vitamin K i. v. gegeben und kann die INR normalisiert werden, entweder durch i. v.-Gabe von Prothrombin-Komplex-Konzentrat oder gefrorenem Frischplasma.

Der Vortrag erörtert die Häufigkeit und die therapeutischen Maßnahmen sowie Besonderheiten in der Versorgung von Patienten mit intrazerebralen Blutungen unter Antikoagulanzien.

S701-5
Dysphagie und Schlaganfall

R. Wirth

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

Etwa jeder zweite Patient mit akutem ischämischem Insult leidet initial unter einer relevanten oropharyngealen Dysphagie. Diese führt häufig zu Aspirationen, Mangelernährung und Dehydratation. Da eine oropharyngeale Dysphagie lebensgefährliche Folgen hat und häufig übersehen wird, ist hier ein standardisiertes und möglichst frühzeitiges Dysphagiescreening bei jedem Schlaganfallpatienten angebracht. Bei auffälligem Befund und bei Patienten mit besonderen Risikofaktoren sollte sich eine apparative Dysphagiediagnostik anschließen. Diese sollte bei Nachweis einer Dysphagie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, ebenso bei Änderung der klinischen Situation. Hierbei wird nicht nur das Vorhandensein einer Dysphagie bestätigt oder ausgeschlossen, sondern auch festgelegt, mit welchen Nahrungskonsistenzen eine orale Ernährung ggf. möglich ist. Dass im Falle einer Dysphagie eine intensive logopädische Therapie

notwendig ist, ergibt sich von selbst, zumal deren Bedeutung für die Prognose von Schlaganfallpatienten zweifelsfrei belegt ist.
Bei der Therapieplanung von Patienten mit einer Dysphagie gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Dysphagie bei einem großen Teil der Patienten innerhalb weniger Wochen zurückbildet, eine langfristige künstliche Ernährung bei vielen Patienten also nicht notwendig ist. Gleichzeitig besteht jedoch ein erhebliches Risiko für die Entwicklung einer Mangelernährung, sodass gerade bei Schlaganfallpatienten mit Dysphagie das Augenmerk frühzeitig auch auf die Ernährung gelegt werden sollte. Die aktuellen ESPEN-Leitlinien geben detaillierte und evidenzbasierte Empfehlungen, wie das Vorgehen bei Dysphagie und Malnutrition aussehen sollte.

S702 Workshop Grenzverschiebungen zwischen Privat- und Sozialraum im Alter: Modebloggerinnen, ICT-NutzerInnen, Menschen mit Demenz, alleinlebende Männer

M. Leontowitsch, F. Oswald

Diskutanten: A.-K. Adams, F. Wolf, J. Hahmann[1]

Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Durch neue Technologien, Langlebigkeit und zunehmende Singularisierung verändern sich die räumlichen Bezüge für ältere Menschen. Dabei entstehen neue Sozialräume und altbewährte verändern sich. Aktuell wird der Sozialraum als Option für aktive gesellschaftliche Teilhabe positiv bewertet, wohingegen jeglicher Rückzug ins Private (ob freiwillig oder unfreiwillig) normativ als Nichtteilhabe problematisiert wird.
Das Konzept des Sozialraums schließt dabei nicht nur physisch-geografische Räume ein, sondern v. a. Kontexte des sozialen Handelns. Der Sozialraum ist damit auch durch Tätigkeiten und Interaktionen definiert, die dabei nicht notwendigerweise zeitgleich an einem Ort stattfinden. So ist der Sozialraum „Ort" gesellschaftlicher Strömungen, Entwicklungen, Kulturen und Widersprüche, die sich verändern und von den betroffenen Personen ständig neu verhandelt werden müssen. Individualisierung, Technologie und Heterogenität im Alter beschleunigen Veränderungen und haben zur einer verstärkten Durchlässigkeit zwischen Privat- und Sozialraum beigetragen und machen Bereiche des Alterns sichtbar, die bislang vorwiegend verborgen geblieben sind. Wie beeinflussen die (neuen) Grenzen zwischen Privat- und Sozialraum die Möglichkeiten individueller Lebensgestaltung? Und welche Implikationen hat das für das Erkenntnisinteresse der Alternsforschung?
Mit Impulsreferaten zu den Themen alleinlebende Männer, Tabletnutzung, Museumspädagogik bei Demenz sowie Modeblogs soll exemplarisch aufzeigt werden, wo Grenzen zwischen Privat- und Sozialräumen neu entstanden oder durchlässig geworden sind. Im Workshop sollen ausgehend von den Beiträgen der ModeratorInnen die folgenden konzeptuellen Fragen diskutiert werden:

- Inwieweit berücksichtigt die Alternsforschung die neue Verschiebung von räumlichen Bezügen?
- Wie verändern sich Sozialräume durch zunehmende Singularisierung?
- Führen neue Technologien zu einer Verschmelzung von Privat- und Sozialräumen?
- Ist eine Gegenüberstellung von Privatraum und Sozialraum überhaupt sinnvoll?
- Welche Rolle spielen Sozialräume für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen?

S702-1
Alleinlebende Männer im Alter

M. Leontowitsch, I. Fooken, F. Oswald

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

Lange Zeit war die Gruppe alleinlebender Männer im Alter zahlenmäßig sehr klein und galt als randständige Risikogruppe: sowohl im Vergleich mit ihren verheirateten Geschlechtsgenossen als auch mit alleinlebenden älteren Frauen. Der Rückzug in die weiblich konnotierten Räume der Wohnung und die Annahme, dass älteren Männern hauswirtschaftliche Fähigkeiten fehlten, trugen zu einem Bild bei, in dem alleinlebende Männer als potenziell verwahrlost und psychisch labil gesehen wurden. Die Anzahl der alleinlebenden Männer über 65 hat jedoch in den letzten zwanzig Jahren stark zugenommen, v. a. im urbanen Raum, wobei es keine Evidenz über zunehmende Verwahrlosung innerhalb dieser Zielgruppe gibt. In der Stadt Frankfurt am Main beträgt der Anteil bereits 32 % (Statistisches Jahrbuch). Die übersichtliche Literatur zu alleinlebenden Männern im Alter macht deutlich, dass Männer, auch wenn sie über lange Jahre von einer (Ehe-)Frau versorgt wurden, ihren eigenen Haushalt führen können. Auch werden kritische Lebensereignisse, wie Scheidung oder Tod des/der Lebenspartners/Lebenspartnerin, emotional überwunden. In einer Pilotstudie in Frankfurt am Main wurden vier biografische Doppelinterviews mit alleinlebenden Männern im Alter von 69 bis 88 Jahren geführt. Die Daten veranschaulichen, wie sich Schnittstellen zwischen privat und öffentlich für die Männer immerzu verschieben. „Living-apart-together"(LAT)-Beziehungen führten zu einer Erweiterung des Privaten bei gleichzeitiger Beibehaltung eigener häuslicher Pflichten. Die Suche nach einem physischen öffentlichen Raum als Ort der Teilhabe stellte eine große Herausforderung dar, wohingegen die Anknüpfung an kleine soziale Gruppen neue quasiöffentliche Räume schuf. Biografisch kumulativ erzeugte Lebensbedingungen und Erfahrungen formen die Vorstellungen von und Zugänge zu privaten und öffentlichen Räumen der interviewten Männer.

S702-2
Programme für Menschen mit Demenz in Kunstmuseen

A.-K. Adams

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Menschen mit Demenz sind im deutschsprachigen Raum seit über zehn Jahren AdressatInnen zielgruppenspezifischer Führungen in Museen. Die didaktische und organisatorische Ausrichtung der Museumsführungen orientiert sich teils an Erkenntnissen der Demenzforschung; in vielen Häusern werden Konzepte hierfür jedoch auch erst schrittweise und erfahrungsgeleitet entwickelt.
Durch die Einführung dieser Programme präsentieren sich Museen gemäß ihrem gesellschaftlichen Auftrag als „soziale Orte", an denen kulturelle Bildung und Teilhabe für alle als Menschenrecht praktiziert wird. Menschen mit Demenz sind in ihren Möglichkeiten zur selbstbestimmten Mitwirkung an Gesellschaft stark eingeschränkt. Durch diese Museumsführungen wird für sie gewissermaßen ein privater Raum innerhalb des öffentlichen Raumes Museum geschaffen, denn sie werden hier als in sich geschlossene Gruppe wahrgenommen, die sich aus Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen oder Pflegenden zusammensetzt. Teils finden diese Programme auch außerhalb des normalen Museumsbetriebes statt, damit die Gruppe „unter sich" ist. Auf der anderen Seite lässt sich, ausgehend von diesen Museumsführungen und darüber hinausgehend, die Frage aufwerfen, inwieweit Demenz als eine Lebenssituation überhaupt Privatheit zulässt – das Pflegeheim als Wohnort lässt diese nur sehr eingeschränkt zu, wohingegen die häusliche Pflege und Betreuung durch Angehörige häufig mit einem eklatanten Bruch mit sozialen Beziehungen und einem Rückzug in die Häuslichkeit verbunden sind. Im Beitrag soll die Frage diskutiert werden, inwieweit die Adressierung von Menschen mit Demenz seitens der Museen den Menschen eine Möglichkeit zur Teilnahme an gesellschaftlichen Prozessen sowie die Erschließung neuer So-

zialräume ermöglicht und welche Implikationen dieses für das Verhältnis von Privat- und Sozialraum hat. Darüber hinaus soll betrachtet werden, wie der möglichen Spannung zwischen der Wahrnehmung dieser physischen und sozialen Räume einerseits und der erhöhten Abhängigkeit von anderen Menschen infolge der demenziellen Erkrankung sowie der schwindenden Fähigkeit, sich die Welt kognitiv zu erschließen, andererseits begegnet werden kann.

S702-3
Verschwimmen die Grenzen? – Privater und öffentlicher Raum im Kontext der Digitalisierung

F. Wolf

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

An kaum einem Thema entbrennt aktuell die Diskussion über die Grenzverschiebung zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit mehr als an der Nutzung von internetbasierten Technologien und Medien. Im Kontext einer sozialräumlichen Betrachtung wird immer wieder auf die Potenziale der neuen Technologien verwiesen, die einem unfreiwilligen Rückzug ins Private entgegenwirken können. Dabei wird häufig ausgeklammert, dass mit diesen Chancen auch die Gefahr einer ungewollten Grenzverschiebung zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit einhergeht. Hierzu zählt z. B. die öffentliche Inszenierung der eigenen Privatsphäre auf Social-Media-Plattformen wie *Facebook* (ca. 1,5 Mio. Ü65-Nutzer in Deutschland). Diese bewusste und vermeintlich kontrollierte Diffusion zwischen Privatsphäre und öffentlichem Raum weißt immer auch Momente des Unkontrollierten auf, wenn die Betreiber dieser Plattformen große Mengen personenbezogener Daten speichern und für eigene Zwecke nutzen. In diesem Kontext wird auch die Nutzung eines Smartphones zum Politikum, wenn ungefragt Nutzungs- und Bewegungsprofile angelegt und gespeichert werden (ca. 41 % der Ü65 besitzt ein Smartphone). Die vollständige Auflösung der Grenze von Privatem und Öffentlichem wird durch die zunehmende Sensorisierung des eigenen Lebens, insbesondere im Kontext von „Gesundheits-Apps", deutlich. Hier werden unbewusste Körperprozesse quantifiziert, in Rechenzentren automatisiert verarbeitet und als „heteronome Selbsterkenntnis" dem Individuum zurückgemeldet. Die These dieses Beitrages lautet somit, dass die Digitalisierung auch im höheren Alter durch ihre Janusköpfigkeit besticht. In dem sie auf der einen Seite ein höheres Maß an Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben ermöglicht, auf der anderen Seite die Selbstbestimmung in einer zunehmend algorithmisierten und sensorisierten Umwelt bedroht. Steigende Nutzerzahlen und anhaltender technischer Fortschritt zeigen die Dringlichkeit einer gerontologischen Beschäftigung mit diesem Thema an.

S702-4
Modeblogs

J. Hahmann

Soziale Arbeit, Transkulturalität und Gender, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Kleidung transportiert sozial relevante Zeichen der Zugehörigkeit zu Kategorien der Strukturierung, wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Klassenlange und Subkultur. Dies gilt auch für die alltägliche Verwendung von Kleidung, die sich am jeweiligen Kontext ausrichtet und regelgeleitet abläuft. Diese Regeln beinhalten nicht nur Annahmen zur sozialen Umgebung, für die sich bekleidet wird, sowie Vorstellungen zum eigenen Körper als Material, das es zu bekleiden gilt, sondern auch täglich (re)produzierte Kleidungsvorschriften, die im Beitrag auf die Intersektion von Alter(n) und Geschlecht hin betrachtet werden. Anhand von Postings aus Internetmodeblogs werden die Verhandlungen alternder Frauen mit den Anforderungen des öffentlichen Raums und der (scheinbar) privaten Kleidungswahl analysiert. Dabei wird deutlich, dass die Autorinnen insbesondere die Kategorisierung als alterndes Individuum ablehnen und wahrgenommenen gesellschaftlichen Vorstellungen begegnen, indem sie mit sie sich als attraktive, erfolgreiche und sexualisierte Subjekte präsentieren. Vorstellungen normativer Weiblichkeit werden dabei relativ unhinterfragt übernommen, Geschlecht scheint zum Nebenwiderspruch degradiert. Das Medium Blog als öffentliches Onlinetagebuch verdeutlicht dabei dennoch, dass sich die Kleidungswahl auch aktivistisch oder politisch lesen lässt. Aufgrund der öffentlichen Verhandlungen privater Kleidungspraktiken – so die Hoffnung der Blogautorinnen – werden Alterskategorien und Altersbilder diverser und weniger defizitorientiert. Die alternde Frau wird nicht neutralisiert, sondern im besten Fall zur Modeikone.

S703 Roboter im häuslichen Umfeld – zwischen technischer Umsetzung und ethischen Herausforderungen

R. Klebbe

Charité, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Die Frage nach einem selbstbestimmten Leben im Alter ist eine gesamtgesellschaftliche Frage. Ihre Beantwortung liegt dabei einerseits darin, welche Ressourcen den Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, wie etwa im Rahmen der Hilfsmittelversorgung. Andererseits besteht sie darin, welche Bedingungen an deren Verwendung geknüpft sind. Insbesondere im Zusammenhang mit der digitalen Transformation unserer Gesellschaft werden vielfältige Lösungsmöglichkeiten der Herausforderung des demografischen Wandels in den Potenzialen neuer Technologien gesehen. Einen prominenten Bestandteil bilden dabei auch Roboter, die, über den medizinischen Kontext hinaus, Einzug in die pflegerische Versorgung und den Service-Bereich finden. Roboter sollen das Leben vereinfachen und effizienter machen, indem sie z. B. bei den Aktivitäten des täglichen Lebens Unterstützung bieten. Darüber hinaus verbindet sich mit ihrem Einsatz die Hoffnung, Defizite in den Versorgungsstrukturen kompensieren zu können. Damit Roboter derartige Aufgaben zunehmend autonom übernehmen können, müssen sie ihr Verhalten auch selbst regulieren können und über eine gewisse Form eigenständiger Entscheidungsfähigkeit verfügen. Grundsätzlich muss jedoch festgestellt werden, dass den vielfältigen technischen Möglichkeiten im Bereich der Robotik ebenso adäquate Regeln für die Entwicklung und Anwendung im Umfeld des Menschen gegenübergestellt werden müssen. Unter dem Begriff der Roboterethik hat sich hierzu bereits ein gesellschaftlicher Diskurs gebildet, für den es hinsichtlich der unterschiedlichen Anwendungsbereiche entsprechende ethische und rechtliche Anforderungen zu erarbeiten gilt. Die vielfältigen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen und Entwicklungen zum Einsatz von Service- und Assistenzrobotern in der Unterstützung hilfebedürftiger Menschen machen es daher unerlässlich, in diesen Diskurs frühzeitig ethische und rechtliche Implikation einzubringen, die die Entwicklungen in diesem Feld anleiten können.
Das vorliegende Symposium soll den Raum dafür schaffen, das Spannungsfeld ethischer und rechtlicher Fragestellung des Einsatzes robotischer Assistenzsysteme im unmittelbaren Umfeld älterer Menschen zu beleuchten und dabei unterschiedliche Perspektiven miteinander ins Gespräch zu bringen.

S703-1
Roboter für die Unterstützung älterer Menschen – strategische Interessen und Folgen

J. Hergesell, A. Maibaum

Institut für Soziologie, Technische Universität Berlin, Berlin

In der westlichen Gegenwartsgesellschaft wird der Diskurs um ein selbstbestimmtes Leben im Alter zur einer der dringendsten gesamtgesellschaftlichen Fragen. Im gegenwärtigen Diskurs postulieren verschiedenste Akteure innovative Technologien als Lösungsstrategie für Probleme wie den „Pflegenotstand". Digitale Pflegetechnologien scheinen dabei die Interessen aller beteiligten Akteure zu vereinen: Sie sollen den Verbleib in der

eigenen Häuslichkeit ermöglichen, die pflegerische Versorgung effizienter und kostengünstiger gestalten und die Selbstständigkeit älterer Menschen steigern.
Exemplarisch für das Phänomen ist das derzeit populäre Reden über „Pflegeroboter". Die schon bei digitalen Pflegetechnologien festzustellende deutliche Diskrepanz zwischen den im Diskurs postulierten Potenzialen technischer Lösungen und deren tatsächlich empirisch nachzuweisenden Effekten im Pflegealltag tritt hier noch offensichtlicher zutage. Aus soziologischer Perspektive stellt sich daher die Frage, warum – obwohl im Pflegealltag in mittelfristiger Zeit kein nutzbringender Einsatz von robotischer Technologie zu erwarten ist – Pflegeroboter derart erfolgreich als probat für die Unterstützung älterer Menschen wahrgenommen werden.
Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass hinter der Forderung nach der Entwicklung von Pflegerobotern zahlreiche partielle Interessen zu finden sind. So können etwa politische Akteure eine dringend benötigte Lösung für den Pflegenotstand im demografischen Wandel präsentieren, Ingenieure und Roboterentwickler finden ein Anwendungsfeld für ihre Forschung, und ökonomische Akteure erschießen sich im Gesundheitssektor einen neuen Markt. Es lässt sich die These formulieren, dass die bisher zu beobachtende Funktion des Redens über Pflegeroboter nicht ihre tatsächliche Anwendung im Feld der Pflege ist, sondern zu Legitimierung und Durchsetzung von partiellen Interessen genutzt wird.
Mit unserem Beitrag wollen wir die „Pflegerobotik" gesamtgesellschaftlich kontextualisieren, auf den ersten Blick nichterkennbare, mit ihr verknüpfte strategische Interessen thematisieren und tendenzielle Folgen der forcierten Entwicklungsförderung von Robotern mit dem Einsatzfeld „Alter" diskutieren.

S703-2
Entwicklung eines robotergestützten Assistenzsystems für die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) unter besonderer Berücksichtigung der Nutzungsperspektiven

C. Eicher, J. Kiselev, K. Brukamp[1], D. Kiemel[1], A. Maier[2], S. Spittel[2], M. Greuèl[3]
Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland; [2]Ambulanz für ALS und andere Motoneuronenerkrankungen, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [3]Pflegewerk Managementgesellschaft mbH, Berlin, Deutschland

Die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), eine degenerative Lähmungserkrankung des Nervensystems, ist aufgrund ihres progredienten Charakters exemplarisch für den Einsatz intelligenter Technologien. Neben der Entlastung der Pflegenden und der Stärkung der Autonomie von Pflegebedürftigen stehen das Hantieren mit Gegenständen sowie das Bewegen des gelähmten Körpers im Vordergrund. Innerhalb des BMBF-geförderten Projekts ROBINA wird ein Roboterarm entwickelt, der ALS-Patienten in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) unterstützt, indem er Befehle über eine multimodale Bedienoberfläche direkt vom Patienten erhält. Dabei stehen die Bedürfnisse der Patienten, Pflegefachkräfte, Angehörigen und der weiteren potenziellen Nutzergruppen wie Therapeuten oder Hilfsmittelanbieter im Vordergrund. Ihre Wünsche und Erwartungen werden zentral in den Entwicklungsprozess pflegerelevanter Technologien einbezogen, da sie selbst mit der Technologie in Berührung kommen und oft eine große Rolle bei der Akzeptanz der Pflegebedürftigen gegenüber neuer Technik spielen. Innerhalb der Projektanforderungsanalyse wurden daher die Bedarfe verschiedener Nutzergruppen ($n = 117$) erhoben. Der methodische Ansatz bediente sich neben der quantitativen Datenerhebung mittels Fragebogen auch einer qualitativen Datenerhebung mittels Interviews und teilnehmender Beobachtung. Dabei wurden relevante Themen adressiert, wie die Technikakzeptanz der Nutzergruppen und darauf einflussnehmende Faktoren, z. B. die Angst vor dem Verlust menschlicher Nähe oder der Erhalt sozialer Partizipation durch Assistenzsysteme. Ein zentrales Ergebnis ist die Gewährleistung der Patientensicherheit im Rahmen der Technikakzeptanz. Es wird ein adaptiver Technikeinsatz angestrebt, um die Systemanwendung auch mit Fortschreiten der Krankheit und Verlust von Körperfunktionen möglichst lange zu ermöglichen. Weiterhin konnten die Ergebnisse die Relevanz der individuellen Bewertung des Einsatzes des Roboterarms nach Alter, Geschlecht, Technikvorerfahrung und Krankheitsschwere zeigen. Subjektive Unsicherheiten betrafen die Realisierbarkeit und die Finanzierbarkeit. Insgesamt wurde das Vorhaben positiv bewertet. Die Ergebnisse der Anforderungsanalysen stellen eine wesentliche Grundlage für den weiteren Entwicklungsprozess dar. Zu beachten ist das große Transferpotenzial zu geriatrischen Patienten, da diese ebenso motorische Einschränkungen erleben, z. B. nach einem Schlaganfall, und vom Einsatz des Roboterarms profitieren würden.

S703-3
AuRorA – Anforderungen an ein proaktives, interaktives Robotersystem zur Unterstützung älterer Erwachsener in ihrem selbstständigen Leben

R. Klebbe, P. kleine Stüve[1], N. Strutz, U. Müller-Werdan
Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Angewandte Gesundheitswissenschaften, Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft, Hochschule Furtwangen, Furtwangen, Deutschland

Der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil des erfolgreichen Alterns. Gleichzeitig impliziert der Alterungsprozess verschiedene physische und kognitive Funktionseinschränkungen, die ein unabhängiges Leben vor große Herausforderungen stellen. Interventionen zur Wahrung der Unabhängigkeit sind daher von großer Bedeutung und umfassen zunehmend auch den Einsatz von Service- und Assistenzrobotern. Neben der Zuverlässigkeit und Flexibilität der Systemfähigkeiten besteht ein großer Bedarf, Robotersysteme in die Lage zu versetzen, menschliche Kommunikation und menschliches Verhalten zur Grundlage ihres eigenen Handelns zu machen. An dieser Stelle setzt das öffentlich geförderte Projekt AuRorA an. Es hat zum Ziel, ein eigenständig lernendes Robotersystem zu entwickeln, das ältere Erwachsene durch ein interaktives, proaktives Roboterverhalten im Rahmen eines „smart home" bei ihren täglichen Aufgaben unterstützt. Aufgrundlage des „User-centered-design"-Ansatzes erfolgt eine konsequente Einbeziehung älterer Erwachsener während des gesamten Entwicklungsprozesses. Präsentiert werden die Ergebnisse einer qualitativen Studie, in deren Rahmen die Anforderungen an ein proaktives, interaktives Robotersystem erhoben wurden. Hierzu wurden halbstrukturierte Interviews mit 6 älteren Erwachsenen ab 65 Jahren und 4 Experten aus der Hotellerie durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen wurde ein Fragebogen für eine quantitative Studie entwickelt, um relevante Anforderungen auf der Grundlage einer größeren Stichprobe ($n = 150$) zu untersuchen und die Ergebnisse der qualitativen Studie zu erweitern. Relevante Themen der beiden Studien umfassten den Unterstützungsbedarf älterer Erwachsener in ihrer Häuslichkeit, Anforderungen an Design, Mobilität und Kommunikationsfähigkeit im Sinne der Technologieakzeptanz sowie Grenzen und Bedenken gegenüber dem Einsatz von Robotersystemen zur Unterstützung von älteren Menschen. Ein zentrales Ergebnis im Rahmen der Technikakzeptanz ist die Gewährleistung der Selbstbestimmung der Probanden hinsichtlich des Unterstützungsgrades durch Systemfunktionen sowie der Verarbeitung von Nutzerdaten. Des Weiteren konnten die Ergebnisse die Relevanz einer natürlichen Interaktion mit dem System sowie einer damit verbundenen, intuitiven Bedienung herausstellen. Insgesamt wurde das Vorhaben positiv bewertet.

S703-4
Technische Assistenzsysteme und Robotik: Beurteilungskontexte für soziale und ethische Aspekte

K. Brukamp
Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Zur Analyse sozialer und ethischer Aspekte im Gesundheitsbereich werden oft etablierte Prinzipien der mittleren

Abstraktionsebene, wie beispielsweise Respekt vor der Autonomie von Personen, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit, berücksichtigt. Im Hinblick auf körperbezogene Technologien kommt häufig das Modell zur ethischen Evaluation soziotechnischer Arrangements (MEESTAR) zur Anwendung, bei dem die Dimensionen Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe und Selbstverständnis untersucht werden. In Forschungs- und Entwicklungskontexten sollen Zielgruppen einbezogen werden, wie ältere Menschen für alltagsunterstützende Assistenzsysteme und PatientInnen für Robotik im häuslichen Umfeld. Es stellt sich die Frage, inwiefern die angesprochenen Ansätze zur Bewertung ethischer, rechtlicher und sozialer Aspekte (ELSA) geeignet sind, um unterschiedliche Nutzungsperspektiven adäquat zu repräsentieren.
Material und Methoden: Methodisch kamen empirisch moderierte, fokussierte und strukturierte Diskurse im Rahmen von ELSA-Workshops sowie Interviews von (potenziell) Nutzenden in Forschungsprojekten und theoretisch Literaturstudium und Reflexion in den Bereichen Sozialwissenschaften und Ethik zum Einsatz.
Ergebnisse: Die Prinzipien- und MEESTAR-Ansätze sind geeignet, die ELSA-Diskussionsergebnisse unter informierten Stakeholderinnen und Stakeholdern der Technikentwicklung und der klinischen Versorgung zu strukturieren. Auch Äußerungen von potenziellen Nutzerinnen und Nutzern lassen sich dementsprechend einordnen. Im Rahmen von dezidierten ELSA-Workshops zeigen sich eher systematische, reflektierte und im Sinne der Ansätze vollständige Beurteilungen. Mögliche Erklärungshypothesen betreffen die Systematik der moderierten Heranführung und die längerfristige Beschäftigung der StakeholderInnen mit spezifischen Assistenz- und Robotikkontexten.
Schlussfolgerung: Die Einbeziehung von Nutzenden, wie älteren Menschen bei technischen Assistenzsystemen im Alltag sowie PatientInnen für Robotik im Wohnumfeld, zur Beurteilung von gesundheits- und körperbezogenen Technologien könnte voraussichtlich optimiert werden, wenn Settingfaktoren aus strukturierten Diskursen mit Stakeholderinnen und Stakeholdern übertragen würden. Darüber hinaus ist zusätzlich und unabhängig davon die praktische Benutzungstestung entsprechender Technologien sehr aussagekräftig und empirisch informativ.

S704 Vorbereitung der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz im Rahmen der Krankenhausbehandlung

B. Romero
Geriatrie, Krankenhaus Bethel, Berlin, Deutschland

Die Einbindung von Bezugspersonen in die stationäre Behandlung von Menschen mit Demenz kann über den nachhaltigen Erfolg der Behandlung entscheiden. Sie umfasst sowohl die Erhebung von fremdanamnestischen Informationen als auch die Vermittlung von Erfahrungen des behandelnden Teams an die Bezugspersonen. An der Schnittstelle zwischen dem Krankenhaus und dem häuslichen Umfeld soll das Entlassmanagement einen Beitrag dazu leisten, dass bei dem Übergang in ein ambulantes Versorgungssetting keine Versorgungsbrüche auftreten. Studienergebnisse zeigen, dass es den Krankenhausmitarbeitern oft schwerfällt, die Angehörigen und andere Bezugspersonen von Patienten mit Demenz in die Behandlungsplanung miteinzubeziehen, zu beraten, anzuleiten und bei der Versorgungsplanung zu unterstützen.
Im Rahmen des Symposiums werden aktuelle Ergebnisse der Untersuchungen zu Angehörigeneinbindung und zum Entlassmanagement präsentiert und Verbesserungsmöglichkeiten in dem Bereich diskutiert. Frau Hendlmeier wird die Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Allgemeinkrankenhäusern (General Hospital Study, GHoSt) referieren, die sich auf die Einbindung der Angehörigen von Patienten mit Demenz in die stationäre Behandlung beziehen. Im Fokus des Beitrags von Frau Dr. Romero et al. steht die Frage, wie die Kommunikation zwischen den Bezugspersonen der Kranken und den Krankenhausmitarbeitern gelingt, die an der Pflege und Behandlung von Patienten mit Demenz beteiligt sind. Die hierzu im Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin durchgeführten Interviews mit den Mitarbeitern und den Angehörigen der Patienten werden im Hinblick auf den Verbesserungsbedarf und das Verbesserungspotenzial der Kommunikation diskutiert. Das Entlassmanagement im Krankenhaus benötigt spezielle Konzepte, um den Bedürfnissen von Patienten mit Demenz gerecht zu werden und Versorgungslücken im Alltag nach der Entlassung zu vermeiden. Die Ergebnisse von Untersuchungen, von denen Herr Warter berichten wird, zeigen, dass adäquate Konzepte hierzu noch zu selten umgesetzt werden. Ein Beispiel der guten Praxis wurde im Rahmen des Projektes „Begleitete Entlassung (BegE)“ an der Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen entwickelt und wird derzeit umgesetzt. Frau Stolz wird die Erfahrungen mit der gezielten Unterstützung der pflegenden Angehörigen von geriatrischen Patienten während des Übergangs von der Klinik ins häusliche Umfeld darstellen.

S704-1
Unterstützung für Allgemeinkrankenhauspatienten mit Demenz durch die Angehörigen: repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt)

I. Hendlmeier, H. Bickel [1], M. Schäufele
Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim, Mannheim, Deutschland; [1]Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die gezielte Einbindung Angehöriger von älteren Patienten mit Demenz und/oder Delir (PmDD) in die Pflege und Versorgung während eines Aufenthaltes im Allgemeinkrankenhaus wird von vielen Beteiligten angestrebt. Sie gilt als eine Maßnahme, um Probleme, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sein können, zu reduzieren und die belastende Situation für alle Beteiligten zu verbessern. Ziel dieser Untersuchung ist es aufzuzeigen, in welchem Umfang Angehörige von PmDD während des Krankenhausaufenthaltes in Hilfe- und Unterstützungsleistungen eingebunden sind.
Material und Methoden: Aus einer Klumpenstichprobe von 55 zufällig ausgewählten süddeutschen Allgemeinkrankenhäusern nahmen 33 Kliniken an der repräsentativen Allgemeinkrankenhausstudie (GhoSt) teil. Pro Klinik wurden wiederum per Zufall 5 Stationen für eine Stichtagserhebung aller über 65-jährigen Patienten gezogen. Ausgeschlossen waren Fachkliniken, Kliniken <150 Betten, geriatrische, psychiatrische und neurologische Kliniken. Im Rahmen dieser Studie wurde für jeden der teilnehmenden Patienten ein standardisiertes Interview mit einer Pflegekraft geführt, wobei u. a. Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Angehörigen ermittelt wurden. Die Auskünfte umfassen die Zeitspanne zwischen Aufnahme auf Station und dem jeweiligen Befragungstag.
Ergebnisse: Für alle teilnehmenden Patienten ($n = 1469$) konnte ein standardisiertes Interview mit einer Pflegefachkraft geführt werden. Knapp zwei Drittel der an der Studie teilnehmenden über 65-jährigen Patienten erhielten mehrmals wöchentlich oder täglich Besuch von Angehörigen, unabhängig davon, ob bei den Patienten kognitive Beeinträchtigungen vorlagen oder nicht. In der Pflege- und Krankenakte fanden sich bei 6,1 % der PmDD Angehörigeninformationen zum kognitiven Status bei Aufnahme. Die Einbindung in pflegerische Tätigkeiten erfolgte signifikant häufiger bei Patienten mit Demenz und/oder Delir (PmDD). Angehörige halfen beim Anreichen von Mahlzeiten oder Getränken (30 % der PmDD), bei der Begleitung zu Untersuchungen (5,1 % der PmDD) oder übernahmen Sitzwachen (3,7 % der PmDD). Bei zwei Dritteln der PmDD waren während des Krankenhausaufenthaltes keine Angehörigen in die Pflege eingebunden.
Schlussfolgerung: Die Diskrepanz zwischen erklärtem Ziel und der tatsächlich realisierten Unterstützung durch Angehörige bei PmDD zeigt die Notwendigkeit, a) vorhandene Barrieren zu identifizieren und b) weitere Formen der Angehörigeneinbindung zu entwickeln.

S704-2
Einbindung der Bezugspersonen in die stationäre Behandlung von Menschen mit Demenz

B. Romero, S. Kapinsky[1], B. Nauendorf[2], E. Schlauß[3], C. Warter[4]

Geriatrie, Krankenhaus Bethel, Berlin; [1]Berufsverband der Heilpädagogik e.V., Berlin, Deutschland; [2]Berlin, Deutschland; [3]Eichwalde, Deutschland; [4]Medical Process Management, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

Die Einbindung von Bezugspersonen in die stationäre Behandlung von Menschen mit Demenz ist entscheidend für die Nachhaltigkeit der Therapie. Im Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin wurde im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes „Akutkrankenhaus als ‚window of opportunity' für nachhaltige Demenzbehandlung" eine Befragung der Angehörigen von Patienten mit Demenz und KEH-MitarbeiterInnen durchgeführt. Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, wie die Einbindung der Angehörigen in die Behandlung gelingt. Im Fokus des Interesses stand die Frage, ob Angehörige (und/oder andere Bezugspersonen) ausreichend informiert und von dem Fachteam beraten wurden.

Im Zeitraum vom April bis Juni 2017 wurden 108 halbstandardisierte Interviews mit Mitarbeitern durchgeführt, die an der Pflege und Behandlung von insgesamt 42 Patienten mit (Verdacht auf) Demenz beteiligt waren. Bei 20 der Patienten wurden zusätzlich halbstandardisierte Interviews mit Bezugspersonen durchgeführt.

Die Untersuchung zeigt erfreulich positive Erfahrungen der Befragten und auch konkrete Bereiche, in denen eine Verbesserung der Angehörigeneinbindung zu empfehlen wäre. Die nichtrepräsentativen Ergebnisse geben Einblicke in die aktuelle Entwicklung in den untersuchten somatischen Stationen und bieten die Diskussionsgrundlage für die Planung von Verbesserungen.

Im Fokus der Aufmerksamkeit standen Verbesserungsmöglichkeiten in den folgenden Bereichen:

- Umfang, in dem Angehörige informiert und in die Entscheidungen einbezogen sind; in unserer Untersuchung fühlte sich rund die Hälfte der Bezugspersonen nicht ausreichend informiert. Auch aus Sicht der MA entsprach die Beratung nur z. T. dem Bedarf;
- Organisationsformen, die die Kommunikation unterstützen können (z. B. eine Sprechstunde);
- Kompetenz der Mitarbeiter, sensibel mit den schwierigen Themen umzugehen (wie z. B. Wohnortwechsel oder lebensverlängernde Maßnahmen);
- Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppen an der Beratung der Bezugspersonen. Hierbei ist v. a. zu überprüfen, inwieweit die Beratungsaufgaben, die derzeit vorwiegend die Ärzte übernehmen, durch die Kontakte der Bezugspersonen mit anderen Berufsgruppen, v. a. mit dem Sozialdienst, ergänzt oder ersetzt werden können.

Im Vortrag werden Ergebnisse der Befragung und die Maßnahmen zur Verbesserung der Integration der Bezugspersonen dargestellt, die anhand der Ergebnisse mit den KEH-Mitarbeitern diskutiert wurden.

S704-3
Entlassmanagement im Krankenhaus bei Menschen mit Demenz

C. Warter, K. Grigorjew[1]

Medical Process Management, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; [1]Augsburg, Deutschland

Das Entlassmanagement im Krankenhaus soll einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, dass nach der Entlassung aus dem stationären Krankenhausaufenthalt, bei dem Übergang in ein ambulantes Versorgungssetting, keine Versorgungsbrüche auftreten. Eine besonders sensible Patientengruppe beim Sektorenübergang sind Menschen mit Demenz, da hier nicht nur die somatischen Pflege- und Versorgungsaspekte wie z. B. eine Wundtherapie bedacht werden müssen, sondern auch die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit miteinbezogen werden muss, die sich durch den stationären Aufenthalt häufig ganz unabhängig von der behandelten Erkrankung nochmals akut verschlechtern kann. Auch wenn die speziellen Versorgungsaspekte bei Menschen mit Demenz immer mehr in den Fokus rücken, heißt das noch nicht, dass adäquate Strukturen im Krankenhaus geschaffen wurden, um diese sensible Patientengruppe optimal zu versorgen. Wie steht es um demenzspezifische Konzepte beim Entlassmanagement in deutschen Krankenhäusern?

Im Zeitraum Februar bis April 2017 wurde eine qualitative und quantitative Datenerhebung im Rahmen einer Master-Arbeit im Master-Studiengang Merdical Process Management der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt. Zur qualitativen Datenerhebung wurden in vier Krankenhäusern teilstandardisierte Experteninterviews mit den Verantwortlichen des Entlassmanagements durchgeführt. Gleichzeitig wurde eine Online-Umfrage gestartet mit teilstandardisiertem Fragebogen. Diese Umfrage wurde an die Verantwortlichen im Entlassmanagement von 278 Krankenhäusern geschickt, mit einer Rücklaufquote von 31 %.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Problematik des Entlassprozesses bei Menschen mit Demenz durchaus im Bewusstsein der Entlassmanager angekommen ist, aber eine Umsetzung spezieller Konzepte zu Erfassung und Betreuung dieser Patientengruppe nur in ganz wenigen Fällen erfolgt ist. Die Hauptursache fehlender Umsetzung sehen die Experten im Mangel von zeitlichen und personellen Ressourcen. Wichtigste Ressource beim Entlassprozess von Menschen mit Demenz sind die Netzwerke mit demenzspezifischen Einrichtungen.

S704-4
Begleitete Entlassung (BegE) aus dem Krankenhaus – Absicherung des Übergangs durch gezielte Beratung von Angehörigen

R. Stolz, K. Stopper, E. Schmedding, A. Riedel[1]

Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen, Deutschland; [1]Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Hintergrund: Die Entlassung aus dem Krankenhaus ins häusliche Setting kann sowohl für die Patienten als auch für deren Angehörige eine kritische Episode im Krankheitsverlauf und im Versorgungsalltag darstellen. Im Projekt „Begleitete Entlassung (BegE)" steht die Stärkung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund, da sie einen erheblichen Beitrag dazu leisten, dass pflegebedürftige Menschen in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben können. In der fragilen Übergangszeit wird eine an die reale häusliche Situation angepasste zugehende Beratung benötigt, um bedarfsorientierte Pflegestrategien zu realisieren und zu verstetigen. Das Projekt ist im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen angesiedelt, in dem größtenteils geriatrische Patienten versorgt werden, die eine hohe Pflege- und Behandlungsintensität aufweisen. Ein segregativer Bereich für acht Patienten mit Nebendiagnose Demenz wurde 2018 eröffnet.

Ziel der Arbeit: Ziel des Projekts „BegE" ist es, mittels strukturierter und individueller Pflegeberatung pflegende Angehörige geriatrischer Patienten während des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting zu begleiten und auf die Übernahme der häuslichen Pflege vorzubereiten.

Fragestellung: Welchen Beratungsbedarf formulieren Angehörige geriatrischer Patienten beim Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Setting? Welche Interventionen müssen realisiert werden, um diesen Bedarf zu decken?

Material und Methoden: Explorative Befragung von Angehörigen, Gruppendiskussion mit Pflegefachkräften, Dokumentenanalyse von 47 Pflegedokumentationen. Quantitative Evaluation unter Einsatz der „Preparedness for Caregiving Scale" (Archbold et al. 1992), qualitative Evaluation (Interviews).

Ergebnisse: Ein Beratungs- und Interventionskonzept mit folgenden Elementen wurde entwickelt: Beratung für Angehörige während des Klinikaufenthalts, Nachsorgetelefonat 48 h nach Entlassung, bei Bedarf Hausbesuch innerhalb der ersten 10 Tage nach Entlassung. Zudem wurde ein Curriculum zur Erweiterung der Beratungskompetenz von Pflegefach-

kräften erarbeitet. Das Konzept sowie erste Erfahrungen der Implementierung und der Begleitevaluation werden vorgestellt.
Das Projekt wird im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege, durch das Sozialministerium Baden-Württemberg gefördert.

S706 Geriatrie meets Sozialmedizin

N. Lübke, K. Breuninger[1]
MDK Nord, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg, Deutschland; [1]Team Rehabilitation/Heilmittel, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen, Deutschland

Die Praxis geriatrischer Versorgung ist durch sozialgesetzliche Normen und eine Reihe untergesetzlicher Vorgaben (z. B. Rahmenempfehlungen, Begutachtungsanleitungen) bestimmt, die immer wieder Überarbeitungen unterliegen. Das gemeinsam vom Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste (KCG) sowie dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) getragene Symposium bietet ein Update zu einer Reihe aktueller Neuerungen für die geriatrische Leistungserbringung aus sozialmedizinischer Perspektive.
Schwerpunkte werden sein: die sektorenübergreifende Modifikation der Definition des geriatrischen Patienten (Beitrag von Renz), die Aktualisierung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 02.01.2018 (Beitrag von Meinck), Implikationen aus der aktuellen Rechtsprechung für die Abrechnung geriatrisch frührehabilitativer Komplexleistungen in der Akutgeriatrie (Beitrag von Ernst), Besonderheiten des neu entwickelten QS-Reha-Verfahrens Geriatrie zu Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit (Beitrag von Lübke) sowie Weiterentwicklungen des bundesweit einheitlich strukturierten Verfahrens von Feststellungen zur Rehabilitation in der Pflegebegutachtung (Beitrag von Breuninger).

S706-1
Aktualisierte Definition des geriatrischen Patienten aus sozialmedizinischer Perspektive

J.-C. Renz, N. Lübke
MDK Nord, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg, Deutschland

Ziel der Definition des geriatrischen Patienten in der GKV war es bisher, Personen zu identifizieren, deren gesundheitliche Gesamtsituation speziell auf die Situation alter und hilfsbedürftiger Menschen abgestimmte komplexe Behandlungs- und Rehabilitationsangebote erfordern (Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ (2016)). Der Beitrag stellt jetzt erfolgte sektorenübergreifend einsetzbare Änderungen dar, die sich an die aktuelle Definition geriatrischer Patienten der geriatrischen Fachgesellschaften anlehnen. Auch die Aktualisierung hält an den bisherigen Merkmalen der geriatrietypischen Multimorbidität (gtMM) und eines Alters von in der Regel ≥ 70 Jahren fest. Sie operationalisiert den Begriff Multimorbidität und strukturiert deren Geriatrietypik gemäß ICF neu nach Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen, die sich häufig auf die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation und Haushaltsführung auswirken und oft zu Polymedikation, gehäuften Krankenhausbehandlungen und der Verordnung von Hilfsmitteln führen. Ein Alter < 60 Jahren ist ausgeschlossen. Zwischen 60 und 69 Jahren muss eine ausgeprägte gtMM vorliegen. Den geriatrischen Fachgesellschaften folgend besteht bei einem Alter ≥ 80 Jahren aufgrund alterstypisch erhöhter Vulnerabilität auch ohne manifeste gtMM bereits eine die Zuschreibung des Begriffs „geriatrisch“ begründende besondere Risikokonstellation für das Auftreten von Behandlungskomplikationen/Folgeerkrankungen und Beeinträchtigungen der bisherigen Lebensführung bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Die aktualisierte Definition fokussiert somit auf die Identifikation eines besonderen Risikopotenzials, ohne bereits zwingend an einen Behandlungsbedarf gebunden zu sein. Dieses Risikopotenzial ist aber bei jeder Behandlung sektoren- und allokationsübergreifend abzuschätzen und bei jeder Versorgungsentscheidung zu berücksichtigen. Die erfolgte Erweiterung stützt das Bewusstsein für geriatrische Risikokonstellationen auch ohne bereits manifeste gtMM und erlaubt auch präventive Interventionen bei Vulnerabilität im höheren Lebensalter. Ungeachtet einer solchen Risikoidentifikation erfordert der Zugang zu spezifisch geriatrischen Leistungen unverändert die Erfüllung weiterer sektorspezifisch definierter Indikationskriterien, um entsprechende Bedarfe zu begründen.

S706-2
Aktualisierte Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation: Grundlagen zur Weiterentwicklung und zum bedarfsgerechten Ausbau

M. Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft, Hamburg, Deutschland

Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) wird als komplexe medizinische Leistung wohnortnah erbracht. Rahmenbedingungen für ihre Durchführung sind in trägerübergreifenden und trägerspezifischen Rahmenempfehlungen (RE) festgelegt. Diese beschreiben Voraussetzungen, Anforderungen, Ziele sowie die durchzuführenden Maßnahmen. Sie enthalten auch Vorgaben für die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen. Die GKV veröffentlichte Anfang 2018 aktualisierte RE zur AGR. Der Beitrag berichtet über die vorgenommenen Änderungen im Hinblick auf weiterentwickelte fachliche Grundlagen.
Die vorgenommenen Aktualisierungen der RE betreffen: Anpassungen an geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen, die stringente Verwendung der Terminologie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF), die differenziertere Beschreibung der Prozesse und Behandlungselemente sowie eine deutlichere Ausrichtung auf Aspekte der sozialen Teilhabe. Zusätzlich stellt die aktualisierte Fassung den Kontext zur Definition des geriatrischen Patienten durch die geriatrischen Fachgesellschaften aus dem Jahre 2007 her.
Die aktualisierten RE schaffen damit Grundlagen für eine fachlich angemessene Weiterentwicklung der AGR. Bisher besteht jedoch mit ca. 60 Einrichtungen kein flächendeckendes Angebot. Die Aktualisierungen der RE sind daher auch daran zu messen, ob sie einen angemessenen Ausbau befördern. Hierbei ist zu beachten, dass keine leistungsrechtlich einheitliche geriatrisch-rehabilitative Versorgungsstruktur existiert. Die vorgenommenen Aktualisierungen werden sich auch auf die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation auswirken. Diese definiert für alle Krankenkassen und Medizinischen Dienste verbindliche Kriterien für die Bedarfsfeststellung medizinischer und damit auch geriatrischer Rehabilitation.

S706-3
Implikationen der aktuellen Rechtsprechung für die Kodierprüfung geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen

F. Ernst
Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft, Hamburg, Deutschland

Die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550*) steht im Fokus der sozialmedizinischen Einzelfallbegutachtung nach § 275 SGB V in der Akutgeriatrie. Die hierbei erfolgende Auslegung dieses Komplexkodes wird zunehmend durch die Sozialgerichtsbarkeit gestützt. Dies findet seinen Niederschlag auch in Ergänzungen der Begutachtungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie für die MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung geriatrischer Komplexbehandlungen.
In den aktuellen Begutachtungshinweisen wurden aufgrund höchstrichterlicher Ausführungen zur fachärztlichen Behandlungsleitung (B 1 KR 4/15 R), die eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung und nicht nur die Verantwortung für die Organisation und das Funk-

tionieren der Behandlungseinheit vorgeben, vorhandene Mindestkriterien weiter operationalisiert.
Überdies wurden die in den Begutachtungshinweisen langjährig geforderten Mindestkriterien zur Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung (B 1 KR 19/17 R) jüngst höchstrichterlich bestätigt: Eine konkrete Beschreibung wochenbezogener Behandlungsergebnisse und eigenständiger Behandlungsziele je Therapiebereich ist obligat.
Weitere Implikationen aus der aktuellen Rechtsprechung betreffen beispielsweise die Anrechenbarkeit von Therapieeinheiten oder die Anteile von Einzel- und Gruppentherapie.

S706-4
Neue Wege der Qualitätssicherung im QS-Reha-Verfahren Geriatrie hinsichtlich der Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit

N. Lübke
MDK Nord, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg, Deutschland

In einem mehrjährigen von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern eng begleiteten Prozess wurde das QS-Reha-Verfahren Geriatrie von dem damit beauftragten BQS-Institut um die noch fehlenden Module Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit ergänzt und damit zum vorläufigen Abschluss gebracht.
Als besondere Herausforderungen galten hierbei zunächst die Vielfalt der in der geriatrischen Rehabilitation auftretenden Erkrankungs- und Behinderungskombinationen sowie die häufigen kognitiven Beeinträchtigungen der Rehabilitanden. Ferner wurde entsprechend den Anforderungen des neuen Bundesteilhabegesetzes der Formulierung eines individuellen Rehabilitationszieles zur Verbesserung der Teilhabe ein zentraler Stellenwert für die Messung der Ergebnisqualität beigemessen. Die Ergebnisse sollen sich ferner im konkreten Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen niederschlagen und daher erst dort erfragt werden. Letztlich sollten die Ergebnisse ICF-konform erhoben und bewertet werden.
Auf dieser Grundlage wurde ein im QS-Reha-Verfahren der GKV bisher einmaliges Verfahren zur Erhebung der Ergebnisqualität entwickelt und in einem Pretest und einer Pilotphase getestet. Es umfasst die individuelle Erstellung von Ergebnisbewertungsbogen, den bedarfsweisen Einbezug von Bezugspersonen sowie eine weitreichende Risikoadjustierung.
Der Beitrag stellt die Grundzüge des entwickelten Verfahrens, inkl. seiner Verfahrensmodifikationen im Entwicklungsprozess, beispielhaft dar.

S706-5
Rehabedarfsfeststellung im Rahmen der Pflegebegutachtung der MDK: Entwicklung vom Projekt „Reha XI" bis zur Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)

K. Breuninger
Team Rehabilitation/Heilmittel, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen, Deutschland

Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege" ist seit Jahren in der Sozialgesetzgebung (SGB IX, V, XI) verankert. Die Gutachter der MDK müssen gemäß § 18 Abs. 6 SGB XI bei jeder Pflegebegutachtung auch prüfen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet sind, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Pflegebegutachtung ist dabei einer von drei Zugangswegen zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV, der eher spät, am Ende der Versorgungskette steht. Vor dem Hintergrund der immer wieder geäußerten Kritik an den niedrigen Rehabilitations-Empfehlungen wurde 2013/2014 das Projekt „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung der MDK" durchgeführt. Es ist bisher das größte wissenschaftliche Evaluationsprojekt zu diesem Thema. Im Rahmen des Projektes war nach einer umfangreichen Ist-Analyse ein „Gute-Praxis-Standard" (GPS) entwickelt und an 3247 Begutachtungsfällen evaluiert worden. Im Ergebnis wurde im zweistufigen Verfahren (strukturierte Zusammenarbeit von Pflegefachkräften und Ärzten) in 6,3 % der Fälle eine Reha-Indikation gestellt. Die MDK-Gemeinschaft hat Anfang 2015 die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt „Reha XI" als optimierten Begutachtungsstandard (OBS) flächendeckend in die Regelbegutachtung aller MDK überführt. Mit In-Kraft-Treten des Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde der OBS außerdem gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Das Projekt Reha XI und die nachfolgende Einführung des OBS haben zu deutlichen Qualitätsverbesserungen im Begutachtungsablauf und in deren Folge zu einem kontinuierlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen geführt. Wurden in 2014 bundesweit noch für 0,9 % der Fälle eine Reha-Empfehlung ausgesprochen, waren es im Jahr 2016 2,9 %. Seit dem 01.01.2017 gelten ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Maßstab ist nun der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen. Damit stehen seine Ressourcen und die Frage, wie diese erhalten oder verbessert werden können, im Fokus. Dieser Ansatz ermöglicht auch eine verbesserte systematische Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf. Die Reha-Empfehlungen in 2017 zeigen einen weiter positiven Trend.

S707 Freie Vorträge – Alter(n) und Lebensplanung

S707-1
„Ich würde gerne ein bisschen freier sein wollen" – Ältere pflegende (Ehe-)PartnerInnen zwischen Autonomiesicherung und Selbstaufgabe

M. Vukoman, F. Schönberger, C. Walter
Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, Fachhochschule Dortmund, Dortmund, Deutschland

(Ehe-)PartnerInnen stellen eine der größten Gruppen der „care reserve" (Haubner 2017) dar und sind gleichsam bedeutend für die Aufrechterhaltung des deutschen Pflegesystems. Gerade ältere (Ehe-)Partnerinnen haben einerseits, beispielsweise aufgrund von Zuneigung und/oder Gewohnheit im Sinne einer Fortführung der jahrzehntelangen wechselseitigen Care-Verantwortung eine hohe Bereitschaft, die Hauptpflegearbeit zu übernehmen *(„…wir sind fast 60 Jahre verheiratet und dann ähm, gehört das halt dazu.")*. Andererseits haben sie kaum eine Alternative dazu, sind sie doch in der deutschen „familialistischen Pflegekultur" (Lessenich 2003) moralisch geradezu dazu „verpflichtet" *(„Ich denke, es geht gar nicht anders. Ja, ich muss das so machen!")*. Gleichzeitig spielen auch immer Faktoren der Lebenslagen, wie z. B. der sozioökonomische Status, die eigene Gesundheit, das soziale Netzwerk etc. eine Rolle für die Organisation, Ausgestaltung und Bewältigung dieser (plötzlich auftretenden) neuen Situation in einer Paarbeziehung.
Das Projekt „Pflege im Quartier" (PiQ) geht u. a. der Frage nach, wie die verschiedenen häuslichen Pflegesettings älterer Menschen organisiert sind und welche Probleme und Bedarfe dabei sichtbar werden. Auf der Basis fallkontrastiver Auswertung leitfadengestützter Einzel- und Paarinterviews, als Teilergebnis des Projektes, werden Strategien der befragten Paare zur Bewältigung von Belastungen durch die Pflegesituation dargestellt. Exemplarisch wird sich hier auf die Fälle von (Ehe-)PartnerInnen-Pflege beschränkt, andere ebenfalls im Zuge von PiQ untersuchte Pflegesettings bleiben hier unberücksichtigt. In die Analyse flossen außerdem egozentrierte Netzwerkkarten ein und zeigen, ergänzend zu den Interviews, Problemfelder und Ressourcen der Paare auf. Hieraus werden Implikationen sowohl für die pflegerische und sozialarbeiterische Praxis als auch die (kommunale) Pflegepolitik abgeleitet und bieten damit konkrete Handlungsansätze auf verschiedenen Ebenen zur strukturellen Verbesserung der Situation von älteren pflegenden (Ehe-)PartnerInnen und damit zur Verbesserung ihrer jeweiligen Lebensbedingungen.

S707-2
Auflösung von Langzeitpartnerschaften im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung eines postpartnerschaftlich gelingenden Miteinanders

A.-V. Blaschke
Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Halle (Saale), Deutschland

Ziel des Beitrags über die Ergebnisse der Master-Arbeit zum Thema „Auflösung von Langzeitpartnerschaften im höheren Lebensalter. Hintergründe, Auswirkungen und Bewältigung“ soll, nach der Beleuchtung allgemeiner Befunde zu Liebe und Partnerschaft, Auslösern und Ursachen, Auswirkungen sowie Bewältigungsaspekten und partnerschaftlichen Neuorientierungsoptionen (infolge) dieses kritischen, statistisch immer präsenteren Lebensereignisses, insbesondere sein, Faktoren eines postpartnerschaftlich gelingenden Miteinanders nachzuspüren. Dazu wurden, in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, mit einem Gesprächsgruppenleiter, einer Scheidungsanwältin sowie einem Paartherapeuten geführte Experteninterviews ausgewertet. Im Ergebnis stehen die Kategorien „Definition“, „Bedingungsfaktoren“, „Vorteile“ und „Sinnhaftigkeit“ eines respektvollen Aufeinanderbezogenseins nach der Trennung. Zusammenfassend formuliert, wirkt ein solches auf vielfältige Weise heilsam, sofern nicht individuelle resp. kontextuelle Einflussfaktoren einer entsprechend gelagerten Beziehungsarbeit entgegenstehen. Eine friedvolle Beziehung im Nachgang des gemeinsam gestalteten Lebensabschnitts erscheint im Hinblick auf die eingedenk des „Broken-heart“-Syndroms und der erhöhten Suizidalität mitunter tödlichen, meist durch Entfremdung, Inkompatibilität und sexuelle Außenbeziehungen in Gang gesetzten, in aller Regel in den höheren Lebensabschnitt lediglich verlagerten, also nicht durch ebendiesen verursachten Aufkündigungen aber umso bedeutsamer, wenngleich auch die meisten Betroffenen das grundsätzlich für beide Seiten, insbesonders bei zerrütteten Einverdienerehen auch materiell einschneidende Auseinandergehen im Zeitverlauf gut verkraften, wofür v. a. die Resilienz als auch neue Liebesbeziehungen verantwortlich sind. Für die Soziale Arbeit ergeben sich zahlreiche Anknüpfungspunkte, angefangen etwa bei der Unterstützung eines sozialen Wandels in Richtung weniger exklusiver Beziehungskonstruktionen über Angebote des Ruhestandsmanagements bis hin zur Trauerbegleitung. Nicht zuletzt stellen sich durch die veränderte familiäre Situation auch pflegeorganisatorische Fragen. Daneben sollen einige Forschungsdesiderate, wie die in der Literatur nichtbeleuchteten Brüche homo-, bi- oder pansexueller Verbindungen, aufgezeigt sowie die eigene Forschungspraxis gerade in Bezug auf die „Hard-to-reach“-Thematik auch bei dieser Zielgruppe kritisch reflektiert und eine partizipative Alternative angedacht werden.

S707-3
Altern und eine veränderte soziale Praxis – „doing age“ jenseits von Generalisierungen?

J. Weigt
Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

In der Gerontologie zielt der Diskurs u. a. auf die Auseinandersetzung und Neuverhandlung im Umgang mit Altersbildern ab und den Schritt hin zum Perspektivenwechsel „Vielfalt des Alterns“ in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. Bereits im 6. Altenbericht wurde deutlich die Perspektive auf zeitgerechte Altersbilder gerichtet. Altersbilder zeigen sich im Wechselspiel von Selbst- und Fremdwahrnehmungen. Einerseits beeinflusst das Selbstbild und die Berücksichtigung eigener Potenziale die Wahrnehmung und andererseits auch der Umgang innerhalb von Lebensspielräumen und der Entfaltungsmöglichkeiten im Umfeld intergenerationaler Beziehungen. Interessant ist es, sich der Vorstellung „zeitgerechter“ Altersbilder anzunähern. Im Diskurs um „doing age“ handelt es sich um alter(n)sbezogene Praktiken, welche sich, so Schroeter (2014), sowohl korporal als auch in Deutungs- und Sinnmustern zeigen. In der Vermittlung von Symboliken (beispielsweise Kleidung oder Haltung) findet demnach „wahres“ und „vermeintliches“ Alter Ausdruck. Insbesondere werden Praktiken als „alterstypisch“ wahrgenommen und als „altersangemessen“ akzeptiert. Dieses Wechselspiel deutet auf ein Selbst- und Fremdbild-Dilemma hin. Zwischen verfestigten Altersbildern früherer Generationen und der eigenen Wahrnehmung der aktiven Gestaltung der höheren Lebensphasen bildet sich eine Kluft.
Bereits an diesem Punkt kann es von Bedeutung sein, die Vorstellungen und Deutungen sowie Praktiken der Adressaten zu berücksichtigen, um Lebenswelten der Älteren von Morgen mit ihnen und nicht „über sie“ zu entwickeln, sozusagen Partizipation als Handlungsform im Diskurs, um „doing age“ zu berücksichtigen. Im Vortrag soll es um die konzeptionelle Darstellungen des Selbst- und Fremdbild-Dilemmas hinsichtlich der Altersbilder gehen, um die Vorstellungen über „alterstypische“ soziale Praktiken im Zusammenhang zu betrachten, vor dem Hintergrund, Partizipation als Handlungsform im Diskurs um „doing age“ zu diskutieren. Ziel ist es dabei die Diskussion um die Perspektivendifferenzierung hinsichtlich der Altersbilder, jenseits von Generalisierungen über das Alter(n) mitzuentwickeln.

S707-4
Kompetenzentwicklung älterer ArbeitnehmerInnen im Handwerk: Determinanten existierender Angebotsstrukturen im Handwerksektor

L. Naegele
Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Vor dem Hintergrund demografischer Alterungsprozesse sowie zunehmend dynamisierter Arbeitswelten rücken ältere ArbeitnehmerInnen zunehmend ins Zentrum des Interesses von Wirtschaft, Politik und Wissenschaft. Diese Entwicklungen werfen, neben Fragen nach alter(n)sgerechten Arbeitswelten, insbesondere Fragen des betrieblichen Qualifikations- und Kompetenzentwicklungsmanagements auf. Um Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu erhalten, wird es zunehmend erforderlich sein, alle Altersgruppen in Kompetenzentwicklungs- und Weiterbildungsmaßnahmen einzubinden. Es stellt sich nun die Frage, inwieweit ältere ArbeitnehmerInnen überhaupt als Zielgruppe betrieblichen Kompetenzmanagements in den Blick genommen werden und welche Abwägungsprozesse auf Betriebsseite vorgenommen werden, um in das „lebenslange Lernen“ von älteren ArbeitnehmerInnen zu investieren. Die hier vorgestellte Dissertation nähert sich diesen Fragen mit einem speziellen Fokus auf den Handwerkssektor in Deutschland. Um den in der Arbeit aufgeworfenen Forschungsfragen nachzugehen, wurden in einem ersten Schritt, im Rahmen einer schriftlichen Befragung, 257 BetriebsinhaberInnen von Handwerksunternehmen in Niedersachsen befragt. Mithilfe von hierarchischen Cluster-Analysen konnten drei distinkte Muster betrieblicher Handlungsweisen identifiziert werden: (1) „limited“, (2) „mix 'n match“ und (3) „do it all“. Diese lassen sich v. a. in Bezug auf Angebotshäufigkeit, angebotene Kompetenz- und Weiterbildungsformate bzw. deren Fokussierung auf Ältere unterscheiden. Im Zentrum des Interesses des zweiten qualitativen Analyseschrittes lagen die Determinanten dieser distinkten Verhaltensmuster bzw. Angebotsstrukturen sowie deren Rückkopplung an existierende theoretische Bezüge. Hierzu wurden 16 leitfadengestützte Interviews mit Führungskräften aus Handwerksbetrieben geführt und mithilfe der empirischen Typenbildung ausgewertet. Es zeigte sich, dass die Erklärungskraft des im Weiterbildungsdiskurs häufig dominanten „Rational-choice“-Ansatz im Kontext der klein- und mittelständigen Struktur von Handwerksbetrieben, den tradierten Aus- und Weiterbildungsstrukturen sowie der besonderen Rolle der BetriebsinhaberInnen im Handwerkssektor als begrenzt anzusehen ist. Darüber hinaus erwiesen sich insbesondere die Theorie der segmentierten Arbeitsmärkte sowie das Promotorenmodell als fruchtbar für die theoretische Begründung distinkter Muster betrieblichen Kompetenzmanagements im Handwerk.

S708 Freie Vorträge – soziale Teilhabe älterer Menschen

S708-1
„Mittendrin im Alter statt allein" (MIASA): eine wirksame Intervention zur Reduzierung von Einsamkeit und Verbesserung des Wohlbefindens bei älteren Menschen

V. Kölligan, M. Klein

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Katholische Hochschule NRW, Köln, Deutschland

Einsamkeit ist ein Risikofaktor für psychische Störungen und hat somatische Folgen. Im höheren Lebensalter wird Einsamkeit durch Mobilitätseinschränkungen, knappe finanzielle Ressourcen oder kritische Lebensereignisse zu einer besonderen Herausforderung. Das Kleingruppenprogramm MIASA behandelt in 10 modularisierten, 90-minütigen Treffen interaktiv die Bereiche Selbstfürsorge, Aktivitätsaufbau, soziale Kompetenzen und Umgang mit belastenden Gedanken. Ziele des Programms sind, niedrigschwellig und ökonomisch soziale Teilhabe zu fördern und Einsamkeit zu reduzieren. Die Wirksamkeitsevaluation des Programms erfolgt mittels eines „Single-group", Prä-post-Designs mit 3 Messzeitpunkten (t0: zu Programmbeginn, t1: nach Programmende, t2: Follow-up, 3 Monate nach Programmende). Bis zur Abstract-Einreichung nahmen 29 Personen (76 % weiblich, 24 % männlich) zwischen 65 und 90 Jahren (M = 74, SD = 6,88) in 6 Kleingruppen an dem Programm teil, von denen 20 alle Treffen beendeten (Drop-out: 31 %). Subjektiv bewerteten sie das Programm zu t1 überwiegend (73,3 %) als „sehr gut" oder „gut". Die verwendeten Skalen zeigen von t0 zu t1 bei $n = 18$ (t0), $n = 17$ (t1) und $n = 11$ (t2) eine signifikante (a) Steigerung der sozialen Integration ($t(14) = -2{,}47$, $p < 0{,}05$; FSozU) und (b) Reduzierung von Einsamkeitsgefühlen ($t(14) = 2{,}77$, $p < 0{,}01$; UCLA), Somatisierung ($t(14) = 1{,}98$, $p < 0{,}05$), Ängstlichkeit ($t(14) = 3{,}01$, $p < 0{,}01$) und Depressivität ($t(14) = 2{,}31$, $p < 0{,}05$) (BSI-18), sowie dysfunktionaler Einstellungen ($t(13) = 2{,}21$, $p < 0{,}01$; DAS18-B). Von t1 zu t2 zeigen sich nichtsignifikante Tendenzen in dieselben Richtungen. Den bisherigen Resultaten zufolge ist das Programm MIASA attraktiv für die Zielgruppe, kurzfristig wirksam und ökonomisch in der Durchführung. Weitere, momentan laufende Gruppen sollen die Datenbasis vergrößern und Rückschlüsse über längerfristige Effekte ermöglichen.

S708-2
Intergenerationalität im Quartier – Bilder junger Menschen aus der Sicht älterer Quartiersbewohner

A. Bergholz

NRW Forschrittskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Im Zuge des demografischen Wandels und den daraus resultierenden gesellschaftspolitischen Maßnahmen sind Stadtquartiere in den Fokus wissenschaftlicher und praktischer Auseinandersetzung gerückt. In diesem Zusammenhang ist intergenerationales Zusammenleben in Quartieren ein wichtiger Aspekt, um beispielsweise gemeinschaftliches Miteinander und Nachbarschaft zu stärken.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung geht der Beitrag der Frage nach, welche Bilder ältere Menschen von jungen Menschen haben, worauf diese basieren und wie diese im täglichen Quartiersleben wirken bzw. wie dort intergenerational zusammengelebt wird.

Die Analyse basiert auf einem metatheoretischen Handlungsmodell, welches zwischen stereotypisiertem Wissen und handlungspraktischem Wissen (sogenannte Erfahrungsbilder) unterscheidet (Bohnsack 2014; Schäffer 2010). Zentral für die Auswertung ist die Herausarbeitung von konjunktivem Wissen (Mannheim 1980), auf dem die Erfahrungsbilder älterer Menschen von jungen Menschen beruhen.

Empirisch fußt der Beitrag auf dem Problemzentrierten Interview (Witzel 1985) mit Quartiersbewohnern zwischen 55 und 89 Jahren, die in einem Innenstadtquartier einer kleinen Großstadt in Nordrhein-Westfalen leben. Als Auswertungsmethode wurde die Dokumentarische Methode (Bohnsack 2014, Nohl 2012) genutzt.

Erste Ergebnisse zeigen, dass v. a. generationenspezifische Aspekte relevant sind. Es zeigt sich ein starker Bezug zu den Normen und Werten des eigenen Jungseins. Weiterhin kann eine gewisse Distanz zwischen den Generationen für das Untersuchungsfeld des Innenstadtquartiers konstatiert werden, da es zu wenigen Begegnungen und zu wenig Austausch mit jungen Menschen kommt und somit wenige aktuelle Erfahrungsbilder vorhanden sind. Dies lässt darauf schließen, dass eher ein Nebeneinander als ein Miteinander der Generationen im Quartier vorherrscht.

S708-3
Das Potenzial neuer Technologien zur Unterstützung von Pflege und Sorge über eine räumliche Distanz

A. Franke, B. Kramer, P. M. Jann, U. Otto[1], I. Bischofberger[1], K. van Holten[1], A. Zentgraf[1]

Gesundheitswissenschaften/Methoden der Sozialen Arbeit, Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland; [1]Careum Forschung, Dep. Gesundheit Kalaidos Hochschule Zürich, Zürich, Schweiz

Aufgrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Arbeitsmobilität und neuer Familienmuster bestehen soziale Beziehungen oft über große Entfernungen oder gar nationale Grenzen hinweg. Die Betreuung pflegebedürftiger Familienangehöriger kann eine besondere Herausforderung sein bzw. werden, wenn diese räumlich weit entfernt wohnen.

Das Thema „distance caregiving" ist deshalb ein hochaktuelles, aber immer noch wenig diskutiertes Thema, auch in Deutschland. Das binationale „Distance-caregiving"-Projekt „DiCa" (2016–2019) mit einem interdisziplinären Forschungsteam aus Deutschland und der Schweiz zielt darauf ab, verschiedene Dimensionen von „distance caregiving" zu untersuchen: pflegende Angehörige, Arbeitgeber und Vorsorgeeinrichtungen. Ziel ist es, Strategien, Netzwerke, aber auch mögliche innovative Technologien zu identifizieren und familienfreundliche Unterstützungs- und Kommunikationsmechanismen aus der Sicht der Einzelnen, der Arbeitgeber und der professionellen Pflegekräfte in den Blick zu nehmen.

In diesem Beitrag werden Ergebnisse aus qualitativen Experteninterviews mit Arbeitgebern aus verschiedenen Branchen (z. B. Automobilindustrie, Versicherungsunternehmen, Vorsorgeeinrichtungen) über den möglichen Einsatz von neuen Technologien zur Unterstützung ihrer Mitarbeitenden, die einen Angehörigen über eine räumliche Distanz unterstützen, vorgestellt. Diese neuen Technologien kommen aus dem Bereich von „ambient assisted living" (AAL) und „smart home", schließen aber auch moderne Kommunikations- und Informationstechnologien mit ein. Erste Ergebnisse aus qualitativen Interviews mit „distance caregivers" über den aktuellen Einsatz und das Potenzial neuer Technologien bei „distance caregiving" werden vorgestellt.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Unterstützung von „distance caregivers" durch geeignete Maßnahmen und Instrumente die Beschäftigungsfähigkeit dieser Mitarbeitenden erhalten und die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren kann.

S708-4
Selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen bei Demenz – wie kann eine Leitlinie dabei helfen?!

V. A. Tesky-Ibeli, M. Knebel[1], T. Müller[1], C. Winkelmann, J. Pantel[1], J. Haberstroh[1]

Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Hintergrund: Aufgrund des demografischen Wandels wird das medizinische Versorgungssystem in den nächsten Jahren mit einer wachsenden Zahl an Menschen mit Demenz konfrontiert werden. Sind zurzeit bereits

über 1.4 Mio. Menschen an einer Demenz erkrankt, so ist eine Verdoppelung bis 2050 möglich. Menschen mit Demenz sind in der Regel multimorbide und leiden neben der Demenz durchschnittlich an 4 bis 6 weiteren Grunderkrankungen; sie sind folglich angewiesen auf medizinische Maßnahmen und werden regelmäßig mit Entscheidungen zur medizinischen Diagnostik und/oder Behandlung konfrontiert. Da die Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen dabei häufig infrage gestellt wird, werden regelmäßig stellvertretende Entscheidungen getroffen. Um beurteilen zu können, ob eine rechtlich wirksame Einwilligung vorliegt, bedarf es der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit. Für dieses Vorgehen besteht der dringende Bedarf an Kriterien und Prozeduren, um eine Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz zu optimieren.
Material und Methoden: Hilfestellung soll an dieser Stelle die AWMF-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen" schaffen. Sie soll strukturierte Empfehlungen zur Sicherung der Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz (insbesondere im Sinne der Selbstbestimmung) bei Entscheidungen über medizinische Maßnahmen (Diagnostik, ärztliche Heilbehandlung, palliativmedizinische Maßnahmen) zur Verfügung stellen. Aufseiten der Patienten sollen hierdurch Autonomie (Entscheidungen in der Situation, Berücksichtigung von früheren Willensäußerungen) und Wohlbefinden ermöglicht werden. Die hemmenden und fördernden Faktoren der Umsetzung und die Anwendbarkeit der entwickelten Leitlinie werden mithilfe eines selbstentwickelten Onlinefragebogens ermittelt und analysiert.
Ergebnisse: Erste Ergebnisse zu Akzeptanz, Übernahme, Angemessenheit und Machbarkeit sollen im Rahmen des Kongresses präsentiert werden.

S708-5
Schützt bürgerschaftliches Engagement gegen übermäßigen Alkohol- und Tabakkonsum im Alter? Teil I: Befunde aus dem German Socio-Economic Panel (SOEP)

M. Pavlova, M. Lühr, M. Luhmann[1]

Psychologische Gerontologie, Insitut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland; [1]Psychological Methods, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Bürgerschaftliches Engagement als eine Form sozialer Teilhabe im Alter kann den Substanzkonsum über unterschiedliche Pfade beeinflussen. Einerseits sind wegen sozialer Kontrolle durch andere Engagierte und Engagement als sinnvolle Tätigkeit, die eine Alternative zum Risikoverhalten anbietet, Schutzeffekte denkbar. Andererseits kann Substanzkonsum als Bestandteil sozialer Interaktionen betrachtet und insofern durch Engagement auch gefördert werden.
In dieser Studie haben wir die Auswirkungen verschiedener Formen des Engagements auf den Alkohol- und Tabakkonsum bei älteren (am Anfang des Beobachtungszeitraums 65 bis 75 Jahre alt) Personen aus Deutschland untersucht. Als Datengrundlage dient der SOEP, eine repräsentative jährliche Befragung der Gesamtbevölkerung in Privathaushalten. Um für Selektionseffekte kontrollieren zu können, haben wir eine Mehrebenenanalyse durchgeführt, wobei jährliche Beobachtungen innerhalb von Personen gruppiert wurden und zwischen den interindividuellen Unterschieden („Between"-Varianz) und individueller Veränderung über die Zeit hinweg („Within"-Varianz) unterschieden wurde. In separaten Modellen wurde für soziodemografische Merkmale, subjektive Gesundheit und Wohlbefinden sowie andere Aktivitäten kontrolliert.
Auf der „Between"-Ebene zeigte sich, dass Personen, die im Beobachtungszeitraum jemals Mitglied in einer freiwilligen Organisation/Partei/eines freiwilligen Vereins oder relativ häufig politisch aktiv waren, seltener gar keinen Alkohol tranken. Eine Mitgliedschaft hing auch mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Rauchens zusammen, während eine durchschnittlich häufigere politische Beteiligung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des Rauchens einherging.
Auf der „Within"-Ebene ergaben sich signifikante positive Effekte einer Mitgliedschaft auf moderaten Alkoholkonsum ein Jahr später. Zudem wirkte sich bei Frauen eine häufigere politische Beteiligung positiv auf seltenen und negativ auf moderaten Alkoholkonsum im nächsten Jahr aus. Bei Männern wurden positive Effekte einer häufiger als üblich ausgeübten Freiwilligenarbeit auf die Intensität des Rauchens ein Jahr später beobachtet.
Diese Befunde lassen zum einen auf ausgeprägte Selektionseffekte schließen, zum anderen weisen sie darauf hin, dass bürgerschaftliches Engagement im Alter auch unerwünschte Auswirkungen auf eine Veränderung im Alkohol- und Tabakkonsum haben kann.

S709 Freie Vorträge – Versorgung

S709-1
Die Fähigkeit zu Zahn- und Prothesenreinigung von stationären geriatrischen Patienten testen – eine klinische Validierungsstudie

I. M. Schüler, B. Kurtz[1], T. Lehmann[2], R. Heinrich-Weltzien, A. Kwetkat[3]

Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde, Zentrum für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde, Universitätsklinik Jena, Jena, Deutschland; [1]Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie mit Sektion Alterszahnheilkunde, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinik Jena, Jena, Deutschland; [2]Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland; [3]Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Stationäre geriatrische Patienten tragen eine doppelte Last – neben den altersbedingten funktionellen und kognitiven Einschränkungen leiden sie an Multimorbidität und akuten Erkrankungen. In dieser Situation ist es besonders wichtig, dass dem zusätzlichen Auftreten von plaqueinduzierten Mundgesundheitsproblemen vorgebeugt wird. Die Entscheidung, welcher geriatrische Patient nicht mehr in der Lage ist, die eigene Mundhygiene effizient durchzuführen, fällt Zahnärzten und Geriatern schwer. Ein kurzer und einfacher Test könnte die Entscheidungsfindung unterstützen. Der „timed test for money counting" (TTMC) ist ein validierter und etablierter geriatrischer Assessmenttest, der motorische, visuelle und kognitive Fähigkeiten überprüft. In Kombination mit dem Nackengriff (NG) können die wichtigsten Fertigkeiten, die für das Zähneputzen und die Zahnprothesenreinigung erforderlich sind, eingeschätzt werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war es nachzuweisen, ob der TTMC in Verbindung mit dem NG ein geeignetes Instrument für die Einschätzung der Mundhygienefähigkeit geriatrischer Patienten darstellt. Die klinische Validierungsstudie wurde mit 74 geriatrischen Patienten zwischen 66 und 98 Jahren (mittleres Alter: 84,1 Jahre) durchgeführt. Neben dem TTMC und NG wurden die Karieserfahrung, die Parodontalgesundheit sowie der Plaquebefall an den Zähnen und an den Prothesen erfasst. Der Plaquebefall wurde jeweils vor und nach der selbstständig durchgeführten Mundhygiene gemessen. Die Ergebnisse aus dem geriatrischen Assessment wurden den Patientenakten entnommen. Der TTMC und NG wurden erfolgreich von 66,2 % der geriatrischen Patienten durchgeführt. Das Bestehen des TTMC und NG war signifikant mit einer effektiveren Plaquereduktion an Zähnen und Prothesen assoziiert. Die Sensitivität des TTMC und NG für eine überdurchschnittliche Plaqueentfernung betrug 86,4 % bei Zähnen und 77,8 % bei Prothesen. Der negative Vorhersagewert war 75,0 % für die Erkennung von Patienten mit unterdurchschnittlichen Plaquereduktionsraten an den Zähnen und 77,8 % an den Prothesen. Der TTMC und NG haben das Potenzial als einfacher und kurzer Test von nur etwa 5 min den Geriatern zu helfen, Patienten zu identifizieren, die nicht mehr in der Lage sind, selbst eine effektive Mund- und Prothesenhygiene durchzuführen.

S709-2
Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines Konzeptes zu Prävention und Behandlung von Mangelernährung bei geriatrischen Patienten im Krankenhaus

R. Wientjens, F. Graeb, A. Elsbernd, R. Wolke

Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein erheblicher Anteil der PatientInnen im Krankenhaus während seines Aufenthaltes deutlich an Gewicht verliert und zudem häufig Zeichen einer Mangelernährung aufweist. Von diesem Phänomen Mangelernährung sind ältere Menschen im besonderen Maße betroffen, was mit einer verringerten Lebensqualität, erhöhter Komplikationsrate, Morbidität und Mortalität sowie verlängerter Rekonvaleszenz einhergeht. Trotz breiten Fachwissens zu Prävention und Behandlung von Mangelernährung, das sich in den S3-Leitlinien und im pflegerischen Expertenstandard zur Förderung der oralen Ernährung wiederspiegelt, scheint das Problem in der klinischen Praxis kaum eine Rolle zu spielen.
Material und Methoden: Im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes soll in zwei Kliniken ein jeweils angepasstes interdisziplinäres Ernährungskonzept zu Prävention und Behandlung von Mangelernährung bei geriatrischen Patienten im Krankenhaus erstellt, implementiert und mithilfe eines Prä-post-Designs mit Fall- und Kontrollgruppe auf seine Wirksamkeit evaluiert werden.
Ergebnisse: Eine im Vorfeld erstellte Ist-Analyse in den beteiligten Kliniken zeigt, dass bei dem Personal der verschiedenen Berufsgruppen zwar bereits viel Fachwissen vorhanden ist, die Problematik Mangelernährung gleichzeitig aber stark unterschätzt wird. Sowohl die Identifikation der Betroffenen als auch die anschließende bedarfs- und bedürfnisorientierte Behandlung einer bereits bestehenden Mangelernährung wird zudem durch strukturelle Defizite deutlich erschwert. Schon während der Konzeptentwicklung konnte eine deutliche Sensibilisierung für das Thema bereits erreicht werden, gleichzeitig erweist es sich als hochkomplex in bestehende Strukturen korrigierend einzugreifen. Das entwickelte Praxiskonzept beinhaltet die Bausteine Erkennen von Mangelernährung und deren Ursachen, Maßnahmenspektrum zur Ernährungsversorgung, Organisation der Ernährungsversorgung sowie Schulung und Fortbildung.
Schlussfolgerung: Dem Problem Mangelernährung kann nur durch geplante, gezielte multidisziplinäre Interventionen effektiv begegnet werden. Die Voraussetzungen hierfür zu schaffen, ist, unter den aktuellen Bedingungen der Praxis, nur durch Konzeptarbeit zu leisten.

S709-3
„Virtual-reality"-Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – eine Anforderungsanalyse

O. Stamm, R. Dahms, U. Müller-Werdan

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

Eine der am weitesten verbreiteten Schmerzerkrankungen im Alter sind chronische Rückenschmerzen. Studien haben gezeigt, dass multimodale Schmerztherapien bei chronischen Rückenschmerzen eine höhere Effektivität gegenüber herkömmlichen Behandlungen, bestehend aus medikamentöser Therapie und körperlicher Aktivität, aufweisen. Die multimodale Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung, vorwiegend bestehend aus medikamentöser, physiotherapeutischer, physikalischer und psychotherapeutischer Schmerztherapie. Bei dieser Therapieform konnten eine Verbesserung der Schmerzintensität und eine Zunahme der körperlichen Funktionsfähigkeit festgestellt werden. Die Therapieform erfordert jedoch ein hohes Maß an Eigeninitiative des Patienten. Ebenso stellt eine regelmäßige Befolgung (Compliance) der empfohlenen Maßnahmen einen wesentlichen Faktor für die Effektivität der Therapie dar. In dem Projekt ViRST wird ein Trainingsprogramm mit spielerischen Elementen, auf der Grundlage aktueller Technologien aus den Bereichen „virtual reality" (VR) und Sensorik für geriatrische Rückenschmerzpatienten entwickelt. Durch Nutzung von Immersion soll die Motivation für physio- und psychotherapeutische Maßnahmen sowohl in stationären Einrichtungen als auch für zu Hause lebende Rückenschmerzpatienten gesteigert werden. Dazu wurde zu Beginn des Projektes eine Anforderungsanalyse mit Schmerzpatienten ($n = 10$) sowie Physio- und Psychotherapeuten nach dem „Mixed-methods"-Ansatz durchgeführt. Mithilfe von Fokusgruppen mit Therapeuten sowie leitfadengestützter Interviews, der Erhebung gesundheitsbezogener Daten (SF-8) und der Schmerzgraduierung (Von Korff) bei Schmerzpatienten konnten sowohl nutzerbezogene als auch technische Anforderungen an das ViRST-System analysiert werden. Die Ergebnisse der Interviews mit den Schmerzpatienten zeigten, dass sie größtenteils keine Erfahrung im Umgang mit VR vorweisen konnten. Die Befragung der Therapeuten hat gezeigt, dass Rückenschmerzübungen nicht regelmäßig und konsequent durchgeführt werden. Aus den Ergebnissen der Befragungen konnten auch Anforderungen u. a. zum Design des Systems, zu möglichen Feedbackstrategien und zu motivationalen Elemente der Software erhoben werden. Diese Ergebnisse dienen im weiteren Projekt als Grundlage zur Entwicklung eines „Virtual-reality"-Schmerztherapie-Systems.

S709-4
Evaluation interdisziplinärer Behandlungsmöglichkeiten für Geriater bei der Behandlung psychiatrisch/psychosomatisch kranker Patienten

R. Lindner, G. Röhrig-Herzog[1]

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Albertinen Haus, Hamburg, Deutschland; [1]Zentrum für Geriatrische Diagnostik, MVZ Medicum Köln Ost, Köln, Deutschland

Psychische Erkrankungen spielen im Alter eine wichtige Rolle, denn sie befördern signifikant Morbidität und Mortalität. Zudem ist die psychische Bewältigung körperlicher Erkrankungen für viele alte Menschen eingeschränkt oder unmöglich, was erhebliche Folgen für die Patienten selbst, ihre Angehörigen, jedoch auch die Professionellen im Gesundheits- und Sozialsystem hat. Mehr als 50 % der über 70-Jährigen leiden unter psychopathologischen Symptomen, und 30–44 % aller klinisch-geriatrischen Patienten haben eine psychosomatische/psychiatrische Komorbidität. Eine Untersuchung an stationär geriatrischen Patienten ergab, dass etwa ein Drittel an Symptomen litt, die einer psychiatrischen (F-)Diagnose nach ICD-10 entsprach. Doch trotz dieser hohen Prävalenz wird immer noch selten eine Behandlungsindikation bei diesen Patienten gestellt. Eine Analyse der Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen ergab, dass sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich mindestens zwei Drittel der Patienten mit psychiatrischer/psychosomatischer Diagnose ausschließlich von Fachärzten für somatische Medizin bzw. in somatisch orientierten Fachabteilungen behandelt wurden. Welche Möglichkeiten stehen heute somatisch tätigen Geriatern zur Verfügung, um ältere psychisch/psychosomatisch kranke Patienten interdisziplinär zu behandeln? Dieser Frage geht eine Studie der AG Gerontopsychosomatik der DGG nach. Im Rahmen dieser Studie werden alle Mitglieder der Fachgesellschaft online befragt, welche Erfahrungen sie bei der Versorgung psychisch/psychosomatisch kranker älterer Patienten gemacht haben, und wo sie besondere Hindernisse bei einer angemessenen Versorgung sehen. Die ersten Ergebnisse der Studie sollen auf der DGG-Jahrestagung präsentiert werden. Sie sollen die Basis darstellen, für weiterführende Untersuchungen mit dem Ziel, einheitliche Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

S709-5
A genome-wide screen finds a conserved pathway that greatly delays aging and new drugs to target it

M. McCormick

Department of Biochemestry and Molecular Biology, University of New Mexico, New Mexico/USA

We completed a genome-wide screen of life span in 4,698 viable single-gene deletions in the eukaryotic model, the budding yeast *Saccharomyces cerevisiae*. We identified 238 genes whose deletion significantly extended life span. Many clustered into known biological pathways, and many also extended life span of the distantly related nematode model, *Caenorhabditis elegans*. In our ongoing work, we have now shown that several of our life span-extending gene changes depend completely on the Gcn4 transcription factor, that is functionally conserved from yeast through humans. Gcn4 normally responds to nutrient signaling, specifically to nitrogen starvation. We have now demonstrated that we can greatly upregulate levels of Gcn4 using several compounds that inhibit tRNA synthetase enzymes. At the same doses, these compounds greatly extend the life span of both *S. cerevisiae* and *C. elegans*, in a dose-dependent manner. Some of them are drugs approved for human use. Other labs have shown that the Gcn4 pathway is upregulated in several distinct types of especially long-lived mice, so we are optimistic that the effects of these compounds will be conserved in mammals.
After attending this session, participants will be able to describe some of ways that simple invertebrate model organisms are currently being used to develop new insights into the conserved basic biology of aging, and some of the advantages that these approaches can potentially offer. After attending this session, participants will also be able to outline what is currently known about delaying aging through activation of the Gcn4 nutrient sensing pathway, in yeast, worms, and mice.

S710 Empirische und konzeptuelle Beiträge zur Technikforschung mit Älteren

T. Kolling, H.-W. Wahl[1]

Diskutantin: C. Kricheldorff[2]

Entwicklungspsychologie, Institut für Psychologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Der Einsatz von Technik bei alternden Personen soll u. a. dazu beitragen, Wohlbefinden zu erhalten, Autonomie zu stärken, soziale Teilhabe zu verbessern sowie die Gesundheitsversorgung zu verbessern. In diesem Symposium sollen aktuelle Studienbeispiele zu diesen Bereichen dargestellt werden. In einem ersten Vortrag (Uwe Sperling, Universitätsmedizin Mannheim, Geriatrisches Zentrum) wird untersucht, inwiefern der Einsatz von IT-gestützten Informationsplattformen, die den Austausch der in der geriatrischen Versorgung beteiligten Akteure (beispielsweise Pflegende, Therapeuten, Hausärzte) verbessern, einen positiven Einfluss auf Wohlbefinden hat. Ebenfalls werden in diesem Vortrag Akzeptanzbarrieren und Fragen des Datenschutzes diskutiert. In einem zweiten Vortrag (Sven Kernebeck, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen) werden potenzielle Anwendungsszenarien moderner „conversational user interfaces“ (CUI) im Gesundheitswesen dargestellt. Weiterhin werden Potenziale sowie mögliche Problemfelder von CUI herausgearbeitet. In einem dritten Vortrag (Susanne Wallrafen, Sozialholding Stadt Mönchengladbach) wird das Projekt „UrbanLife+“ präsentiert, welches durch den Einsatz von Techniklösungen die Verbesserung der Teilhabe von SeniorInnen im urbanen Raum ermöglichen soll. Die bisherigen empirischen Ergebnisse, die mithilfe einer qualitativen Anforderungsanalyse erhoben wurden, reflektieren einerseits individuelle fördernde und hindernde Faktoren der Techniknutzung (z. B. Techniknutzung und -einstellung) als auch mögliche Barrieren im Quartier. In einem vierten Vortrag (Thorsten Kolling, Universität Frankfurt) werden aus einer primär psychologischen Theorieperspektive individuelle Vorbedingungen der Akzeptanz und Wirksamkeit von Technik anhand vorhandener empirischer Daten (Kommunikations- sowie emotionale Robotik) vorgestellt. Weiterhin wird analysiert, unter welchen Bedingungen der Einsatz von Technologie zu positiver oder negativer Alterssterotypisierung führen kann. Die Vorträge werden abschließend von Frau Cornelia Kricheldorff vor dem Hintergrund der aktuellen Lage der Forschung zu Technik im Alter im deutschsprachigen Raum kritisch reflektiert.

S710-1
GeriNetzBW: Unterstützung geriatrischer Netzwerke in Baden-Württemberg durch den IT-basierten Austausch von Routinedaten

U. Sperling, T. Obenauer, H. Burkhardt

Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim, Deutschland

An der geriatrischen Behandlung sind zahlreiche Berufsgruppen beteiligt: Pflegende, Therapeuten, Haus- und Fachärzte, Akut- und Rehakliniken, Sanitätshäuser und Apotheken. Oft haben sie jedoch zu wenig Austausch untereinander und mit koordinierenden Stellen. Es fehlt an konkreten vernetzten Konzepten und an passgenauen IT-Lösungen für die Erfassung, Speicherung und den Austausch der nötigen Informationen, um effizient zum Wohl des Patienten zusammenzuarbeiten. Wie diese Lücke geschlossen werden kann, haben das Forschungszentrum Informatik in Karlsruhe, das Deutschen Rote Kreuz in Bad Friedrichshall und die Universitätsmedizin Mannheim, Geriatrisches Zentrum, im Projekt GeriNetzBW, gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, erforscht. Im städtischen (Mannheim) und im ländlichen Raum (Bad Friedrichshall) wurden exemplarisch Versorgungsnetze mit Workshops und interdisziplinären Fallbesprechungen aufgebaut und unterstützt. Unter anderem waren 4 Pflegeheime, 5 Ärzte, 4 Therapeuten, 3 Sanitätshäuser involviert. Mit Beteiligung der Akteure wurde eine IT-Lösung (GeriNetzBW-Software) entwickelt und in der Praxis erprobt. Flankiert wurden diese Maßnahmen durch die Eingangsanalyse der genutzten Dokumentations- und Kommunikationsstrukturen, die Prozessentwicklung zur fachlichen Abstimmung der Patienteneinschätzung, die wöchentliche Befragung der Akteure in Bezug auf die GeriNetzBW-Software und eine Befragung am Ende der Feldphase. Die Akteure benannten Kommunikationslücken, die durch bessere Vernetzung und den Einsatz von integrierten IT-Lösungen geschlossen werden können. Die Dokumentation und der Austausch von Basisinformationen sind durch den Einsatz der GeriNetzBW-Software grundsätzlich gelungen. Um ihre Potenziale auszuschöpfen, müssen möglichst viele an der Behandlung beteiligte Akteure sie aktiv nutzen. Die dafür notwendige Integration in die bestehenden IT-Systeme der Praxen, Pflegeheime und Sanitätshäuser stößt jedoch auf erhebliche Hürden, die im Rahmen des Projekts erforscht, aber nicht überwunden werden konnten. Datenschutzrechtliche und ethische Fragen haben eine hohe Bedeutung. Mit GeriNetzBW wurde eine zukunftsweisende Strategie zur IT-gestützten Vernetzung der bei der geriatrischen Behandlung beteiligten Akteure demonstriert.

S710-2
„It's a Long Way to the Bot!“ Zeitenwende bei der altersgerechten Mensch-Technik-Interaktion durch „chatbots“ und „conversational user interfaces“ auf Basis künstlicher Intelligenz?

S. Kernebeck

Arbeitsgruppe Versorgungsinterventionen, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, Deutschland

Wie Menschen mit Technik interagieren, ist durch die exponentielle Entwicklung von Computerleistungen und Speicherkapazitäten einem kontinuierlichen Wandel unterzogen. Solch rapiden Entwicklungen erfordern im Alter eine fortlaufende Anpassung der NutzerInnen an neue Interaktionsmöglichkeiten mit Technologien. Dies ließ sich bei der Evolution des „graphical user interface“ (GUI) als Schnittstelle zwischen Mensch und Technik beobachten. Aktuell ist bei der Mensch-Technik-Interaktion ein Paradigmenwechsel von GUI, zu chatbot-basierten Conversational User Interfaces (CUI) zu beobachten. „Conversational user interfaces“ bestehen vordergründig aus einer „Text-messaging“-Oberfläche, wie sie z. B. von WhatsApp bekannt ist. Die Interaktion zwischen Mensch und Tech-

nik funktioniert also auf Basis von text- oder sprachbasierten Dialogen. Hierbei werden die Eingaben der NutzerInnen analysiert, worauf softwarebasiert eine Antwort ausgegeben wird. Chatbot-basierte CUI werden zunehmend mit Methoden aus Computerwissenschaft und Linguistik entwickelt, wie z. B. „natural-language processing" (NLP) und künstlicher Intelligenz (KI). So lassen sich unstrukturierte Informationen und Kontextwissen zu Krankheitssymptomen durch Text oder Sprache eingeben. Auf dieser Basis werden Informationen zu wahrscheinlichen Diagnosen bereitgestellt: Dies demonstrieren Chatbots wie Ada bereits eindrucksvoll. Vorteile eines CUI sind z. B. die Reduktion von Komplexität und eine Orientierung der Mensch-Technik-Interaktion an menschlichen Kommunikationsgewohnheiten. Diese Form der Interaktion genießt bei älteren Menschen bereits breite Akzeptanz und erfordert somit kaum Gewöhnung oder Einweisung, wie es bei regulären GUI oft der Fall ist. In diesem Beitrag werden Potenziale und Herausforderungen von chatbot-basierten CUI im Kontext von Alter, Technik und Gesundheit diskutiert. Hierzu werden Merkmale von Chatbots sowie Einsatzszenarien im Gesundheitswesen dargestellt. Zudem werden mögliche Fragestellungen diskutiert, die bei der Entwicklung und Evaluation von Chatbots und der altersgerechten Technikgestaltung eine Rolle spielen. Zum Beispiel stellen sich Fragen, wie die Sprache und der Dialogfluss zwischen Mensch und Chatbot gestaltet werden müssen, damit die Konversation durch die NutzerInnen als natürlich und nicht verletzend oder zu „maschinell" empfunden werden. Genauso sind Einflüsse wie Alter, Kultur oder der Bildungsgrad der NutzerInnen Faktoren, die die Nutzung und die Akzeptanz beeinflussen.

S710-3
UrbanLife+: Teilhabe von SeniorInnen am städtischen Leben in Mönchengladbach durch Mensch-Technik-Interaktion

S. Wallrafen, H. Wallrafen

Abteilung Projekte, Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, Mönchengladbach, Deutschland

Der alte Mensch möchte so lange wie möglich – auch mit seinen altersbedingten Einschränkungen – selbstbestimmt in seiner eigenen Häuslichkeit, seinen eigenen vier Wänden leben. Selbstbestimmtes Leben findet allerdings nicht nur in den eigenen vier Wänden statt. Er möchte auch weiterhin in „seinem Quartier" agieren, dort Menschen treffen und Angebote jedweder Art nutzen, allumfassend (soziale) Teilhabe erfahren. Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen werden aber wesentlich davon bestimmt, wie sicher sie sich in ihrer jeweiligen Umgebung bewegen können. Nachlassende Fähigkeiten zur Interkation mit der Umgebung schränken die soziale Teilhabe Älterer jedoch ein, teils bis hin zur sozialen Isolation. Hier eröffnen Methoden der Mensch-Technik-Interaktion (MTI) vielfältige neue Möglichkeiten, altersbedingte Einschränkungen auszugleichen. Im Mittelpunkt stehen die Wünsche und Anforderungen der alten Menschen an ihren unmittelbaren Sozialraum (Quartier) sowie die Verbesserung der empfundenen Sicherheit für unterstützungsbedürftige Menschen bei der Bewegung im öffentlichen Raum durch den Einsatz von MTI-Innovationen. Zur gezielten Analyse der Anforderungen und Bedürfnisse der Zielgruppe wurden im ersten Schritt über 130 leitfadengestützte Interviews mit Heimbewohnern und Einwohnern zweier Stadtteile in Mönchengladbach geführt. Auf Basis dieser empirischen Ergebnisse konnte ein Fragebogen entwickelt werden, der in über 6000 Haushalte verschickt wurde. Mit einer Rücklaufquote über 21 % konnten Erkenntnisse über die Zielgruppe 65+ gewonnen werden: zu soziodemografischen Aspekten, zur Mobilität, zu Barrieren im Sozialraum sowie zur Nutzung von und Einstellung zu Technologien wie PC, Smartphone oder Tablet. Im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes UrbanLife+, das noch bis Oktober 2020 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, werden diese Erkenntnisse genutzt, um gezielt MTI-Innovationen zu entwickeln, die auf die Bedürfnisse der Nutzer ausgerichtet sind. Erprobt werden erste Entwicklungen bereits prototypisch. Darüber hinaus werden in konkreten Einsatzprojekten Praxislösungen für Handel, Industrie und Dienstleister entwickelt, getestet und evaluiert, mit dem Ziel, Möglichkeiten innovativer Gestaltung seniorengerechter Stadtquartiere aufzuzeigen.

S710-4
Technik im Alter: psychologische Zugänge zu Akzeptanz, Wirksamkeit und Stereotypisierung

T. Kolling

Entwicklungspsychologie, Institut für Psychologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Die Themen Digitalisierung und Robotisierung einer demografisch sich wandelnden westlichen Gesellschaft nehmen in der öffentlichen sowie wissenschaftlichen Diskussion aktuell eine bedeutsame Rolle ein. Der vorliegende Beitrag reflektiert vor dem Hintergrund psychologischer Mechanismen der Lebensspannenentwicklung (z. B. selektive Optimierung mit Kompensation, sozioemotionale Selektivitätstheorie) proximale (z. B. Technikerfahrung) und distale (z. B. Persönlichkeit) Variablen, die auf die Akzeptanz und Wirksamkeit etablierter, moderner sowie zukünftiger Technologien durch ältere Nutzergruppen einwirken. Ebenfalls werden theoretische Ideen sowie empirische Befunde zur Bedeutung positiver sowie negativer Stereotypisierung durch Techniknutzung im höheren Alter vorgestellt.

S711 Freie Vorträge – Facetten des Alterns

S711-1
Kulturelle Lebensräume für Menschen mit Demenz. Ergebnisse aus einem intergenerativen Theater- und Musikprojekt

I. Medjedovic, V. Hoffmann[1], K. Irion[1], K. Söhle[1]

Department Soziale Arbeit, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, Deutschland; [1]Stiftung Bürgerhaus Wilhelmsburg, Hamburg, Deutschland

Während für die offene Soziale Arbeit mit den „jungen Alten" bereits vielfältige Ansätze existieren, wird für die Soziale Arbeit mit Hochaltrigen ein Nachholbedarf konstatiert. Dominiert vom Leitbild des „abhängigen Alters" besteht eine gewisse Ratlosigkeit, wie denn nun wirksame lebenswelt- und kompetenzorientierte Konzepte v. a. für diejenigen Hochaltrigen aussehen können, die stärker eingeschränkt sind, etwa in ihrer körperlichen Mobilität, ihren kognitiven Fähigkeiten oder schlicht in ihrem Lebensraum. Dabei verstärkt die zunehmende Erfahrung von Kontrollverlust über die eigene Lebensgestaltung den Bedarf an Angeboten, die die Selbst- und Mitbestimmung fördern. Kulturgeragogische Ansätze bergen spezifische Potenziale, diese Desiderate erfolgversprechend aufzugreifen. Dies soll am Beispiel eines intergenerativen Theater- und Musikprojekts in einem Hamburger Stadtteil aufgezeigt und diskutiert werden, das in mehreren Jahren erprobt, beforscht und weiterentwickelt wurde. Getragen und koordiniert durch ein soziokulturelles Zentrum, vernetzt das Projekt Einrichtungen der stationären Pflege mit Grundschulen aus dem Stadtteil. Die qualitativen Forschungsergebnisse zeigen eine durchweg positive Bilanz der beiden Zielgruppen sowie der beteiligten Professionellen im Hinblick auf die Wirkung des Projekts. Der stark partizipative Ansatz äußert sich in einer gleichberechtigten Teilhabe der beteiligten Generationen an den Interaktions- und Lernprozessen. Das Projektziel, intergenerative Begegnungen im Stadtteil zu schaffen und v. a. die Kinder für die Einschränkungen älterer Menschen mit Demenz zu sensibilisieren, wird erreicht. Didaktisch-methodische Herausforderungen ergaben sich im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Motivation der beteiligten Kinder, den Grad der Demenzerkrankung und die Fluktuation aufseiten der beteiligten SeniorInnen. Weitere Herausforderungen stellten sich auf der räumlich-infrastrukturellen und im Zusammenhang damit auf der Ebene der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Institutionen und Professionen mit ihren jeweils eigenen Zielen und zur Verfügung stehenden Ressourcen. Antworten auf diese Herausforderungen mündeten in konzeptionelle Weiterentwicklungen.

S711-2
Mit „geistiger Behinderung" alt werden – Vorstellungen und Befürchtungen aus der Betroffenenperspektive

W. Stadel
SW, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Hintergrund: Die „Pioniergeneration" an Menschen mit sog. geistiger Behinderung erreicht das Rentenalter. Der 7. Altenbericht fasst zusammen, dass dieser Personenkreis vielfältigen Risiken ausgesetzt ist. Die traditionelle Behindertenhilfe – verstanden als Zusammenspiel von Kostenträgern, Leistungserbringern und rechtlichen Regelungen – hat nicht – zuletzt angeregt durch die UN-BRK – damit begonnen, Hilfsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung zu planen und zu entwickeln. Allerdings, so lässt sich feststellen, ohne oder nur mit wenig Beteiligung der eigentlich betroffenen Personen. Dies kann auch als Folge der jeweiligen Pfadabhängigkeit gedeutet werden.
Material und Methode: In einer qualitativen Untersuchung soll herausgefunden werden, wie sich dem oben genannten Personenkreis zugerechnete Personen ihr eigenes Alter vorstellen und welche Maßnahmen getroffen werden müssten, damit die betroffenen Personen die Deutungshoheit über die Gestaltung ihres eigenen Lebens mit zunehmenden Alter gewinnen bzw. erhalten. Um Ansatzpunkte im Sinne einer Sozialraumentwicklung und -organisation zu erhalten, werden Personen in erzählgenerierenden und leitfadengestützten Interviews befragt, welche Sorgen, Ängste, Erwartungen und Vorstellungen sie im Hinblick auf das eigene Altern haben. In zwei Wellen werden hierzu 7 Personen befragt. Der Zugang zum Feld erfolgt über ein Schneeballverfahren und ausschließlich über die betroffenen Personen selbst. Herrschte vor wenigen Jahren noch die Einschätzung vor, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht zur wissenschaftlichen Forschung beitragen können, wandelt sich die Meinung derzeit dahingehend, dass die anzuwendenden Methoden dem jeweiligen Gegenüber angepasst werden müssen. Dies hat zur Folge, dass die Entwicklung geeigneter Methoden einen nichtunwesentlichen Teil der Forschung darstellt.
Ergebnisse/Schlussfolgerung: Die Studie befindet sich in der Erhebungsphase. Erste Interviews wurden geführt, und mit der Auswertung wurde begonnen. Erste Eindrücke zeigen, dass gerade Personen, die sich in ihrem Lebensverlauf schon einmal von einer umfassenden Fremdbestimmtheit distanzieren konnten, große Widerstände entwickeln, bei der Vorstellung sich wieder in Abhängigkeitsverhältnisse zu begeben. Der drohende Verlust der Selbstwirksamkeit könnte wie eine Retraumatisierung wirken und wird – so scheint es derzeit – weitgehend verdrängt. Das verknüpfte Themenfeld wurde in dieser Form bislang in Deutschland wenig bearbeitet.

S711-3
Kulturgeschichte der Gehhilfe – funktonelle und semantische Vielfalt von Assistenzsystemen für die Fortbewegung im Alter

D. Schäfer, A. von Hülsen-Esch[1], H. Fangerau[2]
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Kunstgeschichte, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; [2]Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Der transdisziplinäre Vortrag verbindet medizin- und kunsthistorische sowie technikethische Ansätze. Er fragt im historischen Kontext nach der kulturellen Semantik von Assistenzsystemen, die vorwiegend älteren Menschen zugeordnet werden: Welche Bedeutung haben Stock, Rollstuhl und Rollator abgesehen von ihrer technischen Funktion für die Entwicklung und Affirmation von Altersstereotypen?
Material und Methoden: Mithilfe von Text- und Bildquellen aus dem 16.–21. Jh. wird zunächst die historische Entwicklung von Hilfen zur Fortbewegung für alte Menschen analysiert, die teilweise einander ablösen und bis heute in gewisser Konkurrenz zueinander stehen. Dabei werden kulturelle Haupt- oder Nebenbedeutungen der Assistenzsysteme ermittelt. Die semantische Vielfalt wird mit Altersrollen und -stereotypien verglichen, die in bestimmten Epochen vorherrschend waren.
Ergebnisse: Der Stock als älteste Gehhilfe findet sich seit der ägyptischen Hochkultur im Kontext von Autoritäts- und Herrschaftsinsignien (Herrscher-, Konsul-, Bischofsstab) und Reiseutensilien (Wanderstab mit Stütz- und Abwehrfunktion); v. a. seit der Frühen Neuzeit stoßen pejorative Bedeutungen (Bettel- und Blindenstab, Hilfe für Zustände der Gebrechlichkeit und des Mangels) hinzu. In der jüngsten Geschichte entwickeln sich diversifizierte Funktionen: Die Unterarmgehstütze wird beispielsweise vermehrt als Assistenzsystem nach Operationen infolge Sportverletzungen eingesetzt und steht damit für eine veränderte kulturelle Semantik (Rehabilitation anstelle chronischer Defekt). Beim Rollstuhl konkurrieren seit der Frühen Neuzeit die Funktionen von Behinderten- und Luxusfortbewegungsmittel. Rollatoren dienen nicht nur als Fortbewegungs-, sondern auch als Transportmittel für Einkäufe und als mobile Sitzplätze. „Walking sticks" zuletzt symbolisieren ein aktives Alter(n), wobei sich hier, wie auch beim Stockgebrauch allgemein, eine Geschlechterdifferenz eröffnet.
Schlussfolgerung: Die skizzierten Assistenzsysteme, die nur teilweise und verhältnismäßig spät medizinische Beachtung fanden, erfüllen in Geschichte und Gegenwart nicht nur diverse praktische Funktionen, sondern spiegeln und symbolisieren Alterszuschreibungen: Regierung, Richteramt und Leitung, Pilgerschaft zum Lebensende und zum Jenseits, Religiosität, Trost- und Unterstützungsbedürftigkeit, Behinderung und Defekt, Selbstbestimmung und Autarkie durch Mobilität etc.

S711-4
New policy developments in mental healthcare for older people in India: a step towards better care?

T. M. Kafczyk, K. Hämel
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

Background: In the last years, the need to improve mental healthcare has been increasingly discussed in the Indian society, accompanied by (legal) efforts to frame and develop appropriate mental health care structures in the public health system. The fastest growing cohort in India, older people, has been identified as one of the most vulnerable groups to mental health issues; however, research on the chances and challenges of the new policies in specifically addressing the mental health needs of older people is lacking.
Material and methods: Basis of this analysis are key national strategic documents (2011–17) and semi-structured interviews ($n = 8$) with mental healthcare experts working in leading positions within the healthcare system and government-associated and civil society organizations. Data have been coded and analyzed based on content analysis.
Results: The recognition of older people as a group that needs mental healthcare is described in policies and seen as an overdue development according to interviewees. Strategies are to strengthen family and community-based mental healthcare based on community health centres. Older people with mental health problems are expected to benefit from legislatively established support on the family level, further education of community health workers and nurses in mental health and the implementation of specific mental health services; however, in view of the rising number of older people without informal support network, experts consider that older people could not be sufficiently reached by measures that target the family level. Moreover, experts point out that while political visions and new service models go in the right direction, they are vaguely defined and build on unrealistic promises such as existing functioning structures. The neglect of this problem hinders implementation. Inappropriate public spending for mental health, a still widely spread lack of awareness of the mental health needs of older people in the health sector on different levels and absent old age needs assessment activities need to be tackled to unfold the full potential of new policies within the public health system.
Conclusion: While first steps have been taken, it needs to be ensured that older people are equally included in developments in mental healthcare in India. Barriers to provide needs-based mental healthcare for older people and best policy practice examples in primary care need to be explored.

S712 Freie Vorträge – Qualitätsinitiativen

S712-1
Optimierung klinischer Untersuchungsfertigkeiten Medizinstudierender mittels bettseitiger Sonographie im Rahmen der FAMULATUR PLUS an geriatrischen PatientenInnen

A. Jerg, H. Christow, L. Jerg-Bretzke[1], M. Denkinger

Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland; [1]Medizinische Psychologie, Klinik für Psychosomatische Medizin, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Hintergund: Gemeinsam mit der Anamnese bildet die körperliche Untersuchung die Grundlage jeden ärztlichen Handelns. Im Kontrast dazu dazu wird die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses in der körperlichen Untersuchung vernachlässigt, mit dem Resultat unzureichender Kenntnisse in diesem Bereich. Vor diesem Hintergrund wurde das Lehrkonzept FAMULATUR PLUS entwickelt.
Material und Methode: Die FAMULATUR PLUS ist ein an der Universität Ulm entwickelter Lehransatz zur Optimierung praktischer Fertigkeiten in der körperlichen Untersuchung für Medizinstudierende im klinischen Studienabschnitt. Im Zentrum der Lehrintervention stehen in eine reguläre vierwöchige Famulatur integrierte wöchentliche Untersuchungskurse. In diesen werden vorhandene Kenntnisse unter Anleitung erfahrener DozentenInnen in Partnerübungen aufgefrischt und vertieft. Die Umsetzung des Erlernten erfolgt dann im Stationsalltag. Etwaig dabei auftretende Probleme werden im Rahmen eines Mentorats gelöst. Als Mentorin fungieren die Stationsärzte und Stationsärztinnen. In den Evaluationen wurde studierendenseitig der Wunsch nach einer Visualisierung der erhobenen Befunde geäußert. Aufgrunddessen wurde ein „Bedside-teaching"-Format auf internistisch-akutgeriatrischen Stationen an der AGAPLESION BETHESDA Klinik Ulm implementiert, das ebenfalls wöchentlich stattfindet. Im Rahmen dessen werden PatientenInnen unter Supervision untersucht und die erhobenen Befunde anschließend mittels bettseitiger Sonographie verifiziert. Letztlich sollen damit das Lernergebnis optimiert sowie Chancen und Limitationen der körperlichen Untersuchung aufgezeigt werden.
Ergebnisse/Schlussfolgerung: In einer ersten qualitativen Evaluation zeigte sich die FAMULATUR PLUS geeignet, praktische Fertigkeiten Medizinstudierender in der körperlichen Untersuchung zu verbessern. Beispielsweise berichteten die Studierenden von einer verbesserten Selbsteinschätzung ihrer Untersuchungsfertigkeiten. Zudem wurde durch die Umsetzung des „Bedside-teaching"-Formats in der Geriatrie das Interesse an diesem Fachgebiet geweckt. Bei den durchgeführten Interviews zeigte sich die Mehrheit der befragten Studierenden positiv von der Geriatrie überrascht. Insofern könnte die FAMULATUR PLUS auch ein probates Mittel zur Gewinnung geriatrischen Nachwuchses sein.

S712-2
Qualität und Optimierungsbedarf in der Versorgung geriatrischer Patienten in ländlichen Regionen – Ergebnisse einer standardisierten Befragung

A. Beyer, M. Görsch, F. Radicke, L. Rehner, W. Hoffmann, N. van den Berg

Versorgungsepidemiologie und Community Health, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die klinisch-geriatrische Versorgungskapazität in Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen (Betten/10.000 Einwohner ≥65 Jahre) betrug 2016 im Bundesdurchschnitt 16,4 Betten, in Mecklenburg-Vorpommern 8,2 und in Niedersachsen 9,4 (Quelle: Kompetenz-Centrum Geriatrie MDK). Ziele der Untersuchung sind die Bewertung der Qualität durch die Leistungserbringer der geriatrischen Versorgung in definierten ländlichen Regionen und die Identifikation von Problemen.
Material und Methoden: Es wurden standardisierte Befragungen von Stichproben aus Ärzten, Apothekern, Pflegekräften und anderen Akteuren verschiedener Sektoren in Mecklenburg-Vorpommern und im Emsland (einem Landkreis in Niedersachsen) durchgeführt. Inhalte des Fragebogens waren u. a. die Bewertung der Qualität der geriatrischen Versorgung und mögliche Verbesserungsansätze.
Ergebnisse: Der Fragebogen wurde in Mecklenburg-Vorpommern an 808 Akteure (Response 20 %, $n = 159$) und im Emsland an 734 Akteure (Response 26 %, $n = 189$) versendet. Antwortende waren zu 53 % ($n = 185$) im ärztlichen, zu 26 % ($n = 91$) im pflegerischen und zu 21 % ($n = 72$) in anderen Bereichen tätig. Verschiedene Qualitätsaspekte sollten per Likert-Skala (Schulnotensystem: 1: sehr gut bis 6: ungenügend) bewertet werden. Die durchschnittlich beste Bewertung betraf mit 2,8 (SD 1,0) die „pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen", die schlechteste betraf die „Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen per Öffentlichem Nahverkehr (ÖN)" mit 4.4 (SD 1,4). In der „Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen per ÖN" gab es signifikante Unterschiede zwischen „städtischen" (Orte >50.000 Einwohner) und „ländlichen" Regionen ($p = <0{,}001$, OR 3,63). Analog war dies in der „Abdeckung geriatrischer Leistungen durch geriatrische Krankenhaus-Abteilungen" der Fall ($p = <0{,}02$, OR 1,8). Am häufigsten wird eine angemessene geriatrische Versorgung durch „Lange Wartezeiten auf Facharzt-Behandlung" ($n = 248$, 71 % aller Teilnehmer) gefährdet, und am häufigsten bejahte Optimierungsmöglichkeit war eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer über Berufsgrenzen hinweg ($n = 221$, 63 %).
Schlussfolgerung: Qualität und Sicherstellung der geriatrischen Versorgung in ländlichen Regionen weisen aus Sicht der Akteure im Versorgungssystem Verbesserungsbedarfe auf. Die Ergebnisse unterstützen die Entwicklung von Versorgungskonzepten zur Optimierung der geriatrischen Versorgung, deren Implementation und deren Evaluation in Modellregionen.

S712-3
Qualitätskriterien ambulant betreuter Wohngemeinschaften – konzeptionelle Unterschiede

B. Preuß, A. Schmidt[1], K. Wolf-Ostermann[1]

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen, Deutschland; [1]Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Zur Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf haben sich in Deutschland seit Mitte der 1990er-Jahre verstärkt ambulant betreute Wohngemeinschaften (abWG) entwickelt. Politisch werden diese Alternativen zur klassischen vollstationären Versorgung explizit durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) und die Pflegestärkungsgesetze (PSG) gefördert. Trotzdem fehlen sowohl eine einheitliche Definition für abWG als auch gesetzliche Regelungen im Hinblick auf Qualitätsvorgaben für Leistungserbringer und allgemeine Rahmenbedingungen für abWG. Da derzeit bundesweit belastbare Daten zu Strukturen und Rahmenbedingungen sowie Aussagen zu qualitätsspezifischen Kriterien weitgehend fehlen, wurde hierzu in den Bundesländern Bayern und Berlin aktuell eine Studie durchgeführt. Der Beitrag befasst sich mit der Frage, welche Qualitätskriterien in abWG umgesetzt werden.
Material und Methoden: In Querschnittserhebungen in den Jahren 2016 und 2017 wurden in Bayern ($n = 60$ abWG) und Berlin ($n = 38$ abWG) Daten bezüglich Struktur-, Bewohner- und Versorgungsparametern sowie aktuelle Daten zu Versorgungs-Outcomes, wie Lebensqualität und Mobilitätsspektren von BewohnerInnen, erhoben. Die Analyse der Daten erfolgte mit deskriptiven und inferenzstatischen Methoden.
Ergebnisse: Die Stichprobe umfasste insgesamt $n = 98$ abWG mit $n = 651$ BewohnerInnen. Durchschnittlich wohnen in den abWG $n = 9$ BewohnerInnen (davon zwei männlich) mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren. Es fallen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der pflegefachlichen Schwerpunkte auf. In Bayern ist ein weitaus größerer Anteil der abWG (57 %) auf die Behandlung von Menschen mit Intensivpflegebedarf spezialisiert, während in Berlin die Versorgung von Menschen mit Demenz im Vordergrund steht (88 %). Entsprechend der Schwerpunkte unterscheiden sich auch Qualitätskriterien in den Bundes-

ländern – übergreifend wird jedoch deutlich, dass wesentliche Elemente von abWG wie beispielsweise das uneingeschränkte Hausrecht oder eine aktive Selbstbestimmung nicht immer eingehalten werden.
Schlussfolgerung: Die Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes für abWG erscheint vor dem Hintergrund der erzielten Ergebnisse sinnvoll und bestärkt noch einmal die derzeitigen gesetzlichen Forderungen (§ 113b SGB XI), ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben.

S712-4
Implementierung des PEPP-Entgeltsystems beim psychiatrischen Versorgungspersonal: Multi-Stakeholder-Ansatz für den Vergleich von Gerontopsychiatrie und allgemeiner Psychiatrie

N. Schippel, C. Rietz[1], S. Zank[2]

Zentrum für Palliativmedizin/IMVR, Universitätsklinikum Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Erziehungswissenschaft (IfE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Nachdem die Abrechnung nach dem Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nun seit 01.01.2018 für alle stationären psychiatrischen Einrichtungen verpflichtend ist, ergibt sich die Frage, wie dieses in der Kritik stehende Vergütungssystem in der Versorgungsrealität umgesetzt und angenommen wird. Entscheidend für den Erfolg einer flächendeckenden Innovation und des damit verbundenen „Change"-Prozesses ist v. a., wie das Versorgungspersonal mit den neuen Anforderungen umgeht. Das Personal steht vor der Aufgabe, die Kernfunktion der Patientenversorgung bestmöglich zu übernehmen und sich dabei den wachsenden administrativen Aufgaben und neuen finanziellen Anreizen zu stellen.
Material und Methoden: Es wurden in 15 teilstrukturierten Interviews mit Versorgern in einer psychiatrischen Klinik in NRW (pflegerisches und ärztliches sowie kaufmännisches Personal) hemmende sowie fördernde Faktoren der Implementierung ermittelt. Diese Determinanten wurden zusätzlich in einem quantitativen Studienstrang anhand von Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beurteilt. Durch eine Unterscheidung zwischen allgemeiner- und Gerontopsychiatrie (GP) konnten Unterschiede in den Settings sowie deren Auswirkung auf die Implementierung untersucht werden.
Ergebnisse: In der GP lässt sich ein höherer Day-Mix-Index (1,08 vs. 0,94) als Indikator für die tagesbezogene Fallschwere verzeichnen, was sich mit den Aussagen der Interviews hinsichtlich höherer Komplexität in der GP deckt. Die komplexeren Behandlungsfälle fallen mit höherem Dokumentationsaufwand und stärkeren wahrgenommenen Barrieren besonders in der Kompatibilität mit der hohen Beziehungsarbeit im Stationsalltag zusammen. Die MDK-Anfragen richten sich in der GP stärker auf die Verweildauern, die insgesamt in der GP höher ausfallen. Es zeigen sich Potenziale in den Kommunikationskanälen und der Informationsweitergabe an die Mitarbeitenden sowie in höherer Transparenz bezüglich der Budgetwirksamkeit der Leistungsdokumentation innerhalb der Klinik auf.
Schlussfolgerung: Die Implementierungsbarrieren zeigen sich v. a. im komplexeren Bereich der GP, wodurch die Mitarbeitenden eine ablehnende Haltung gegenüber der Innovation entwickeln. Die Triangulation der Methoden eröffnet multiple Blickwinkel zur Exploration von Hindernissen und potenziell fördernder Faktoren des Erfolgs der Innovation.

S712-5
Patterns of cognitive decline at higher ages: are more educated persons better off?

J. Wörn, M. Aartsen[1], H. Comijs[2], M. Huisman[2]

Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Universität zu Köln, Köln, Germany; [1]NOVA, Olso Metropolitan University, Oslo/N; [2]VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Inequalities in health persist at higher ages and might also affect cognitive functioning. E. g., it is a common finding that persons with higher educational achievement show higher levels of cognitive functioning and a lower risk of dementia. In contrast, however, longitudinal studies altogether do not support the idea that higher educational achievement is protective against cognitive decline. One reason for this seeming discrepancy might result from the assumption that decline is either faster or slower for more educated persons or occurs at the same rate for persons with different education. The pattern might, however, be more complex with the cognitive reserve hypothesis predicting that decline is initially slower but accelerates later on among more educated persons, while it is initially faster and might level off in the longer run among less educated persons. This hints towards the existence of differences in the *shape* of cognitive decline and calls for the study of relatively long age ranges, such that different shapes can become visible. Using growth curve models and data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, we examine decline in multiple cognitive domains after age 65 years over a period of 20–25 years and investigate whether the initial rate of decline is slower and acceleration of decline is stronger for more (vs. less) educated persons. Studying such qualitative differences in the shape of cognitive decline with a unique dataset, our study will give important insights into more complex patterns of health inequalities at higher ages.

S712-6
Fear of falling and activity avoidance are associated with life-space mobility in geriatric patients with cognitive impairment

K. Hauer, P. Ullrich

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Germany

Background: Analysis of fear of falling (FOF)-related determinants for life-space mobility (LSM) in vulnerable, multimorbid patients with cognitive impairment and acute motor impairment following discharge from geriatric rehabilitation are lacking. The aim of this cross-sectional study was to identify associations between LSM and FOF-related parameters in a vulnerable population with severely restricted LSM.
Material and methods: Participants were 117 home-dwelling older patients with mild to moderate cognitive impairment (age ≥ 65 years; Mini Mental State Examination 17–26) following discharge from geriatric rehabilitation. FOF was assessed as fall-related self-efficacy (Falls Efficacy Scale-International, FES-I) and FOF-related activity avoidance (Fear of Falling Avoidance Behavior Questionnaire, FFABQ). LSM was assessed using the Life-space Assessment in Persons with Cognitive Impairment (LSA-CI) including a total score (LSA-CI-T) and three subscores (maximum [LSA-CI-M], independent [LSA-CI-I], equipment-assisted LSM [LSA-CI-E]). Associations were analyzed using Spearman rank correlation coefficients (r_s).
Results: FES-I and FFABQ were significantly associated (all $p < 0.01$) with LSA-CI-T (FESI: $r_s = -0.24$; FFABQ: $r_s = -0.38$) and also with LSA subscores documenting impact of personnel and equipment-based support (FESI: LSA-CI-I: $r_s = -0.25$; FFABQ: LSA-CI-E: $r_s = -0.35$, LSA-CI-I: $r_s = -0.44$).
Conclusion: Fall-related self-efficacy and fall-related activity avoidance were significantly associated with LSM in a cognitively impaired, high-risk group for FOF and activity restriction, highly relevant for quality of life in old age. FOF (and related markers) therefore may represent a relevant goal to improve LSM in multimorbid persons affected with FOF.

Poster

Biologie (P001–P006)

P001

Healthy older women display seasonal variation in salivary cortisol concentrations and maintenance of diurnal cortisol profile across seasons

M. Dittmar, S. Anders, T. Hollerbuhl

Abt. Humanbiologie, Zoologisches Institut, Christian-Albrechts-Universität Kiel, Kiel, Germany

Background and objective: The hormone cortisol plays a crucial role in many metabolic pathways. Cortisol secretion follows a circadian rhythm characterized by high concentrations in the morning and low concentrations at midnight. Moreover, a circannual rhythm in cortisol secretion has been reported for younger adults while no data exist from older cohorts. Since aging is characterized by a general decline in rhythmicity, this study aimed to analyze whether seasonal variation in cortisol concentrations is still present in older people.
Subjects and methods: Participants were 67 healthy non-smoking older women (69.2 ± 5.5 years) and 56 young adult women (24.3 ± 3.5 years) for comparison. Salivary samples were taken in summer (35 older, 37 young women) and in winter (32 older, 19 young women). Cortisol concentrations were quantified in duplicate from the saliva samples, collected at 0 min (T0), 30 min (T30), and 60 min (T60) postawakening and in the evening before bedtime. Derived values were morning increase in cortisol concentration (cortisol awakening response, T30 minus T0) and diurnal decline in cortisol concentration (T30 minus evening cortisol). For seasonal comparisons, t-tests were applied.
Results: Both older and young women displayed higher cortisol concentrations in winter compared with summer at T0, T30, T60 and in the evening. Differences in cortisol concentrations between winter and summer were significant in older women at T30 (33.4 ± 11.4 vs. 25.9 ± 11.5 nmol/l, $p = 0.013$) and at T60 (26.6 ± 12.6 vs. 19.6 ± 8.3 nmol/l, $p = 0.020$). Neither older nor young women showed seasonal differences in the diurnal patterns, i. e. in the morning increase and diurnal decline of cortisol concentrations ($p > 0.050$). Furthermore, there were no age group differences in cortisol values between older and young women, neither in winter nor in summer ($p > 0.050$).
Conclusion: The observed seasonal variation in cortisol concentrations suggests that the circannual rhythm in cortisol secretion, found in younger adults, is still present in older ones. The absence of seasonal differences in the diurnal pattern of cortisol concentration (morning increase and diurnal decline) indicates maintenance of diurnal profile from summer to winter in older women.

P002

Non-enzymatic modifications of the mineralocorticoid receptor during vascular aging

R. Hübschmann, S. Ruhs[1], C. Grossmann

Julius-Bernstein-Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany; [1]Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin, Herz- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

Clinical studies showed that the mineralocorticoid receptor (MR), a ligand-dependent transcription factor, mediates pathophysiological processes like inflammation and endothelial dysfunctions in the cardiovascular system. Interestingly, the MR and its natural ligand aldosterone per se are not capable of eliciting pathophysiological effects but require a certain micro-milieu. Several studies indicate that a parainflammatory micro-milieu created by altered levels of oxidative and nitrosative stress represents a possible trigger to induce pathophysiological MR effects. During aging, vascular cells are increasingly exposed to such a parainflammatory micro-milieu, which could then augment pathophysiological MR signaling and lead to age-associated changes. Our previous investigations showed that genomic MR activity is influenced by nitrosative stress. We found that the nitric oxide (NO) donor SNAP can attenuate aldosterone-induced transcriptional MR activity by reducing its binding to DNA elements. Additionally, the peroxynitrite ($ONOO^-$) donor SIN-1 acted as a ligand-independent MR activator. To investigate whether amino acids of the MR are directly posttranslationally modified by nitrosative stress, we performed co-immunoprecipitation and Western blot experiments. Thereby we could show an increased MR S-nitrosylation level after NO treatment whereas $ONOO^-$ stimulation led to an elevated amount of nitrated MR tyrosines. Mass spectrometry analyses after biotin switch identified C639 and C663 as S-nitrosylated MR residues. C663 was generally S-nitrosylated whereas C639 was only S-nitrosylated after NO treatment. To analyze the importance of these S-nitrosylated MR residues for MR function, site-directed mutagenesis was performed by conversion of cysteine into serine (S). Subsequently, the transactivation activity of mutated MR was compared to wild type MR (WT MR) in reporter gene assays. MR C663S possessed an unchanged basal and maximum transactivation activity, but had a lower EC50 value than WT MR. MR C639S exhibited a reduced basal and maximum transactivation but had the same aldosterone inducibility as the WT MR. The effect of SNAP on the transcriptional activity of MR C639S compared to WT MR was reduced by trend. Overall, our data show that cysteine 639 and 663 of the MR are directly modified under nitrosative stress conditions, thereby altering basal as well as aldosterone-induced genomic MR activity and NO responsiveness.

P003

Adsorption of modified proteins from human plasma – potential effects for inflammation and aging

V. Piskovatska, A. Navarrete Santos, H. Treede, A. Simm

Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

Advanced glycation end products (AGEs) play an important role in senescence and age-related diseases by impairing protein structure and functions. These molecules can interact with receptors to AGEs (RAGE) and activate numerous pro-inflammatory and pro-fibrogenic signaling pathways.
The aim of the work was to evaluate removal of AGE-modified proteins from human plasma, using a polymer adsorbent system, and to identify cellular responses towards the retained proteins.
For this aim, a column material from a medical device, used for continuous hemofiltration in sepsis patients was eluted with denaturing buffer. The amount of eluted protein was quantified by slot-blot, along with albumin standards to obtain a standard curve. Posttranslational protein modifications were identified via immunoblotting.
Carboxymethyllysine, argpyrimidine, methylglyoxal-derived hydroimidazolone-1, pentosidine, and carbonyls were identified in eluted plasma proteins. Human umbilical vein endothelial cells (HUVEC) were stimulated with 10, 50, 100, 500 and 1000 ng of eluted proteins. After 24 h of stimulation, cells were harvested. Stimulation of HUVECs with 10 ng elution resulted in increased expression of RAGE, compared to non-stimulated cells. Trends towards NF-kappa B and p38MAPK activation in response to 1-day treatment were observed, indicating a proinflammatory potential of isolated proteins. Thus, adsorbed modified proteins induce increase in RAGE expression in HUVECs and activate downstream targets of the RAGE signaling pathways. Further identification of cytotoxic effects and influence of the isolated modified proteins on cell cycle is required to better understand the physiological effect of repeated hemofiltration procedures in patients.

P004
Autoantibodies against advanced glycation endproducts and their role in health and disease

E. Korca, K. Wächter, A. Simm

Klinik für Herzchirurgie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

Advanced glycation endproducts (AGE) are formed when reducing sugars react with proteins. These modifications alter the spatial orientation of amino acid residues as a consequence of which changes in the structure and function of proteins occur. The modified proteins can accumulate in different tissues and cause a reduction in organ function. One of the best known examples for this is the accumulation of AGEs in the extracellular matrix causing increased stiffness and decreased elasticity in arteries and the ventricles of the heart leading to diastolic heart insufficiency and hypertension. Rcently it has also become known that the immune system reacts to the presence of AGE modified proteins by producing autoantibodies against them. Autoantibodies against glycated histones are discussed to play a major role in autoimmune disease such as systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and diabetes.
The goal of the project is to better understand the role of these autoantibodies in health and disease. An ELISA was developed in order to detect the autoantibodies in serum samples. Serum samples from patients undergoing cardiac artery bypass grafting (CABG) in the University Clinic of Halle were analyzed to understand if levels of these autoantibodies may correlate with the morbidity outcome.

P006
Long-chain fatty acids and chemokines co-accumulate in skeletal muscle of Sprague-Dawley rats with sarcopenia

T. Laurentius, R. Kob[1], C. Fellner[2], T. Bertsch[3], C. C. Sieber[1], C. Bollheimer[4], M. Nourbakhsh

Innere Medizin und Geriatrie, Universitätsklinikum, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Germany; [1]Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nuremberg, Germany; [2]Institut für Radiologie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Germany; [3]Geriatrie, Lehrstuhl Innere Medizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nuremberg, Germany; [4]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Franziskushospital Aachen GmbH, Aachen, Germany

Obesity and inflammation are recognized factors contributing to the pathogenesis of sarcopenia, which is characterized by a loss of skeletal muscle mass, strength, and function. Intramuscular fat deposits were associated with compromised muscle integrity; however, the relevant fat compounds and their roles as mediators of muscular inflammation are not known. The aim of this study was to identify potential correlations between inflammation markers and lipid compounds that accumulate in the quadriceps muscle of aged Sprague-Dawley (SD) rats, a gender-specific model of sarcopenic obesity. In this study 6-month-old SD rats were continuously fed a control (CD) or high-fat diet (HFD) until the age of 21 months. Histological assessment, magnetic resonance imaging (MRI) and gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS) were used for a comprehensive analysis of tissue integrity and lipid content in rats' quadriceps muscles. Our results showed the onset of sarcopenia in quadriceps muscles of 21-month-old male SD rats exclusively, which was further enhanced by the long-term consumption of a high-fat diet (HFD). This trend is accompanied by accumulation of long-chain fatty acids, like octadecadienoic, octadecanoic and octadecenoic acid esters in quadriceps muscles of male rats, but not in female rats. The designated fatty acids are mainly incorporated into triacylglycerols (TAG) or free fatty acids (FFAs), and their proportions are significantly elevated by consumption of a HFD. Further multiplex RNA and protein arrays of 22 prominent inflammation markers indicate a significant increase of the RANTES, MCP-1 and MIP-2 chemokines in quadriceps muscle tissue of HFD-fed male rats, but not female rats. Hence, the quadriceps muscles of 21-month-old male SD rats comprise a slightly higher number of resident immune cells compared to female rats. In conclusion, our study suggests that sarcopenia is associated with greater deposits of long-chain fatty acid esters and increased levels of the inflammatory markers RANTES, MCP-1 and MIP-2 in skeletal muscles of old male SD rats. This trend is further reinforced by long-term consumption of an HFD, which may provoke a synergistic crosstalk between long-chain fatty acids and inflammatory pathways in sarcopenic muscle.

Geriatrie 1 (P007–P018)

P007
Bestehen regionale Unterschiede in den Anteilen bedarfsgerechter Geriatrieversorgung? Ergebnisse aus Baden-Württemberg

I. Köster, J. M. Bauer[1], H. J. Heppner[2], N. Lübke[3], M. Meinck[3], W. Niebling[4], P. Oster[5], W. Vogel[6], I. Schubert

PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Universität Witten/Herdecke, Schwelm, Deutschland; [3]MDK Nord, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg, Deutschland; [4]Schwerpunkt Forschung, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [5]Geriatrisches Zentrum am Klinikum, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [6]Hofgeismar, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ziel des vom Sozialministerium Baden-Württembergs initiierten Forschungsvorhabens ist die Generierung von Daten und Erkenntnissen über die geriatrische Versorgungsgestaltung in den Regionen Baden-Württembergs. Ein Auswertungsteil befasst sich mit der Ermittlung von Indikatoren einer bedarfsgerechten Versorgung.
Material und Methoden: Pseudonymisierte Daten aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Stand 2012 (≥ 60 Jahre, Wohnsitz in Baden-Württemberg). Untersuchungspopulationen: Patienten mit vollstationärem Krankenhausaufenthalt in 2012 und Hauptdiagnose Schlaganfall, Femurfraktur oder Herzinsuffizienz (Tracerdiagnosen). Als Indikatoren einer bedarfsgerechten Versorgung wurden Anteile von Krankenhaus- und Rehafällen mit Geriatrietypik (Landesgeriatriecheck: www.bwkg.de) und geriatrischer Versorgung bestimmt.
Ergebnisse: Ganz überwiegend wiesen Krankenhaus- und Rehabilitationsfälle in der geriatrischen Versorgung eine Geriatrietypik auf (89,9 %), bei relevanten regionalen Unterschieden (80,9–94,0 %). Auch ein erheblicher Anteil mittels indikationsspezifischer Rehabilitation versorgter Fälle wies eine Geriatrietypik auf (46,5–66,4 %). Bei Differenzierung beider Indikatoren einer bedarfsgerechten Geriatrieversorgung nach Hauptdiagnosen zeigten sich zudem weitere regionale Unterschiede. Fälle mit Femurfraktur und indikationsspezifischer Rehabilitation wiesen insgesamt am häufigsten eine Geriatrietypik auf: 55,5–85,6 % (Schlaganfall: 35,2–57,5 % und Herzinsuffizienz: 10,2–87,1 %).
Schlussfolgerung: Mittels Routinedaten zeigen sich erhebliche Unterschiede in beiden Bedarfsindikatoren entlang der Merkmale Hauptdiagnose und Region. Regionale Unterschiede lassen sich dabei jedoch nicht ausschließlich mit Unschärfen in den Routinedaten und Morbiditätsunterschieden erklären. Damit ist von struktur- als auch prozessbezogenen Variationen in den Regionen auszugehen. Die Ergebnisse liefern damit datengetriebene Grundlagen für die regionsbezogene Fortschreibung der Landesgeriatrieplanungen, sollten jedoch mit aktuelleren Daten überprüft werden.

P008

Prädiktoren für die Inanspruchnahme geriatrisch-rehabilitativer Leistungen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg: Ergebnisse logistischer Regressionsanalysen

I. Schubert, J. M. Bauer[1], H. J. Heppner[2], N. Lübke[3], M. Meinck[3], W. Niebling[4], P. Oster[5], W. Vogel[6], I. Köster

PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [2]Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Universität Witten/Herdecke, Schwelm, Deutschland; [3]MDK Nord, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Hamburg, Deutschland; [4]Schwerpunkt Forschung, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [5]Geriatrisches Zentrum am Klinikum, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [6]Hofgeismar, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In Baden-Württemberg findet geriatrisch-rehabilitative Versorgung sowohl in Krankenhäusern als auch in Rehabilitationseinrichtungen statt. Im Rahmen einer Untersuchung zu geriatrischen Versorgungsstrukturen für das Sozialministerium Baden-Württemberg wurde der Frage nachgegangen, wie sich Patienten in den verschiedenen Versorgungsformen – geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Krankenhaus (GFK) und geriatrische Anschlussrehabilitation (GAR) – insbesondere hinsichtlich vorbestehender Morbidität und Inanspruchnahme unterscheiden.
Material und Methoden: Pseudonymisierte Daten aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Stand 2012 (≥ 60 Jahre, Wohnsitz in Baden-Württemberg). Untersuchungspopulationen: Patienten mit vollstationärem Krankenhausaufenthalt in 2012 und Hauptdiagnose Schlaganfall, Femurfraktur oder Herzinsuffizienz (Tracer-Diagnosen). Patienten, die sowohl GFK als auch GAR in Anspruch nahmen oder im Indexaufenthalt verstarben, wurden ausgeschlossen. Definitionszeitraum für die Morbidität: Einjahreszeitraum vor Krankenhausentlassung (Indexaufenthalt), für die Inanspruchnahme der Einjahreszeitraum vor Krankenhausaufnahme (Indexaufenthalt). Als mögliche Prädiktoren wurden untersucht: Alter, Geschlecht, Tracer-Diagnosen, Pflege, Krankenhaustage, Multimedikation, Charlson-Index, geriatrietypische Merkmalskomplexe.
Ergebnisse: Alter und Geschlecht haben keinen Einfluss auf die geriatrische Versorgungsform, hingegen ist die Chance für eine GFK gegenüber GAR bei Patienten mit vorbestehendem Schlaganfall (OR: 2,9; 95 %-KI: 2,36–3,55) und Herzinsuffizienz (OR 2,9; 2,21–3,71) im Vergleich zu Femurfraktur (Ref.) und bei Patienten mit Pflegeleistungen (OR 1,7; 1,44–2,03) signifikant erhöht. Bei allen drei Erkrankungen ist die Pflegestufe 3 dabei der stärkste Prädiktor für eine GFK. Bezogen auf geriatrietypische Merkmalskomplexe weisen lediglich Patienten mit Fehl-/Mangelernährung eine höhere Chance für eine GFK auf (OR 2,4; 1,77–3,25).
Schlussfolgerung: Neben anderen Faktoren, die Einfluss auf die Art der Inanspruchnahme nehmen (Verfügbarkeit, Patientenpräferenzen), stellen vorbestehende Morbidität und Pflegebedürftigkeit wesentliche Prädiktoren für geriatrisch-rehabilitative Versorgungsformen dar.

P009

Neue Lebenswelt Altenpflegeheim – Angehörige in ihrer Unterstützerrolle stärken

K. Reh, C. Solf, G. Bartoszek

Evangelische Hochschule Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Für ältere pflegebedürftige Menschen ist die Versorgung in der Häuslichkeit, mithilfe ihrer Angehörigen, die vorherrschende Lebenswirklichkeit. Der Gesetzgeber unterstützt diese Versorgungsform (§ 13 SGB XII), indem er ambulanten vor stationären Gesundheitsdienstleistungen den Vorrang gibt. Dennoch sind der häuslichen Versorgung Grenzen gesetzt, infolgedessen der Einzug in ein Pflegeheim unumgänglich wird. Dieser Schritt wird sowohl im Leben des Pflegebedürftigen als auch seiner Angehörigen oftmals als kritisches Ereignis angesehen. Bedingt durch den Eintritt des ihnen nahestehenden Menschen in das unbekannte soziale System eines Altenpflegeheims nehmen auch die Angehörigen eine neue Rolle ein. Es ist daher von besonderer Relevanz, Angehörige im Rahmen eines evidenzbasierten Einzugsmanagements in die Lebenswelt der Altenpflegeeinrichtung zu integrieren und sie in ihrer Unterstützerrolle für den neu eingezogenen Bewohner zu stärken.
Material und Methoden: Die elektronische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken *PubMed®*, *LIVIVO®* und *CINAHL®*. Gesucht wurden Studien, die über evidenzbasierte Interventionen zur Integration von Angehörigen nach Einzug eines nahestehenden Menschen in ein Pflegeheim, sowohl in deutscher als auch englischer Sprache in den letzten 10 Jahren (2007–bis 2017), Bericht erstatten. Die Reflexion und der kritische Diskurs der Studienergebnisse orientierten sich am Rahmen der „Theorie zu kritischen Lebensereignissen" und dem Konzept der „sozialen Rolle".
Ergebnisse: Initial wurden 234 Publikationen identifiziert; nach Entfernung der Dubletten, Sichtung von Titel, Abstract und Volltext wurden acht Studien inkludiert.
Klinische Interventionsstudien lagen nicht vor, sehr wohl aber Studien, in denen Angehörige über ihre Erfahrungen zu fördernden oder hindernden Ereignissen auf die Situationsverarbeitung und Rollenfindung bei Einzug eines nahestehenden Menschen in ein Pflegeheim berichteten.
Schlussfolgerung: Angehörige sind mehr als Besucher in den Einrichtungen. Ein bewohnerorientiertes Einzugsmanagement muss die Angehörigen miteinbeziehen. Forschung wird u. a. dahingehend notwendig, die abgeleiteten Handlungsempfehlungen der Autoren zur Integration von Angehörigen in der Lebenswelt des Pflegeheims zu prüfen.

P010

Entwicklung und Implementation eines demenzspezifischen Mobilitäts- und Beratungsprogrammes in der Kurzzeitpflege zur Anwendung durch Pflegekräfte (DESKK)

S. Heinrich, C. Cavazzini

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

Hintergrund: Das Angebot der Kurzzeitpflege kann als Schnittstelle zwischen häuslicher und institutioneller Versorgung dienen und die häusliche Versorgung stabilisieren. Eine spezielle Nutzergruppe stellen hierbei Menschen mit Demenz dar, welche durch systematische Mobilitätsförderung alltagspraktische Fähigkeiten erhalten können. Der Einbezug pflegender Angehöriger im Rahmen einer modularisierten Beratungsintervention kann ebenfalls zu einer stabilen Pflegesituation beitragen. Bisher existieren für dieses Setting jedoch keine derartigen Interventionen.
Ziel der Arbeit: Nachfolgend wird erläutert, wie ein demenzspezifisches Kurzzeitpflegekonzept mit den Bereichen Mobilität und Beratung entwickelt und implementiert werden kann. Des Weiteren werden erste Daten zu Veränderungen des Mobilitätlevels der eingeschlossenen Probanden mit Demenz dargestellt.
Material und Methoden: Quasiexperimentelle Evaluationsstudie mit qualitativen Interviewdaten (Prozessevaluation mit CFIR-Modell) und quantitativen Daten zur Beschreibung der Intervention im Zeitverlauf.
Ergebnisse: Während des bisherigen Interventionsverlaufs (Oktober 2017 bis April 2018) schätzten die Mitarbeiter ihre Zufriedenheit mit dem Konzert durchgängig als hoch bis sehr hoch ein und den nötigen Ressourcenbedarf als praxistauglich gering. Die Angehörigen bewerteten das Beratungsprogramm größtenteils als positiv. Die bisher eingeschlossenen Menschen mit Demenz ($n = 18$) konnten ihren allgemeinen Mobilitätslevel im Zeitverlauf verbessern.
Schlussfolgerung: Die insgesamt hohe Akzeptanz des DESKK-Konzepts bei Mitarbeitern und Angehörigen spricht für gute Voraussetzungen, um es praxisnah in andere Kurzzeitpflegeeinrichtungen implementieren zu können. Nach Abschluss der Interventionsphase wird das finale Konzept in Form einer praxisfreundlichen Website anderen Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt, um großflächig in die Anwendung überführt werden zu können.

P011

Das Erleben des Kulturwandels durch die Pflegefach- und Hilfspersonen in Organisationen der stationären Altenpflege bei der Implementierung eines Interventionsprogramms zur Stärkung der Autonomie. Eine verstehende Annäherung über die inhaltsanalytische Auswertung von Einzel- und Fokusgruppeninterviews im Rahmen des BMBF-Projektes „OLE"

A. Herold-Majumdar, P. Marijic, A. Buss, S. Glanz[1], R. Stemmer[1]

Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für Angewandte Wissenschaften München, München, Deutschland; [1]Fachbereich Gesundheit und Pflege, Katholische Fachhochschule Mainz, Mainz, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Altenpflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, den hohen Krankheitsraten und der Abwanderung von Pflegekräften (generalistische Ausbildung ab 2020) entgegenzuwirken. Die Studie geht u. a. der Frage nach, wie ein Interventionsprogramm zur Stärkung der Autonomie durch organisationale Lernprozesse die Organisationskultur verändern kann. Organisationskultur kann für die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit förderliche Faktoren, wie Autonomie und Teilhabe, nachhaltig in der Einrichtung verankern.
Material und Methoden: Das „Mixed-method"-Design der „OLE"-Studie sieht im Rahmen eines Prä-post-Tests u. a. einen verstehenden Zugang zum Erleben der Organisationsmitglieder vor. Dabei werden Einzel- ($n = 13$) und Fokusgruppeninterviews ($n = 4$) mit Pflegefach- und Hilfspersonen in vier deutschen, stationären Altenpflegeeinrichtungen (MitarbeiterInnen, gesamt $n = 283$) durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.
Ergebnisse: Es konnten im ersten Durchlauf des Materials von t_0 mit einer offenen Herangehensweise Kategorien induktiv entwickelt werden. Das Kategorienschema wurde im zweiten Durchlauf zusätzlich mit theoretisch begründeten (u. a. Sackmann 2017; Schreyögg 2010; Schein 1984; Strauss 1978) Kategorien erweitert. Die Ergebnisse erlauben einen ersten verstehenden Zugang zum Konzept der partizipativen Organisationskultur aus Sicht der teilnehmenden Pflegekräfte.
Schlussfolgerung: Mithilfe der Erkenntnisse kann die Organisationskultur von Altenpflegeeinrichtungen gezielt, auch mit quantitativen Verfahren, untersucht werden. Dabei können konkrete Ansatzpunkte für die Organisationsentwicklung identifiziert werden. Die partizipative Organisationskultur kann sich als Wettbewerbsvorteil auf dem Arbeitsmarkt profilieren.

P012

Evaluation der Umsetzung pflegerischer Expertenstandards und ärztlicher Versorgungsleitlinien für die multimodale demenzspezifische Patientenversorgung im ambulanten Setting: ein internationaler Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz

A. Feldmann, C. Apfelbacher[1], M. Eberlein-Gonska

Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland; [1]Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ziel dieser Studie ist es, die Sichtweisen von Experten aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich in Bezug auf Versorgungsleitlinien und Expertenstandards zu explorieren, da bisher keine sektorenübergreifende Forschungsvorhaben durchgeführt wurden.
Material und Methoden: In Deutschland und der Schweiz wurden unter Verwendung eines Interviewleitfadens 20 Experteninterviews mit Vertretern aus ärztlichen und pflegerischen Bereichen im Bereich der Demenzversorgung durchgeführt. Die Interviews wurden digital aufgenommen und verbatim transkribiert. Nach umfangreicher Codierung des Interviewmaterials wurden Kategorien und Hauptkategorien gebildet.
Ergebnisse: Es wurden 36 Kategorien gebildet, die wiederum in 6 Hauptkategorien zusammengefasst wurden: 1. Einstellung, 2. Implementierung, 3. Patientenorientierung, 4. Praxistauglichkeit, 5. evidenzbasiertes Verfahren und 6. Strukturmerkmal. Insgesamt lassen sich drei Typisierungen der Akzeptanz von Leitlinien und Expertenstandards unterscheiden: 1. Leitlinien und Expertenstandards sind hilfreich, 2. Leitlinien und Expertenstandards werden für das Krankheitsbild „Demenz" nicht benötigt sowie 3. Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards fördern. Sowohl der ärztliche als auch der pflegerische Sektor beurteilt systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für das angemessene ärztliche sowie pflegerische Vorgehen ambivalent und skeptisch. Die Grundlage für eine gemeinsame und informierte Entscheidungsfindung von Ärzten, professionell Pflegenden und Patienten findet noch nicht vollumfänglich statt (mangelnde Patientenpartizipation). Im Ländervergleich bleibt festzuhalten, dass die Experten aus Deutschland und der Schweiz sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich grundsätzlich ähnliche Sichtweisen hatten. Diskussion und Ausblick: Eine wichtige Voraussetzung zur Weiterentwicklung der ärztlichen Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards stellt die Anpassung an die jeweiligen Herausforderungen und Bedingungen des Versorgungsalltags im ambulanten Setting dar. Das Forschungsvorhaben hat aufgezeigt, dass die ärztlichen Leitlinien zu demenziellen Erkrankungen im ambulanten Setting konkretere, an den spezifischen Belangen des multimorbiden polymedizierten älteren Patienten ausgerichtet werden sollten.

P013

Analyse geriatrischer Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg – eine qualitative Studie

M. Zirves, I. Schubert[1], H. Pfaff, U. Karbach

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Hintergrund für das Projekt ist das Bemühen, den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" in der Versorgung geriatrisch erkrankter Menschen in Baden-Württemberg flächendeckend umzusetzen. Hierzu findet eine Analyse von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg durch die PMV forschungsgruppe statt. Ziel des qualitativen Forschungsvorhabens ist es, aus Sicht relevanter Akteure zusätzliche und erläuternde Hinweise auf die Themen Fehlanreize für Überweiser sowie Fehlsteuerung in der Versorgung zu identifizieren. Auch Einschätzungen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine Bewertung der generellen geriatrischen Versorgungssituation in Baden-Württemberg sollen gewonnen werden.
Material und Methoden: Im qualitativen Studiendesign werden 11 Experteninterviews (telefonisch/„face to face") mit Vertretern geriatrischer Zentren und Rehabilitationskliniken, Akteuren der Steuerungsebene, Kostenträgern und Patientenvertretern in Baden-Württemberg geführt. Diese werden im Anschluss mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.
Ergebnisse: Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg wird von allen Befragten geschätzt. Aus Sicht der interviewten Experten zeichnen sich jedoch Schwierigkeiten ab, das 2014 überarbeitete Geriatriekonzept Baden-Württemberg in allen angedachten Punkten in die Praxis zu übertragen. Überwiegend wird hinsichtlich der geriatrischen Versorgungssituation auf eine allgemeine Unterversorgung geschlossen, die jedoch regional divergiert. Insbesondere wird auf finanzielle Aspekte sowie auf die Schnittstellenproblematik zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen verwiesen, wo sich eine Fehlallokation in die Kurzzeitpflege sowie eine Patientenselektion ausmachen lassen. Die frühzeitige Identifikation geriatrischer Patienten in der Akutversorgung sowie das anschließende Antragsverfahren für eine geriatrische Rehabilitation sind mit hohem Zeit- und Kostenaufwand behaftet.
Schlussfolgerung: Die Motivation zur Umsetzung des Geriatriekonzeptes in die Praxis ist hoch, scheint jedoch durch strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen ausgebremst. Das in der Versorgungsforschung angesiedelte Projekt kann die Relevanz des Geriatriekonzeptes wissenschaftlich absichern und auf dieser Basis zukunftweisende politische Entscheidungen ermöglichen.

P014

Ein tierisches Vergnügen: ein Hund auf der Station in der Geriatrie

M. K. Modreker

Zentrum für Altersmedizin, Klinik für Innere Medizin III, Sana Hanse Klinikum, Wismar, Deutschland

Hintergrund: Tiergestützte Therapien sind bereits in der Behandlung körperlich und geistig behinderter Kinder und Erwachsener bekannt und können hier gute Erfolge erzielen. Neben Pferden (Hippotherapie) werden auch gerne Hunde als therapeutische Unterstützung eingesetzt. Auch in der Altenpflege konnte in den letzten Jahren der vermehrte Einsatz von Therapiehunden verzeichnet werden. Hunde im Krankenhaus sind dagegen eher eine Seltenheit.
Material und Methoden: Der Werdegang des Besuchshundes in einer Klinik: Voraussetzungen, Anträge, Verfahrensanweisung, Schulung, Verhaltensmaßnahmen.
Ergebnisse: Anhand eines realen „Fallbeispiels" soll demonstriert werden, welche Voraussetzungen für die Etablierung eines Besuchshundes im Krankenhaus (in der Geriatrie) erfüllt werden müssen. Daneben werden die einzelnen Antragsverfahren sowie die individuell erstellten, internen Verfahrensanweisungen begründend erläutert und die speziellen Hürden gezeigt. Die Verhaltensmaßnahmen im Umgang mit dem Hund werden aufgezeigt. Es wird verdeutlicht, welche Pflichten und Verantwortung dem Hundehalter zukommen. Die Aufgaben des Besuchshundes und die Zielsetzung werden am realen Fall demonstriert sowie die Erfolge beschrieben.
Schlussfolgerung: Das Führen eines Besuchshundes im Krankenhaus ist eine große Herausforderung. Bei umfangreichen, arbeitsintensiven Vorbereitungen ist ein Besuchshund in der Geriatrie ein Gewinn für die gesamte Klinik. Sowohl die Patienten als auch die Teammitglieder profitieren von dem „neuen Kollegen".

P015

Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell (DAVOS)

A. Schall, V. A. Tesky-Ibeli[1], L. Luft[2], K. Kraus[2], T. Müller[3], U. Schulze[2], U. Stangier[4], F. Oswald, J. Pantel[1]

Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [1]Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [2]Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP), Frankfurt University of Applied Sciences, Frankfurt a. M., Deutschland; [3]Frankfurter Forum für interdisziplinäre Alternsforschung, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland; [4]Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Hintergrund: Depressionen sind nach Demenz die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren und hochbetagten Menschen. Darüber hinaus ist die Depressionsprävalenz in Altenpflegeinrichtungen fast doppelt so hoch wie in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, bleiben sie bei dieser Personengruppe häufig unbemerkt und dementsprechend unbehandelt. So erhalten in Deutschland lediglich 42,9 % der an einer Depression erkrankten Pflegeheimbewohner eine entsprechende ärztliche Diagnose und davon nur die Hälfte eine adäquate fachliche Therapie. Diese Tatsache stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar und führt bei den Betroffenen u. a. zu einer reduzierten Lebensqualität, einem schlechteren körperlichen Funktionsniveau, früherer Sterblichkeit und einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten.
Material und Methoden: Das anlaufende Forschungsprojekt DAVOS hat zum Ziel, die medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Begleitung und Versorgung von älteren Menschen mit Depression in Pflegeeinrichtungen mittels eines innovativen und strukturierten Case-Management-Programms zu verbessern. Insgesamt nehmen an der Studie 10 Altenpflegeinrichtungen (AGAPLESION Markus Diakonie GmbH und Frankfurter Verband) in Frankfurt am Main teil, in denen dieses Konzept implementiert und hinsichtlich seiner Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen evaluiert werden soll. Einen wichtigen Baustein bildet dabei die Einbindung der in die Versorgung involvierten Berufsgruppen und Disziplinen, insbesondere der betreuenden Fachärzte.
Ergebnisse: Die Haupthypothese ist, dass die Implementierung des Interventionsprogramms zur Verringerung der Depressionsprävalenz und zu einer nachhaltigen Reduktion der depressiven Symptomatik unter den Bewohnern der beteiligten Altenpflegeeinrichtungen führt. Des Weiteren werden positive Effekte auf Lebensqualität, Funktionsniveau sowie soziale Teilhabe erwartet. Eine detaillierte Projektbeschreibung sowie erste Erfahrungen aus der Praxis werden präsentiert.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse des Projekts DAVOS könnten eine wichtige Grundlage zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von an Altersdepression leidenden Pflegeheimbewohnern in Deutschland bilden.

P016

TIGER – transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg

M. Rimmele, E. Freiberger, K. Wingenfeld[1], C. C. Sieber

Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund: Durch den demografischen Wandel kommt es in den nächsten Jahren zu einer Zunahme an Krankenhausaufenthalten älterer, chronisch erkrankter Menschen. Gerade diese erleiden durch einen Krankenhausaufenthalt jedoch zusätzliche Funktionseinschränkungen, Selbstständigkeits- und Lebensqualitätsverluste, Ernährungsdefizite und erhöhte Infektionsrisiken. Nach Entlassung kann dies zu gravierenden Versorgungslücken führen und das Risiko einer Wiedereinweisung erhöhen. Eine Verbesserung der Versorgung für ältere, vulnerable Patienten wurde mit dem Entlassmanagement als Bestandteil der Krankenhausbehandlung zwar begonnen, scheint aber in der Praxis den komplexen Bedürfnissen geriatrischer Patienten und ihrer Angehörigen oft nicht zu genügen. International zeigt das Transitional Care Model (TCM) von Mary Naylor et al.* beim Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung Erfolge bezüglich einer Reduzierung der Krankenhauswiedereinweisungsraten [1]. Über eine Reihe definierter Aktionen überbrückt es eine Unterbrechung der Versorgungskette älterer Patienten.
Ziel der Arbeit: Ziel des sektorenübergreifenden Versorgungsformenprojektes TIGER ist eine Reduktion der Wiedereinweisungsraten geriatrischer Patienten durch Steigerung von Selbstständigkeit, Gesundheitszustand und Funktionalität geriatrischer Patienten an der Schnittstelle von stationärer zu ambulanter Versorgung.
Material und Methoden: Das Programm TIGER unterstützt geriatrische Patienten über eine strukturierte, kontinuierliche Begleitung der Patienten, ihrer Angehörigen, ihres Arztes und Pflegeteams durch einen „Pfadfinder", eine geriatrische Fachkraft, bereits während eines Krankenhausaufenthalts und über 12 Monate danach im ambulanten Sektor. Es bindet die Komponenten des wissenschaftlichen TCM ein und unterstützt Patienten und unterstützende Angehörige, eigenverantwortlich und selbstbestimmt eine Stabilisierung bzw. Verbesserung von Lebensqualität, Krankheitsbewältigung, Funktionalität, Ernährungszustand und Wundversorgung zu erreichen. Wirksamkeit, Praktikabilität, Kosteneffektivität und Limitationen werden wissenschaftlich sowie ökonomisch evaluiert. Das Projekt startete im September 2017 und hat eine Laufzeit von 36 Monaten.
Ausblick: Durch das Projekt wird eine integrative Verzahnung eines stationären und ambulanten Versorgungsteams rund um den Patienten angestrebt, die das Entlassmanagement komplementär ergänzt.

Literatur

1. Naylor M et al (1994) Ann Intern Med 120:999–1006

P017

Geriatrie in der Hausarztpraxis: Vorhersagekraft des Multidimensionalen Prognostischen Index (MPI) auf die Anzahl der Hausarztbesuche von älteren, multimorbiden Patienten

A. M. Meyer, I. Becker[1], G. Siri[2], A. Pilotto[3], T. Benzing, M. C. Polidori Nelles
Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln; [1]Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [2]Scientific Directorate – Biostatistics, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova, Italien; [3]Ortogeriatria, Riabilitazione e Stabilizzazione, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova, Italien

Hintergrund: Die klinische Entscheidungsfindung ist bei älteren, multimorbiden Patienten ein komplexer Prozess, bei dem die Prognose eine entscheidende Rolle spielt. Eine multidimensionale Prognoseberechnung, basierend auf einem umfassenden geriatrischen Assessment, ist durch die Erhebung des Multidimensionalen Prognostischen Indexes (MPI) möglich. Ziel dieser Beobachtungsstudie ist, eine MPI-basierte Prognoseberechnung bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis durchzuführen, um Faktoren zu erfassen, die die klinische Entscheidungsfindung beeinflussen.
Material und Methoden: Rekrutierung von 125 multimorbiden Patienten (70+ Jahre) in einer Hausarztpraxis, Berechnung des MPI sowie Erhebung geriatrischer Syndrome und Ressourcen. Retrospektiv und prospektiv ein Jahr vor und nach der Rekrutierung wird die Anzahl der Hausarztbesuche ermittelt. Außerdem wird die Vorhersagekraft des MPI auf gesundheitsassoziierte Outcomes erhoben.
Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 79,2 Jahre; die mediane Anzahl der Hausarztbesuche im vergangenen Jahr liegt bei 2 Besuchen pro Quartal. Im Median hatte jeder Patient 7 verschiedene Hauptdiagnosen, 4 geriatrische Syndrome und 6 Ressourcen. Polypharmazie lag bei 40 % der Patienten vor, im Median nahm jeder Patient 5 Medikamente täglich ein, 28,4 % der Patienten nahmen Antikoagulanzien, 19,2 % Psychopharmaka. Bei Rekrutierung wurde für die Mehrzahl der Patienten (67,2 %) ein MPI-1 errechnet, 27,2 % der Patienten hatten einen MPI-2, 5,6 % einen MPI-3. Der mittlere MPI beträgt 0,30. Die durchschnittliche Anzahl an Hausarztbesuchen pro Quartal korreliert signifikant ($p = 0{,}000$) mit dem MPI sowie mit der Anzahl an geriatrischen Syndromen ($p = 0{,}000$) und Ressourcen ($p = 0{,}002$). Gleichzeitig konnte erneut gezeigt werden, dass der MPI signifikant ($p = 0{,}000$) mit dem Pflegegrad assoziiert ist.
Schlussfolgerung: Erstmals in Deutschland konnte der MPI bei älteren Patienten im hausärztlichen Umfeld erhoben werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Durchführung des MPI in der Hausarztpraxis zahlreiche gesundheitsrelevante Faktoren aufgedeckt werden, die höchstrelevant für die klinische Entscheidungsfindung sind. Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht, hinsichtlich Einteilung von Pflegegraden oder Zeitmanagement in der Hausarztpraxis lassen sich Patienten mit dem MPI gut kategorisieren. Weitere Forschung ist notwendig, um zu zeigen, welchen prospektiven, langfristigen prognostischen Nutzen der MPI in der Hausarztpraxis bietet.

P018

Die komplizierenden Nebendiagnosen Delir und Dysphagie als Risikofaktoren für dauerhaft erhöhte Pflegebedürftigkeit

B. Hanussek, C. Hoell[1], T. Gaertner[1], M. Ried, M. Langhans[2], J. van Essen[3]
Team Frankfurt am Main, GB Krankenhaus, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen, Oberursel, Deutschland; [1]Wissen und Kommunikation, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen, Oberursel, Deutschland; [2]Leitung des GB Krankenhaus, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen, Oberursel, Deutschland; [3]Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen, Oberursel, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Wie unterscheiden sich Patienten nach geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung (GFK) mit initial hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf (Barthel-Index ≤ 35 Punkte) mit und ohne der Erforderlichkeit von Pflegekomplexmaßnahmen (PKM) bezüglich der poststationären Pflegebedürftigkeit?
Material und Methoden: retrospektive vergleichende Analyse von 44 GFK-Fällen (2 Gruppen à $n = 22$; je w = 13, m = 9; 70 bis 97 Jahre) aus der MDK-Begutachtungspraxis unter Berücksichtigung der Pflegestufe.
Ergebnisse:
- Patienten mit PKM erreichten durch die GFK im Vergleich zur Kontrollgruppe eine nur geringfügigere funktionelle Verbesserung der Selbstständigkeit (stagnierender Barthel-Index bei Entlassung ≤ 35: 59 % vs. 36 %).
- Patienten mit PKM wurde nach GFK gutachterlich häufiger erstmalig eine Pflegestufe bzw. eine Höherstufung (68 % vs. 50 %) zuerkannt.
- Die häufigsten komplizierenden Nebendiagnosen in der PKM-Gruppe waren Delir (64 %) und Dysphagie (50 %).
- Vorbestehende kognitive Defizite fanden sich in beiden Gruppen gleich häufig.

Schlussfolgerung: Studien belegen für das Delir eine Korrelation mit erhöhtem Pflegebedarf, unsere Daten auch eine für Dysphagie. Delir und Dysphagie sind häufig mit Malnutrition assoziiert. Diese Konstellation der Komplikationen bedingt u. a. eine Verlängerung der Krankenhausverweildauer. Somit erscheint es notwendig, bei multimorbiden geriatrischen Patienten das geriatrische Basisassessment um ein Delir- und Dysphagiescreening sowie ein Assessment zur Ernährungssituation zu erweitern. Dadurch können gezielt Indikationen zu spezifischen Interventionen, wie z. B. medikamentöse, umgebungs- oder ernährungstherapeutische, gestellt werden, die durch eine Reduktion von weiteren Komplikationen und der stationären Wiederaufnahme einen positive Auswirkung auf die Behandlungskosten und die Lebensqualität haben.

Geriatrie 2 (P019–P030)

P019

AugenBus: Versorgung von Sehbehinderten und Blinden im ländlichen Raum

I. Himmelsbach, L. Wolski, J. Spiegel, D. Böhringer, T. Neß, T. Reinhard
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Hintergrund: Sinneseinschränkungen im mittleren und im hohen Alter nehmen stetig zu und gewinnen zunehmend an Relevanz, da Betroffene nicht mehr dazu in der Lage sind, ein angemessenes, eigenständiges Leben zu führen. Gerade in Bezug auf Seheinschränkungen in ländlichen Regionen stellt dies eine besondere Herausforderung dar, da auch eine entsprechende Versorgung (aufgrund der Infrastruktur) nicht optimal gewährleistet werden kann. Unter Leitung des Klinikums für Augenheilkunde der Universität Freiburg sollen mit dem AugenBus jene Personen erreicht werden, die einen limitierten Zugang zur konventionellen Versorgung erfahren. Neben einer ophthalmologischen Untersuchung (z. B. Augeninnendruckmessung, Visus), einer Beratung bezüglich rechtlicher Belange und adäquater Hilfsmittel (Lesehilfen, Vergrößerungsgläser) (Blinden- und Sehbehindertenstiftung Südbaden) erfolgt eine wissenschaftliche Begleitforschung hinsichtlich der Akzeptanz durch die Katholische Hochschule Freiburg.
Material und Methoden: In einem Zeitraum von Februar 2017 bis Juli 2018 werden Daten in unterschiedlichen Orten im Schwarzwald erhoben. Dabei haben Ratsuchende die Möglichkeit, das Angebot des AugenBus wahrzunehmen. Umittelbar nach der Beratung werden die Teilnehmer zu verschiedenen Aspekten des Erlebens und des Umgangs mit der Sehschädigung persönlich (t1) ($n = 130$) befragt. Eine weitere telefonische Befragung erfolgt im Abstand von 4 bis 6 Monaten (t2) ($n = 100$). Neben Veränderungen in den täglichen Aktivitäten (ADL) werden auch Stimmung (PANAS), Resilienz (RS-9) sowie die allgemeine Lebensqualität (WHOQol-Bref) der Ratsuchenden erfragt.
Ergebnis: Die Ergebnisse spiegeln eine altersentsprechende Verteilung der Geschlechter wider (75 % weiblich, 25 % männlich). Daneben zeigt sich, dass die Adaptation an den eingeschränkten Visus in einem zufrieden-

stellenden Rahmen erfolgt ist. Die Stichprobe zeichnet sich auch durch eine verhältnismäßig hohe Resilienz und ein eher positives allgemeines Wohlbefinden aus.
Schlussfolgerung: Die befragten Teilnehmer des AugenBus haben sich gut an die Seheinschränkung angepasst. Um dies jedoch weiterhin gewährleisten zu können, sind Beratungsangebote (die interdisziplinär angelegt sind) wie der AugenBus notwendig, um das persönliche Wohlbefinden in der vorliegenden Zielgruppe weiterhin aufrechtzuerhalten.

P020
Weitwinkelfundus-Laserscanning-Ophthalmoskopie als diagnostische Methode für Augenuntersuchungen und Häufigkeit von okularer Toxoplasmose in einer Stichprobe von 101 stationären geriatrischen Patienten

P. E. Logroño Wiese, A.-S. Endres[1], F. Seeber[2], U. Müller-Werdan[3], U. Pleyer
Klinik für Augenheilkunde, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Evangelisches Geriatriezentrum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Abteilung für Infektionskrankheiten Fachgebiet 16: Erreger von Pilz- und Parasiteninfektionen und Mykobakteriosen, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; [3]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Die Augenerkrankungen bei alten Menschen sind bei der bestehenden Multimorbidität und Immobilität schwierig zu untersuchen. Reduzierter Visus bedeutet reduzierte Lebensqualität und Sturzgefahr. In einer Stichprobenuntersuchung wurde untersucht, ob ein Weitwinkelfundus-Laserscanning ein diagnostisches Mittel darstellen könnte, um bei alten bewegungseingeschränkten Menschen Augenerkrankungen erkennen zu können. Diese Untersuchungsmethode ist eine nonmydriatische Fundusdarstellung bis zu einem Ausschnitt von 200° Durchmesser. Für die Studie wurde die Daytona UWF Retinal Camera (Fa. Optos PLC, Dunfermline, Scotland, Vereinigtes Königreich) verwendet. Die Stichprobe bestand aus 101 Patienten aus dem Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (EGZB), einem universitären, kirchlichen und städtischen geriatrischen Krankenhaus in Berlin. Zum serologischen Nachweis einer Toxoplasmoseinfektion wurde ein ELISA-Kit der Firma Euroimmun benutzt (Anti-Toxoplasma gondii ELISA [IgG/Polyvalent]). Insgesamt konnten 201 Augen dargestellt werden. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 76 Jahre. Die Stichprobe bestand aus 63 Frauen und 38 Männern. Die durchschnittliche Untersuchungsdauer betrug 8 min. Von den 64 Patienten, bei denen eine arterielle Hypertonie bekannt war, fanden sich bei 37 (57,8 %) vaskuläre Veränderungen, vereinbar mit einer hypertensiven Retinopathie. Von den 26 Patienten mit einem Typ-2-Diabetes mellitus zeigten 10 (38 %) die Zeichen einer diabetischen Retinopathie. Bei 45 (22,39 %) Augen waren Drusen nachweisbar. Bei 61 (30,35 %) fanden sich atrophische Veränderungen. Bei 56 (27,86 %) waren Veränderungen vorhanden, die auf ein Glaukom hinwiesen. Bei sieben von den 101 Patienten (6,93 %) waren fundoskopische Veränderungen, vereinbar mit einer Toxoplasmoseinfektion, vorhanden. Von diesen konnten drei mittels Antikörpertest bestätigt werden (2,97 %). Zusammenfassend stellt das Weitwinkelfundus-Laserscanning eine einfache, gut umsetzbare Methode der Augenuntersuchung für alte, immobile Menschen dar.

P021
Körperliche Inaktivität in der klinischen Demenzversorgung: Neuropsychiatrische Symptome scheinen wichtiger zu sein als die Dosis der sedierenden Medikation

M. Gersie, T. Fleiner, S. Ghosh[1], S. Mellone[2], W. Zijlstra[1], P. Häussermann
Abteilung Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland; [2]Department of Electrical, Electronic, and Information Engineering, Universität Bologna, Bologna, Italien

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ziel dieser Untersuchung ist es, (1) die körperliche Aktivität der Patienten in der akuten Demenzversorgung zu erfassen und (2) den Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und neuropsychiatrischen Symptomen sowie sedierender Medikation zu untersuchen.
Material und Methoden: Die Querschnittsstudie wurde auf Demenzstationen der LVR-Klinik Köln durchgeführt. Zur Aufzeichnung der körperlichen Aktivität wurde den Patienten für 72 h ein hybrider Bewegungsensor (uSense) am unteren Rücken befestigt. Die tägliche Dosis an Antipsychotika und Benzodiazepinen wurde anhand von Olanzapin- und Diazepamäquivalenten analysiert. Neuropsychiatrische Symptome wurden über das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) und die Cohen-Mansfield-Skala (CMAI) erfasst.
Ergebnisse: Es wurden 64 Patienten (M = 81Jahre; 47 % weiblich; MMST M = 18,6) in diese Studie eingeschlossen. Durchschnittlich verbrachten die Patienten M = 11,5 h/Tag im Liegen, standen und saßen M = 10,3 h/Tag inaktiv, standen und saßen M = 1,0 h/Tag aktiv und verbrachten M = 1,2 h/Tag im Gehen. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität der Patienten und der Dosierung der Antipsychotika und Benzodiazepine. In Bezug auf die neuropsychiatrischen Symptome zeigte sich ein Zusammenhang zu der körperlichen Aktivität der Patienten: schwerere neuropsychiatrische Symptome sind mit mehr körperlicher Inaktivität assoziiert (r = 0,32, p = 0,01). Dies zeige sich insbesondere für Patienten mit Apathie (n = 29). Diese Patienten waren für 22 h 5 min/Tag körperlich inaktiv, Patienten ohne Apathie (n = 35) hingegen waren 27 min länger körperlich aktiv pro Tag (p = 0,34, Z = –2,12).
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten auf ein hohes Maß an körperlicher Inaktivität bei Patienten mit Demenzerkrankung hin. Gründe hierfür scheinen das Auftreten und die Schwere neuropsychiatrischer Symptome zu sein, insbesondere Apathie scheint hier eine Rolle zu spielen. Die verabreichte Dosis an Antipsychotika und Benzodiazepinen hingegen hat nur einen geringen Einfluss auf die körperliche Aktivität der Patienten. Besonders in der klinischen Demenzversorgung sollte mehr unternommen werden, um der körperlichen Inaktivität der Patienten entgegenzuwirken.
Schlüsselwörter: Demenz, körperliche Aktivität, Antipsychotika, Benzodiazepine, Bewegungssensoren

P022
Der potenzielle Nutzen des geriatrischen Assessments in der Strahlentherapie älterer onkologischer Patienten: eine Sekundärdatenanalyse

M. Jung, G. Meyer[1], D. Vordermark, H. Schmidt[2]
Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [2]Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Ältere Krebspatienten zeigen große Unterschiede hinsichtlich altersbedingter Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und bestehender Begleiterkrankungen. Um relevante Risikofaktoren zu erfassen, wird zur Unterstützung der onkologischen Behandlungsplanung die Durchführung eines geriatrischen Assessments (GA) empfohlen. Da auch der Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQOL) für die Patienten wichtig ist, ist Ziel dieser Studie, den möglichen Informationszugewinn und die klinische Relevanz beider Assessments zu untersuchen.
Material und Methoden: Im Rahmen einer explorativen Sekundärdatenanalyse wurden Daten von 79 PatientInnen ≥ 70 Jahre (m/w: 51/49; mittleres Alter 76,6 (±5,1) Jahre) mit onkologischer Erkrankung in strahlentherapeutischer Behandlung analysiert. Die Ergebnisse des GA wurden mit dem HRQOL und der Standarddokumentation verglichen, um möglichen Informationsgewinn zu ermitteln. Aufwand und potenzieller Nutzen im Sinne klinischer Relevanz der Informationen wurden deskriptiv analysiert. Um mögliche prognostische Faktoren zu identifizieren, wurden multivariate Cox-Regressionen durchgeführt.

Ergebnisse: Während wichtige Inhalte empfohlener Screenings (z. B. G8) in der pflegerischen Standarddokumentation enthalten sind, zeigten die Analysen, dass TUG, Handkraft, MMST, Uhrentest, PHQ9, soziale Situation nach Nikolaus, Teil 1, sowie HRQOL klinisch relevante Zusatzinformationen liefern und auch im stationären und ambulanten strahlentherapeutischen Setting gut durchführbar sind (Gesamtaufwand ca. 60 min). Der Vergleich patientenberichteter Angaben mit Assessments der körperlichen Funktionalität ergab therapeutisch relevante Hinweise auf Über- oder Unterschätzung eigener Fähigkeiten. Explorative Überlebenszeitanalysen (multivariate Cox-Regressionsanalysen) zeigten eine Assoziation von verminderter Handkraft und verringertem Serumalbuminspiegel mit verkürzten Überlebenszeiten.
Schlussfolgerung: Im Vergleich zur pflegerischen und ärztlichen Standarddokumentation liefern GA und HRQOL ergänzende klinisch relevante Informationen, die ggf. zu spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen führen sollten. Die Ergebnisse dieser Analyse sind jedoch nicht generalisierbar, da nur Patienten einer Klinik eingeschlossen waren. Eine Validierung des Vorgehens in anderen Settings der Onkologie bleibt abzuwarten.

P023
Physiotherapeutische Behandlung geriatrischer Patienten in der Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (THG)

K. Gehrmann, J. Chrobak, J. Bräunig, F. Störkel[1]
Innere Medizin/Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Stabsstelle für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; [1]Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fachhochschule Münster, Münster, Deutschland

Hintergrund: Durch die demografische Entwicklung gewinnt die Problematik von Immobilität im Alter als ein wichtiges geriatrisches Handlungsfeld zunehmend an Bedeutung. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Alter kann die Mobilität älterer Patienten entscheidend beeinträchtigen und sich negativ auf die selbstständige Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Lebensqualität dieser auswirken.
Ziel der Arbeit: Die Arbeit soll die Bedeutung der frühen Mobilisation und die Effekte der Physiotherapie geriatrischer Patienten in der THG aus Betroffenen- und Therapeutenperspektive beleuchten und Aspekte für eine Handlungsempfehlung erarbeiten.
Fragestellung: Welche Wirkung erzielt die Physiotherapie im Hinblick auf die Mobilität eines geriatrischen Patienten nach einer Herzoperation aus Sicht der Betroffenen sowie der behandelnden Therapeuten? Gibt es Übereinstimmungen und/oder Abweichungen in der Beurteilung der Wirkungen seitens der Patienten und der Therapeuten?
Material und Methoden: Es wurde eine postoperative klinische Querschnittstudie an zehn geriatrischen Patienten durchgeführt. Hierbei stand die subjektive Wahrnehmung der Patienten im Hinblick auf die physiotherapeutische Behandlung im Fokus, die mittels Patientenbefragung und mithilfe eines geriatrischen Assessments untersucht wurde. Darüber hinaus erfolgte eine Einschätzung des Patienten durch den Therapeuten.
Ergebnisse: Die geriatrischen Patienten erkennen eine Wirkung der Behandlung im Hinblick auf die Mobilität, können diese aber nicht eindeutig den Inhalten der Therapie zuordnen. Ergebnisse zur Einschätzung der Mobilität zeigen mehr Übereinstimmungen zwischen Therapeuten und Patienten als Differenzen.
Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass die subjektive Erfassung der Patientenmeinungen und -bedürfnisse für die individuelle und zielbezogene physiotherapeutische Behandlung einen hohen Stellenwert hat. Objektive Messinstrumente dagegen können diese Aspekte von Mobilität ergänzen, aber nicht ersetzen. Für eine optimale Beurteilung des Therapieerfolges sollte ein besonderer Fokus auf die direkte Kommunikation zwischen Patient und Therapeut über die erzielten Behandlungsergebnisse gelegt werden. Ein ausschließlicher Einsatz eines standardisierten Assessmentinstruments zur Mobilität erfasst diese wichtigen Informationen über die Behandlungsergebnisse nicht. Genau diese Ergebnisse sind jedoch für das Entlassungsmanagement und die Weiterbehandlung der Patienten relevant.

P024
Umgang mit Demenzpatienten bei der zahnärztlichen Behandlung – schauspielerunterstützte Übungen

A. G. Barbe, I. Scharfenberg, M. Wicht, G. Röhrig-Herzog[1]
Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; [1]Zentrum für Geriatrische Diagnostik, MVZ Medicum Köln-Ost, Köln, Deutschland

Die Seniorenzahnmedizin ist ein stark wachsendes Teilgebiet der Zahnmedizin, das bisher in der Ausbildung der Studierenden und der Zahnärzte wenig abgebildet ist. Das hier vorgestellte Weiterbildungskonzept versucht, mit der Vorstellung von Validationstechniken mithilfe von Schauspielern Zahnärzten Sicherheit und Hilfestellung zu geben zum täglichen Umgang mit Demenzpatienten. Vor und nach dem durchgeführten interdisziplinären Workshop, geleitet von einer Geriaterin und einer Zahnärztin wurde der Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire-10 (DDPRQ-10) bei den Teilnehmern erhoben, zur Dokumentation bezüglich der subjektiven Einschätzung und dessen Veränderung hinsichtlich der Durchführung der zahnärztlichen Behandlung, zudem erfolgte ein ausgedehntes Feedback durch einen externen Beobachter, die Teilnehmer selbst und die Schauspielerin; die Ergebnisse sollen hier vorgestellt werden.

P025
Rehabilitationsprozess in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik

S. Fetaj
Innere Medizin/Geriatrie, Weserland-Klinik, Vlotho, Deutschland

Die Aufnahme eines Patienten hat den Zweck, mittels Erhebung physischer und psychosozialer Untersuchungen und Assessments die individuellen, sehr vielfältigen körperlichen, seelischen, sozialen Auswirkungen von Krankheiten und dadurch bedingte Funktions- und Fähigkeitsstörungen als auch Ressourcen des Rehabilitanden standardisiert zu erfassen. Das multidimensionale geriatrische Assessment erfolgt berufsgruppenübergreifend. Zusätzlich erfolgten routinemäßig ein Sturzrisikoscreening sowie Hilfsmittelversorgung, ggf. Versorgung mit fehlenden Hilfsmitteln. Erstellung von Rehabilitationszielen: Nach o. a. Rehadiagnostik werden Rehabilitationsziele anhand der festgestellten strukturellen Schädigungen und damit vorhandenen Fähigkeits- und Funktionsstörungen unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen definiert. Die Rehabilitationsziele werden anhand von dem auf Boden ICF-Klassifikation beschrieben. Als mittelfristige Ziele ergeben sich daraus eine Verbesserung der Aktivitäten und der Partizipation. Bei der Formulierung der Therapieziele werden Kontextfaktoren, wie persönliche Einstellung der Rehabilitation und seine Angehörigen sowie das soziale Umfeld des Patienten berücksichtigt. Rehabilitationsverlauf: Nach Absprache der Rehabilitationsziele mit dem Patienten ggf. seiner Angehörigen erfolgt eine Behandlung im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes. Abhängig von den Funktionsstörungen des Rehabilitanden sind verschiedene Berufsgruppen an dem Rehabilitationsprozess beteiligt (therapeutisches Team). Das therapeutisches Team wird vom Arzt/von der Ärztin geleitet und koordiniert. Jede Berufsgruppe führt vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung eine Dokumentation über den Verlauf während der Behandlung.

P026
Sollten Konzepte virtueller Rehabilitation in Zukunft altersspezifisch eingesetzt werden?

G. Waldmann
Fachklinik für Neurologie, MediClin Reha-Zentrum Bad Düben, Bad Düben, Deutschland

Hintergrund: Virtuelle Trainingsumgebungen können so konstruiert sein, dass sie überwiegend motivierende Rückmeldungen geben und die Komplexität einer Aufgabenstellung oder Umweltveränderungen entsprechend der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden unmittelbar steuern. Aber: Was wissen wir über die Motivation derjenigen, die in Zukunft im therapeuti-

schen Kontext mit dieser Technologie konfrontiert werden? Gibt es Unterschiede bei der Bewertung zwischen jungen und geriatrisch eingestuften Rehabilitanden? Wie bewerten Rehabilitanden diese Vision, bezogen auf die unterschiedlichen Therapiebereiche, das Freizeitangebot und den vermuteten Therapieerfolg?
Material und Methoden: Im Zeitraum 2013 bis 2015 wurden Rehabilitanden während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur individuell eingeschätzten, denkbaren Wirkung von virtueller Realität für verschiedene Rehabilitationsbereiche sowie Freizeitaktivitäten befragt. Es beantworteten 116 Rehabilitanden die Fragen, davon 46 im Alter von 70 und älter. Von den Befragungsteilnehmern sind 55 % männlich und 45 % weiblich. Nur 3 % der Befragungsteilnehmer gaben an, bislang etwas über virtuelle Rehabilitation erfahren zu haben. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 bis 5, analog zum für die meisten Teilnehmer bekannten Schulnotensystem.
Ergebnisse: Rehabilitanden im jüngeren Alter unterschieden sich in der Bewertung von virtueller Realität von Rehabilitanden, die sich im geriatrischen Alter befanden. Erstere konnten sich virtuelle Realität besser in bewegungsorientierten Therapien, physikalische Anwendungen, Entspannungstherapien, in Seminaren und insbesondere in der Freizeitgestaltung vorstellen.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine prinzipielle Bereitschaft von Rehabilitanden an, virtuelle Realität in der medizinischen Rehabilitation anzunehmen. Da in der Bevölkerung überwiegend Spielekonsolen mit bewegungsfördernden Anwendungen bekannt sind, wundert es nicht, dass bewegungsfördernde virtuelle Realität höher bewertet wird als passive Anwendungen. Maßnahmen mit hohem informativen Anteil und Maßnahmen, in denen ein hohes Maß an Imagination gefordert wird, werden ebenfalls als geeignet für virtuelle Realität betrachtet. Jedoch, so zeigen die Ergebnisse der Befragungen, besteht ein hoher Zuspruch zu den traditionellen Rehabilitationsabläufen, insbesondere bei geriatrischen Rehabilitanden. Das Ergebnis bietet somit einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen altersspezifischen Ausrichtung von Rehabilitationsangeboten.

P027
Prospektive Studie zur „third-party disability" bei älteren Schwerhörigen im Verlauf der Hörrehabilitation

L. M. Harbert, L. Götze, A. Marek, J. P. Thomas, S. Dazert, C. Völter
Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, St. Elisabeth-Hospital, Katholisches Klinikum Bochum, Bochum, Deutschland

Schwerhörigkeit bedeutet nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Angehörigen eine Einschränkung im Alltag. Die vorliegende Studie soll die Auswirkungen der Hörbeeinträchtigung auf die Lebensqualität beider Partner und die Veränderung durch eine hörverbessernde Therapie untersuchen. Verschiedene Fragebogen wurden präoperativ sowie 6 Monate postoperativ eingesetzt: der SOS-Hear-Fragebogen, eine auch für Angehörige angepasste Version des Nijmegen-Questionnaire und der Brief-Cope-Fragebogen. Bislang eingeschlossen wurden 31 beidseitig postlingual Schwerhörige (12 Männer/19 Frauen) im Alter von 70,5 Jahren (Median) und ihre Angehörigen (11 Männer/20 Frauen) mit 61,5 Jahren (Median). In 23 Fällen handelte es sich um die (Ehe-)Partner, in 8 Fällen um Kinder oder enge Freunde. Drei Angehörige waren selbst mit Hörgeräten versorgt, 13 hatten eine gering- bis mittelgradige Hörstörung ohne Versorgung mit hörverbessernden Maßnahmen, 15 waren normalhörend. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Einschätzung der Hörsituation durch den Nijmegen-Questionnaire bei den Patienten v. a. präoperativ besser ausfällt als bei den Angehörigen (präoperativ 2900 Punkte ($n = 28$) vs. 2313 ($n = 30$); $p = 0{,}009$ und postoperativ 3613 Punkte ($n = 18$) vs. 3275 ($n = 17$); $p = 0{,}478$). Sowohl prä- als auch postoperativ schätzten weibliche Angehörige die Hörsituation des Patienten schlechter ein als männliche Angehörige (2175 vs. 2775 Punkte präoperativ; 3225 Punkte vs. 3900 Punkte postoperativ). Durch eine Hörrehabilitation wird die Belastung der Angehörigen, gemessen am SOS-Hear-Score, von präoperativ 39 Punkten ($n = 29$) auf postoperativ 17 Punkte ($n = 18$) signifikant reduziert ($p = 0{,}001$). Weibliche Angehörige sind durchschnittlich stärker belastet als männliche (44 vs. 32 Punkte). Sonstige Angehörige (z. B. Kinder) schätzen die Hörsituation präoperativ signifikant schlechter ein als (Ehe-)Partner ($p = 0{,}016$) und sind stärker belastet gemessen am SOS-Hear ($p = 0{,}007$), nehmen aber eine größere Verbesserung postoperativ wahr. Besonders die Angehörigen, die die Hörsituation im Nijmegen-Questionnaire präoperativ als besonders schlecht einschätzten (weniger als 2000 Punkte), zeigten auch eine signifikant höhere Belastung im SOS-Hear mit 69 Punkten (Median; $p = 0{,}001$). Dabei wenden Patienten und Angehörige, gemessen am Brief-Cope-Fragebogen, ähnliche Strategien an, um mit der Hörstörung umzugehen. Die vorliegende Studie zeigt, dass der Bertreuung der Angehörigen im Rahmen der Hörrehabilitation eine wichtige Rolle zukommt.

P028
An augmented prescribed exercise program to improve the mobility of older acute medical patients – a randomized, controlled pilot and feasibility trial

T. Braun, C. Grüneberg, I. Schwenk, M. Wießmeier, L. Biegiesch, J. Camerlynck, A. Grünewald, K. Kelputh, L. Klinghammer, T. Nassal, H. Wang, C. Thiel
Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany

Background: There is inconclusive evidence for the effectiveness of additional exercises in older hospital patients on mobility. The aims of this study were (1) to assess the feasibility of an augmented prescribed exercise program (APEP) in older acute medical patients and (2) to measure the potential effects of APEP on mobility capacity in order to assess the feasibility of a large full-scale study.
Material and methods: We conducted a single-center, prospective, parallel-group, single-blinded, randomized controlled pilot and feasibility trial (approved by the Ethical Review Board, registered a priori: DRKS00011262).
Participants (≥65 years; able to walk; no severe cognitive impairment) were recruited from two acute medical geriatric wards of a general hospital in the Ruhr area and randomly allocated to the intervention or control group (1:1).
Both groups received usual care, including routine daily physiotherapy. Intervention group participants were scheduled for additional exercise sessions (20–30 min, 4–5x/week: individual strengthening and balance exercises). Feasibility of the trial design was assessed along predefined criteria for process, resources and management. Feasibility of the APEP intervention was analyzed by means of adherence, compliance and safety. Outcomes were measured at baseline and prior to hospital discharge. The primary outcome measure was mobility capacity (de Morton Mobility Index; DEMMI). Secondary outcome measures were walking ability, physical endurance, fear of falling and frailty.
Results: In this study 35 participants were recruited (recruitment rate 20.3%). We lost 7 participants to follow-up (retention rate: 80%). Intervention group participants ($n = 17$) each participated in 5.3 ± 2.2 additional exercise sessions (mean duration: 23.2 ± 4.0 min; mean adherence rate 78% ± 26%). No severe adverse events occurred during study assessments or APEP sessions. There were no statistically significant differences in mean change scores in any outcome measure. A sample of 124 participants would be required to detect a difference of 4 DEMMI points (ES = 0.45) with a power of 80%.
Conclusion: This small feasibility RCT indicates that an APEP intervention may be safe and feasible in older acute medical patients. APEP may possibly induce small to moderate effects on mobility, but the clinical relevance of these effects may be limited. These results were used in the planning of a larger scale phase III study.

P029
Folgen eines Screenings auf VRE in einer Akutgeriatrie

A.-M. Hergt, C. Schröder, M. Paul, C. Sause[1], M. Reh

Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland; [1]Krankenhaushygiene, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland

Anfang 2018 wurde in der Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie der Westküstenkliniken, Standort Heide, mit einem Screening auf VRE begonnen. Es fielen unerwartet viele positive Befunde auf. Zunächst wurden alle Patienten isoliert und erhielten Therapien nur im Zimmer. An einem konkreten Fallbeispiel wird deutlich, dass der Schutz der Mitpatienten durch die Isolationsmaßnahmen erkauft wurde, durch ein erhöhtes Komplikationsrisiko bzw. schlechtere Frührehabedingungen bei den übrigen Patienten, weshalb in den folgenden Monaten Schritt für Schritt ein Gesamtkonzept zur verbesserten Krankenhaushygiene entwickelt wurde, das u. a. auch eine systematische Schulung von Patienten und Angehörigen in Bezug auf eine hygienische Händedesinfektion umfasst und über den Umgang mit problemkeim-besiedelten Patienten hinaus auf alle Patienten und alle Abteilungen des Klinikums Anwendung finden soll.

P030
Kasuistik: Patient mit CK-Erhöhung nach gerätegestützter medizinischer Trainingstherapie

A.-M. Hergt, M. Reh

Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland

Vorgestellt wird ein 75 Jahre alter Patient, der ursprünglich wegen einer postoperativen DD medikamentös induzierten Darmatonie stationär aufgenommen wurde. Fünf Wochen zuvor erhielt er eine Hüft-TEP implantiert, in der Folge nahm er Tramadoltropfen ein. Diesbezüglich gestaltete sich der Aufenthalt unkompliziert. Zum allgemeinen Kraftaufbau und zur Sicherung der Selbstständigkeit erfolgte eine Komplexbehandlung in der geriatrischen Tagesklinik. Hier fiel in der Blutentnahme ein Anstieg der CK auf max. 6851 IU/l auf (Normbereich < 171 IU/l). Klinisch, insbesondere kardiologisch, bestanden keinerlei Auffälligkeiten. Nach Ausschluss anderer Ursachen wurde die zuvor begonnene medizinische Trainingstherapie pausiert. In der Folge kam es zu einer raschen Normalisierung der Werte. Der Patient wurde angehalten, das Gerätetraining weniger intensiv fortzuführen.

Geriatrie 3 (P031–P042)

P031
Die Identifikation von älteren Patienten, die von einer zeitnahen geriatrischen Intervention profitieren: die Herausforderung des ISAR Score

Y. Schiefer, W. Weinrebe[1], K. Weckmüller[2], R.-J. Schulz[3], S. Rupp[4], S. Bischoff[5], M. Karaman[6], S. Goetz[1], H. J. Heppner[7], M. C. Polidori Nelles

Klinische Altersforschung, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland; [1]HFR Meyriez, Universität Freiburg, Meyriez, Schweiz; [2]Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz, Koblenz, Deutschland; [3]Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln; [4]Klinik Wartenberg, Wartenberg, Deutschland; [5]Praxis für Ergotherapie, Bad Friedrichshall; [6]Institut für Biostatistik, Berlin, Deutschland; [7]Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Universität Witten/Herdecke, Schwelm, Deutschland

Hintergrund: Das frühzeitige Identifizieren von älteren Patienten, die zeitnah einer geriatrischen Behandlung bedürfen, ist für die optimale Nutzung des Rehabilitationspotenzials entscheidend. In Deutschland ist hierfür der Identification of Seniors At Risk (ISAR) Score empfohlen.

Ziel der Arbeit: Retrospektiv wurden die Aufnahmecharakteristika und der ISAR Score von Patienten (≥75 Jahre) einer Akutgeriatrie (AG) und einer Klinik für geriatrische Rehabilitation (GR) mit den Daten von Patienten der Notaufnahme (NA) einer Akutklinik verglichen.

Material und Methoden: Die Aufnahmedaten von 267 Patienten stammen aus drei Gruppen: Patienten aus einer NA ($n = 98$), Patienten aus einer AG ($n = 80$) und Patienten aus einer Klinik für GR ($n = 89$). Der ISAR Score, Komorbiditäten, Polypharmazie, Funktionsstörungen (FS) und Barthel-Index (BI) wurden statistisch ausgewertet.

Ergebnis: Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen den ISAR Score betreffend: Es waren 87 % der Patienten der NA, 94,9 % der AG und 94,4 % der GR ISAR-positiv (≥2 Punkte). Von den Patienten der NA, die laut ISAR Score positiv gescreent waren, wurde keiner in eine geriatrische Abteilung verlegt. Die Patienten der NA wiesen im Vergleich zu den anderen Gruppen eine signifikant höhere Anzahl an FS auf (9,1 ± 5,4 NA vs. 8,8 ± 4,7 AG und 6,6 ± 4,4 GR, $p = 0{,}001$); auch war der BI signifikant höher (49,3 ± 26,5, NA vs. 27,2 ± 23,3 AG und 37,9 ± 22,3, GR, $p < 0{,}0001$).

Schlussfolgerung: Ein positives ISAR-Screening scheint keine zuverlässige Hilfe zu sein, um geriatrische Patienten in eine adäquate geriatrische Versorgung zu steuern. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass zusätzliche Informationen für eine frühe und sichere Identifikation von älteren Patienten mit Bedarf an geriatrischer Intervention benötigt werden.

P032
Vorstellung der konsentierten Indikatoren für ein Public Health Monitoring 65+. Ergebnisse aus dem Projekt Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA) des Robert Koch-Instituts

J. Fuchs, B. Gaertner, C. Scheidt-Nave, M. Grube

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Um der Heterogenität der Bevölkerung ab 65 Jahren gerecht zu werden, werden zur Beschreibung von Gesundheitszustand, körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit, Lebensumständen, Autonomie und Lebensqualität adäquate Erhebungsmethoden und Instrumente benötigt. Im Rahmen des durch die Robert Bosch Stiftung geförderten IMOA-Projekts wurden ein Rahmenkonzept erarbeitet und relevante Kennzahlen (Indikatoren) ausgewählt, die ein angemessenes Monitoring des höheren Lebensalters ermöglichen.

Im ersten Schritt wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nationaler und internationaler Gesundheitsziele vorgenommen. Auf dieser Basis wurden zusammen mit ExpertInnen aus Gerontologie, Geriatrie und Pflegewissenschaften relevante Handlungsfelder und Themenbereiche für ein Gesundheitsmonitoring im höheren Lebensalter definiert und entsprechende Indikatoren aus bestehenden Monitoringsystemen zusammengestellt. Danach wurden in einem mehrstufigen strukturierten Prozess die relevanten Kernindikatoren konsentiert.

Die drei Handlungsfelder Lebenswelt, Aktivitäten/Teilhabe und gesundheitliche/funktionelle Ressourcen aus dem Aktionsplan „Ageing and Health" der WHO bildeten den Rahmen für die Indikatorenauswahl, diesen wurden elf inhaltliche Themenbereiche (z. B. Gesundheitsversorgung, Teilhabe, körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit) zugeordnet. Pro Themenbereich liegen Indikatoren vor (z. B. hausärztliche/allgemeinärztliche Versorgung, Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens, langsame Gehgeschwindigkeit), für die wiederum Definitionen und mögliche Datenquellen zusammengestellt wurden.

Durch die mit dem Expertengremium abgestimmten Kernindikatoren für ein Gesundheitsmonitoring 65+ wird es künftig möglich sein, über die Zeit vergleichbare Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage älterer Menschen zu treffen. Langfristig soll so eine Datengrundlage geschaffen werden, die zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse, zur Evaluation von Gesundheitszielen und zur Politikfolgenabschätzung genutzt werden kann und dazu beiträgt, die Gesundheit im höheren Lebensalter in allen Politikfeldern zu verankern.

P033

Makrohämaturie als Leitsymptom bei geriatrischen Patienten

L. Küper, A. Wiedemann

Klinik für Urologie, Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH, Witten, Deutschland

Häufig werden hochbetagte Patienten mit dem Leitsymptom Makrohämaturie aufgenommen, die hier genauer charakterisiert werden sollten.
Es wurden 162 Patienten, die wegen Makrohämaturie stationär aufgenommen wurden und mind. 75 Jahre alt waren, in 36 Variablen eingeschlossen, z. B.: Punktwert des „Identification of seniors at risk" (ISAR) oder Blasenverweilkatheter (BVK), und retrospektiv betrachtet.
Die Zahl der Patienten mit BVK vor Aufnahme war signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (Bootsma, AM; Urinary incontinence and indwelling urinary catheters in acutely admitted elderly patients. 2013).
Ein Großteil dieser blutete aufgrund einer Autodislokation. Der Nachweis einer bakteriellen Zystitis war nicht signifikant höher als bei Patienten ohne BVK.
Gerinnungsaktive Medikamente nahmen 75,3 % der Patienten ein. Patienten unter Phenprocoumontherapie waren in 40,6 % der Fälle untertherapiert, in 28,1 % übertherapiert und in 31,2 % zielgerecht behandelt.
Bei der urologischen Abklärung wurde in 24,7 % ein Tumor von Harnblase, Harnleiter oder Prostata als Ursache gefunden. Tendenziell wurde bei BVK-Trägern und bei Patienten mit gerinnungsaktiven Medikamenten seltener ein Tumor diagnostiziert.
Ein liegender BVK stellt einen Risikofaktor für das Auftreten einer Makrohämaturie dar. Besonders bei Patienten mit positivem ISAR-Screening gilt es, der Gefahr der Autodislokation zu entgegnen. Bei BVK und gleichzeitiger Gerinnungshemmung besteht kein zusätzlich erhöhtes Blutungsrisiko.
Bei der OAK mit Phenprocoumon war nicht die Überdosierung führend.
Die urologische Abklärung erbringt in rund einem Viertel auch bei den untersuchten Hochbetagten relevante Befunde und sollte auch bei BVK oder Einnahme gerinnungsaktiver Medikamente nicht vernachlässigt werden.

P034

Antikoagulation bei zerebralen Mikroblutungen (CMB) und Amyloidangiopathie (CAA)? Übersicht zu aktuellen Empfehlungen

K. E. Brogmus

Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, Woltersdorf, Deutschland

Die zerebrale Amyloidangiopathie entsteht durch Ablagerung des $A_{\beta(1-40)}$-Amyloids in den infrakortikalen und leptomeningealen Hirngefäßen. In der T2*-Gewichtung des cMRT zeigt sie sich durch CMB oder eine superfizielle Siderose; klinisch manifest wird sie durch spontane lobäre Hirnblutungen oder fokale Subarachnoidalblutungen. Zeichen einer Amyloidangiopathie oder von CMB finden sich bei über Achtzigjährigen bis zu 40 %. Die CMB korrelieren mit nVHF und einem erhöhten Infarktrisiko. Sie kommen darüber hinaus auch bei hypertonischer Enzephalopathie vor.
Bisher gibt es keine kontrollierten Studien, ob Patienten mit CMB von einer Antikoagulation profitieren. In den Empfehlungen der AHA, ÖsterreichSA von 2017 wird nach einer umfangreichen Literaturrecherche festgestellt, dass das Risiko eines ischämischen Infarkts stärker ansteigen als das einer spontanen ICB. So fand Charidimou (2013) in einer Metanalyse von 10 Studien (bis zu 5,6 a, $n = 3067$, davon 884 mit CMB) ein Schlaganfallrisiko (jegliche Genese) bei CMB von 11,2 % vs. 6,1 % und ein ICB-Risiko von 4 % vs. 0,5 %. Deshalb könnten Pat. mit CMB von einer Antikoagulation profitieren. Es sollten jedoch NOAK eingesetzt und andere Risikofaktoren, insbesondere ein hoher Blutdruck, minimiert werden.
Wang (2014) diskutiert, dass bis zu einer Anzahl von 5 CMB-Pat. von einer Antikoagulation mit Wafarin profitieren könnten; bei NOAK sei auch eine höhere Anzahl vertretbar. Im Einzelfall sind Hirninfarkt- und Blutungsrisiko gegeneinander aufzuwägen: Wang schlägt hierzu einen modifizierten CHADS-VASc/HAS-BLED Score vor. Zurzeit laufen weitere Studien zum Einsatz von NOAK bei CMB-Patienten mit nVHF. Betroffene mit hypertonisch bedingten CMB weisen ein geringeres Blutungsrisiko auf. Bei intrazerebralen Blutungen und CMB wird wegen des besonders erhöhtes Risiko für Rezidivblutungen von einer Antikoagulation abgeraten, mit Ausnahme lebenswichtiger Indikation wie Implantat einer mechanischen Herzklappe. Ebenfalls sollten Statine nicht gegeben werden. Die Blutdruckwerte sollten nicht über 130/80 mm Hg liegen. Hinsichtlich der fokalen oder superfiziellen Siderose (SS) gibt es noch keine allgemeinen Empfehlungen. Allerdings ist gerade bei disseminierter Siderose die Gefahr intrazerebraler Blutungen besonders hoch, bis zu 74 % innerhalb von 4 Jahren, sodass von einer Antikoagulation abgeraten wird.

P035

The U. S. FORTA project: a study to promote the use of FORTA (Fit fOR The Aged) list internationally

F. Pazan, Y. Gercke, C. Weiß[1], M. Wehling

Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland; [1]Institut für medizinische Statistik, Medizinische Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland

Older people are the main recipients of medications in many regions of the world. Numerous studies have revealed that a large section of older persons is subject to inappropriate drug treatment. The reason is that for most of the drugs there is hardly any evidence regarding efficacy and safety in older people. Furthermore, the presence of multimorbidity and as a result polypharmacy aggravates this problem. In order to effectively address this issue and to increase the appropriateness and quality of drug treatment in older people, a clinical aid called the FORTA list has been developed. FORTA was originally created by Wehling, and the FORTA list was validated by 21 experts in a Delphi consensus procedure in Germany and Austria. Furthermore, FORTA's utility has been assessed in a pilot clinical trial and in a randomized prospective trial. These two studies showed that FORTA significantly ($p < 0.001$) improves the quality of drug treatment. Based on these results, we have planned to conduct a two-step consensus validation of the FORTA List in the USA. For this purpose, we will invite members of the American Geriatrics Society (AGS) Polypharmacy Special Interest group to participate in our project. In addition, we will use a self-developed algorithm to choose experts in the field of geriatrics with high experience in clinical pharmacotherapy. The outcomes of this project will be used to develop a US-FORTA list and to promote the use of FORTA in North America and internationally.

P036

Einfluss von Typ-2-Diabetes und Insulintherapie auf die Muskulatur

U. Ferrari, M. Rottenkolber, C.-C. Selte, C. Then[1], J. Seißler[1], B. Linkohr[2], A. Peters[2], M. Drey, B. Thorand[2]

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; [1]Diabetologie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, München, Deutschland; [2]Institut für Epidemiologie, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Verlust von Muskelmasse und -funktion ist Hauptursache der Immobilität im Alter. Geriatrische Patienten mit Typ-2-Diabetes (T2D) leiden häufig an Mobilitätseinschränkungen.
Ziel der aktuellen Studie ist es, die Assoziation von T2D und der Veränderung der Muskelmasse oder -funktion im Alter zu untersuchen und ob diese bei Diabetikern durch eine Insulinbehandlung beeinflusst wird.
Material und Methoden: In einer populationsbasierten Kohortenstudie (KORA Age) wurden zur Basisuntersuchung (2009) und nach einer Follow-up-Zeit von 3 Jahren (2012) der Skelettmuskelindex (SMI [kg/m^2]) und die Handgreifkraft (HK [kg]) gemessen und ein Timed „Up and Go" Test (TUG [s]) durchgeführt. Mittels multipler linearer Regressionsmo-

delle wurde der Einfluss des T2D und der Insulintherapie auf die Veränderung (Differenz der Basis und Follow-up-Werte) der Muskelparameter untersucht.
Ergebnisse: Unter den 731 Probanden (360 Frauen (49,3 %)) mit einem mittleren Alter von 74,6 ± 6,2 Jahren hatten 16,1 % (n = 118) einen T2D (HbA_{1c} 6,4 ± 0,7 %), der bei 16,9 % (n = 20) mit Insulin behandelt wurde. Frauen (F) und Männer (M) mit T2D zeigten eine stärkere Abnahme der HK (F: –1,2 ± 4,3; M: –1,8 ± 5,4) und des SMI (F: –0,2 ± 0,7; M: –0,2 ± 0,7) als F und M ohne T2D (F: –0,5 ± 3,9; M: –0,4 ± 5,5). Nach Adjustierung für Geschlecht, Alter, BMI, körperliche Aktivität, Rauchen und Multimorbidität bleibt T2D signifikant mit der Veränderung des SMI (p = 0,02), jedoch nicht der HK (p = 0,07) und dem TUG (p = 0,76) assoziiert.
Bei Personen mit therapierten T2D war die Insulintherapie im Vergleich zur alleinigen Behandlung mit oralen Antidiabetika signifikant mit der Veränderung des SMI (p < 0,001), aber nicht der HK (p = 0,18) und des TUG (p = 0,09) assoziiert.
Schlussfolgerung: Patienten mit T2D zeigten im Vergleich zu Nichtdiabetikern einen beschleunigten Abbau von Muskelmasse im Alter. Daher könnten routinemäßige klinische Muskeluntersuchungen in dieser Hochrisikopopulation sinnvoll sein. Eine Insulintherapie könnte für ältere Menschen mit T2D einen Nutzen im Hinblick auf die Erhaltung von Muskelmasse bieten. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um dieses Ergebnis zu bestätigen.

P037
Die Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeit älterer KrebspatientInnen während und nach Tumortherapie – eine prospektive Beobachtungsstudie

J. Kooymann, D. Medenwald[1], A. Golla, G. I. Stangl[2], H. Schmidt, G. Hübner[3], A. Steckelberg, D. Vordermark[1]
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [2]Institut für Agrar- und Ernährungswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [3]Institut für Psychologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Krebstherapie älterer Menschen kann zu Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQOL), der körperlichen Funktionsfähigkeit und Teilhabe führen. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es zielgruppenorientierter Interventionsstrategien, die die Heterogenität individueller Plastizitätspotenziale (z. B. bezogen auf physiologische Reserve oder körperliche/kognitive Funktion) berücksichtigen. In dieser Studie sollen auf Basis objektiver und subjektiver Parameter Hypothesen zu modifizierbaren Risikofaktoren generiert werden, die mit der Entwicklung der körperlichen Funktion (Erhalt bzw. Minderung) assoziiert sind.
Material und Methoden: In die prospektive Beobachtungsstudie werden 36 Patienten/Patientinnen (≥65 Jahre mit soliden Tumoren) vor strahlentherapeutischem Behandlungsbeginn eingeschlossen. Die folgenden assessmentbasierten und patientenberichteten Angaben werden erhoben, verglichen und im Zeitverlauf analysiert: krankheitsbezogene Daten, ADL, IADL, Ernährungsstatus, Bioimpedanzanalyse, Nikotin- und Alkoholkonsum, körperliche Funktion (Handkraft, Timed „Up and Go" Test (TUG), 6-Min-Gehtest (6-MWT), Kognition, HRQOL (EORTC Kernfragebogen QLQ-C30 und elderly modul ELD-14), soziale Situation, Depression, frühere und aktuelle körperliche Aktivität sowie Motivation zu körperlicher Aktivität. Das komplette Follow-up (6 und 12 Mo.) wird ergänzt durch postalische Befragungen (3 und 9 Mo.).
Ergebnisse: Bislang wurden 31 Patienten/Patientinnen eingeschlossen (Alter: Ø 74 ±6 Jahre; n = 14 Frauen; häufigste Tumorlokalisation: n = 15 Lunge, Anzahl der Komorbiditäten: Ø 4 ± 2; kombinierte Radiochemotherapie: n = 20). Im funktionellen Assessment erreichten die Probanden/Probandinnen Ø 9,2 ± 3,5 s beim TUG, eine Gehstrecke von Ø 351 ± 102 m beim 6-MWT und eine durchschnittliche Handkraft (rechts/links) von 26,7 ± 8,9 kg/25,4 ± 8,9 kg. Die HRQOL-Subskala körperliche Funktion (EORTC QLQ-C30) betrug Ø 78,3 ± 18,8 Punkte zur Baseline. Für die ersten Fälle des 3-Monats-Follow-up (n = 8) betrug die körperliche Funktion Ø 64,0 ± 24,5 Punkte (MW-Differenz = 22,8, p < 0,05).
Schlussfolgerung: Erste Ergebnisse der Nachbeobachtung deuten einen klinisch relevanten Rückgang der körperlichen Funktion bereits nach 3 Monaten an. Zum Kongress kann eine komplette Analyse (Baseline und 3-Monats-Follow-up) präsentiert werden.

P038
Vorbereitung einer populationsbezogenen prospektiven Beobachtungsstudie mit älteren Menschen nach proximaler Femurfraktur: Auswahlprozess der Befragungsinstrumente

J. Blessin, M. Baltes, G. Meyer, S. Andrich [1], M. Ritschel [1], F. Hoffmann[2], K. Jobski[2], A. Fassmer[2], P. Fuhrmann[3], C. G. G. Sorg[3], A. Stephan
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; [2]Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaft, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland; [3]Unternehmenssteuerung, Stabsbereich Politik – Gesundheitsökonomie – Presse, AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Proximale Femurfrakturen (PFF) führen häufig zu bleibenden Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Die im Rahmen des Innovationsfonds geförderte Studie zu „Versorgung, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach proximaler Femurfraktur – ProFem" (DRKS-ID: DRKS00012554) wird zum einen die Versorgungssituation und zum anderen patientenrelevante Outcomes älterer Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg (≥ 60 Jahren) nach PFF untersuchen und Gruppen mit ungünstigen Outcomes identifizieren. Bei einem relevanten Anteil der Teilnehmenden sind kognitive Einschränkungen zu erwarten. In diesen Fällen sollen zusätzlich Bezugspersonen befragt werden. Es stellt sich die Frage, welche Instrumente geeignet sind, patientenberichtete Outcomes (PRO) wie beispielsweise Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Partizipation in dieser Population zu erfassen.
Material und Methoden: Die Instrumentenauswahl zu den genannten Konstrukten erfolgte innerhalb eines gezielten und aufeinander abgestimmten Prozesses: 1) Instrumentenrecherche in biomedizinischen Datenbanken; 2) Bewertung der Instrumente hinsichtlich ihrer a) psychometrischen Eignung, b) Angemessenheit für die Zielgruppe (Personen ≥ 60 Jahre mit PFF; Personen ≥ 60 Jahre mit PFF mit kognitiven Einschränkungen und deren Proxys), c) Eignung als Selbst- und Proxy-Instrument und d) zur persönlichen/postalischen Befragung. Im Rahmen eines protokollgestützten Pretests wurden die Instrumente hinsichtlich Verständlichkeit für ältere Menschen/Proxys, Befragungsdauer und Belastung überprüft.
Ergebnisse: Für die Erfassung von PRO nach PFF wurde folgendes Instrumentenset zusammengestellt: EQ-5D-5L und SF-12 (Lebensqualität), Mobility Parker Score, Oxford Hip Score und Barthel-Index (Funktionsfähigkeit), IMET (Partizipation). Für die Befragung der unterschiedlichen Zielgruppen wurden zwei Fragebogen entwickelt: (1) Teilnehmende mit PFF mit und ohne kognitive Beeinträchtigung, (2) Proxys der Teilnehmenden mit PFF und kognitiver Beeinträchtigung. In vier Pretest-Interviews waren die zielgruppenspezifischen Fragebogen sowohl für Teilnehmende mit PFF mit und ohne kognitive Beeinträchtigung als auch für Proxys gut anwendbar.
Schlussfolgerung: Der Pretest zeigte eine gute Anwendbarkeit des Instrumentensets für die Erfassung von PRO für die unterschiedlichen Gruppen. Die Instrumente werden ab Mai 2018 bei ca. 700 Teilnehmenden im Rahmen von Hausbesuchen und postalischen Befragungen in verschiedenen häuslichen Settings eingesetzt.

P039

Komponenten des Transitional Care Model (TCM) zur Reduzierung der Krankenhauswiederaufnahmerate geriatrischer Patienten – ein systematisches Review

N. Morkisch[1], L. D. Upegui[1,2], M. I. Cardona[3,4], D. van den Heuvel[1], M. Rimmele[3], E. Freiberger[3], C. C. Sieber[3,5]

[1]Bundesverband Geriatrie e.V., Berlin, Deutschland; [2]Universitätsklinikum RWTH Aachen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Aachen, Deutschland; [3]Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen, Nürnberg, Deutschland; [4]Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Calí, Kolumbien; [5]Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Im Jahr 2014 bezifferte das Statistische Bundesamt Deutschlands die Einwohner, welche zwischen 66 und 99 Jahre alt waren, auf 20 % der Gesamtbevölkerung. Es wird angenommen, dass diese Zahl im Jahr 2060 auf 33 % ansteigen wird. Menschen, die über 65 Jahre alt sind und ein hohes Maß an Gebrechlichkeit und Multimorbidität aufweisen, gelten laut Definition der Europäischen Union als geriatrische Patienten. Ein Anstieg der Fallzahl in geriatrischen Fachabteilungen im Krankenhausbereich um 25 % bis zum Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2013 wird aufgrund des demografischen Wandels im *Weißbuch Geriatrie* prognostiziert. Demzufolge sollten Konzepte zur Versorgung von geriatrischen Patienten weiterentwickelt und etabliert werden. In den 1990er-Jahren publizierten Naylor et al. mehrere Studien zum Einsatz des „Transitional Care Model" (TCM). Die Ergebnisse zeigten, dass eine Begleitung durch Pflegepersonal, über die Entlassung aus dem Krankenhaus hinaus, die Wiederaufnahmerate senken konnte. Im vorliegenden systematischen Review wurde untersucht, welche der definierten Komponenten des TCM im Vergleich zur Standardversorgung in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) eingesetzt wurden, um bei geriatrischen Patienten eine Reduktion der Wiederaufnahmerate zu bewirken.
Material und Methoden: Im November 2017 wurde eine systematische Literatursuche in folgenden elektronischen Datenbanken durchgeführt: *The Cochrane Central Register of Controlled Trials* (*CENTRAL*), *MEDLINE*, *CINAHL*, *PsycINFO*. Für die Studienauswahl wurde der Einschluss von RCT ab 1994 mit initialer Stichprobengröße je Gruppe ≥ 50 bestimmt. Das Alter der teilnehmenden Patienten wurde entsprechend der EU-Definition auf > 65 Jahre festgelegt. Die Anwendung von mindestens einer Komponente des TCM, welches im Krankenhaus initiiert wurde und bis nach der Entlassung nach Hause andauerte, sollte als Intervention in den Studien durchgeführt worden sein.
Ergebnisse: Aus 2802 Titeln konnten bislang 46 Abstracts zur weiteren Beurteilung der Volltexte identifiziert werden. Das Ergebnis der Datenextraktion der eingeschlossenen Studien wird auf dem 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie präsentiert.
Schlussfolgerung: Die Internationalität der Studien zeigte, dass der demografische Wandel auf allen Kontinenten wahrgenommen wurde. Mehrere Komponenten des TCM wurden beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause für geriatrische Patienten eingesetzt.

P040

Muscle fiber atrophy in neurogenic sarcopenia compared to other neuromuscular diseases

F. Tanganelli, F. Hofmeister, P. Meinke[1], S. Hintze[1], U. Ferrari, S. Krause[1], B. Schoser[1], M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, Munich, Germany; [1]Friedrich-Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Munich, Germany

Background: In the past, a lot of effort was put into the definition of sarcopenia; however, very little focus was on differential diagnoses of sarcopenia. In this study, age-related neuromuscular diseases like sporadic inclusion body myositis (sIBM), myotonic dystrophies (DM), and sporadic amyotrophic lateral sclerosis (sALS) were compared histologically with neurogenic sarcopenia caused by loss of motor neurons.
Material and methods: Muscle biopsies of the vastus lateralis muscle of patients (mean age 82 ± 6.6 years) with hip fractures from an ongoing study were compared with sIBM, DM and sALS patients (63 ± 16.9 years). Hip fracture patients were characterized as sarcopenic or neurogenic sarcopenic due to loss of motor neurons. We studied the different degree of atrophy in muscle fibers, grouping of fiber types, and compensatory hypertrophy with hematoxylin and eosin and myosin heavy chain fast and slow staining.
Results: Typical histological findings in sALS were the predominance of combined type 1 and type 2 fiber atrophy and partly compensatory hypertrophy and the absence of endomysial connective tissue proliferation. In sIBM inflammation, rimmed vacuoles containing basophilic granules, autophagy, and an increase of internal nuclei and endomysial connective tissue were typical. In DM there were muscle fiber atrophies with predominance in accordance to the subtype (type 1 fibers for DM type 1, type 2 fibers for DM type 2). In addition, multiple internalized nuclei, nuclear clumps, ring fibers, sarcoplasmatic masses, and moth-eaten fibers were identified. As preliminary data in our study we found a lot of fibrosis in neurogenic sarcopenia compared to sarcopenic samples. No necrosis or endomysial connective tissue could be found. Severe muscle atrophy was detected as a common feature for all investigated diseases.
Conclusion: Despite the small number of cases examined we identified a distinct histological signature in neurogenic sarcopenia. Further quantification of molecular markers of myocyte protein quality control including autophagy (LC3B, p62, LAMP1 and 2), mitochondrial dynamics (Mfn1, Mnf2, OPA1, FIS), mitochondrial biogenesis (PGC-1alpha, TFAM), and mitophagy (Parkin, mTOR, Pink1) are necessary to understand the pathogenic processes at molecular and cellular levels.

P041

Erhöhte Serum-Fibroblasten-Wachstumsfaktor-21-Konzentrationen bei älteren Patienten mit einer Kachexie

K. Franz, M. Ost[1], C. Herpich[2], L. Otten, A.-S. Endres, V. Coleman[1], S. Klaus[1], U. Müller-Werdan, K. Norman

Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Abteilung Physiologie und Energiestoffwechsel, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Der in der Leber synthetisierte Fibroblasten-Wachstumsfaktor 21 (FGF21) wird im Tiermodell nach nur einer kurzen Fastenperiode induziert, um den Glucose- und Fettmetabolismus zu regulieren (Inagaki et al. 2007). Daten zu der Assoziation zwischen Fasten/Nahrungskarenz und der Konzentration von FGF21 in Humansstudien sind hingegen kontrovers, und FGF21 ist bei Patienten mit einer Kachexie noch nicht untersucht.
Die vorliegende Querschnittsstudie analysierte die FGF21-Serum-Konzentration bei stationären, geriatrischen Patienten im Vergleich zu gesunden, alten Probanden sowie die Assoziation zwischen FGF21 und der Kachexie.
Material und Methoden: Der FGF21 wurde anhand kommerzieller ELISA-Kits (R&D System) gemessen. Kachexie wurde definiert anhand a) des klinisch relevanten Gewichtsverlusts ≥ 5 % innerhalb 3 Monate (Evans et al. 2008) sowie b) einer bestehenden Anorexie (Council on Nutrition Appetite Questionnaire) (Wilson et al. 2005).
Ergebnisse: Eingeschlossen wurden 103 Patienten (76,9 ± 5,2 Jahre, 53,4 % Frauen) und 56 Kontrollen (72,9 ± 5,9 Jahren, 57,1 % Frauen). Eine Kachexie wiesen 17 Patienten (16,5 %) auf. Die kachektischen Patienten zeigten statistisch signifikant höhere FGF21-Konzentrationen im Vergleich zu den nichtkachektischen Patienten(952,1 ± 227,8 pg/ml vs. 525,2 ± 66 pg/ml, $p = 0{,}022$). Die niedrigsten FGF21-Werte wurden in der Kontrollgruppe gemessen (293,3 ± 20,5 pg/ml, globaler $p < 0{,}001$). Während der prozentuale Gewichtsverlust ($r = 0{,}442$, $p = 0{,}001$) und der Appetitverlust ($r = -0{,}277$,

$p = 0{,}001$) signifikant mit FGF21 korrelierten, bestand keine Korrelation zwischen dem BMI und FGF21 ($r = -0{,}148$, $p = 0{,}081$).
Schlussfolgerung: Kachektische Patienten zeigten die höchsten Werte von FGF21, was zwar als Hinweis auf eine adaptive Fähigkeit bei der krankheitsassoziierten Kachexie gewertet werden kann, aber angesichts der möglichen Nebenwirkungen höherer FGF21-Werte näher beleuchtet werden muss.

P042
Proinflammatorische Zytokine sind mit funktionellen Parametern assoziiert

C. Herpich, M. Ost[1], K. Franz[2], L. Otten[2], V. Coleman[1], S. Klaus[1], U. Müller-Werdan[2]

Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [1]Abteilung Physiologie und Energiestoffwechsel, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Im Alter sind die Konzentrationen inflammatorischer Zytokine, wie Interleukin 6 (IL-6), Tumor-Nekrose-Faktor α (TNF-α) und Interferon γ (IFN-γ) sowie Konzentrationen des „growth differentiation factor 15" (GDF-15) erhöht. Das Ziel dieser Studie war die Analyse von Assoziationen zwischen proinflammatorischen Zytokinen und funktionellen Parametern bei geriatrischen Patienten und einer gesunden, alten Kontrollgruppe.
Material und Methoden: Serum-Zytokin-Konzentrationen wurden mittels ELISA Assays quantifiziert. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Daten wurden diese zur Normalisierung logarithmiert. Gehgeschwindigkeit (m/s), Handkraft (kg) und Knieextensionskraft (kg) wurden als funktionale Parameter gemessen.
Ergebnisse: In die Analyse wurden 103 alte Patienten (76,9 ± 5,2 Jahre, 53,4 % Frauen) und 56 gesunde Kontrollen (72,9 ± 5,9 Jahre, 57,1 % Frauen) eingeschlossen. Gehgeschwindigkeit korrelierte invers mit GDF-15 ($r = -0{,}537$), IFN-γ ($r = -0{,}233$), IL-6 ($r = -0{,}413$) und TNF-α ($r = -0{,}229$, alle Analysen $p < 0{,}001$). Knieextensionskraft korrelierte mit GDF-15 ($r = -0{,}389$), IFN-γ ($r = -0{,}235$) und IL-6 ($r = -0{,}348$, alle Analysen $p < 0{,}001$), Handkraft mit GDF-15 ($r = -0{,}201$, $p < 0{,}05$), IFN-γ ($r = -0{,}165$, $p < 0{,}05$) und IL-6 ($r = -0{,}231$, $p < 0{,}001$).
Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse deuten an, dass erhöhte Zytokinkonzentrationen bei alten Erwachsenen mit beeinträchtigter Muskelkraft und -funktion assoziiert sind. Die stärkeren Korrelationen in Bezug auf Knieextensionskraft und Gehgeschwindigkeit könnten bedeuten, dass GDF-15, IFN-γ und IL-6 einen größeren Einfluss auf die unteren Extremitäten und deren Funktion besitzen.

Geriatrie 4 (P043–P054)

P043
SARC-F reflektiert erhöhte zirkulierende Konzentrationen von pro- und antiinflammatorischen Zytokinen

C. Herpich, M. Ost[1], K. Franz[2], L. Otten[2], V. Coleman[1], S. Klaus[1], U. Müller-Werdan[2], K. Norman[2]

Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [1]Abteilung Physiologie und Energiestoffwechsel, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Der SARC-F-Fragebogen ist ein effizientes Screeningwerkzeug zur Erfassung des Sarkopenierisikos. Dabei werden muskelbezogene funktionelle Parameter direkt angesprochen. Es wird vermutet, dass eine chronische unterschwellige Inflammation mit Sarkopenie verbunden ist. Das Ziel der Studie war die Evaluierung der Beziehung des SARC-F Score zu den proinflammatorischen Zytokinen Interleukin 6 (IL-6), IL-1β, Tumor-Nekrose-Faktor α (TNF-α) und Interferon γ (IFN-γ) sowie den antiinflammatorischen Zytokinen IL-4 und IL-10.
Material und Methoden: Serum-Zytokin-Konzentrationen wurden mittels ELISA Assays quantifiziert. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Daten wurden diese zur Normalisierung logarithmiert. Der SARC-F wurde nach Malmstrom et al. [1] durchgeführt, dabei indiziert ein Score gleich oder größer vier ein hohes Risiko für Sarkopenie.
Ergebnisse: In die Analyse wurden 103 alte Patienten (76,9 ± 5,2 Jahre, 53,4 % Frauen) und 56 gesunde Kontrollen (72,9 ± 5,9 Jahre, 57,1 % Frauen) eingeschlossen. Ein Sarkopenierisiko wiesen 73,8 % Patienten auf. Obwohl keine signifikanten Unterschiede zwischen sarkopenen und nichtsarkopenen Patienten vorlagen, wies die gesunde Kontrollgruppe deutlich niedrigere Zytokink-Konzentrationen auf ($p < 0{,}05$). Der SARC-F Score korrelierte mit IL-6 ($r = 0{,}416$, $p < 0{,}001$), IL-1β ($r = 0{,}216$, $p < 0{,}05$), TNF-α ($r = 0{,}242$, $p < 0{,}001$), IFN-γ ($r = 0{,}299$, $p < 0{,}001$), IL-4 ($r = 0{,}201$, $p < 0{,}05$) und IL-10 ($r = 0{,}344$, $p < 0{,}001$).
Schlussfolgerung: Wir fanden signifikante Korrelationen von pro- und antiinflammatorischen Zytokinen und dem SARC-F Score. Dies unterstützt die Hypothese der Assoziation von Inflammation mit Sarkopenie.
[1] Malmstrom et al. 2013.

P044
Assoziation erhöhter IL-6-, TNF-α- und IFN-γ-Konzentrationen mit gesundheitsbezogener Lebensqualität bei alten Patienten

C. Herpich, M. Ost[1], K. Franz[2], L. Otten[2], V. Coleman[1], S. Klaus[1], U. Müller-Werdan[2], K. Norman[2]

Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [1]Abteilung Physiologie und Energiestoffwechsel, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Die proinflammatorischen Zytokine Interleukin 6 (IL-6), Tumor-Nekrose-Faktor α (TNF-α) und Interferon γ (IFN-γ) wurden als Marker für „inflammageing" beschrieben [1]. Inflammation ist bei Krebserkrankungen mit verringerter Lebensqualität assoziiert. Ziele dieser Studie waren demnach die Messung der Konzentrationen der proinflammatorischen Zytokine IL-6, TNF-α und IFN-γ bei alten Patienten und einer gesunden, alten Kontrollgruppe und die Evaluierung der Assoziation mit gesundheitsbezogener Lebensqualität.
Material und Methoden: Serum-Zytokin-Konzentrationen wurden mittels ELISA Assays quantifiziert. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Daten wurden diese zur Normalisierung logarithmiert. Die Lebensqualität wurde mit dem Euro-QOL-Fragebogen (EQ-5D-5L) als Index bestimmt [2].
Ergebnisse: In die Analyse wurden 103 alte Patienten (76,9 ± 5,2 Jahre, 53,4 % Frauen) und 56 gesunde Kontrollen (72,9 ± 5,9 Jahre, 57,1 % Frauen) eingeschlossen. Die IL-6-, TNF-α- und IFN-γ-Konzentrationen der Kontrollgruppe waren signifikant geringer (0,88 ± 0,45 pg/ml; 0,94 ± 0,21 pg/ml, 0,63 ± 0,44 pg/ml) als die der Patienten (1,27 ± 0,42 pg/ml; 1,09 ± 0,20 pg/ml; 0,93 ± 0,50 pg/ml, alle Analysen $p < 0{,}001$). Das IL-6 korrelierte signifikant mit dem Index der Lebensqualität ($r = -0{,}339$, $p < 0{,}001$). Weitere Korrelationen lagen zwischen TNF-α und dem Lebensqualitätsindex ($r = -0{,}276$, $p < 0{,}001$) sowie zwischen IFN-γ und dem Lebensqualitätsindex vor ($r = -0{,}244$; $p < 0{,}05$).
Schlussfolgerung: Höhere proinflammatorische Zytokinkonzentrationen gehen bei geriatrischen Patienten mit niedriger selbstberichteter Lebensqualität einher. Dies impliziert, dass erhöhte Inflammation ein beitragender Faktor eines niedrigerern Lebensqualitätsindex von älteren Menschen sein könnte.

Literatur

1. McSorley et al (2017)
2. Rabin et al (2009)

P045

Erhöhung der GDF15-Konzentrationen bei geriatrischen Patienten – Zusammenhang mit Sarkopenie und physischen Parametern

K. Franz, M. Ost[1], C. Herpich[2], L. Otten, A.-S. Endres, V. Coleman[1], S. Klaus[1], U. Müller-Werdan, K. Norman

Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Abteilung Physiologie und Energiestoffwechsel, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland; [2]Ernährung und Gerontologie, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Nuthetal, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Inflammation gilt als ein zur Entwicklung von altersassoziierter Sarkopenie beitragender Faktor. Der „growth differentiation factor 15" (GDF15) ist ein Zytokin, welches von mehreren Geweben im Zuge von Inflammation und oxidativem Stress ausgeschüttet wird (Unsicker et al. 2013). Ziel dieser Studie war die Evaluierung eines möglichen Zusammenhangs von GDF15 mit Sarkopenie und funktionellen Parametern bei geriatrischen Patienten im Vergleich zu einer alten Kontrollgruppe.
Material und Methoden: GDF15-Serum-Konzentrationen wurden mittels ELISA-Kits (R&D-System) quantifiziert. Die Skelettmuskelmasse (SM, kg) wurde anhand der Bioimpedanzanalyse bestimmt und der SM-Index (SMI, kg/m²) berechnet. Sarkopenie wurde anhand reduzierten SMI (m: ≤ 8,50 kg/m², w: ≤ 5,75 kg/m²) (Janssen et al. 2004) und verminderter Gehgeschwindigkeit beim 4-m-Gehtest (≤ 1,0 m/s) definiert. Die Knieextensionskraft wurde mit einem Dynamometer erfasst. Frailty wurde nach Fried et al. definiert (Fried et al. 2001), und Fatigue wurde mit dem *Brief-Fatigue-Inventory*-Fragebogen beurteilt.
Ergebnisse: Es wurden 103 geriatrische Patienten (76,9 ± 5,2 Jahre, 53,4 % Frauen) und 56 gesunde Kontrollen (72,9 ± 5,9 Jahre, 57,1 % Frauen) in diese Querschnittsstudie eingeschlossen. Sarkopene Patienten (51,4 %) zeigten keine höheren GDF15-Konzentrationen im Vergleich zu nichtsarkopenen Patienten auf (2,09 ± 0,25 ng/ml vs. 1,92 ± 0,15 ng/ml, $p = 1{,}00$). Alte Kontrollen wiesen die niedrigsten GDF15-Werte auf (0,82 ± 0,45 ng/ml, globaler $p < 0{,}001$). Der GDF15 korrelierte mit der Gehgeschwindigkeit ($r = -0{,}409$, $p < 0{,}001$), Knieextensionskraft ($r = -0{,}351$, $p < 0{,}001$), Frailty ($r = 0{,}458$, $p < 0{,}001$) und Fatigue ($r = 0{,}247$, $p = 0{,}003$).
Schlussfolgerung: Der GDF15 ist bei sarkopenen Patienten gegenüber den gesunden Kontrollprobanden deutlich erhöht. Obwohl kein signifikanter Unterschied zwischen sarkopenen und nichtsarkopenen Patienten bestand, konnten signifikante Zusammenhänge zwischen erhöhten GDF15-Werten und physischen Parametern gezeigt werden.

P046

Effektivität einer vollstationären multiprofessionellen geriatrischen Evaluation und Intervention bei alten onkologischen Patienten: eine Fallserie

V. Goede, A.-S. Schmidt, A. Frey, F. Bauer, H. Breiden, T. W. Köninger, J. Thönes, R.-J. Schulz

Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln, Deutschland

Inwieweit eine vollstationäre multiprofessionelle geriatrische Evaluation und Intervention bei alten onkologischen Patienten nutzbringend ist, ist bislang wenig untersucht. Hier berichten wir über alte Patienten mit aktueller onkologischer Diagnose und geriatrischen Problemen, welche wir in unserer Sektion für Onkologische Geriatrie stationär behandelten. Im Rahmen der geriatrischen Evaluation erfolgten: Barthel-Index (BI), Timed „Up and Go" Test (TUG), Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA), Nutritional Risk Score (NRS), Geriatric Depression Scale (GDS), Mini Mental State Examination (MMSE) und Clock Completion Test (CLT). Auf den Ergebnissen basierend erfolgten geriatrische Interventionen durch ein multiprofessionelles Team (Arzt, Pflegekraft, Physio- und Ergo-, ggf. Schluck- und Ernährungstherapeut, Sozialdienst). Bei Realisierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung wurden Assessments nach Abschluss wiederholt. Von Januar bis Mai 2017 wurden 93 Patienten (52 % Männer, medianes Alter 79 Jahre, Spanne 60 bis 93 Jahre) versorgt. Das onkologische Spektrum war breit; am häufigsten waren Lymphome (27 %), Kolon- (15 %), Prostata- (10 %) und Lungenkarzinome (6 %). Kardiovaskuläre, pulmonale, renale, endokrine, muskuloskeletale bzw. neurologische Komorbidität bestanden bei 82 %, 43 %, 43 %, 42 %, 44 % bzw. 38 % der Patienten. Polymedikation (> 5 Medikamente) bestand bei 83 % (mediane Anzahl eingenommener Medikamente: 10). Einschränkungen von Kognition, Emotion bzw. Lokomotion wurden bei 49 %, 26 % bzw. 82 % der Patienten diagnostiziert. Der mediane BI betrug 45 (Spanne 10–85). Vier Patienten (4 %) starben während des stationären Aufenthalts, und bei 10 (11 %) musste die geriatrische Intervention wegen anderer adverser Ereignisse ungeplant abgebrochen werden. Bei kompletierter Komplexbehandlung stieg der BI im Median um 10 Punkte (Spanne –25 bis 50). Mediane für MMSE und CLT blieben unverändert, TUG und POMA zeigten im Median signifikante Verbesserungen (von 32 auf 24 s bzw. 5 auf 13 Punkte). Eine vollstationäre multiprofessionelle geriatrische Evaluation und Intervention kann geriatrische Einschränkungen (insbesondere lokomotorische) bei alten onkologischen Patienten zurückdrängen. Ob solche Verbesserungen die Verträglichkeit und Durchführbarkeit onkologischer Therapien positiv beeinflussen, muss in randomisierten Studien untersucht werden.

P047

Verbesserung sozialer Teilhabe und Aktivität von älteren Menschen in Pflegeheimen mit Gelenkkontrakturen: eine multizentrische, Cluster-randomisierte kontrollierte Studie

N. Nguyen, S. Saal, R. Thalhammer[1], R. Servaty[1], H. Klingshirn[1], L. Le[2], U. Mansmann[2], G. Meyer, M. Müller[1], K. Beutner

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Campus Mühldorf a. Inn, Fakultät für Angewandte Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Hochschule Rosenheim, Mühldorf a. Inn, Deutschland; [2]Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Hintergrund: Ältere Menschen in Pflegeheimen sind häufig von Gelenkkontrakturen betroffen, die sie in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer sozialen Teilhabe beeinträchtigen. Mit der PaArticular Scale wurde, basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), ein Instrument zur Quantifizierung dieser Einschränkungen entwickelt. Die anschließend entstandene komplexe Intervention Participation Enabling CAre in Nursing homes (PECAN) zur Verbesserung von Aktivitäten und sozialer Teilhabe der Betroffenen wird auf Wirksamkeit und Sicherheit nach abgeschlossener Pilotierungsphase überprüft.
Material und Methoden: Die multizentrische Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit 32 Pflegeheimen wird in den Regionen Halle (Saale) und Südostbayern durchgeführt. Dazu werden 578 BewohnerInnen (>65 Jahre) mit Kontrakturen in die Studie eingeschlossen. Die Randomisierung erfolgt auf Cluster-Ebene in die Interventionsgruppe ($n = 16$ Heime; PECAN) oder die Kontrollgruppe ($n = 16$ Heime; optimierte Standardversorgung). Die PECAN zielt auf die Verwirklichung individueller Teilhabeziele durch Maßnahmen auf Ebene der BewohnerInnen und auch Einrichtungsebene ab. Die Intervention wird durch eine Schulung von Multiplikatoren, einen Peer-Mentor-Besuch im Heim, kontinuierliche telefonische Begleitung und Schulung zur kollegialen Beratung implementiert. Informationsveranstaltungen in den Pflegeheimen zu Kontrakturen werden in Interventions- und Kontrollgruppe für das Personal sowie die Öffentlichkeit durchgeführt. Aktivität und soziale Teilhabe der BewohnerInnen werden als primäre Zielgrößen nach 12 Monaten mit der PaArticular Scale gemessen. Lebensqualität wird als sekundäre Zielgröße, Stürze und sturzbedingte Folgen werden als Parameter für die Bewohnersicherheit erhoben. Datenerhebung und statistische Auswertung werden verblindet durchgeführt. Die Studie wird durch eine gesundheitsökonomische Evaluation und eine Prozessevaluation begleitet.

Erwartete Ergebnisse und Schlussfolgerung: Wir erwarten eine interventionsbedingte klinisch relevante Verbesserung von Teilhabe und/oder Aktivität bei Menschen mit Gelenkkontrakturen im Pflegeheim. Die Interventionsphase beginnt im Sommer 2018. Erste Ergebnisse der Rekrutierung liegen zum Kongress vor.

P048

Veränderungen des Multidimensionalen Prognostischen Index (MPI) im Verlauf der Hospitalisierung älterer, multimorbider Patienten auf einer internistischen Akutstation – Ergebnisse der MPI-InGAH-II-Studie

L. Pickert, A. M. Meyer, I. Becker[1], T. Benzing, P. T. Brinkkötter, A. Pilotto[2], M. C. Polidori Nelles

Universitätsklinikum, Klinik II für Innere Medizin, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [2]Ortogeriatria, Riabilitazione e Stabilizzazione, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova, Italien

Hintergrund: Der Multidimensionale Prognostische Index (MPI) erlaubt es, die Prognose eines Patienten, bezogen auf die Einmonats und Einjahresmortalität zu beurteilen. Je nachdem, wann der MPI erhoben wird, können sein Wert und somit die prognostische Aussage variieren. Es gibt Hinweise darauf, dass der MPI-Wert im Verlauf der Hospitalisierung Schwankungen unterliegt – ob dies auch für akutmedizinische, ältere Patienten gilt, und welche Konsequenzen sich aus diesen Veränderungen ergeben, ist bisher unbekannt.
Material und Methoden: Bei 200 akutmedizinischen Patienten über 70 Jahren wird der MPI bei Aufnahme, nach 7 Tagen und vor Entlassung erhoben. Dies geschieht mittels eines geriatrischen Assessments (*Comprehensive Geriatric Assessment,* CGA), welches die Bereiche der alltäglichen Fähigkeiten, Ernährungsstatus, Mobilität, Kognition, Lebensumstände und Medikation beinhaltet. Die Patienten werden nach ihrem errechneten Wert in eine niedrige, mittlere und hohe Risikogruppe eingeteilt. Es erfolgt ein telefonisches Follow-up 3, 6 und 12 Monate nach Entlassung.
Ergebnisse: Bisher wurden 106 Patienten (71M, 79,3 ± 5,3J; 35F, 79,0 ± 5,2J) in die Studie aufgenommen. Die mediane Hospitalisierungsdauer beträgt 10 Tage. Die häufigsten geriatrischen Syndrome sind Insomnia (52,4 %) und Polypharmazie (66,0 %). Bei 51,4 % der Patienten verbesserte sich der MPI in der Mitte der Hospitalisierung im Vergleich zur Aufnahme, bei 8,6 % bis zur nächst niedrigeren Risikogruppe. Bei 37,1 % kam es zwischen Mitte der Hospitalisierung und Entlassung zu einer Verbesserung, bei 20,0 % bis zur nächst niedrigeren Risikogruppe. Bei 8,6 % der Patienten verschlechterte sich der MPI zwischen Aufnahme und Mitte der Hospitalisierung, bei 11,4 % zwischen Mitte der Hospitalisierung und Entlassung.
Schlussfolgerung: Bei akutmedizinischen Patienten erscheint es sinnvoll, den MPI besonders mit Blick auf seinen Verlauf zu erheben. Bei einer Verbesserung während der Hospitalisierung können die Entlassung und die Versorgungsplanung forciert werden. Bei einer Verschlechterung kann durch das geriatrische Team die Unterstützung der Defizite gewährleistet und eine Verlängerung der Hospitalisierung bis zur Rehabilitation erwogen werden. Weitere Forschung ist notwendig, um Schwankungen des MPI im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten richtig zu interpretieren.

P049

Umsetzung einer randomisierten Sturzpräventionsstudie

N. Jähne-Raden, H. Gütschleg, B. Steiner[1], A. Schwitzke[2], K. Hager[3], K.-H. Wolf[1]

Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [1]Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik, Technische Universität Braunschweig, Braunschweig, Deutschland; [2]Geriatrie, Rheumatologie, Physikalische Therapie und Rehabilitation, Medizinische Klinik IV, Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH, Braunschweig, Deutschland; [3]Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Auf geriatrischen Stationen kommt es durchschnittlich zu 9,1 Stürzen/1000 Bettentagen. Viele solcher Stürze ereignen sich bei Aufstehversuchen in unmittelbarer Nähe zum Bett. Deshalb erscheint der Einsatz eines Sturzpräventionssystems sinnvoll. Eine mögliche technische Lösung einer Sturzprävention entstand in den letzten Jahren an der Technischen Universität Braunschweig. Das System Inexpensive Node for Bed-Exit-Detection (INBED) ist an die Bedingungen und Herausforderungen des pflegerischen Alltags angepasst.
Ziel der Arbeit: Das Ziel der geplanten Studie ist es zu validieren, ob das entwickelte INBED-System eine signifikante Verringerung der Sturzhäufigkeit auf einer geriatrischen Station bewirken kann.
Material und Methoden: Es handelt sich um eine prospektive, multizentrische, randomisierte, kontrollierte, klinische Interventionsstudie. Die Besonderheit dieser Studie ist die Art der Randomisierung der Probanden. Während der Studienlaufzeit erfolgt die automatisierte Zuteilung der Probandennächte auf die beiden Gruppen in gleichlangen Randomisierungsblöcken. Durch die Randomisierungsblöcke soll mit entsprechender Laufzeit eine möglichst gute Gleichverteilung auf die beiden Studiengruppen für jeden Probanden gegeben sein. Für die Studie sind alle Probanden, unabhängig von der aktuellen Gruppenzugehörigkeit, mit einem INBED-Wearable ausgestattet, jedoch ist nur in der Interventionsgruppe die Aufsteherkennung aktiv. Durch diese Art der Randomisierung ist neben einem interindividuellen auch ein intraindividueller Vergleich der Probanden möglich. Diese spezielle Art der Randomisierung verbessert die Strukturgleichheit der Studiengruppen trotz der sehr heterogenen geriatrischen Patienten.
Ausblick: Es sollen die Funktionsweise sowie die besonderen Aspekte des Studienplans vorgestellt werden. Darunter fallen u. a. das Randomisierungsverfahren, mit der intraindividuellen Randomisierung und den dazugehörigen Randomisierungsblöcken. Weiterhin ist das Studienende nicht wie gewöhnlich durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten bestimmt, sondern durch die Anzahl der im Studienrahmen erfassten Stürze. Durch das Studienkonzept sollen valide Aussagen über die Sturzreduktionseigenschaften von Präventionssystemen auf geriatrischen Stationen gewonnen werden.

P051

Standardized and quantitative cerebral magnetic resonance imaging in geriatric patients: presentation of study protocol

M. M. Weiß, M. Kress, M. A. Hobert, S. Mätzold, J. Geritz, O. Jansen[1], S. Wolff[1], C. Riedel[1], O. Granert, W. Maetzler

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; [1]Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany

Background: Change of the brain structures is commonly associated with physiological and pathological aging processes. For example, recent studies found interactions of age and white matter changes (WMC) in Parkinson's disease patients that are associated with impairment of gait and executive dysfunction; however, literature about specific brain atrophy and WMC patterns in association with multimorbidity during aging is not well represented.
Material and methods: ComOn is a multi-center study led by Kiel University Hospital aiming at including 1,000 geriatric patients. Subjects are clinically assessed at admission and discharge using a comprehensive quantitative standardized wearables-based assessment of gait, balance and gait capacity and specific cognitive functions. Moreover, the measurement includes evaluation of, e. g., sarcopenia and frailty. A subgroup of this sample will undergo a standardized structural MRI scan protocol including three-dimensional measurements of T1-weighted gradient-echo imaging, T2-weighted (T2w) fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR), susceptibility-weighted imaging and diffusion tensor imaging.
Results: The protocol will allow for highly standardized volumetric and region-specific analysis of atrophy and WMC, as well as evaluation of further pathologies including microbleeds and hemosiderin deposits. These MRI results will be correlated with the exhaustive database including sem-

iquantitative and quantitative clinical, demographic and biochemical parameters. Currently, 200 patients are included in the overall ComOn study, and standardized MRI scans of the first 12 participants have been acquired and preprocessed.
Outlook: This is, to our best knowledge, the first large prospective and standardized cerebral MRI-based quantitative evaluation of geriatric conditions with the potential to associate brain pathology with a plethora of markers for diagnosis of age-related conditions and treatment.

P052
Funktionelle Charakteristika osteosarkopener Krankenhauspatienten

J. Reiß, B. Iglseder, P. Dovjak[1], I. Pfaffinger[2], M. Kreutzer[2], C. Pirich[3], H. Kässmann[3], R. Reiter

Klinik für Geriatrie, Christian Doppler Klinik, Salzburger Landeskliniken, Salzburg, Österreich; [1]Akutgeriatrie, Salzkammergutklinikum Gmunden, Gmunden, Österreich; [2]Ernährungsmedizin, Christian Doppler Klinik, Salzburger Landeskliniken, Salzburg, Österreich, [3]Nuklearmedizin, Christian Doppler Klinik, Salzburger Landeskliniken, Salzburg, Österreich

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Unter dem Begriff Osteosarkopenie (OSP) werden vermehrt gemeinsame Ursachen und Pathomechanismen von Osteoporose (OP) und Sarkopenie (SP) sowie deren Interaktion im Hinblick auf negative gesundheitliche Outcomes reflektiert. Wir untersuchten, welche klinischen Charakteristika osteosarkopene Krankenhauspatienten aufweisen.
Material und Methoden: Aus der „SArcopenia in Geriatric Elderly"(SAGE)-Querschnittsstudie liegt ein Datensatz von 141 geriatrischen Krankenhauspatienten (84 Frauen, 57 Männer; mittleres Alter 80,6 + 5,5) vor, der neben einer Osteoporose- (WHO-Kriterien) und Sarkopeniediagnostik (EWGSOP-Kriterien) auch funktionelle und nutritive Assessmentparameter umfasst. In einer Post-hoc-Analyse wurde untersucht, ob sich abhängig vom Vorliegen von OP ($n = 39$), SP ($n = 42$) bzw. OSP (OP und SP, $n = 20$) Unterschiede hinsichtlich Funktions- und Ernährungszustand im geriatrischen Assessment ergeben. Für merkmalsassoziierte Häufigkeiten wurde die „odds ratio" errechnet, zur Überprüfung der Signifikanz quantitativer Unterschiede wurde „Student's t test" verwandt.
Ergebnisse: Bezüglich Alter, Komorbidität und Anzahl der Medikamente wiesen SP und OSP keine signifikanten Unterschiede zur Referenzgruppe (RG: weder OP noch SP, $n = 80$) auf, OP-Patienten waren gegenüber RG etwas älter (82,3 + 5,5 vs. 79,6 + 3,2; $p < 0{,}05$). Die Odds ratio und 95 %-Konvidenzintervalle für pathologische Assessmentergebnisse waren wie folgt: „mini nutritional assessment" (MNA<17): OP 2,28; 1,06–4,89, SP 3,14; 1,39–7,10 und OSP 5,57; 1,55–20,01. Gehgeschwindigkeit (GS<0,8 m/s): OP 3,01; 1,34–6,78, SP 7,36; 2,66–20,32; OSP 7,75; 1,72–34,89. Handkraft (HG<20 kg (f), <30 kg(m)): OP 4,52; 2,04–10,05, SP 3,79; 1,70–8,44, OSP 3,72; 1,27–10,89. Barthel-Index (BI<70): OP 1,58; 0,76–3,26 (n. s.), SP 3,10; 1,42–6,73, OSP 4,12; 1,41–12,06. Der MNA (Short Form) Score war signifikant niedriger für OSP (8,50 + 2,53) gegenüber isolierter OP ($n = 22$; 10,77 + 2,25, $p < 0{,}01$) und isolierter SP ($n = 19$; 10,21 + 2,02, $p < 0{,}05$), während im funktionellen Assessment keine Unterschiede zwischen OSP und SP bzw. OP nachweisbar waren.
Schlussfolgerung: Osteoporotische, sarkopene und osteosarkopene Patienten weisen im Vergleich zu Knochen- und Muskelgesunden gehäuft funktionelle und nutritive Defizite auf. Der Ernährungzustand osteosarkopener Patienten ist signifikant schlechter als bei isolierter Osteoporose oder Sarkopenie.

P053
Reliability of mobility measurements in older medical patients with cognitive impairment

T. Braun, C. Thiel, R.-J. Schulz[1], C. Grüneberg

Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany; [1]Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln, Germany

Background: Mobility is a key indicator of physical functioning in older people, but there is limited evidence of reliability of mobility measurements in older people with cognitive impairment. The aim of this study was to examine the test-retest reliability and measurement error of measurement instruments of mobility and physical functioning in older patients with dementia, delirium or other cognitive impairments.
Material and methods: A cross-sectional study was performed in a geriatric hospital (trial registration: DRKS00005591). Older acute medical patients with cognitive impairment, indicated by a Mini Mental State Examination (MMSE) score ≤24 points, were assessed twice within 1 day by a trained physiotherapist.
The following instruments were applied: de Morton Mobility Index, Hierarchical Assessment of Balance and Mobility, Performance-Oriented Mobility Assessment, Short Physical Performance Battery, 4 m gait speed, 5 × chair rise test, 2 min walk test, timed up and go test, Barthel Index mobility subscale and Functional Ambulation Categories.
As appropriate, the intraclass correlation coefficient (ICC), Cohen's kappa, standard error of measurement, limits of agreement and minimal detectable change (MDC) values were estimated.
Results: In this study 65 older acute medical patients with cognitive impairment participated (mean age 82 ± 7 years; mean MMSE: 20 ± 4, range: 10–24 points). Some participants were physically or cognitively unable to perform the gait speed, 2 min walk (both 46%), timed up and go (51%), and chair rise (75%) tests.
ICC and kappa values were above 0.9 in all instruments except for gait speed (ICC = 0.86) and chair rise (ICC = 0.72) measurements. The absolute limits of agreement ranged from 11% (de Morton Mobility Index and Hierarchical Assessment of Balance and Mobility) to 42% (Short Physical Performance Battery).
Conclusion: The test-retest reliability is sufficient (>0.7) for group comparisons in all examined instruments. Most mobility measurements have limited use for individual monitoring of mobility over time in older hospital patients with cognitive impairment because of large measurement errors (>20% of scale width), even though relative reliability estimations seem sufficient (>0.9) for this purpose.

P054
Quantitative evaluation of treatment effectiveness in 1000 geriatric patients with cognitive and motor deficits – The prospective multi-center COgnitive and Motor interaction in Older populatioNs (ComOn) study

J. Geritz, S. Mätzold, I. Barcelos[1], T. Bartsch, D. Berg, L. M. Bergeest, P. Bergmann[2], R. Bouça-Machado[3], M. F. Corrà[4], M. Elshehabi, J. Ferreira[3], A. Friederich, O. Granert, S. Heinzel, M. Hofmann[5], B. L. Jemlich[6], M. Heller, M. A. Hobert, L. Kerkmann, M. Kress, J. Kudelka, R. Kurth[7], C. Maetzler, L. Maia[4], M. Moscovich[1], M. H. Pham[8], A. Pilotto[9], C. Riedel[10], E. Schanz, M. Steffen, M. Thieves[11], S. Ullrich[6], P. P. Urban[12], N. Vila-Chã[4], M. Weiß, A. Wiegard, E. Warmerdam[8], C. Hansen, W. Maetzler

Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; [1]Movement Disorders Unit, Neurology Service, Internal Medicine Department, Hospital de Clínicas, Federal University of Paraná, Curitiba/BR; [2]Internistische Altersmedizin, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; [3]Clinical Pharmacology Unit, CNS-Campus Neurológico Sénior, Torres Vedras/P; [4]Neurology Department, Centro Hospitalar do Porto, Porto/P; [5]Hasomed GmbH, Magdeburg, Germany; [6]3. Medizinische Klinik für Gastroenterologie/Rheumatologie, Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, Kiel, Germany; [7]Ambulanzzentrum Kiel, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zentrum für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie ZiP GmbH, Kiel, Germany; [8]Technische Fakultät, Christian Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, Germany; [9]Neurology Unit, Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Brescia/I; [10]Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; [11]Geriatrische Klinik, Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, Kiel, Germany; [12]Klinik für Neurologie, Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg, Germany

Reduced mobility and motor impairment are the main factors contributing to decreased quality of life in older adults. Geriatric patients are particularly affected. Recent studies indicated a close interaction between reduced mobility, motor impairment and specific cognitive deficits. Geriatric treatment may have the potential to substantially relieve these symptoms. Hence, a comprehensive diagnostic process as well as an objective and quantitative evaluation of treatment effectiveness for all these symptoms is required urgently but not yet available.
The study, currently performed in academic and non-academic hospitals in Kiel, Hamburg, Brescia, Lisbon, Porto and Curitiba, will include 1000 geriatric inpatients until the end of 2019. The aim of this project is to explore new diagnostic and treatment-relevant prognostic motor and cognitive biomarkers in geriatric patients. In order to do this, mobility deficits, motor impairment and specific cognitive deficits will be assessed at admission and discharge of an inpatient stay for treatment optimization. The assessment, primarily quantitative and harmonized across all centers, covers a comprehensive medical history, clinical examination, wearables-based assessment of gait, balance and transfer capabilities, standardized neuropsychological tests, evaluation of frailty and sarcopenia, and questionnaires for the assessment of behavioral deficits, activities of daily living, fear of falling and dysphagia. Moreover, a subgroup will undergo structural MRI imaging and unsupervised home-based assessment with wearables.
In summary, this multi-center study will provide a comprehensive overview of promising diagnostic and prognostic markers of mobility and motor impairment as well as cognitive deficits with relevance for treatment in a large cohort of geriatric patients. The results of the study will contribute to enhance understanding of the complex interactions of those symptoms and the effect of treatment.

Geriatrie 5 (P055-P065)

P055
Die Osteosarkopeniemessung mittels peripherer quantitativer Computertomographie am distalen Radius ist mit osteoporotischen Frakturen bei geriatrischen Patienten assoziiert

M. Henkel, M. Drey, S. Petermeise, S. Weiß, U. Ferrari, M. Rottenkolber, R. Schmidmaier

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

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Der Verlust von Knochen- und Muskelmasse erhöht das Risiko für osteoporotische Frakturen im Alter. Insbesondere bei geriatrischen Patienten ist die duale Röntgen-Absorptiometrie(DXA)-Messung der Lendenwirbelsäule (LWS) oft nicht auswertbar (Hypersklerosierung, Osteophyten). Mittels peripherer quantitativer Computertomographie (pQCT) am distalen Radius kann mit einer einzigen Messung in sitzender Haltung sowohl die Knochendichte (BMD) als auch die Muskelquerschnittsfläche (MA) ohne wesentliche Beeinflussung durch degenerative Prozesse bestimmt werden. Ziel der Studie war die Untersuchung der Assoziation dieser Variablen mit aufgetretenen Frakturen bei geriatrischen Patienten.
Material und Methoden: Bei 168 Patienten ab 65 Jahren (mittleres Alter 76,3 ± 6,5 Jahre) wurden zusätzlich zu einem Osteoporose-Basisassessment (inkl. Anamnese, Basislabor, DXA der LWS und des Femurs) mittels pQCT die BMD und die MA am Unterarm bestimmt. Zielvariable waren osteoporosebedingte „major fractures" (MF) von Wirbelsäule, Femur, Oberarm und Radius. Durch logistische Regression wurde der Zusammenhang der DXA-BMD von LWS und Femur bzw. der BMD und der MA der pQCT-Messung mit der Zielvariable untersucht. *p*-Werte unter 0,05 wurden als statistisch signifikant betrachtet.
Ergebnisse: Nur die pQCT-BMD und die pQCT-MA waren signifikant mit MF assoziiert (totale und trabekuläre BMD: OR 0,555 und 0,487, $p \leq 0{,}001$; MA: OR 0,701, $p = 0{,}031$), wohingegen die DXA-BMD keine signifikanten Assoziationen aufwies. Diese Zusammenhänge blieben auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität sowie andere Risikofaktoren bestehen. Im adjustierten Regressionsmodell für die Patienten >75 Jahre war v. a. die pQCT-MA signifikant mit MF assoziiert (OR 0,187, $p = 0{,}026$).
Schlussfolgerung: Die Knochendichtemessung mittels pQCT scheint bei geriatrischen Patienten, v. a. in Anbetracht der eingeschränkten Auswertbarkeit der DXA, hinsichtlich der Frakturassoziation der DXA-Messung überlegen zu sein. Zusätzlich liefert das pQCT wichtige Informationen zur Einschätzung des Vorliegens einer Sarkopenie bzw. Osteosarkopenie. Diese Fragestellung muss zukünftig longitudinal in der geriatrischen Patientengruppe untersucht werden.

P056
Der Einfluss von kognitivem und motorischem Training auf die Gangleistung älterer Menschen

E. Bourkel, C. Federspiel, J.-P. Steinmetz

Centre de la Mémoire et de la Mobilité, ZithaSenior, Luxemburg, Luxemburg

Zahlreiche Studien befassen sich mit den Auswirkungen präventiven Trainings auf die Gangleistung älterer Menschen. In der vorliegenden Untersuchung wird der Einfluss von zwei standardisierten Trainingsprogrammen auf die Gangleistung älterer Personen analysiert.
Die Teilnehmer ($n = 73$, Durchschnittsalter: 78 Jahre) wurden in drei Trainingsgruppen eingeteilt: (1) kognitives Training, (2) Mobilitätstraining oder (3) kombiniertes Training (Kognition und Mobilität). Die Trainingseinheiten wurden ein- bis zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von 12 Wochen von spezialisierten Therapeuten durchgeführt.
Vor und nach den Trainingsprogrammen wurden die räumlich-zeitlichen Parameter der Gangleistung (GAITRite ®) der Teilnehmer analysiert. Drei verschiedene Aufgaben wurden durchgeführt: (1) normales Gehen, (2) „Dual-task"-Aufgabe A: gehen und gleichzeitig rückwärts zählen, (3) „Dual-task"-Aufgabe B: gehen und Durchführung einer Wortflüssigkeitsaufgabe.
Die Ergebnisse zeigen eine Erhöhung der Ganggeschwindigkeit bei den drei Aufgaben nach der Absolvierung des Mobilitätstrainings und des kombinierten Trainings. Diese Resultate zeigen, dass präventive Trainingsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf die Mobilität von älteren Menschen haben können.

P057
„Life-space"-Mobilität von geriatrischen Patienten mit motorischen und kognitiven Einschränkungen nach der Rehabilitation

P. Ullrich, T. Eckert, M. Bongartz, C. Werner, R. Kiss[1], J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Personal, Gesundheit und Soziales, Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Studien zur Erfassung der „Life-space"-Mobilität (LSM) bei älteren, multimorbiden Personen mit motorischen und kognitiven Einschränkungen fehlen bislang, obwohl diese besonders gefährdet sind, ihre Mobilität und Selbstständigkeit zu verlieren. Ein vorangehendes akutes Ereignis mit nachfolgendem Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalt verstärkt das Risiko des Verlusts der Selbstständigkeit zusätzlich. Das Ziel dieser Studie war es, die LSM und potenzielle Einflussfaktoren bei dieser hochgefährdeten Personengruppe zu beschreiben.
Material und Methoden: Die vorliegende Querschnittsanalyse untersuchte den LSM von geriatrischen Patienten mit motorischen und kognitiven Einschränkungen nach stationärer Rehabilitation im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie. Die LSM wurde mit einem erfolgreich validierten Fragebogen „Life-Space Assessment in Persons with Cognitive Impairment" erfasst. Zusammenhänge zwischen LSM und körperlichen, kognitiven, psychosozialen, umgebungsbedingten, finanziellen und demografischen Charakteristika wurden zunächst mittels bivariater Kor-

relationen analysiert. Charakteristika mit statistisch bedeutsamen Korrelationen ($p < 0{,}05$) wurden anschließend in ein lineares Regressionsmodell eingeschlossen.
Ergebnisse: Der LSM wies bei 118 geriatrischen Patienten nach stationärer Rehabilitation (Alter: 82,3 ± 6,0 Jahre, Mini-Mental State Examination: 23,3 ± 2,4; Short Physical Performance Battery: 5,2 ± 2,3) starke Einschränkungen auf. Mehr als 30 % der Teilnehmer verließen nicht ihre Nachbarschaft und die Hälfte war nicht in der Lage, das Schlafzimmer ohne Hilfsmittel/-person zu verlassen. Das Regressionsmodell zeigte mit einer Varianzaufklärung von $R^2 = 42{,}4$ %, dass höhere körperliche Leistungsfähigkeit, mehr soziale Aktivitäten, höhere körperliche Aktivität und männliches Geschlecht unabhängige Einflussfaktoren für eine höhere LSM sind.
Schlussfolgerung: Die Studie dokumentiert erstmals die stark eingeschränkte LSM von älteren, multimorbiden Personen mit motorischen und kognitiven Einschränkungen nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation. Modifizierbare Einflussfaktoren (körperliche Leistungsfähigkeit, körperliche und soziale Aktivität) stellen potenzielle Ziele für künftige Interventionsstudien zur Steigerung der LSM dar.

P058
Psychopharmaka erhöhen das Risiko von Stürzen in der stationären geriatrischen Versorgung

F. Wedmann, W. Himmel[1], O. Hußmann[2], E. Hummers-Pradier[1], R. Nau
Geriatrie und Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [1]Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [2]Pflegedienstleitung, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Zu den iatrogenen Risikofaktoren für Stürze werden zahlreiche Medikamente, insbesondere Benzodiazepine, Z-Substanzen und andere Psychopharmaka gezählt. Auch Polypharmazie spielt eine Rolle. Für die Analyse sturzbezogener Risikofaktoren ist eine umfassende Kontrolle von Kovariablen, die ebenfalls Einfluss auf das Sturzrisiko haben könnten, essenziell. Fragestellung: Ermittlung der Sturzhäufigkeit und der sturzassoziierten Risikofaktoren bei älteren Menschen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.
Material und Methoden: Retrospektive Fall-Kontroll-Studie nach Auswertung aller Sturzprotokolle von über 65 Jahre alten Patienten ($n = 481$) des Jahres 2013 im gesamten Krankenhaus. Kontrollgruppe ($n = 481$), zugeordnet nach den Variablen Alter, Geschlecht und Krankenhausabteilung. Univariate und multivariable logistische Regression mit „odds ratios" (OR) und ihren 95 %-Konfidenzintervallen (KI) als Effektgrößen.
Ergebnisse: Die Sturzinzidenz betrug 4,4 (Geriatrie 10,5)/1000 Behandlungstage. In der Altersgruppe 65 bis 75 ereigneten sich 78 (16,2 %) der Stürze, 206 (42,8 %) in der Gruppe 75 bis 85 und 197 (40,1 %) in der Altersklasse 85+. Leichte Verletzungen waren mit 30,7 % relativ häufig, schwere Verletzungen mit 3,7 % und Operationsbedürftigkeit mit 1,7 % eher selten. Ein Patient verstarb nach operativer Versorgung der sturzbedingten Schenkelhalsfraktur. Lang wirksame Benzodiazepine hatten unter den Medikamenten den stärksten Einfluss auf das Sturzrisiko (adjustierte OR = 3,5; 95 %-KI = 1,2–10,5). Weitere im multivariaten Modell statistisch signifikante Risikofaktoren waren: Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI), Z-Substanzen, sedierende Neuroleptika, ACE-Hemmer/Sartane, Hyponatriämie, Leukozytose, Neubildungen, Delir, Exsikkose und Parkinson-Syndrome. Digoxin (0,32; 0,11–0,99) und Aldosteronrezeptorantagonisten (0,54; 0,33–0,88) hatten einen protektiven Effekt. Sturz- und Kontrollgruppe unterschieden sich signifikant in der Anzahl eingenommener Psychopharmaka ($p < 0{,}001$). Von den geriatrischen Assessments zeigte lediglich eine Punktzahl <20 im Tinetti-Test (POMA) in univariater Analyse (2,3; 1,0–5,3) eine signifikante Assoziation mit Stürzen.
Schlussfolgerung: Benzodiazepine mit langem Wirkungsprofil, SNRI, Z-Substanzen und sedierende Neuroleptika erhöhten das Sturzrisiko, unter Kontrolle für medizinischen Diagnosen und verordnete Medikamente. Das in der Studie am häufigsten verordnete Antidepressivum Mirtazapin hatte keinen das Sturzrisiko erhöhenden Effekt.

P059
Sensorbasierte Sturzprävention bei deliranten Patienten

T. Zimmermann, R.-J. Schulz
Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln, Deutschland

Fragestellung: Wie ist die Praktikabilität von sensorbasierten Devices auf geriatrischen Stationen zur Sturzprävention?
Material und Methoden: Auf der Demenzstation wurden bei uns mehrere ViciOne-Multi-Ceiling-Sensoren verbaut. Es erfolgten die Aufzeichnungen von Temperatur, relativer Luftfeuchte, Helligkeit, Luftdruck und Luftqualität. Der integrierte Präsenzmelder ermöglicht die Erkennung von Personen innerhalb des Überwachungsbereiches und deren körperlicher Aktivität.
Ergebnisse: Aktuell erfolgt als Pilot eine 24-h-Überwachung auf unserer Demenzstation. Neben den Aktivitäten werden auch die Patientenkontaktzeiten erfasst. Zudem erfolgt die Kombination mit der Überwachung der Nebenräume (z. B. Bad/Toilette), somit lassen sich die Bewegungsprofile erstellen. Daraus ergaben sich neue Aspekte unter Berücksichtigung der Daten von Becker et. al. 2017 zum Thema Sturzprävention und Raum-/Luftbedingungen.
Schlussfolgerung: Es gibt folgende Punkte bei diesen Überwachungs- und Dokumentationsmöglichkeiten zu bedenken: 1. Wie ist die Auswertung aufgrund des Datenschutzes möglich? 2. Wie kann man die auch mögliche Mitarbeiterüberwachung verhindern? 3. Ziel ist es, aus den gewonnenen Daten einen Algorithmus zur Sturzprävention zu entwickeln und diesen mit den Stationsärzten und Pflegekräften in strukturgebende Maßnahmen umzusetzten

P060
Sturzhäufigkeit im Pflegeheim – Einfluss von soziodemografischen Faktoren, Mobilität und Erkrankungen

N. Strutz, J. Kiselev, N. Lahmann[1]
Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; [1]Pflegeforschung, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Es gibt vielfältige Forschungsergebnisse zu Sturzhäufigkeiten und Sturzfolgen junger alter Menschen (65 bis 84 Jahre) und hochbetagter Menschen (ab 85 Jahre). Jedoch ist wenig darüber bekannt, welche Faktoren mit Stürzen in Pflegeheimen assoziiert sind. In einer deutschlandweiten Prävalenzerhebung wurde daher untersucht, welche soziodemografischen Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, BMI), Erkrankungen wie Demenz oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Charakteristika der Mobilität (z. B. personelle Abhängigkeit im Stand, Zeitspanne vom Sitzen in den Stand, Hilfsmitteleinsatz) die Sturzhäufigkeit in deutschen Pflegeheimen am stärksten beeinflussen.
Seit 2001 nahmen deutschlandweit über 800 Pflegeheime an Prävalenzerhebungen zu Pflegeproblemen, wie Pflegeabhängigkeit, Sturz etc. teil. In diesem Kontext wurden in den Jahren 2014 bis 2016 Daten zu Mobilität, Sturzereignissen, Hilfsmittelversorgung, BMI und anderen möglicherweise assoziierten Faktoren erhoben. Die Daten wurden deskriptiv und mittels logistischer Regression ausgewertet.
Die untersuchten Pflegeheime erwiesen sich bezogen auf Geschlecht, Erkrankungen und Hilfsmitteleinsatz als repräsentativ für stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Es wurden knapp 2400 Sturzereignisse betrachtet. Pflegeheimbewohner mit eingeschränkter Mobilität, genauer mit einer Abhängigkeit in personeller Unterstützung vom Sitzen in den Stand stürzten 4,5-mal häufiger als Personen, die personell unabhängig waren oder einen noch größeren Unterstützungsbedarf hatten. Weiterhin stürzten Alte und Hochbetagte mit einem geringen BMI häufiger als Menschen mit einem BMI im Normbereich. Besonders häufig sind Personen mit geringem BMI betroffen, die zudem Unterstützung bei dem Erreichen von Gegenständen benötigen.
Neben weiteren Zusammenhängen wie demenzielle Erkrankung und Gangvermögen sind Mobilitätsparameter wie die Ausprägung der personellen Unterstützung sowie die Höhe des BMI deutlich mit der Häufigkeit von Sturzereignissen in deutschen Pflegeheimen assoziiert.

P061

Zusammenhänge zwischen motorischer Leistungsfähigkeit und körperlicher Alltagsaktivität bei älteren Personen mit kognitiver Einschränkung nach geriatrischer Rehabilitation

M. Bongartz, P. Ullrich, T. Eckert, C. Werner, R. Kiss[1], B. Abel, J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Personal, Gesundheit und Soziales, Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Geriatrische Patienten mit kognitiver Einschränkung zeigen Defizite in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ein geringes körperliches Aktivitätsverhalten im Alltag. Ziele der Querschnittsstudie waren die Überprüfung der Zusammenhänge von körperlicher Leistungsfähigkeit und habituellem Gangverhalten mit körperlicher Aktivität im Alltag sowie die Identifikation modifizierbarer, motorischer Determinanten der körperlichen Alltagsaktivität bei älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen nach geriatrischer Rehabilitation.
Material und Methoden: Von 110 multimorbiden, geriatrischen Patienten mit kognitiver Einschränkung (Alter = 82,3 ± 5,9 Jahre, Mini-Mental State Examination = 23,3 ± 2,4) wurde die körperliche Leistungsfähigkeit mittels Short Physical Performance Battery (SPPB) erfasst. Ein neu entwickelter und validierter, ambulanter Bewegungssensor (uSense) wurde zur Erfassung innovativer, qualitativer Gangparameter und der Dauer körperlicher Aktivität im Alltag verwendet. Bivariate Zusammenhänge wurden mittels Spearman Korrelationen (rho) berechnet. Körperliche Leistungsfähigkeit sowie qualitative Gangparameter mit signifikanten Korrelationen wurden in ein lineares Regressionsmodell aufgenommen, um unabhängige, motorische Determinanten der körperlichen Alltagsaktivität zu identifizieren.
Ergebnisse: Körperliche Leistungsfähigkeit zeigt eine hohe Korrelation mit körperlicher Alltagsaktivität. Qualitative Gangparameter beim Geradeaus- und Kurvengehen im Alltag korrelierten überwiegend moderat bis hoch mit körperlicher Alltagsaktivität. Das lineare Regressionsmodell identifizierte die durchschnittliche Geschwindigkeit beim Kurvengehen, Gangsymmetrie, Kadenz und die SPPB als unabhängige Determinanten, die insgesamt 45 % der Varianz ($R^2 = 0{,}45$) des körperlichen Aktivitätsverhaltens aufklärten.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen auf die große Bedeutung der körperlichen Leistungsfähigkeit auf das habituelle Bewegungsverhalten bei multimorbiden, geriatrischen Patienten mit kognitiver Einschränkung hin. Neben etablierten motorischen Assessmentverfahren wie der SPPB stellen innovative habituelle Gangparameter wichtige Indikatoren für die körperliche Aktivität dieser vulnerablen Patientengruppe dar, die ggf. auch als Rehabilitationsziele Aufmerksamkeit verdienen.

P062

Mundgesundheit bei geriatrischen Sturzpatienten – ein interdisziplinärer Ansatz

G. Röhrig-Herzog, A. G. Barbe[1], M. Bussmann[2], P. Schmidt[3]

Zentrum für Geriatrische Diagnostik, MVZ Medicum Köln Ost, Köln, Deutschland; [1]Poliklinik für Zahnerhaltung u. Parodontologie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; [2]Alterstraumatologie, Evangelisches Krankenhaus Köln Kalk, Köln; [3]FB Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Die Prävalenz von Stürzen steigt mit höherem Lebensalter, wobei der altersbedingte Verlust an Muskelmasse und Muskelfunktion (Sarkopenie) einen wesentlichen Risikofaktor für Stürze darstellt (Schoene et al. 2017). Sarkopenie steht auch in engem Zusammenhang mit Dysphagie (Maeda et al. 2016) und eingeschränkter Kaufunktion (Takagi et al. 2017). Mundgesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine intakte Kaufunktion im Alter. Die Zusammenhänge zwischen Kaufunktion, Malnutrition und Sarkopenie konnten bereits wissenschaftlich belegt werden: Eine eingeschränkte Kaufunktion führt zu einer mangelhaften Nahrungsaufnahme und damit zu einer defizitären Ernährung, da bestimmte Nahrungsmittel nicht oder nur unzureichend die orale Phase der Nahrungsaufnahme passieren können. Dies kann zu gastrointestinalen Beschwerden und Mangelernährung führen (Altenhoevel et al. 2012). Ein mangelhafter Ernährungsstatus geht oft mit einer katabolen Stoffwechselsituation einher, die zum Ausgleich der Energiegewinnung Muskelprotein heranzieht, was zu einem sukzessiven Muskelabbau führt, der den ohnehin altersbedingten Abbau der Muskelmasse (Sarkopenie) zusätzlich fördert (Hu et al. 2017). Eine Muskelkraftminderung ist sowohl direkt als auch indirekt über eine reduzierte Mobilität mit einer erhöhten Sturzprävalenz verbunden (Schoene et al. 2017). Bis heute ist jedoch unklar, inwiefern auch ein direkter Zusammenhang besteht zwischen verschiedenen Parametern der oralen Gesundheit wie z. B. Kaufunktion und Sturzprävalenz. In der hier vorgestellten interdisziplinären, kontrollierten klinischen Studie wurde neben geriatrischen Assessment- und Laborparametern auch ein umfassender Befund der Mundgesundheit und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität von geriatrischen Sturzpatienten erhoben, um dieses spezielle Patientenkollektiv interdisziplinär besser zu charakterisieren. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Risikofaktoren zu identifizieren, die bei der interdisziplinären Zusammenarbeit die ganzheitliche geriatrisch-alterszahnmedizinische Erfassung von Sturzpatienten erleichtern sollen. Zudem soll es die Aufmerksamkeit im jeweils anderen Fachgebiet schärfen, auch für Problematiken aus anderen Gebieten, die aber Einfluss haben auf den eigenen Fachbereich. Langfristig wird durch frühzeitige Überweisung an die jeweils andere Fachdisziplin ein präventiver Effekt erwartet, der die Gesundheit und Lebensqualität von älteren Sturzpatienten verbessern soll.

P063

Biomechanical gait analysis of frail geriatric inpatients using four-wheeled walker

J. P. Batista Junior, M. Mundt[1], L. Schmidt, T. Laurentius, B. Markert[1], C. Bollheimer[2]

Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Germany; [1]Institut für Allgemeine Mechanik, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Germany; [2]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Franziskushospital Aachen GmbH, Aachen, Germany

Introduction: Four-wheeled walkers (FWW) have been widely employed in geriatric patients with mobility and balance deficits for many years. Biomechanical parameters such as distance, cadence and velocity have been shown to be improved when elderly walk with FWWs, whereas changes in a full body kinematic and kinetic walking movement patterns of frail geriatric patients have not yet been quantified.
Aim: To investigate the effects of FWWs on a full body biomechanical walking pattern of frail geriatric patients.
Material and methods: A total of 50 geriatric inpatient FWW users versus 50 geriatric inpatients without usage of FWW will be invited to participate in this study. A full body marker set (42 skin markers) will be used to measure 3-dimensional kinematic and kinetic parameters with a 10-camera motion capture system integrated with 2 force plates. Participants should walk 10 times at self-selected speed along a 10 m long pathway. Joint angles and moments, trunk sway, spatiotemporal parameters and the displacement of the center of mass will compared between groups.
Expected results and clinical relevance: Considering the results of a pilot study comprising four young healthy women (mean age 27.2 years), we expect a more reduced range of motion as well as more reduced joint moments of the lower limbs in geriatric FWW users compared with non-FWW users. For the FWW users we also expect less movement of the upper limb as well as different center of mass trajectory patterns. The characterization of the lower and upper limb movements of frail geriatric patients during walking with FWW may be clinically relevant in the decision-making process about the need and the development of specific rehabilitation strategies.

P064
Quantitative Gangparameter als Progressionsmarker bei M. Parkinson

M. A. Hobert, S. Nussbaum[1], T. Heger[1], D. Berg, W. Maetzler, S. Heinzel
Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland; [1]Abteilung Neurologie mit Schwerpunkt Neurodegenerative Erkrankungen, Zentrum für Neurologie, Hertie-Institut für klinische Hirnforschung, Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die im Verlauf der Erkrankung auftretende Progression der Gangstörung bei M.-Parkinson-Patienten (PP) wird aktuell hauptsächlich durch semiquantitative Assessments und Fragebogen erhoben. Nachteile sind Subjektivität und Untersucherabhängigkeit. Durch die aktuelle technische Entwicklung können sogenannte Wearables eingesetzt werden, die Gangparameter objektiv und relativ untersucherunabhängig messen können. Die hier vorgestellte Studie untersucht das Potenzial von derartigen Wearables für die Erfassung von Progression bei PP.
Material und Methoden: In der prospektiven MODEP-Kohorte wurden 22 PP im frühen Krankheitsstadium (F-PP), 18 PP im mittleren Krankheitsstadium (M-PP) und 24 Kontrollen (KO) halbjährlich über fünf Jahre untersucht. Quantitative Gangparameter wurden mit einem Wearable am unteren Rücken erfasst. Die Studienteilnehmer gingen 20 m geradeaus mit normaler und schneller Gehgeschwindigkeit. Die Änderung der Gangparameter über den Verlauf der longitudinalen Studie wurde mittels allgemeiner Schätzungsgleichungen statistisch analysiert.
Ergebnisse: Bei normaler Gehgeschwindigkeit zeigten F-PP gegenüber KO eine signifikant stärkere Zunahme der Schrittzahl über 5 Jahre sowie signifikante Unterschiede in der longitudinalen Änderungen der Gangvariabilität (Gangasymmetrie, Schrittvariabilität und Phasen-Koordinations-Index; jeweils Abnahme bei KO, leichte Zunahme bei F-PP). Die M-PP zeigten gegenüber KO eine signifikante Zunahme des Phasen-Koordinations-Index. Die Gehgeschwindigkeit zeigte in F-PP und KO eine signifikante Reduktion über die Zeit, ohne signifikante Gruppenunterschiede im Verlauf. Bei schneller Gehgeschwindigkeit fanden sich jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede im Verlauf der Gangparameter.
Schlussfolgerung: Von den untersuchten Bedingungen erwies sich die normale Gehgeschwindigkeit der schnellen Gehgeschwindigkeit für die Progressionsmessung bei M. Parkinson überlegen. Innerhalb der normalen Gehgeschwindigkeit fand sich letztendlich nur die Schrittanzahl als robuster Progressionsmarker, und das auch nur bei F-PP. Es bleibt unklar, ob die Verlaufsunterschiede der Gangvariabilitätsparameter auf eine M.-Parkinson-spezifische Progression oder auf die Abnahme der Gangvariabilität bei KO, evtl. aufgrund von Kompensationsmechanismen bei KO, zurückzuführen sind. Die Verlangsamung der Gehgeschwindigkeit über den Untersuchungszeitraum stellt vermutlich einen unspezifischen Alterseffekt dar.

P065
Funktionelle Bewegungsstörungen auf einer neurogeriatrischen Station einer Universitätsklinik

S. Mätzold, J. Geritz, A. Alpes, B. Möller, K. Schachtner, R. Seliger, A. Wulff, M. M. Weiß, M. A. Hobert, W. Maetzler
Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland

Hintergrund: Der Anteil von Patienten mit funktionellen Bewegungsstörungen ist v. a. im neurologischen Fachgebiet erheblich. Therapeutische Optionen sind nicht konsequent entwickelt und nicht gut evaluiert. Dies gilt auch für die geriatrische Klientel. Die hier vorgestellte Analyse präsentiert erste Daten zu Prävalenz und Therapieansprechen von Patienten mit funktioneller Bewegungsstörung, die im Rahmen der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung auf der neurogeriatrischen Station des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, behandelt wurden.
Material und Methoden: Es wurde über den Zeitraum von Oktober 2016 bis März 2018 der Anteil; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer; die Schwere der körperlichen Beeinträchtigung (Barthel-Index) und der Therapieerfolg (Delta-Barthel-Index Entlassung – Aufnahme) von Patienten mit einer funktionellen Bewegungsstörung, die sich auf der Station einer frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung (OPS-Ziffer 8-550.1) unterzogen, bestimmt.
Ergebnisse: Der Anteil von Betroffenen am Gesamtkollektiv ($N = 258$) lag bei 5,6 % (6,2 % aller Komplexbehandlungen), bei denen es sich um geriatrische Patienten (Alter ≥ 70 Jahre) handelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war vergleichbar mit dem nichtfunktionellen Patientenkollektiv (17 vs. 19 Tage). Es zeigten sich keine Unterschiede im Barthel-Index zu Beginn (44 (21) vs. 50 (15) Punkte, M (SD); $p = 0{,}16$) bzw. vor Entlassung (60 (24) vs. 69 (21) Punkte; $p = 0{,}12$). Der Delta-Barthel-Index war mit +15 (20) vs. +19 (13) Punkten ($p = 0{,}36$) ebenfalls vergleichbar.
Schlussfolgerung: Der Anteil von Patienten mit funktionellen Bewegungsstörungen innerhalb eines stationären Patientenkollektivs auf einer neurogeriatrischen Station eines Universitätsklinikums zeigt sich überraschend hoch. Erste Analysen deuten darauf hin, dass diese Patienten von der angebotenen Struktur und Behandlung profitieren. Dies ist aufgrund der bestehenden Literatur nicht selbsterklärend und bedarf weiterer wissenschaftlicher Aufarbeitung. Als Beitrag zum besseren Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen und der Identifizierung spezifisch relevanter Therapieparameter planen wir im Rahmen der laufenden multizentrischen ComOn-Studie (https://www.neurologie.uni-kiel.de/de/neurogeriatrie-kiel/projekte) eine detaillierte Analyse dieses Patientenkollektivs.

Geriatrie 6 (P066–P077)

P066
Parkinson-Syndrom und neurogene Sarkopenie

J. Krenovsky, K. Bötzel[1], A. S. Ceballos-Baumann[2], U. Fietzek[2], M. Drey
Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; [1]Neurologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; [2]Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Schön Klinik München Schwabing, München; Neurologie und klinische Neurophysiologie, Schön Klinik München Schwabing, München, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Während die Prävalenz von Sarkopenie in der Allgemeinbevölkerung bei 5,7 % liegt, gibt es Hinweise darauf, dass diese bei Patienten mit Parkinson-Erkrankung (PD) erhöht ist. Als mögliche Ursache hierfür könnte die Überlappung von Motoneuronenerkrankungen mit PD sein, da Motoneuronenverlust auch als Ursache der neurogenen Sarkopenie diskutiert wird. Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Motoneuronenverlust und neurogener Sarkopenie bei Patienten mit Parkinson-Syndrom.
Material und Methoden: Es wurden 74 Patienten mit PD und 30 alters- und geschlechtsgleiche gesunde Personen hinsichtlich Handkraft, Ganggeschwindigkeit und Muskelmasse mittels bioelektrischer Impedanzanalyse untersucht. Per MUNIX – Motor Unit Number Index – wurde die Anzahl der Motoneurone des Kleinfingerabduktors geschätzt. Gruppenunterschiede wurden mittels multipler linearer Regression statistisch erfasst.
Ergebnisse: Eine Sarkopenie wiesen 14 der 74 Patienten mit PD (18,9 %) auf. Drei dieser Patienten zeigten eine auffällig niedrige Anzahl von Motoneuronen im MUNIX und erfüllten somit die Kriterien einer neurogenen Sarkopenie. Die PD- und die Kontrollgruppe unterschieden sich signifikant in den MUNIX-Werten 109 (SD: ±39) vs. 129 (SD: ±45) ($p = 0{,}023$). Dieser Effekt zeigte sich stabil, wenn für Geschlecht und Alter kontrolliert wurde.
Schlussfolgerung: In unserer Stichprobe von Patienten mit Parkinson-Syndrom zeigten sich, verglichen mit der Normalbevölkerung, deutlich mehr Teilnehmer sarkopen. Die Untersuchung liefert Hinweise darauf, dass eine Überlappung der neurogenen Sarkopenie und Motoneuronenverlust bei Patienten mit Parkinson Syndrom existiert.

P067

Einfluss eines modifizierten Frailty-Scores auf die Entwicklung schwerwiegender Komplikationen bei älteren chirurgischen Patienten

R. Mörgeli, K. Scholtz, M. Olbert, C. Spies

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Viele Studien zur Entwicklung postoperativer Komplikationen nach elektiven Eingriffen bei älteren Patienten werden durchgeführt, ohne den Schweregrad von Komplikationen zu bedenken. Es konnte bereits ein Zusammenhang zwischen der Gebrechlichkeit („frailty") und der Entwicklung postoperativer Komplikationen gezeigt werden. Ziel dieser Analyse ist es, den Einfluss eines modifizierten Frailty-Scores und damit verbundener Faktoren auf die Entwicklung schwerwiegender Komplikationen zu evaluieren.
Material und Methoden: Es handelt sich um eine Zwischenanalyse der prospektiven Kohortenstudie „BioCog" (EA2/092/14, NCT02265263). Insgesamt sollen 342 Patienten ≥65 Jahren mit elektivem Eingriff untersucht werden. Es werden demografische Parameter und präoperative Faktoren wie ein modifizierter Frailty-Score, das MNA®, die ASA-Klasse, der Charlson-Komorbiditäts-Index, das Vorliegen einer Tumorerkrankung und die Operationsdauer hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entwicklung schwerwiegender postoperativer Komplikationen im Krankenhaus in univariaten Voranalysen (Exakter Fisher-Test, exakter $\chi 2$-Test) und einer binär logistischen Regressionsanalyse untersucht. Die Komplikationen werden nach der Clavien-Dindo eingeteilt; Grad IIIa bis V charakterisieren schwerwiegende Komplikationen.
Ergebnisse: Bis Januar 2018 konnten 342 Patienten ausgewertet werden (Alter zw. 65–91 J., Median 73 J.). Davon entwickelten 58 % postoperative Komplikationen; bei 21 % traten schwerwiegende Komplikationen auf. Es fand sich ein signifikanter Einfluss bezüglich des präoperativen Frailty-Status („pre-frail" oder „frail") (OR 2,157, 95 %-KI 1,049–4,437; $p = 0{,}037$) sowie einer verlängerten Operationsdauer (OR 10,956, 95 %-KI 4,761–25,214; $p < 0{,}0001$) auf die Entwicklung schwerwiegender Komplikationen.
Schlussfolgerung: Auf die präoperative Erhebung eines modifizierten Frailty-Index könnte ein größeres Augenmerk gelegt werden, um den postoperativen Therapieerfolg bei älteren Patienten zu verbessern. Diese ersten Zwischenergebnisse sollten durch Analysen in der Gesamtkohorte erweitert werden.

P068

Einsatzmöglichkeiten des Alltags-Fitness-Tests zur möglichen Feststellung einer Sarkopenie

A. Dunkel

Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Der altersbedingte Muskelabbau (Sarkopenie) führt zu einem Verlust von Muskelmasse, -kraft und -funktion. Dies kann u. a. eine reduzierte Kraftausdauer, Probleme der Feinmotorik sowie Gleichgewichtsstörungen zur Folge haben und sich negativ auf die Bewältigung alltäglicher Aufgaben im Alter auswirken. Zur frühzeitigen Feststellung einer Sarkopenie werden derzeit diverse einfache Tests als Screeningmöglichkeiten diskutiert. Eine Testbatterie solch einfacher Tests stellt der Alltags-Fitness-Test (AFT) des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) dar. Dieser erfasst die Alltagsfitness von Personen im Alter von 60 bis 94 Jahren und soll zukünftig möglichst flächendeckend in Sportvereinen implementiert werden. Um die hieraus entstehende große Reichweite des AFT nutzen zu können, stellt sich die Frage, ob dieser über seine ursprüngliche Intention hinaus Aussagen zu einer möglichen Sarkopenie treffen kann.
Material und Methoden: Es wurden 36 Personen zwischen 60 und 94 Jahren mittels der sogenannten Konsensmessung nach der „European Working Group on Sarcopenia in Older People" (EWGSOP) auf eine Sarkopenie hin getestet. Hierbei wurde die Skelettmuskelmasse mittels Bioimpedanzanalyse, die isometrische Handgriffkraft durch ein hydraulisches Dynamometer und die Ganggeschwindigkeit über eine Zeitmessung auf einer 4 m langen Gehstrecke erfasst. Zusätzlich führten alle Personen den AFT durch. Dieser erfasst Armkraft, Beinkraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Geschicklichkeit mittels einfacher Testungen.
Ergebnisse: Es konnten signifikante Korrelationen zwischen Parametern der Konsensmessung und des AFT festgestellt werden. Die beiden höchsten Korrelationswerte wiesen Handgriffkraft und Armkraft ($r = 0{,}621$) sowie Ganggeschwindigkeit und Timed „Up and Go" Test (TUG) ($r = -0{,}595$) auf. Die mittels „receiver operating characteristic" neu errechneten „Cut-off"-Werte für diese Parameter erzielten eine Testeffizient von 62–68 %.
Schlussfolgerung: Es zeigten sich deutliche Hinweise, dass einzelne Parameter des AFT sinnvolle Aussagen über das Vorliegen einer Sarkopenie treffen können. Insbesondere Armkraft und TUG scheinen gute Prädiktoren zu sein. Eine Überprüfung der Ergebnisse an einer größeren, nach Geschlechtern differenzierten Stichprobe erscheint sinnvoll.

P069

Differenzialdiagnosen der Sarkopenie – Muskelschwund im höheren Lebensalter

F. Hofmeister, F. Tanganelli, S. Hintze[1], P. Meinke[1], U. Ferrari, B. Schoser[1], M. Drey

Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; [1]Friedrich-Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Hintergrund: Die Sarkopenie bezeichnet den altersbedingten Verlust von Muskelmasse und Muskelfunktion. Jedoch können sich auch viele neuromuskuläre Erkrankungen erst im höheren Lebensalter durch eine verminderte Muskelmasse, Handkraft und/oder Ganggeschwindigkeit, ähnlich der Sarkopenie, äußern.
Material und Methoden: Die klinisch-diagnostischen Kriterien der sporadischen Einschlusskörpermyositis (sIBM) gemäß European NeuroMuscular Centre (ENMC) von 2011, der sporadischen amyotrophen Lateralersklerose (sALS) gemäß World Federation of Neurology (WFN) von 1998 und der myotonen Dystrophien Typ1/Typ2 (DM1/DM2) werden denen der Sarkopenie gemäß der europäischen Konsensusdefinition gegenübergestellt.
Ergebnisse: Bei der milden DM1 (mDM1) und bei sIBM steigt die Inzidenz ab dem Alter von 50 Jahren. Das Auftreten erster Symptome von sALS und mDM1/DM2 ist bis zum 70. Lebensjahr möglich. Im Gegensatz zur hydraulischen Handkraftmessung bei der Sarkopeniediagnostik ist im klinischen Alltag bei neuromuskulären Erkrankungen eine Kraftgradmessung nach Medical-Research-Council-Klassen gebräuchlich. Während die Sarkopenie, die sIBM sowie die mDM1/DM2 mit langsam progredienter Muskelschwäche klinisch apparent werden, zeichnet sich die sALS durch einen rapideren Krankheitsverlauf und den parallelen oder späteren Befall des ersten Motoneurons (dann mit zentraler Spastik) aus. Bei der Sarkopenie tritt die Muskelatrophie generalisiert auf, bei der sIBM und sALS häufig auch mit einem asymmetrischen Befallsmuster. Histopathologische Unterschiede erlauben es, die sIBM von der sALS abzugrenzen. Bezüglich der Diagnosestellung der DM1/DM2 können eine Elektromyographie sowie spezifisch auftretende Komorbiditäten wegweisend sein, die Diagnosesicherung erfolgt jedoch durch eine genetische Untersuchung.
Schlussfolgerung: Zur Abgrenzung neuromuskulärer Erkrankungen von der Sarkopenie sind eine erweiterte Anamnese, neurologisch-neuromuskuläre Funktionsprüfungen und die Beurteilung der Krankheitsprogression nötig. Eine genetische Diagnostik, eine elektrophysiologische Untersuchung bzw. eine Muskelbiopsie können im Zweifel helfen, Differenzialdiagnosen der Sarkopenie auszuschließen.

P070

Ein kamerabasiertes photoplethysmographisches Verfahren zur kontaktlosen Messung der Herzratenvariabilität mit möglicherweise Relevanz für die klinische Evaluation von Frailty

X. Yu, C. Hoog Antink, S. Leonhardt, J. Batista[1], C. Bollheimer[2], T. Laurentius[1]
Lehrstuhl für Medizinische Informationstechnik, Helmholtz-Institut für Biomedizinische Technik, Rheinisch Westfälisch Technische Hochschule Aachen, Aachen, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Altersmedizin, Universitätsklinikum, Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Aachen, Aachen, Deutschland; [2]Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Franziskushospital Aachen GmbH, Aachen, Deutschland

Frailty ist als zentrales geriatrisches Syndrom mit einer verminderten Belastbarkeit gegenüber externen Stressoren vergesellschaftet und dabei ein starker Morbiditäts- und Mortalitätsprädiktor. Frailty soll nach einer Pilotstudie mit einer geringeren Herzratenvariabilität vergesellschaftet sein (Katayama: Cardiac autonomic modulation in non-frail, pre-frail and frail elderly women: a pilot study, 2015).
Der aktuelle Goldstandard in der Bestimmung der Herzratenvariabilität ist das Langzeit-EKG mit der Notwendigkeit des Aufbringens von Elektroden auf die Haut und den damit – insbesondere für geriatrische (scl. delirgefährdetete) Patienten – verbundenen Problemen mit der Akzeptanz. Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel der vorliegenden Entwicklungsarbeit, an der Schnittstelle zwischen Technik und Geriatrie, ein kontaktloses Verfahren zur Messung der Herzratenvariabilität beim geriatrischen Patienten zu etablieren. Methodisch griffen wir dabei auf das Photoplethysmographie-Imaging (PPGI) zurück, welches die kontaktlose und kamerabasierte Weiterentwicklung der Photoplethysmographie („Fingerclip") darstellt und somit eine kontaktlose Erfassung des Pulswellensignals ermöglicht. Zur Reevaluation, ob tatsächlich relevante Unterschiede der Herzratenvariabilität bei Vorliegen des Frailty-Syndroms existieren, erfolgte zunächst die vergleichende Bestimmung bei gesunden Probanden ab 70 Jahren und bei geriatrischen Patienten mit Vorliegen einer Frailty ab 70 Jahren. Dabei wurde die kontaktlose Messung der Herzratenvariabilität bei den Probanden zunächst während einer zehnminütigen Ruhephase in liegender Position durchgeführt. Anschließend erhielten die Probanden eine Physiotherapieeinheit zur Anregung des Herz- und Kreislaufsystems, bevor eine Folgemessung über 15 min in liegender Position durchgeführt wurde. Als Referenz für die kontaktlos gemessene Herzratenvariabilität wurde parallel das EKG eines Patientenmonitors aufgezeichnet. Frailty wurde nach den Fried-Kriterien klassifiziert und umfasste ungewollten Gewichtsverlust, Ganggeschwindigkeit, Handkraft, subjektive Erschöpfung sowie physische Aktivität.

P071

Sarkopenie und Ernährungsdefizite bei älteren Osteoporosepatientinnen – erste Ergebnisse der SaNSiBaR-Studie

E. Bätz, F. Genest[1], S. Achtziger[1], L. Seefried[1], E. Schorling[2], E. Nagel[2]
Fakultät für Biologie, Chemie und Geowissenschaften, Universität Bayreuth, Bayreuth, Deutschland; [1]Orthopädisches Zentrum für Muskuloskelettale Forschung, König-Ludwig-Haus, Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland; [2]Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, Bayreuth, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Osteoporose und Sarkopenie sind altersassoziierte Erkrankungen, die durch eine verminderte Knochendichte bzw. den Verlust der Muskelmasse (MM), -kraft (MK) und/oder -funktion (MF) gekennzeichnet sind. Beide Erkrankungen weisen gemeinsame Risikofaktoren auf, u. a. Ernährungsdefizite. Patienten mit Sarkopenie und Osteoporose gelten als Hochrisikogruppe für Frakturen und funktionelle Einschränkungen. Die Wechselbeziehungen der genannten Entitäten sind nicht abschließend verstanden und entsprechende Screeningmethoden in der Osteologie nicht etabliert. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Erfassung des Ernährungsstatus und der Sarkopenieprävalenz bei Osteoporosepatientinnen.
Material und Methoden: Monozentrische Querschnittsstudie bei Osteoporosepatientinnen über 65 Jahren. Der Ernährungsstatus wurde mithilfe des Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), eine Sarkopenie durch den Sarc-F sowie anhand der EWGSOP-Kriterien erfasst. Zugrunde gelegt wurden hierfür die Muskelmasse in der Bioimpedanzanalyse (BIA), die Short Physical Performace Battery als Maß der Muskelfunktion sowie die Handkraft.
Ergebnisse: Von bislang 46 Patientinnen im Alter von 75,4 ± 5,3 Jahren mit einem mittleren BMI von 26 kg/m² (± 5,1) fand sich bei $n = 22$ (48 %) eine verminderte Muskelmasse. Insgesamt 12 Patientinnen (26 %) waren nach EWGSOP als präsarkopen, weitere 22 % als sarkopen ($n = 9$) bzw. schwer sarkopen ($n = 1$) einzustufen. Anhand des SARC-F-Fragebogens ergab sich eine ähnliche Sarkopenieprävalenz von 24 % ($n = 11$), allerdings fand sich eine Übereinstimmung in der Diagnose nach EWGSOP und SARC-F nur bei 3 Patientinnen. Bei $n = 16$ Patientinnen (35 %) war aufgrundlage des MNA-SF ein Ernährungsdefizit bzw. ein Risiko hierfür zu konstatieren, was aber nur bei der Hälfte davon ($n = 8$) mit einer niedrigen Muskelmasse einherging.
Schlussfolgerung: Die hohe Sarkopenieprävalenz bei selbstständig lebenden älteren Osteoporosepatientinnen spricht für eine Assoziation beider Erkrankungen, und Mangelernährung scheint dabei ein durchaus häufiges Problem zu sein. Die Diskrepanz zwischen dem SARC-F und den EWGSOP-Kriterien hinsichtlich als sarkopen identifizierter Personen bedarf weiterer Untersuchungen, ebenso die Frage eines kausalen Zusammenhangs zwischen der Mangelernährung und den Erkrankungen. Ein ausgeweitetes Screening hinsichtlich nutritiver Defizite und Sarkopenie bei Osteoporosepatientinnen scheint empfehlenswert.

P072

Systematische Übersichtsarbeit zur Behandlung der arteriellen Hypertonie beim funktionell eingeschränkten älteren Patienten – Teilprojekt im Rahmen von „Medikation und Lebenssituation im Alter"

V. Mühlbauer, S. Brefka, D. Dallmeier, C. Bollig[1], G. Torbahn[1], S. Voigt-Radloff[1], J. M. Bauer[2], W. Haefeli[3], M. Denkinger
Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland; [1]Institut für Evidenz in der Medizin (für Cochrane Deutschland Stiftung), Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [3]Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Innere Medizin VI, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die aktuelle Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie von 2013 zum Management der arteriellen Hypertonie (aHT) unterscheidet in ihren Empfehlungen zwischen „leistungsfähigen" und „gebrechlichen" Patienten. Für gebrechliche Patienten wird empfohlen, „die Entscheidung über die antihypertensive Therapie dem behandelnden Arzt zu überlassen, basierend auf der Überwachung der klinischen Behandlungseffekte" (Evidenzgrad C). Aufgrund der schwachen Evidenzbasis ist diese Therapie mit großer Unsicherheit verbunden. Ein Ziel des Projekts „Medikation und Lebenssituation im Alter" ist daher die systematische Aufarbeitung der Evidenz zur medikamentösen Therapie der aHT bei funktionell eingeschränkten älteren Patienten.
Material und Methoden: Es wurde jeweils eine systematische Suche nach randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und prospektiven Beobachtungsstudien zur Pharmakotherapie bei aHT in den Datenbanken *Medline*, *Embase* und *Central* durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien mit älteren, an aHT erkrankten Patienten, deren Funktionsstatus erhoben wurde und der die Patienten als mindestens moderat eingeschränkt charakterisierte. Auswahl, Datenextraktion und Bewertung des Risiko für Bias wurde jeweils von zwei Reviewern unabhängig voneinander durchgeführt. Konflikte wurden durch Diskussion oder durch eine dritte Person gelöst. Die Bewertung des Risikos für Bias erfolgte mit dem Cochrane Risk of Bias Tool für RCT und mit ROBINS-I für nichtrandomisierte Studien.

Ergebnisse: Aus 15.389 Treffern zu RCT wurden 35 Volltexte und zu den prospektiven Beobachtungsstudien aus 4570 Treffern 36 Volltexte als potenziell relevant erachtet und die Einschlussfähigkeit überprüft. Nur in wenigen Studien wurden überhaupt funktionell eingeschränkte, ältere Patienten eingeschlossen. Jedoch weisen diese Studien häufig andere, meist methodische Schwächen auf. Die Studien werden aktuell aufgearbeitet und diskutiert.
Schlussfolgerung: Die aktuelle Datenlage erlaubt keine verlässliche Aussage zur medikamentösen Behandlung der aHT beim funktionell eingeschränkten älteren Patienten. Damit die Therapie dieser vulnerablen Population nicht vordergründig auf der Intuition des behandelnden Arztes basiert, ist der Einschluss dieser Patientengruppe in RCT dringend erforderlich, um Empfehlungen abzuleiten.

P073
Zertifizierung muss nicht kompliziert sein – ein Leitfadenmodell in auf den klinischen Bereich adaptierter Sprache als Hilfe zur Selbsthilfe

J.-M. Severin, B.-O. Fechner[1], M. Reh[2], A.-M. Hergt[2]
Unternehmensentwicklung, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland; [1]Organisation, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation und study nurse, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland; [2]Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Heide, Deutschland

In den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH wurde im Rahmen einer Bachelor-Arbeit ein Leitfaden zur Umsetzung der DIN EN ISO 9001:2015 entwickelt, der es allen zu zertifizierenden Bereichen erleichtern soll, die Norm schnell und einfach umzusetzen. Hierbei werden übergreifende Unternehmensstandards bereits zentral berücksichtigt, sodass Doppelarbeiten vermieden werden. In diesem Leitfaden werden zum einen die Inhalte der Norm in erläuternden Arbeitspaketen beschrieben und diese zum anderen anhand von Beispielen aufgearbeitet. In zugehörigen Arbeitsvorlagen, wie beispielsweise ausfüllbaren Tabellen, sollten die zu zertifizierenden Bereiche die Normanforderungen direkt umsetzen. Dadurch sollte den Bereichen die Arbeit beim Aufbau ihres Qualitätsmanagementsystems trotz intensiver Auseinandersetzung mit den Normanforderungen erleichtert werden, sodass diese am Ende die Zertifizierungsreife erlangen. In der Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie am Westküstenklinikum Heide waren bereits im Jahr 2015 mit Beginn der Amtszeit der neuen Chefärztin erste Zertifizierungsbestrebungen vorhanden. Im Rahmen der Qualitätszirkel wurde schrittweise damit begonnen, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Im Jahr 2017 sollte die Zertifizierung schließlich realisiert werden. Im März 2017 wurde eine Studentin im Rahmen ihrer Bachelor-Arbeit mit der Entwicklung eines Leitfadens zur Vorbereitung aller Bereiche auf Erstzertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2015 beauftragt. Um die Zertifizierung kurzfristig realisieren zu können, erklärte sich die Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie dazu bereit, die Praktikabilität des Leitfadens als Pilotklinik zu validieren. Hierzu stand ein sehr enges Zeitfenster von sieben Monaten zur Verfügung. Die Zertifizierung wurde mit einem äußerst positiven Ergebnis durchgeführt. Die Implementierung wird im Unternehmen bereits für weitere Bereiche erfolgreich eingesetzt.

P074
Erfolgreiche Behandlung eines hochbetagten Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom. Ein Fallbericht

M. Schroeder, U. Greiff, U. Schäfer
Klinik für Geriatrie, Innere Medizin und Frührehabilitation, Helios Marien Klinik Duisburg, Duisburg, Deutschland

Hintergrund: Bei dem Merkel-Zell-Karzinom (MCC) handelt es sich um einen seltenen, äußerst aggressiven Hauttumor mit epithelialer und neuroendokriner Differenzierung. Bei einer Inzidenz von 0,4/100.000/Jahr und steigender Tendenz sind vorwiegend ältere Patienten betroffen.
Insbesondere die kleinzelligen Zelltypen neigen früh zu einer lokoregionären und lymphogenen und hämatogenen Metastasierung.
Wir berichten über einen 87-jährigen Patienten, der im November 2016 an einem MCC ersterkrankte. Der Primärtumorsitz war im mittigen Unterbauchbereich mit lokaler Lymphangiosis und rechts axillarem (sentinelpositiven) LK-Befall.
Material und Methoden: Neben einer weiträumigen Exzision und Sentinel-LK-Exstirpation erfolgte eine postoperative Bestrahlung des Primärtumorsitzes.
Eine systemische Chemotherapie wurde zum damaligen Zeitpunkt von dem Patienten abgelehnt. Trotz seines hohen Alters und seiner Komorbiditäten (insulinpflichtiger DM, art. Hypertonie, Zustand nach Apoplex 2010) war der Patient in guten AZ, selbstversorgend und mobil.
Juli 2017: Multiple Fernmetastastasen (Leber, periphere LK, Haut, ossär-BWS)
Einleitung einer palliativen Chemotherapie entsprechend der neuroendokrinen Differenzierung mit Vincristin und Etoposid, wie einem kleinzelligen Karzinom entsprechend dem damaligen Standard. Stabile Erkrankung bis Oktober 2017.
Oktober 2017 bei Größenzunahme der Metastasen Einleitung einer Therapie mittels des ersten neuzugelassenen Immun-Checkpoint-Inhibitors „Avelumab" 3 mg i. v./kgKG und 2 qw.
Ergebnisse: Bereits nach drei Gaben dokumentierte schnelle Tumorreduktion aller Metastasenlokalisationen (Leber, LK, Haut, ossär) bei gleichbleibenden Karnofsky- und Barthel-Index von 90 %.
Schlussfolgerung: Bei komplikationsloser Applikation auf ambulanter Basis und keinerlei Nebenwirkungen kann diese Therapie auch bei hochbetagten Patienten empfohlen werden.

P075
Videobasierte Überprüfung der Interrater Reliabilität des angepassten Wolf-Motor-Funktionstests für orthopädische Patienten nach Schulterverletzungen

C. Nerz, P. Augat[1], C. Becker, S. Schölch, L. Schwickert
Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; [1]Biomechanik, BG Klinik Murnau, Murnau am Staffelsee, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Bislang gibt es kaum objektive Tests zur Messung der Leistungsfähigkeit bei orthopädischen Patienten nach Schulterverletzung. Der Original Wolf-Motor-Funktionstest bewertet objektiv die Leistungsfähigkeit der oberen Extremitäten von Patienten mit neurologischen Störungen und Schädel-Hirn-Verletzungen anhand der benötigten Zeit zur Ausführung bestimmter Aufgaben und der funktionellen Fähigkeit. In einer modifizierten Version wurde dann die Bewegungsqualität ebenfalls bewertet. Eine weitere Anpassung des Wolf-Motor-Funktionstests an Patienten nach Schulterverletzungen (WMFT-O) wurde bereits bei einer kleinen Stichprobe hinsichtlich der Interrater- und Intrarater-Reliabilität klinisch untersucht. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Ergebnisse der Interrater-Reliabilität bei einer größeren Stichprobe für die videobasierte Analyse zu bestätigen. Zusätzlich soll der Zusammenhang zwischen dem objektiven WMFT-O und dem subjektiven DASH-Fragebogen untersucht werden.
Material und Methoden: Bei 65 orthopädischen Patienten im Alter von 35 bis 94 Jahren mit chirurgisch oder konservativ behandelter Schulterverletzung wurde die Leistungsfähigkeit der Schulter anhand des WMFT-O zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben. Diese Messungen wurden standardisiert auf Video aufgezeichnet. Um die Interrater-Reliabilität zu bestimmen, bewerteten drei unabhängige Rater die Videos. Die Interrater-Reliabilität wurde durch gewichtete Cohens-Kappa-Statistiken mit entsprechenden Konfidenzintervallen überprüft. Zusätzlich wurde die Einschränkung im Alltag durch die betroffene Extremität anhand des „disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) questionnaire" erhoben.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse sollen der Evaluierung eines objektiven Tests zur Ermittlung der Leistungsfähigkeit der oberen Extremität bei orthopädischen Patienten dienen.

P076
Von der Raumfahrtmedizin über die Sportmedizin zur Gerontologie

H.-U. Jabs
Klinik für Geriatrie, St. Lukas Klinik, Solingen, Deutschland

In der Raumfahrtmedizin sind vorzeitige Alterungsprozesse unter Weltraumbedingungen ein großes Problem und Gegenstand der Forschung.
In der Sportmedizin werden Methoden zur Leistungssteigerung und zur Rehabilitation erforscht.
Die Erkenntnisse aus Raumfahrt- und Sportmedizin können die Gerontologie und Geriatrie bei den vielfältigen Problemen der Rehabilitation, Sturzprävention, Ernährungsmedizin, Delirbehandlung, Alzheimer-Forschung und des Erhalts der Autonomie unterstützen.

P077
Evaluierung des Expressionsprofils altersassoziierter Plasmaproteine

A. Thomas, C. Rubie, M. Glanemann
Allgemein,– Viszeral,– Gefäss- und Kinderchirurgie, Uniklinik Homburg, Universität des Saarlandes, Homburg, Deutschland

Fragestellung: Welche altersabhängigen Konzentrationsunterschiede der Plasmaproteine alpha2-Makroglobulin und TIMP2 bestehen, und warum bestehen sie?
Hintergrund: Die beiden Plasmaproteine alpha2-Makroglobulin und TIMP2 treten immer mehr in das öffentliche Interesse und erlangen durch den Zugewinn an Erkenntnissen über ihre Funktionalität immer mehr an Bedeutung. Alpha2-Makroglobulin wird vermehrt bei altersassoziierten Erkrankungen gebildet und wirkt gegen Alterung durch seinen antiapoptotischen Effekt. Durch seine zusätzliche Wirkung bei der Unterstützung des Immunsystems kann man davon ausgehen, dass es auch bei immunsystemauslösenden Krankheiten erhöht ist. Laut Literatur hat TIMP2 ähnliche Effekte. Es hat ebenfalls einen antiapoptotischen Effekt und wirkt der Alterung entgegen. Aber auch bei vielen Krankheiten (z. B. bei Krebs) ist TIMP2 erhöht. Bei Krebs und COPD dient es zusätzlich als Schutzfaktor.
Material und Methoden: Es wurden Blutproben von Patienten verschiedener Altersgruppen der Allgemeinchirurgie der Universität Homburg/Saar ausgewählt. Die Expressionsanalyse wurde auf mRNA-Ebene mittels quantitativer Real-time-PCR und auf der Proteinebene mittels ELISA durchgeführt. Die Expression der Plasmaproteine alpha2-Makroglobulin und TIMP2 wurde in jungen (20 bis 29 Jahre), mittelalten (36 bis 63 Jahre) und alten Probanden (65 bis 86 Jahre) untersucht.
Ergebnisse: alpha2-Makroglobulin-Protein-Expression: signifikanter Anstieg der Konzentration von jungen zu alten ($p = 0{,}0268$) und ein sehr signifikanter Anstieg von mittelalten zu alten Probanden ($p = 0{,}0029$); alpha2-Makroglobulin-mRNA-Expression: Es zeigt sich zwar eine um 32 % (SE = 7 %) geringere alpha2-Makroglobulin-Konzentration von mittelalten und eine um 14 % (SE = 12 %) höhere Konzentration von alten Probanden jeweils verglichen mit den jungen Probanden, diese Verhältnisse sind jedoch nicht signifikant. Sehr signifikant ist aber das Verhältnis.

Geriatrie 7 (P078–P088)

P078
Alltagsnahe Mobilitätstests in der gerontopsychiatrischen Klinik: Machbarkeit und Reliabilität bei Demenzpatienten und Patienten mit Depression

R. Trumpf, T. Morat[1], T. Fleiner, L. Lieber[1], T. Schnorr[1], A. Bachmann[1], W. Zijlstra[1], P. Häussermann
Abteilung Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln, Köln, Deutschland

Eine nachlassende kognitive Leistungsfähigkeit im Alter geht häufig mit Defiziten in der Ausführung motorischer Aufgaben einher. Gangstörungen und damit verbundene Stürze treten bei Demenzpatienten häufiger auf als bei gesunden Älteren. Zuverlässige Messinstrumente sind essenziell, um effektive und zielführende Interventionen entwickeln zu können. Etablierte geriatrische Tests zur Beurteilung des Sturzrisikos und zur Einschätzung der Mobilität erfordern häufig höhere kognitive Verarbeitungsprozesse, um die Instruktionen zu verstehen und die Tests standardisiert und nach den Vorgaben ausführen zu können. Der Multisurface Obstacle Test for Older Adults (MSOT) ist ein Messinstrument zur Erfassung der Mobilität älterer Menschen. Die 10-m-Strecke des MSOT besteht aus verschiedenen Hindernissen und unterschiedlichen Oberflächen, die alltägliche Bewegungssituationen abbilden. In dieser Studie werden die Machbarkeit und Reliabilität des MSOT und des Timed „Up and Go" Tests (TUG) bei Demenz- und Depressionspatienten in der gerontopsychiatrischen Klinik untersucht. In jeweils zwei Durchgängen absolvierten 46 gerontopsychiatrische Patienten mit Depression oder Demenz (>65 Jahre) den MSOT und den TUG. In eine erste Analyse zur Machbarkeit der Tests wurden 24 Depressionspatienten (75 ± 7,4 Jahre, 79 % Frauen) und 22 Demenzpatienten (81 ± 1,1 Jahre, 46 % Frauen) eingeschlossen. Den MSOT haben 92 % (1. Durchgang) bzw. 83 % (2. Durchgang) der Depressions- und 68 % bzw. 77 % der Demenzpatienten instruktionsgemäß ausgeführt. Den TUG haben 96 % bzw. 79 % der Depressions- und 50 % bzw. 9 % der Demenzpatienten instruktionsgemäß ausgeführt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine instruktionsgemäße Ausführung des TUG-Tests für Demenzpatienten in der gerontopsychiatrischen Klinik nur schwer machbar ist. Der MSOT scheint hingegen für beide Patientengruppen besser machbar zu sein. Die Ergebnisse der Analyse zur Machbarkeit für die gesamte Stichprobe sowie die Ergebnisse der Reliabilitätsuntersuchung werden auf dem Kongress präsentiert.

P079
Die Hausgemeinschaft als Wohnumfeld für Menschen mit Demenz – Übersichtsarbeit zu bewohnerbezogenen Outcome-Parametern

J. Schramm
Evangelische Hochschule Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Neben der stationären Versorgung werden zunehmend neue Wohnformen, wie die der ambulanten Hausgemeinschaften, von den an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen genutzt. Ziel ist es, in einem häuslichen Umfeld den im Krankheitsverlauf zunehmenden kognitiven und körperlichen Einschränkungen entgegenzuwirken und die noch vorhandene Funktionsfähigkeit und soziale Teilhabe zu erhalten. Zur Evaluation der ambulanten und stationären Wohnformen für Menschen mit Demenz in Deutschland bedarf es an der Zielsetzung ausgerichteter bewohnerbezogenen Outcome-Parameter.
Material und Methoden: Es erfolgte eine elektronische Literaturrecherche in den Datenbanken *PubMed®*, *LIVIVO®* und *CINAHL®* nach klinischen Studien, die Effekte zu ambulanten und stationären Wohnformen für ältere Menschen mit (primärer) Demenz (> 65 Jahre) mittels bewohnerbezogener Outcome-Parameter berichterstatteten. Eingeschlossen wurden nach 2006 veröffentlichte Studien in deutscher oder englischer Sprache. Die in den einzelnen Studien vorgefundenen bewohnerbezogenen Outcomes wurden im Anschluss zur Vergleichbarkeit der untersuchten Themenkreise den Oberbegriffen der ICF-Kategorien in Bezug auf Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation (Teilhabe) zugeordnet.
Ergebnisse: Initial wurden 693 Publikationen identifiziert. Nach Entfernung der Dubletten und Sichtung von Titel, Abstract und Volltext wurden zwei klinische Studie eingeschlossen. Die identifizierten Outcome-Parameter von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften vs. der stationären Versorgungsform bezogen sich auf psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten als auch auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und ernährungsbezogene Aspekte. Die Studien waren aufgrund ihrer Heterogenität bezüglich der Outcome-Parameter und methodischen Limitierungen nicht miteinander zu vergleichen. Daher

konnten keine Rückschlüsse auf eine zu favorisierende Wohnform gezogen werden.
Schlussfolgerung: Im Unklaren bleibt, ob der Schweregrad der Demenz einen Einfluss auf die dargelegten Ergebnisse hat. Die vorgefunden Outcome-Parameter für Menschen mit Demenz in der ambulanten Hausgemeinschaft und stationären Wohnform lassen als wesentliche Merkmale den Einfluss von architektonischen Gestaltungs- und Umgebungsfaktoren auf die Funktionalität sowie auch auf soziale Teilhabe unberücksichtigt.

P080
Identifikation und Konzeptualisierung komplexer Delir-Interventionen im akut-geriatrischen Setting in aktuellen Leitlinien

C. Eckstein, H. Burkhardt[1]

NAR – Netzwerk Alternsforschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Detektion, Prävention und Management des Delirs sind bedeutsame Themen besonders für die Behandlung von älteren Patienten im Akutkrankenhaus. Obwohl Wirkungen und Zusammenspiel einzelner Interventionskomponenten noch weitgehend unerforscht sind, haben sich prinzipiell nichtpharmakologische Multikomponenteninterventionen als effektiv erwiesen. Unbekannt ist bisher aber, wie Leitlinien diese Thematik aktuell aufgreifen und abbilden.
Material und Methoden: In die Analyse eingeschlossen wurden 10 relevante, medizinische Delir-Leitlinien aus dem internationalen Kontext, die zu hohen Anteilen konvergierende und teils divergierende Empfehlungen für die definierte Klientel enthielten. Auf der Basis einer qualitativ-vergleichenden Inhaltsanalyse wurden alle Leitlinienempfehlungen tabellarisch gelistet, miteinander abgeglichen und in Kategorien überführt. Auf der Grundlage dieser Kategorien erfolgte eine systematisierte Erfassung und Zuordnung von Einzelkomponenten.
Ergebnisse: Insgesamt konnten 18 verschiedene Kategorien respektive Interventionsbereiche identifiziert werden. Die Bereiche *Detektion*, *Medikamenten-Review* und *Monitoring* waren beispielsweise konsistent in allen Leitlinien beinhaltet, während beispielsweise Aspekte wie *Ernährung* und *Infektbekämpfung* weniger repräsentiert waren. Auf der Basis der Analyse kann auf ein breiteres Repertoire an evidenzbasierten Interventionsbereichen und differenzierten Beschreibungen von Interventionskomponenten als bisher für die definierte Klientel rekurriert werden.
Schlussfolgerungen: Die Identifikation und Konzeptualisierung komplexer Delir-Interventionen ermöglicht einen Überblick über verschiedene Interventionsbereiche und -komponenten und damit über die Reichweite der Evidenzbasierung. Darüber hinaus kann diese Darstellung nichtpharmakologischer Multikomponenteninterventionen bei der Generierung oder Adaptation von Interventionsprogrammen als Referenzrahmen hinsichtlich Leitlinienkonformität/-adhärenz dienen.

P081
Wie werden eigene Werte gegenüber dem Leben und Sterben in zeitlicher Nähe zu einer Demenzdiagnose erlebt?

H. Voß

Psychologisches Institut und Netzwerk AlternsfoRschung, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: In den letzten Jahren hat Advance Care Planning (ACP) in Deutschland an Bedeutung gewonnen und kann als erweiterte Patientenverfügung betrachtet werden. Das Konzept ACP ist in Deutschland bislang unzureichend beforscht, jedoch erscheint die Evidenzlage zu diesem Thema in Verbindung mit dem Krankheitsbild Demenz noch gravierender. Die Bedeutung eines solchen Gesprächsprozesses steigt mit dem Umstand der Diagnosestellung Demenz exponentiell für den Betroffenen, aber auch für seine Angehörigen und weiteren Begleiter an.
Material und Methoden: In der Hauptstudie soll herausgefunden werden, wie die eigenen Werte gegenüber dem Leben und Sterben von Menschen mit Demenz erlebt werden. In dieser Langzeitstudie werden dazu semistrukturierte Experteninterviews durchgeführt und mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse analysiert. Forschungsschwerpunkt: Im Hinblick auf Menschen mit Demenz wurden die deutschen ACP-Dokumente als inkompatibel detektiert. Das erste Ziel dieser Studie war es, einen häufig verwendeten Fragebogen über persönliche Werte und die Einstellung zum Leben und Sterben zu modifizieren. Die finale Version dieses Fragebogens wurde mithilfe verschiedener Experteninterviews ($n = 20$) und im letzten Schritt mit den Menschen mit Demenz selbst erstellt. Diese Pilotstudie bestand aus vier geführten Interviews mit Menschen im frühen Stadium der Demenz. Ziel der Hauptstudie ist es darzustellen, wie persönliche Werte gegenüber dem Leben und Sterben von Menschen mit Demenz erlebt werden, und wie sie sich im Zeitverlauf darstellen. Die Stichprobe umfasst 10 bis 15 Interviews mit einer Follow-up-Phase nach sechs bis acht Monaten. Die Interviews finden im häuslichen Umfeld statt. Methodisch und theoretischer Fokus: Ein qualitativer Ansatz zeigt sich in diesem wenig erforschten Bereich als angebracht, da subjektive Erfahrungen der Personen untersucht werden. Die Daten können helfen, Theorien im Bereich der Demenz und der zukünftigen Arbeit mit ACP zu generieren. Der theoretische Hintergrund der Studie basiert auf philosophischen und ethischen Diskussionen über Autonomie, Tod und Sterben, Werte und Einstellungen.
Ergebnisse: Die Studie basiert auf der Annahme, dass die fundamentalen Werte stabil bleiben, aber gleichzeitig Veränderungen in spezifischen Lebensthemen auftreten werden. Ziel dieser Forschung ist es, Behandlungs- und Pflegeempfehlungen für den ACP-Prozess mit Menschen mit Demenz zu entwickeln, welcher wichtige praktische Auswirkungen auf die Pflege haben kann.

P082
Die Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – eine Studie basierend auf GKV-Daten sächsischer Versicherter

T. Motzek, A. Werblow[1]*, F. Tesch*[2]*, G. Marquardt, J. Schmitt*[2]

Professur für Sozial- und Gesundheitsbauten, Fakultät Architektur, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland; [1]AOK Plus, Dresden; [2]Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland leben etwa 1,6 Mio. Menschen mit einer Demenz (MmD). Dies stellt die akutstationäre Versorgung vor Herausforderungen. Anhand von Routinedaten soll die administrative Prävalenz der Demenz im Krankenhaus geschätzt werden, die Häufigkeit und Determinanten von Krankenhauseinweisungen sowie die Versorgungssituation von MmD im Krankenhaus untersucht werden.
Material und Methoden: Es wurden Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung AOK PLUS (Sachsen) für das Jahr 2014 ausgewertet. Eine Demenz lag vor, wenn in mindestens 3 von 4 Quartalen eine ambulante oder stationäre Demenzdiagnose identifiziert werden konnte. Es wurden 61.239 Personen mit und 183.477 Personen ohne eine Demenz eingeschlossen. Die Auswahl der Kontrollgruppe erfolgte gematched nach Alter, Geschlecht und Wohnort im Verhältnis 1:3. Um Personen zu berücksichtigen, die im Jahr 2014 verstarben oder aus der Versicherung austraten, wurde bei der Auswahl der Kontrollgruppe zwischen durchgängig und nichtdurchgängig Versicherten unterschieden.
Ergebnisse: Die Hochrechnung der administrativen Einjahresprävalenz bzw. Diagnosehäufigkeit der Demenz im Krankenhaus ergab für die über 65-jährigen Patienten eine Rate von 16,7 %. Die Chance für mindestens eine Einweisung war für MmD 1,49-mal größer als für Personen ohne Demenz („odds ratio" 1,49, KI 1,46–1,52). Des Weiteren hatten MmD ein um 18 % höheres Risiko für Wiedereinweisungen („risk ratio" 1,18, KI 1,15–1,20). Höhere Einweisungsrisiken ergaben sich für MmD, wenn sie eine Pflegestufe aufwiesen, außerhalb einer Großstadt lebten oder eine erst kürzlich diagnostizierte Demenz aufwiesen. Die um 36 % längere Pro-Kopf-Verweildauer und die um 18 % höheren Pro-Kopf Kosten von MmD

je Jahr konnten überwiegend auf die höhere Einweisungshäufigkeit von MmD zurückführt werden. Die MmD hatten im Krankenhaus – im Vergleich zu Patienten ohne Demenz – eher pflegerische und betreuende als therapeutische und diagnostische Inanspruchnahmen.
Schlussfolgerungen: Zukünftig sind Verbesserungen in der Versorgung notwendig, um die Versorgungslage der Betroffenen zu verbessern und den Herausforderungen für die Akutkrankenhäuser zu begegnen. Maßnahmen umfassen insbesondere die demenzsensible Ausrichtung der Krankenhäuser und die Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen.

P084

Wirksamkeit von Schulungsprogrammen für Klinikpersonal zu Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – ein systematisches Review

J. Schneider, M. Gkioka, B. Teichmann
Netzwerk Alternsforschung (NAR), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Schätzungsweise ein Viertel der Krankenhauspatienten weist als Nebendiagnose eine Demenz auf. Wie die GHoSt Study zeigte, liegt die Prävalenzrate zwischen 5 % und 60 %. Menschen mit Demenz werden zudem häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen als Patienten gleichen Alters, die keine Demenz aufweisen. Die Aufenthaltsdauer ist länger, und der physisch-psychische Gesundheitszustand entwickelt sich während des Aufenthaltes überwiegend negativ. Der Mangel an Wissen bezüglich der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz wurde als einer der Hauptfaktoren der Pflegequalität im Krankenhaus charakterisiert. Aufgrund dessen nehmen die Forderungen nach speziell geschultem Krankenhauspersonal zu. Das Ziel des systematischen Reviews war es, alle Studien, welche sich mit der Entwicklung und Implementierung eines Schulungsprogrammes für Mitarbeiter eines Krankenhauses beschäftigt haben, zu betrachten.
Im Gesamten wurden vier Datenbanken systematisch zur Literaturfindung durchsucht. Das Auswahlverfahren der Studien wurde mithilfe von festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien von zwei unabhängig voneinander agierenden Gutachtern durchgeführt. Ebenso die Datenextraktion, welche einem vordefinierten Set von Kategorien folgte. Anschließend wurde die methodische Qualität der Studien beurteilt, die Studien wurden Kategorien mit unterschiedlichen Schwerpunkten zugeordnet und die Effektivität der Trainings anhand der Ergebnisse überprüft.
Sechsundzwanzig Studien konnten in die Analyse eingeschlossen werden, welche in ihrer Qualität eine große Heterogenität aufwiesen. Die Konzeption wie auch Länge und Häufigkeit der Schulungen wiesen eine große Variabilität auf. Am häufigsten wurden in den Schulungen „Mixed"-Methodiken angewendet. Konzipiert wurden die Schulungen in mehr als zwei Drittel der Fälle für Professionen der Pflegeberufe. Unter gleichzeitiger Betrachtung der Studienqualität und -effektivität scheinen Multiplikatoren-Ansätze und personenzentrierte Pflege wichtige Elemente für ein gelungenes Schulungsprogramm zu sein.
Noch immer ist mehr Evidenz in diesem Wissenschaftsfeld vonnöten. Die Qualifizierung von Klinikpersonal ist ein wichtiger Bestandteil hin zu einer neuen, personenzentrierten Pflegekultur im Setting Krankenhaus. Jedoch darf die Qualifizierung nur als ein Bestandteil betrachtet und keinesfalls als Patentrezept angesehen werden. Strukturelle Veränderungen, welche eine demenzfreundliche Pflege, Betreuung und Behandlung ermöglichen, sind notwendig.

P085

Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln zur Therapie der Alzheimer-Demenz, mit und ohne behaviorale und psychologische Symptome (BPSD) bei körperlich gebrechlichen Patienten: eine systematische Übersichtsarbeit

M. Seibert, V. Mühlbauer[1], S. Brefka[1], D. Dallmeier[1], A. Kiene[2], S. Voigt-Radloff[3], C. Bollig[4], S. Klöppel[5], C. Schönfeldt-Lecuona[2], M. Denkinger[1], C. von Arnim[6]
Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland; [1]Geriatrie/Geriatrisches Zentrum, AGAPLESION Bethesda Klinik, Universität Ulm, Ulm, Deutschland; [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland; [3]Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland; [4]Institut für Evidenz in der Medizin (für Cochrane-Deutschland-Stiftung), Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [5]Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bern, Schweiz, Deutschland; [6]Neurologie, Neurogeriatrie und Neurologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Hintergrund: Evidenzbasierte Leitlinien sind in der Regel Grundlage für medizinische Entscheidungen. Sie sind meist auf ausschließlich eine Erkrankung ausgerichtet, zunehmend nach Alter stratifiziert und berücksichtigen bei älteren Patienten die Symptomatik der körperlichen Gebrechlichkeit nicht. Trotz Hinweise auf erhöhte Risiken und folglich evtl. verändertem Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Anwendung in diesem Patientenkollektiv blieb die körperliche Gebrechlichkeit auch in systematischen Übersichtsarbeiten zur Pharmakotherapie der Alzheimer-Demenz (AD) nahezu unbeachtet.
Ziel der Arbeit: Die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten aus der S3-Leitlinie „Demenzen" bei Patienten mit AD und körperlicher Gebrechlichkeit sowie mit oder ohne behaviorale und psychologische Symptome (BPSD) soll überprüft werden.
Material und Methoden: Es wurde eine systematische Literaturrecherche nach randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zur Pharmakotherapie der AD und BPSD in den Datenbanken *Medline*, *Embase* und *CENTRAL* durchgeführt. Eingeschlossen wurden RCT mit Patienten, die zu Baseline im Durchschnitt ein Alter ≥ 70 Jahre und eine mindestens moderate körperliche Gebrechlichkeit aufwiesen. Die Gebrechlichkeit wurde mithilfe der Empfehlungen der Medication and Quality of Life in frail older persons (MedQoL) Research Group bewertet. Die Auswahl, Datenextraktion und Risiko für Bias Bewertung der Studien wurden jeweils von zwei Reviewern unabhängig voneinander durchgeführt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte entsprechend den Cochrane-Standards und GRADE-Empfehlungen.
Ergebnisse: Die Suche erzielte 40.452 Treffer; davon wurden, nach Überprüfung der Abstracts, 177 Volltexte analysiert. Aus diesen erfüllten 10 RCT die Einschlusskriterien. Nach der systematischen Auswertung der Daten wird deutlich, dass die körperliche Gebrechlichkeit in RCT zur Pharmakotherapie der AD und BPSD bisher kaum berücksichtigt wurde; daher ist eine evidenzbasierte Therapie bei körperlich gebrechlichen Patienten bisher nicht sicher möglich.
Schlussfolgerung: Um Leitlinien zur Versorgung geriatrischer Menschen mit Demenz zu erstellen, ist die Berücksichtigung der körperlichen Gebrechlichkeit in den CONSORT Guidelines für klinische Studien notwendig. Wünschenswert sind RCT, die dies berücksichtigen, um eine evidenzbasierte Therapie durchführen zu können.

P086

Beeinträchtigte intrinsische „alertness" bei Patienten mit nigrostriataler Degeneration und Verdacht auf Demenz mit Lewy-Körpern

L. Frings, B. Heimbach, S. Klöppel, P. T. Meyer[1], S. Hellwig[2]

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; [1]Klinik für Nuklearmedizin, Department für Radiologische Diagnostik und Therapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland; [2]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Hintergrund: Defizite in Aufmerksamkeit und Konzentration gehören zu den Kernkriterien der Demenz mit Lewy-Körpern („dementia with Lewy bodies", DLB). Diese Defizite sind allerdings nicht klar definiert; die DLB gilt als unterdiagnostiziert. Die DLB ist durch eine Reduktion des präsynaptischen Dopamintransporters (DAT) im Striatum charakterisiert, welcher mittels [123I]FP-CIT-SPECT quantitativ dargestellt werden kann. Hier wurde bei Patienten mit V. a. DLB untersucht, ob sich die Aufmerksamkeitsleistung zwischen Patienten mit vs. ohne nigrostriatale Degeneration unterscheidet.
Material und Methoden: Sechsunddreißig Patienten mit klinischem Verdacht auf DLB und vorliegender [^{123}I]FP-CIT-SPECT wurden eingeschlossen. Die visuelle und auditorische intrinsische „alertness" wurden mittels Wiener Testsystem (Untertest „WAFA") überprüft. Die Leistungen wurden zwischen den Patientengruppen (mit vs. ohne nigrostriatale Degeneration) verglichen (ANCOVA, adjustiert für Geschlecht, Alter, Bildung und Handtremor). Die Genauigkeit der Trennung zwischen den Patientengruppen wurde mittels logistischer Regression und der Fläche unter der ROC-Kurve bestimmt.
Ergebnisse: Die Reaktionszeit auf auditorische Stimuli war signifikant länger bei Patienten mit nigrostriataler Degeneration, verglichen mit Patienten ohne nigrostriatale Degeneration ($p < 0{,}05$). Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Reaktionszeit auf visuelle Stimuli oder hinsichtlich der Variation der Reaktionszeiten (jeweils $p > 0{,}1$). Mittels Reaktionszeit auf auditorische Stimuli konnten Patienten mit von jenen ohne nigrostriatale Degeneration mit einer Sensitivität und Spezifität von 0,83 und 0,56 (Fläche unter der ROC-Kurve: 0,72) getrennt werden.
Schlussfolgerungen: Die computerisierte Erfassung der Aufmerksamkeit ist ein vielversprechendes, ubiquitär verfügbares, wenig belastendes und günstiges Verfahren zur Diagnostik der DLB. Beeinträchtigungen der intrinsischen „alertness" können bei Verdacht auf DLB einen Hinweis auf das Vorliegen einer nigrostriatalen Degeneration geben. Die Ergebnisse bedürfen der Überprüfung anhand einer größeren Stichprobe.

P087

Versehentliche Blister-Ingestitationen im Rahmen hypoaktiver Delirformen – zwei Fallbeispiele

J. Weckenbrock, G. Kolb

Fachbereich Geriatrie, Medizinische Klinik, Bonifatius-Hospital, Lingen, Deutschland

Hintergrund: Häufig werden im geriatrisch-stationären Bereich verblisterte Medikamente gestellt [1]. Beide Fallbeispiele zeigen ein erhöhtes Risiko für ältere Patienten, insbesondere im Rahmen von hypoaktiven Delirformen, versehentlich Blister mitzuverschlucken. Das kann dabei zu nichtabsehbaren Komplikationen wie gastrointestinalen Blutungen oder Perforationen führen [2]. Häufig, aber nicht ausschließlich handelt es sich dabei um Patienten, die sich in einem kognitiv oder neurologisch kompromittierten Zustand befinden.
Fall 1, G. R., männlich, 82 Jahre: Im Verlauf eines stationären Aufenthaltes verschluckte der Patient (versehentlich) einen scharfkantigen Plastikblister mitsamt seiner weiteren Medikation. Darauf angesprochen verneinte der Patient die Einnahme bzw. konnte sich nicht erinnern. Im Verlauf berichtete er über keinerlei Beschwerden. Es wurde eine Notfallösophagogastroduodenoskopie durchgeführt. Im Rahmen dieser wurde der im mittleren Ösophagus eingeklemmte Blister mittels Greifzange entfernt. Hierbei und im Verlauf traten keine Komplikationen auf.
Fall 2, H. P., männlich, 85 Jahre: Während eines stationären Aufenthaltes gab der Patient an, seit dem Verschlucken „einer Tablette" Schluckbeschwerden zu haben. Bei logopädischer Unauffälligkeit erfolgte die weitere endoskopische Abklärung. Hierbei wurde ein Tablettenblister (Omeprazol) im proximalen Ösophagus mittels Greifzange entfernt. Der weitere Verlauf blieb komplikationslos.
Ergebnisse: Beide Fallbeispiele zeigen, dass insbesondere bei älteren, hospitalisierten Patienten ein nichtzuunterschätzendes Risiko für unerkannte Fremdkörperingestitationen, im Rahmen von unerkannten Delirformen, insbesondere den hypoaktiven, vorliegen kann.
Schlussfolgerung: Um die Diagnose zu stellen, sind eine genaue Anamnese und Beobachtung der Patienten notwendig. Es sollte sehr gut abgewogen werden, ob bei „geriatrischen Patienten" überhaupt orale Medikation mit Blistern erfolgen sollte. Patienten, welche sich während eines stationären Aufenthaltes in einem neurologisch auffälligen Zustand befinden, die ein demenzielles Syndrom oder anamnestisch eine delirante Episode aufweisen, sollten Medikamente nur unter Aufsicht einnehmen.

Literatur

1. Klie T (2001) Apotheken „stellen" die Medikamente für die Pflegeheimbewohner. In: Altenheim 10:10–11
2. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211568413001344?via%3Dihub

P088

Eine Analyse der Adhärenz an einem motivationsgestützten Heimtraining bei geriatrischen Patienten mit kognitiver Einschränkung

T. Eckert, M. Bongartz, P. Ullrich, R. Kiss[1], J. M. Bauer, K. Hauer

Lehrstuhl für Geriatrie, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Personal, Gesundheit und Soziales, Fachhochschule des Mittelstands, Bielefeld, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Obwohl die Adhärenz an motivationsgestützten Trainingsinterventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität entscheidenden Einfluss auf den Interventionserfolg hat, wurde sie bei motorisch und kognitiv eingeschränkten geriatrischen Patienten bisher kaum untersucht. Ziel dieser Studie ist die Beschreibung der Adhärenz an ein 12-wöchiges motivationsgestütztes Heimtraining bei kognitiv eingeschränkten geriatrischen Patienten nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation.
Material und Methoden: Untersucht wurden Studienteilnehmer der Interventionsgruppe ($n = 54$) einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie (Heimtraining unterstützt durch vielfältige Motivationsstrategien) bei kognitiv eingeschränkten (Mini Mental State Examination: $23{,}5 \pm 2{,}5$), hochbetagten ($81{,}5 \pm 5{,}9$ Jahre) geriatrischen Patienten nach stationärer Rehabilitation. Um eine tägliche Ausführung des Trainings (Kräftigung, Balance) und eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu fördern, wurden motivationale Komponenten (u. a. Übungsposter, individueller Gehparcours, Hausbesuche, Telefongespräche, Trainingstagebuch, individuelle Trainingszielerreichung, Pedometer-Monitoring) implementiert. Die Adhärenz am Training und an den motivationalen Komponenten Gehparcours, Zielerreichung und Pedometer-Monitoring wurde auf Basis der Trainingstagebücher (% der maximal möglichen Durchführung) ermittelt. Mittels Wilcoxon-Tests wurde auf Unterschiede der Adhärenz in Bezug auf Training und motivationalen Komponenten zwischen Woche 2 und 12 geprüft.
Ergebnisse: In Woche 2 betrug die Adhärenz an die Übungen 76,7 %, Gehparcours 61,6 %, Zielerreichung 43,4 % und Pedometer-Monitoring 66,7 %. Zu Woche 12 waren die Adhärenz an die Übungen (51,5 %), Gehparcours (46,7 %) und Pedometer-Monitoring (51,5 %) signifikant niedriger ($p < 0{,}01$) als in Woche 1, mit Ausnahme von Zielerreichung (34,2 %, $p < 0{,}05$).

Schlussfolgerung: Die insgesamt moderate bis hohe Adhärenz, insbesondere zu Beginn, unterstreicht, dass der innovative Ansatz eines motivationsgestützten Heimtrainings bei kognitiv eingeschränkten Personen umsetzbar ist. Die abnehmende Adhärenz über den Interventionsverlauf deutet darauf hin, dass für eine langfristig hohe Adhärenz und somit eine Steigerung der körperlichen Aktivität, eine professionelle Supervision erforderlich ist.

Geriatrie 8 (P089–P098)

P089
HIOPP-3: interprofessionelle Intervention zur Optimierung der Patientensicherheit bei Polypharmazie

R. Stolz, H. Haumann, H. Leibfritz, S. Joos, I.-M. Doyle[1], C. Kirsch[1], P. A. Thürmann[2], S. Bernard[2], A. Altiner[3], A. Wollny[3], S. Wilm[4], A. Fuchs[4], S. Kortekamp[5], B. Wiese[1], N. Schneider[1], J. Bleidorn[1], U. Junius-Walker[1], O. Krause[6]

Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland; [1]Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; [2]Philipp Klee Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Deutschland; [3]Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; [4]Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; [5]Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland; [6]Zentrum für Medizin im Alter, DIAKOVERE Henriettenstiftung, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Polypharmazie wird häufig als die Einnahme von mindestens fünf Dauermedikamenten definiert und findet sich häufiger bei Heimbewohnern als bei ambulant lebenden älteren Menschen. Zusätzlich ist bei Heimbewohnern eine sog. potenziell inadäquate Medikation (PIM) häufig verbreitet und mit einem erhöhten Risiko für Hospitalisierung assoziiert. Faktoren, die PIM in Heimen begünstigen, sind z. B. die verbreitete Gabe von Neuroleptika und unzureichend verzahnte Prozesse an der Schnittstelle der am Arzneimittelmanagement beteiligten Professionen (u. a. Ärzte, Pflegepersonal, heimversorgende Apotheker).
Ziel der Arbeit: Durch eine multimodale interprofessionelle Intervention sollen folgende Ziele erreicht werden:
1. Eine verbesserte und effizientere Arzneimitteltherapiesicherheit durch Reduzierung der Rate an Heimbewohnern mit PIM und/oder Neuroleptika.
2. Eine nachhaltige Optimierung des Medikationsprozesses bei Pflegefachkräften, heimversorgenden Apothekern und Hausärzten durch Sensibilisierung für Polypharmazie und durch Etablierung interprofessioneller Kommunikationsstrukturen.
Primäres Zielkriterium ist die Rate der Heimbewohner mit PIM und/oder zwei Neuroleptika. Sekundäre Zielkriterien sind die Anzahl der Wirkstoffe, PIM, Neuroleptika, Stürze, Hospitalisierungen, Rettungsdiensteinsätze, ungeplanten Hausarztkontakte, Lebensqualität (QoL) und gesundheitsökonomische Outcomes.
Material und Methoden: Auf Heimebene Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (cRCT). Die multimodale, standardisierte Intervention (u. a. Medikamenten-Review, Schulung) wird durch ein „Change-management"-Konzept begleitet, das die Akzeptanz, Machbarkeit und nachhaltige Annahme der Intervention gewährleisten soll. Die Analyse des primären Endpunktes erfolgt mittels Multilevel-logistischer Regression. Zur Auswertung der sekundären Outcomes werden gemischte Regressionsmodelle angewandt. Der „Change-management"-Prozess wird als partizipative Aktionsforschung durchgeführt und sowohl quantitativ als auch qualitativ evaluiert. Stichprobengröße: 760 Heimbewohner >65 Jahren, an vier Standorten in ca. 32 Heimen.
Ergebnisse: Es werden das Studienprotokoll, Erfahrungen mit dem komplexen Rekrutierungsverfahren sowie der partizipativen Aktionsforschung präsentiert.
Projektförderung durch den Innovationsfond, 01VSF 16017 Laufzeit: 1. Mai 2017–30. April 2020.

P090
Pharmazeutische Interventionen bei interprofessionellen Visiten auf einer akutgeriatrischen Station

E. Kiesel, Y. Hopf, M. Drey[1]

Apotheke, Klinikum der Universität, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; [1]Schwerpunkt Akutgeriatrie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Polymedikation von geriatrischen Patienten führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Interaktionen und Nebenwirkungen. Apotheker als Arzneimittelexperten können an dieser Stelle beratend tätig werden, um die Medikation geriatrischer Patienten zu verbessern. Diese Studie sollte herausfinden, welche arzneimittelbezogenen Probleme (ABP) Apotheker auf einer geriatrischen Station identifizieren und wie die Akzeptanz der vorgeschlagenen pharmazeutischen Interventionen (PI) durch die verantwortlichen Ärzte ist.
Material und Methoden: Während eines sechsmonatigen Interventionszeitraums von Juni bis Dezember 2017 wurden einmal wöchentlich die ärztlichen Visiten auf der akutgeriatrischen Station des Klinikums der Universität München durch eine Apothekerin begleitet. Alle PI wurden nach der Klassifikation des Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE V 8.01) dokumentiert und anschließend nach Art des ABP, Ursache und Lösung sowie Akzeptanz der PI ausgewertet.
Ergebnisse: Während des Interventionszeitraums wurden 211 Patienten visitiert und hierbei 204 PI bei 119 Patienten dokumentiert. Die potenziellen und manifesten ABP betrafen die Wirksamkeit der Behandlung (35 %), die Sicherheit der Arzneimitteltherapie (22 %) und andere Probleme (43 %), wie beispielsweise unnötige Arzneimitteltherapie. Häufige Ursachen für ABP waren zu häufige Dosierungsintervalle (15 %), fehlende Medikation trotz vorhandener Indikation (16 %) und Arzneimittel ohne Indikation (15 %). Die Vorschläge durch die Apothekerin reichten von Dosis- bzw. Dosisschemaänderungen (35 %), Absetzen eines Medikamentes (29 %) über Ansetzen eines neuen Medikamentes (17 %) bis hin zu weiteren Maßnahmen, wie Hilfe bei der Beschaffung eines Arzneimittels über die Apotheke. Von den vorgeschlagenen PI wurden 92 % akzeptiert und 87 % auch vollständig oder teilweise umgesetzt. Dadurch konnten 85 % der ABP komplett oder teilweise gelöst werden.
Schlussfolgerung: Durch den Einsatz einer Apothekerin auf der akutgeriatrischen Station konnten ABP identifiziert und behoben werden. Die hohe Akzeptanz der vorgeschlagenen PI unterstreicht ihre Relevanz. Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern auf geriatrischen Stationen sollte zukünftig gestärkt werden, um die Arzneimitteltherapie der Patienten zu optimieren.

P092
Antibiotic stewardship in der Akutgeriatrie

S. Langenfeld

Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln, Deutschland

In Zeiten von zunehmenden Resistenzen und Zunahme von *Clostridium-difficile*-assoziierten Diarrhöen ist eine differenzierte und kritische Anwendung von Antibiotika dringend geboten.
Als möglicher Ansatzpunkt zur Vermeidung von undifferenziertem Umgang mit Antibiotika ist die Bildung eines „Antibiotic-stewardship"-Teams, um zu kontrollieren, zu schulen und die Qualität der Verordnung antiinfektiver Substanzen sicherzustellen.
Hierzu finden entsprechend regelmäßig Fortbildungen statt, insbesondere für Berufseinsteiger, um eine Sensibilisierung zu erreichen.

Darüber hinaus haben wir im Frühjar 2018 eine Punktprävalenzstudie durchgeführt, die umfangreiche Qualitätsfaktoren der antibiotischen Therapie beurteilen konnte. Darunter fallen u. a.: Anpassung an die Nierenfunktion, „stop orders", Materialgewinnung, Anpassung an das Antibiogramm und Therapiekontrolle nach 48–72 h.
Hierdurch konnte eine Auswertung der erhobenen Daten durchgeführt werden, die sich an der Punktprävalenzstudie des Nationalen Referenzzentrums aus dem Jaher 2016 anlehnt.

P093
Korreliert ein niedriger Barthel-Index mit einer Ciprofloxacinresistenz bei geriatrischen Patienten mit Harnwegsinfektionen?

J. Kruppa, M. Blank, N. Scholtz, V. Aykac, U. Müller-Werdan[1], A.-S. Endres
Evangelisches Geriatriezentrum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Harnwegsinfekte sind eine der häufigsten Infektionskrankheiten bei geriatrischen Patienten, und Antibiotikaresistenzen spielen dabei eine zunehmend größere Rolle. Erfahrungsgemäß wird Ciprofloxacin im klinischen Alltag als häufigste kalkulierte Antibiose eingesetzt. Die vorliegende Studie untersucht, ob diese gängige Praxis auch bei geriatrischen Patienten eine geeignete Therapie darstellt. Mittels retrospektiver Analyse prüfen wir einen möglichen Zusammenhang zwischen der Höhe des Barthel-Index und einer Ciprofloxacinresistenz.
Im Jahr 2016 hatte das Evangelische Geriatriezentrum Berlin ca. 2800 Patienten versorgt. Davon erhielten 1120 eine mikrobiologische Urinuntersuchung. Wir registrierten 641 verschiedene Patienten mit einer positiven Urinkultur. Von denen konnte bei 578 Patienten klinische und laborchemische Parameter aus Patientenakten analysiert werden. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auch auf die Medley-Skala und den Barthel-Index gelegt.
Escherichia coli wurde von den insgesamt 733 Isolaten am häufigsten nachgewiesen (253 = 34,5 %), gefolgt von *Enterococcus faecalis* (126 = 17,2 %). Dabei wurden 651 Keime auf Ciprofloxacinsensibilität getestetet, darunter waren 273 (41,9 %) resistent, 366 (56,2 %) sensibel und 12 (1,8 %) intermediär sensibel.
Die geriatrischen Assessments wurden bisher von 248 Patienten ausgewertet. Der durchschnittliche Barthel-Index betrug bei Aufnahme 35,02, bei Entlassung 46,75 Punkte. Die durchschnittliche Punktzahl der Medley-Skala betrug bei Aufnahme 16,01 und bei Entlassung 13,7.
Bisher zeigt sich eine hohe Rate an ciprofloxacinresistenten Erregern, was die gängige Praxis im Hinblick auf geriatrische Patienten infrage stellt. Eine Analyse, ob ein niedriger Barthel-Index mit einer Ciprofloxacinresistenz korreliert, steht aktuell noch aus.

P094
Assoziation von Harnwegsinfektionen und Harninkontinenz im Alter

N. Scholtz, M. Blank, J. Kruppa, U. Müller-Werdan[1], A.-S. Endres
Evangelisches Geriatriezentrum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Sowohl Harninkontinenz als auch Harnwegsinfektionen sind häufige Erkrankungen alter Menschen.
Daher stellt sich die Frage, ob sich beide Erkrankungen gegenseitig beeinflussen, weswegen die Urinkulturen inkontinenter Patienten mit denen kontinenter Patienten verglichen wurden.
Hierfür konnten 559 Patienten mit positiven Urinkulturen, die sich 2016 stationär im Evangelischen Geriatrie Zentrum Berlin befanden, in unsere Studie eingeschlossen werden.
Die mikrobiologischen Urinkulturergebnisse stellte uns das Labor Berlin zur Verfügung.
Zur Detektion der Harninkontinenz wurden Daten aus der Medley-Skala, dem Barthel-Index und Informationen aus den Arztbriefen zu verschiedenen Zeitpunkten des klinischen Verlaufs erhoben.
Durch das Studium der Archivakten wurden die klinischen Daten der Patienten erfasst.
Hierbei wurde beachtet, ob während des stationären Aufenthalts eine Dauerkatheteranlage erfolgte oder nicht.
Somit wurden folgende Patientengruppen gebildet und ausgewertet:
1. Patienten ohne Dauerkatheter (276):
– inkontinent (123),
– kontinent (103),
– ungewisser Kontinenzstatus (50),
2. Patienten mit Dauerkatheter, unabhängig ihrer Harninkontinenz (283).
Vergleicht man alle 283 Patienten, die während des stationären Aufenthalts einen Dauerkatheter trugen, mit den übrigen 276 Patienten, so zeigt sich ein Verhältnis von 16,96 % (48) an multiresistenten Urinkulturen zu 10,87 % (30). Die „odds ratio", an einem multiresistenten Keim im Urin zu erkranken, beträgt für Dauerkatheterträger somit 1,68.
Bei den Patienten ohne Dauerkatheter zeigten die inkontinenten Patienten in 10,57 % (13) multiresistenste Keime in der Urinkultur, während bei den kontinenten Patienten 13,59 % (14) Multiresistenzen aufwiesen. Dies ergibt für das Auftreten multiresistenter Keime in der Urinkultur bei kontinenten Patienten eine „odds ratio" von 1,33.
Bisher zeigt sich, dass Harninkontinenz protektiv hinsichtlich einer positiven Urinkultur mit multiresistenten Keimen ist und das Vorhandensein eines Dauerkatheters Multiresistenzen begünstigt.

P095
Zusammenhang zwischen postakutem Schlaganfall und multiresistenten Erregern im Urin bei geriatrischen Patienten – eine retrospektive Studie

M. Blank, N. Scholtz, J. Kruppa, U. Müller-Werdan[1], A.-S. Endres
Evangelisches Geriatriezentrum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [1]Arbeitsgruppe Alter und Technik, Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Harnwegsinfektionen sind eine häufige Komplikation nach akutem Schlaganfall, zum einen begünstigt durch eine verstärkte Immundepression in der postakuten Phase, zum anderen durch die Hospitalisierung und die damit einhergehenden Risikofaktoren für Infektionen. Die vorliegende Arbeit untersucht, ob Schlaganfall ein Risikofaktor für eine Besiedelung des Harntraktes mit multiresistenten Erregern ist.
Hierfür wurden Patientendaten des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin (EGZB) aus dem Jahre 2016 ausgewertet. Insgesamt wurde bei 1120 Patienten eine Urinkulturuntersuchung durchgeführt, davon konnten wir 566 (w = 385, m = 183, mittleres Alter 80 Jahre) mit positivem Ergebnis in unsere Studie aufnehmen. Hierunter hatten 52 Patienten einen Schlaganfall in den letzten zwei Monaten, 35 ischämisch, 14 hämorrhagisch, einer ischämisch und hämorrhagisch, sowie zwei ungewiss. Diese wurden anhand der bei Aufnahme im Initialkrankenhaus erhobenen National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in vier Gruppen (G1–G4) eingeteilt (keine Angabe = G1 (11), <5 = G2 (9), 5–13 = G3 (19), >13 = G4 (13)). Insgesamt hatten acht (15,38 %) der Patienten mit postakutem Schlaganfall und 74 (14,40 %) der Patienten ohne postakuten Schlaganfall mindestens einen multiresistenten Erreger im Urin. Betrachtete man die nach NIHSS sortierten Gruppen zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Multiresistenzen in Abhängigkeit zum Schweregrad (G1: 9,09 %, G2: 11,11 %, G3: 15,79 %, G4: 23,08 %). Von den Patienten mit Schlaganfall und multiresistentem Keim waren sieben (87,5 %) ischämischer und einer (12,5 %) hämorrhagischer Natur.
Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass ein schwerer Schlaganfall mit einem erhöhten Risiko für eine Besiedelung des Harntraktes mit einem multiresistenten Erreger einhergeht. Eine genauere Analyse weiterer Risikofaktoren steht zum aktuellen Zeitpunkt noch aus.

P096
Statininduzierte Myopathie

I. Kandzia, M. Kowar, A. H. Jacobs

Klinik für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik, Johanniter-Krankenhaus, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Statine (HMG-CoA-Reduktasehemmer) sind in der Therapie verschiedener Formen der Hyperlipidämie und kardiovaskulärer Erkrankungen weit verbreitet und etabliert. Ihre Wirksamkeit wurde vielfach nachgewiesen. Allerdings birgt eine zu großzügige Verordnung die Gefahren von Myopathien, Hepatopathien, erhöhten Blutzuckerwerten sowie Allgemeinbeschwerden, wie Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen oder Juckreiz. In der hier vorgestellten Kasuistik zeigt sich trotz einer langjährigen gut vertragenen Statintherapie nach Erhöhung der Dosierung eine Rhabdomyolyse mit entsprechenden Auffälligkeiten in Untersuchung, Labor und Elektromyografie (EMG).
Kasuistik: Ein 86-jähriger Patient wurde mit lumbalen Rückenschmerzen und rechtsseitiger Beinschwäche mit konsekutiver Gangstörung durch den Hausarzt zur geriatrischen Therapie eingewiesen. Er berichtete, die Beinschwäche habe sich kurzfristig innerhalb der letzten zehn Tage entwickelt; insgesamt litt er seit einem Bandscheibenprolaps von vor zehn Monaten unter Lumbalgien und Gangunsicherheit. Aufgrund eines ausgeprägten kardiovaskulären Risikoprofils und hohen LDL-Spiegeln wurde die Simvastatindosis vor ca. sechs Monaten von 40 mg auf 80 mg erhöht.
Die Kreatinkinase (CK) war im Aufnahmelabor deutlich erhöht (7470 U/l bei Normbereich bis 200 U/l). Klinisch zeigte sich eine proximal betonte Parese des rechten Beines (Kraftgrad 3/5) ohne Hinweis auf Atrophie. Das EMG zeigte pseudomyotone Entladungen der Muskulatur beidseits als Zeichen einer neuromuskulären Schädigung.
Diagnose: simvastatininduzierte Myopathie mit Rhabdomyolyse und funktionsbeeinträchtigender Muskelschwäche und Sturzgefahr. Die Osteochondrose in Segment L5/S1 konnte die proximale Beinschwäche nicht hinreichend erklären.
Ergebnisse: Eine unerwünschte Wirkung von HMG-CoA-Reduktasehemmern sind Muskelprobleme, und sie sind auch der häufigste Grund für ein Abbrechen der Therapie. In randomisierten klinischen Studien zeigen sich Symptome der Muskulatur in 1–5 % der Fälle, in Beobachtungsstudien allerdings deutlich häufiger (9–20 %). Die muskuläre Toxizität ist dabei in der Regel dosisabhängig. Dies stellt sich auch in unserem Fallbeispiel dar, so zeigte sich unter der Dosis von 20 bis 40 mg über mehrere Jahre keine Symptomatik, erst nach Erhöhung der Simvastatindosierung auf 80 mg traten die Beschwerden auf. Interessanterweise zeigte sich hierbei eine Latenz von 6 Monaten.

P097
Reduktion von Infektionen mit toxinbildenden *Clostridium difficile* in geriatrischen Kliniken (ReToCdiff)

J. Seele, V. Meier[1], M. Kaase[2], M. Wappler[3], J. Sasse[4], S. Unke[5], T. Friede[5], W. Brück[6], U. Reichard[7], H. Eiffert[8], S. Scheithauer[2], R. Nau

Geriatrie und Neuropathologie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [1]Krankenhaushygiene, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [2]Zentralabteilung Krankenhaushygiene und Infektiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [3]Geriatrie, Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar, Deutschland; [4]Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation, DRK Kliniken Nordhessen Kassel und Kaufungen, Kaufungen, Deutschland; [5]Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [6]Zentrum Pathologie und Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; [7]amedes-Gruppe, MVZ Wagnerstibbe für Medizinische Mikrobiologie, Göttingen, Deutschland; [8]Institut für Klinische Mikrobiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Infektionen mit toxinbildenden *Clostridium(C.)-difficile*-Bakterien (TCD) können lebensbedrohlich sein und stellen bei der Behandlung alter Menschen eine große krankenhaushygienische Herausforderung dar. Insbesondere in der Geriatrie sind TCD-Infektionen schwer zu kontrollieren und verursachen erhebliche Probleme. Ziel von ReToCdiff ist es, die Ansteckung mit und Ausbreitung von TCD in geriatrischen Kliniken zu verringern. Hierfür werden folgende Interventionen auf unterschiedlichen geriatrischen Stationen, zunächst in einer Klinik, durchgeführt (Vollerhebung, Cross-over-Design, Gesamtdauer 3 Jahre): A) intensivierte Schulung der Reinigungskräfte, zweimal tägliche Flächendesinfektion in Zimmern mit TCD-Infizierten, tägliche Desinfektion der übrigen Zimmer mit einem sporoziden Desinfektionsmittel, B) Angebot eines *Lactobacillus*-haltigen Trinkjoghurts an alle Patienten, C) tägliches Wechseln der Bettwäsche bei Erkrankten, Angebot der kostenlosen desinfizierenden Wäsche der Patientenkleidung nach überstandener TCD-Infektion, D) Kontrolle – Standardhygieneplan des Evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende (EKW). Die Intervention „Flächendesinfektion" führt zu einem Aufrauen desinfizierter Flächen im Vergleich zu herkömmlich gereinigten Flächen. Nach Beratung mit dem Hersteller des Flächendesinfektionsmittels wird aus diesem Grund eine Bodenpflege alle 2 bis 4 Wochen aufgebracht, die dieses Problem beheben soll. Die Intervention „probiotischer Joghurt" wird von den Patienten gut angenommen; die Annahmerate beträgt ca. 80 %. Die Intervention „professionelle Wäschereinigung" stößt auf Akzeptanzprobleme bei den Patienten. Während der monozentrischen Phase (Zeitraum 27 Monate) werden von allen Patienten bei Aufnahme und danach wöchentlich Stuhlproben gesammelt, auf *C. difficile* untersucht und asserviert, um Infektionswege aufzudecken und bei Bedarf Isolate molekular zu typisieren. Die Zahl von TCD-Infektionen nahm im Geriatrischen Zentrum des EKW im Jahr 2017 gegenüber den Vorjahren nicht zu. Dies ist als Erfolg zu werten, da die dem Robert Koch-Institut gemeldeten TCD-Infektionen bundesweit in den vergangenen Jahren angestiegen sind. Durch die Untersuchung wird das Thema TCD-Infektionen und die damit verbundenen Hygienemaßnahmen stärker in den Blickpunkt aller Mitarbeiter gerückt.

P098
Ringelröteln im Alter – ein Fallbericht

C. Schinköthe, F. Mickley, I. Bogner[1]

Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig, Deutschland; [1]Institut für Hämostaseologie und Klinische Transfusionsmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Das humane Parvovirus B19 wurde 1974 entdeckt (Cossart et al. 1975). Es wird durch Tröpfcheninfektion übertragen. Die Inkubationszeit beträgt 3 bis 14 Tage. Die Infektion tritt mit meist leichtem grippalem Verlauf und oft typischem Exanthem im Kindesalter auf. Für Immunsupprimierte und Schwangere gibt es besondere Risiken (aplastische Krise, Spontanabort, Hydrops fetalis). Etwa 75 % der über 65-Jährigen in Deutschland sind seropositiv. Fallberichte aus der Geriatrie sind rar und beschreiben ein Lupus-ähnliches Bild.
Kasuistik: Wir berichten über eine 88-Jährige mit schwerer hämolytischer Anämie (Hkt 0,25; MCV 84 fl; LDH 8,6 µmol/l*s; Haptoglobin <0,01 g/l; Coombs-Test negativ; SLE-Serologie negativ; keine Fragmentozyten), resultierendem Nierenversagen (Krea 194 µmol/l) und plötzlich aufgetretenen, flächigen Hämatomen aller Extremitäten. Als Ursache der Hämolyse konnte serologisch eine frische Infektion mit Parvovirus B19 (IgM (CLIA) 1,4; norm<0,9) gefunden werden. Eine medikamentöse, maligne und autoimmune Genese wurde ausgeschlossen. Die Hämatome sind retrospektiv durch derangierte Gerinnungsparameter (INR >10, PTT>300s, AT III, Thrombozyten und Fibrinogen normal, Fibrinmonomere negativ) unter Phenprocoumon zu erklären. Nach Absetzen des Vitamin-K-Antagonisten, i. v.-Gabe von Gerinnungsfaktoren (PPSB) und Vitamin K sowie Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten erholte sich die Patientin vollständig.
Schlussfolgerung: Bei akuter hämolytischer Anämie und ineffektiver Erythropoese sollte bei geriatrischen Patienten trotz hoher Durchseuchung auch an eine Infektion mit Parvovirus B19 gedacht werden. Der Verlauf kann durch eine vorhandene Multimorbidität und entsprechende Medikation beeinflusst und aggraviert werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hämostaseologie und Serologie ist dabei wichtig und zielführend.

Gerontologie 1 (P099–P108)

P099

Veränderung der Motivation/Intention, körperlich aktiv zu sein, durch Fitness-Testung und Bewegungsberatung

I. Teckenburg, A. Ilg, C. Rott[1]

Prävention und Gesundheitsförderung, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; [1]Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Es ist unbestritten, dass Bewegung und Sport nicht nur Krankheiten verhindern, sondern auch die körperlichen Funktionen und damit die Selbstständigkeit im Alter fördern. Dennoch ist die Mehrheit der älteren Bevölkerung nicht regelmäßig körperlich aktiv. Es ist zu vermuten, dass hierbei die Motivation bzw. Intention für entsprechendes Handeln zu gering ist. Die vorliegende Studie erforscht daher die Motivation/Intention zur körperlichen Aktivität älterer Menschen und deren Einflussfaktoren sowie insbesondere die Möglichkeit, diese Motivation durch eine kurzfristige Intervention, bei der die Teilnehmer ihre körperliche Fitness erleben und bezüglich Bewegung beraten werden, zu steigern.
Material und Methoden: Über öffentliche Veranstaltungen und Anzeigen in einer regionalen Zeitung konnten 101 ältere Menschen (M_{Alter} = 71,9 ± 6,8 Jahre, 56 % Frauen) für die Studie gewonnen werden. Neben allgemeinen Angaben zur Person beantworteten die Teilnehmer auch Fragen des Behavioral Intentions for Physical Acitivity Questionnaire (BIPA; Ziegelmann et al. 2006) zur Erfassung der Motivation für körperliche Aktivität. Weiter wurden Gesundheit und der Umfang körperlicher Aktivität in letzter Zeit erfasst. Anschließend erfolgte eine 30-minütige individuelle Intervention in Form des Alltags-Fitness-Tests (deutsche Version des Senior-Fitness-Tests von Rikli und Jones 2013) und einer Bewegungsberatung. Am Ende wurden erneut die Fragen des BIPA beantwortet.
Ergebnisse: Zu Beginn der Sitzungen hatten die Teilnehmer bereits eine hohe Motivation, körperlich aktiv zu sein (M = 2,93 auf einer Skala von 0–4; SD = 1,00). Frauen wiesen tendenziell ein niedrigeres Motivationsniveau als Männer auf. Das Ausgangsniveau war unabhängig von Bildung und Gesundheit, hing aber deutlich mit der körperlichen Aktivität zusammen (r = 0,53, p < 0,01). Varianzanalysen mit Messwiederholung belegten eine signifikante Steigerung der Motivation auf M = 3,16; SD = 0,82 durch die Intervention (p < 0,001; ηp^2 = 0,14). Die Zunahme der Motivation war unabhängig von Bildung und Gesundheit, fiel bei Frauen aber tendenziell höher aus als bei Männern (p = 0,07) und signifikant höher bei weniger Aktiven (p < 0,05).
Schlussfolgerung: Das Erleben der eigenen körperlichen Fähigkeiten und eine dem Fitness-Niveau entsprechende Beratung können ältere Menschen zu einem aktiveren Alltag und zu mehr Sport motivieren. Körperlich weniger Aktive scheinen stärker davon zu profitieren.

P100

Das Projekt PSY-CARE: Kurzzeitpsychotherapie bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen mit Depression

A.-K. Beyer, P. Gellert[1]*, C. Tegeler*[2]*, C. Vathke*[2]*, J. Nordheim*[1]*, A. Kuhlmey*[1]*, E.-M. Kessler*[2]

Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Institut für Medizinische Soziologie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Fakultät Naturwissenschaften, Gerontopsychologie, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Medical School Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Pflegebedürftige Menschen stellen deutschlandweit eine bedeutsame und stark wachsende Patientengruppe dar, bei der Depression ein häufiges und kosten- sowie folgekostenintensives Gesundheitsproblem darstellt. Die Versorgungsrealität für diese Patientengruppe, gemessen an ihrem hohen, komplexen, sektorenübergreifenden Hilfebedarf, fällt derzeit aber noch stark defizitär aus. Die Ziele des Projektes PSY-CARE sind daher die Überprüfung der Implementierbarkeit sowie der Wirksamkeit ambulanter Kurzzeitpsychotherapie bei zu Hause lebenden Personen ab 60 Jahren mit Pflegegrad und Depression in Berlin und angrenzende Regionen in Brandenburg.
Material und Methoden: In einem kontrollierten randomisierten Studiendesign wird die Praktikabilität, Akzeptanz und Wirkung einer regulären, leitliniengemäßen Versorgungsleistung bei Depression im Pflegesetting untersucht. Patienten der Interventionsgruppe (geplante Stichprobengröße n = 110) erhalten Richtlinien-Kurzzeitpsychotherapie, Patienten in der Kontrollgruppe (n = 110) ein alternatives psychosoziales Angebot, bestehend aus Schulungen und Selbsthilfeliteratur. Die Kurzzeitpsychotherapie wird von gerontologisch qualifizierten psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.
Erwartete Ergebnisse: Die Evaluation des Projektes erfolgt quantitativ (auf Basis von Patientendaten) und qualitativ (aus Basis von Behandlerdaten und Kasuistiken). Zentrale Outcomess sind die nachhaltige Reduktion von Depressivität, aber ebenso die Reduktion allgemeiner psychischer Belastung bei Patienten und deren Angehörigen, Erhalt der ADL und Lebenszufriedenheit sowie längerfristig die Verhinderung bzw. Verzögerung von Heimeinweisungen. Die Erfassung der Outcomes findet unmittelbar nach Ende der Intervention sowie nach 3 und 12 Monaten statt.
Schlussfolgerung: Das Projekt PSY-CARE gibt Aufschluss über die Potenziale und Grenzen einer bedarfsangemessenen Versorgung älterer Pflegebedürftiger mit Depression im Rahmen der regulären Gesundheitsversorgung.

P101

Technische Assistenzsysteme zur Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbsarbeit

K. Knauthe, B. Pottharst[1]*, D. Schwertfeger, A. Hoff*

Fakultät Sozialwissenschaften, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz, Deutschland; [1]Institut für Gesundheit, Altern und Technik, Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz, Deutschland

Eine der größten Herausforderungen für die deutsche Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten besteht darin, in einer zunehmend alternden und in ihrem Bestand schrumpfenden Bevölkerung ArbeitnehmerInnen mit Pflegeverantwortung weiterhin die Erwerbstätigkeit zu ermöglichen. Die deutsche Wirtschaft kann es sich ebenso wenig leisten, auf eine sinkende Zahl von Arbeitskräften zur Generierung ökonomischen Wohlstands zu verzichten, wie die deutsche Gesellschaft auf pflegende Angehörige verzichten kann, um die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen zu betreuen. Technische Assistenzsysteme können einen Beitrag dazu leisten, dass dies in Zukunft besser gelingt als in der Vergangenheit. Aufgrund des exponentiell wachsenden Angebots solcher Technologien zum Einsatz in der häuslichen Pflege fällt es jedoch schwer, technische Hilfsmittel zu identifizieren, die speziell der verbesserten Vereinbarung von Pflege und Beruf dienen. An dieser Wissenslücke setzt eine im Jahr 2017 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellte Expertise einer Forschungsgruppe der Hochschule Zittau/Görlitz an. Ausgehend von der Aufbereitung des aktuellen Forschungsstands zur Vereinbarkeitsproblematik einerseits und dem Einsatz technischer Assistenzsysteme in der häuslichen Pflege andererseits wird eine Klassifikation zur Eingruppierung von technischen Hilfen vorgeschlagen. Darauf basierend wird exemplarisch eine Reihe von technischen Assistenzsystemen präsentiert, welche die Situation pflegender Angehöriger erleichtern können. Das Poster fasst die wesentlichen Inhalte der Arbeit zusammen.

P102

Alter und Internetnutzung. Eine Trendanaylse

D. Reinwand, M. Candel[1], R. Crutzen[2]

Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Department of Methodology and Statistics, Maastricht University, Maastricht, Niederlande; [2]Department of Health Promotion, Maastricht University, Maastricht, Niederlande

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Unterschiedliche Internetnutzung birgt das Risiko, dass Nichtnutzern wichtige Informationen und Vorteile des Internets unzugänglich bleiben. Inzwischen nutzt zwar die überwiegende Mehrheit der Menschen das Internet, jedoch für unterschiedliche Zwecke. Das Ziel dieser Studie ist es, durch eine Trendanalyse die Nutzung unterschiedlicher Onlineaktivitäten und über deren Dauer eine Prognose über ein Schließen oder Weiten der digitalen Kluft unterschiedlicher Altersgruppen vorhersagen zu können.
Material und Methoden: Längsschnittliche Daten von sechs Erhebungszeitpunkten (2009–2014, $N = 20.763$) eines Online-Panels wurden mittels generalisierten linaren/logistischen gemischten Modellen (GLMM) ausgewertet. Im ersten Schritt wurden Trends im Zeitverlauf von sieben Onlineaktivitäten (Informationen suchen, Nachrichten lesen, Blogs/Foren nutzen, E-Mails schreiben, soziale Netzwerke nutzen, Filme sehen, online spielen) bezüglich Nutzung und Dauer analysiert. Anschließend wurden Veränderungen in vier Altersgruppen (<29, 30–44, 45–65, >65 Jahr) in Bezug auf das Internetverhalten analysiert.
Ergebnisse: Allgemein festzustellen ist, dass, je jünger die Teilnehmer sind, desto häufiger und desto länger sind sie online. Betrachtet man die Aktivitäten einzeln, sind signifikante Unterschiede festzustellen. Beispielsweise nimmt die Häufigkeit des Online-Nachrichtenlesens in den Altersgruppen <29, 30 bis 44 und 45 bis 65 Jahre im zeitlichen Verlauf gleich stark zu, mit Ausnahme der über 65-Jährigen. In der ältesten Gruppe ist die Zunahme an Menschen, die online Nachrichten lesen, weniger stark im Zeitverlauf. Jedoch fällt auf, dass über 65-Jährige, die online sind, genauso viel Zeit für diese Aktivität aufwenden wie die jüngeren Altersgruppen. Die Zeit, die für diese Aktivität verbracht wird, steigt in allen Altersgruppen gleich stark an.
Schlussfolgerung: Internetnutzung steigt allgemein in allen Altersgruppen im Laufe der vergangenen Jahre an. Informationen suchen und E-Mails schreiben sind die beliebtesten Online-Aktivitäten bei allen Altersgruppen. Ältere Menschen, die online sind, unterscheiden sich kaum in Bezug auf die Dauer der genutzten Online-Aktivitäten im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen. Dennoch wird sich die digitale Kluft zwischen jungen und älteren Menschen zukünftig kaum verändern.

P103

Plastizität sozialer Netzwerke von älteren Menschen mit Krebs – ein „scoping review"

S. Roggendorf, H. Schmidt, D. Vordermark[1], A. Steckelberg, O. Arranz-Becker[2]

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [2]Institut für Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Krebserkrankungen belasten die Betroffenen und deren soziales Umfeld. Menschen mit vorbestehenden altersbedingten Einschränkungen sind oft stärker von krankheits- und therapiebedingten Folgeerscheinungen betroffen, die Alltagsfunktionalität und Teilhabe gefährden. Studien mit jüngeren KrebspatienInnen zeigen die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung z. B. für Krankheitsbewältigung und Lebensqualität und den Wandel sozialer Beziehungen im Krankheitsverlauf. Um gezielte Unterstützungsangebote zu entwickeln, sind Erkenntnisse zu Funktion und Entwicklung sozialer Netzwerke älterer Krebspatientinnen und Patienten und zu möglichen Einflussfaktoren notwendig. Im Rahmen eines „scoping review" soll diesbezüglich ein Überblick qualitativer und quantitativer Forschungsergebnisse erstellt werden.
Material und Methoden: Die systematische Literatursuche erfolgte mittels Suchbegriffen zu „older people", „cancer" und „social network (support)" in *MEDLINE*, *CINAHL*, *PubPsych*, *Web of Science* und der *Cochrane Library* ohne zeitliche Eingrenzung und Beschränkung der Studientypen. Eingeschlossen wurden Publikationen in Englisch oder Deutsch, die soziale Beziehungen oder soziale Unterstützung von Krebsbetroffenen Alter Ø ≥ 60 Jahre untersuchten. Das Durchschnittsalter wurde nach Sichtung der Titel und Abstracts auf ≥ 65 Jahre erhöht, um spezifischere Ergebnisse für die Zielgruppe zu bekommen.
Ergebnisse: Die 9820 Treffer wurden nach Titel und Abstracts gesichtet. Volltextanalyse erfolgte bei 3005 Publikationen. Für das Alter ≥ 65 Jahre wurden 228 Publikationen eingeschlossen, die inhaltlich drei Hauptthemenbereichen zugeordnet wurden: soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Krebsbetroffener und 1. Mortalität, 2. Lebensqualität einschl. Sexualität, 3. Coping einschl. dyadisches Coping. Während potenzielle Zusammenhänge von sozialen Beziehungen mit den entsprechenden Zielgrößen für Brust- und Prostatakrebs am häufigsten untersucht wurden, waren Entwicklung und Plastizität sozialer Netzwerke und Faktoren, die diese Entwicklung beeinflussen, nur in einem kleinen Teil der methodisch sehr heterogenen Studien Forschungsgegenstand.
Schlussfolgerung: Erste Ergebnisse zeigen die Bedeutung und Funktion sozialer Netzwerke, aber auch methodischen und inhaltlichen Forschungsbedarf zu deren Entwicklung.

P104

„Kartenspielen als Ritual" – die Bedeutung von Ritualen am Beispiel einer selbstorganisierten Freizeitaktivität älterer Spätaussiedlerinnen

N. Schulz

NRW Forschrittskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Im Zuge des demografischen Wandels und der Zunahme älter werdenden Menschen mit Migrationshintergrund wird seitens der Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft gleichermaßen diskutiert, wie sich das Leben dieser Menschen im Alter gestaltet. Insbesondere, wenn der Lebensverlauf durch spezifische Bedingungen, wie Fremdheitsgefühl, kulturelle Unterschiede oder sozial benachteiligte Wohnlage beeinflusst wird, sind Fragen nach Prozessen und Anforderungen eines „gelingenden" Alterns von hoher Relevanz.
In diesem Beitrag geht es darum, wie das Kartenspielen von älteren Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion genutzt und sozial organisiert werden, um ihr alltägliches Wohlbefinden zu fördern und zu erhalten. In Anlehnung an die lebensweltanalytische Ethnographie nach Honer und Hitzler (2016) habe ich über ein Jahr lang mit einer Gruppe von acht Frauen im Alter zwischen 77 und 88 Jahren in einer ehemaligen Gaststätte das Kartenspiel „Elfer raus" mitgespielt. Dabei nahm ich beobachtend an den „sozialen Praktiken" (Reckwitz 2003) teil und erlangte auf diese Weise Einblicke in ihre Wissensordnung und damit ihr Welterleben. Denn die Art und Weise, wie das Kartenspiel innerhalb der Gruppe praktiziert wird, spiegelt zugleich die Regeln und Ordnungen ihrer Sinnwelt wider, um in ihr handlungsfähig zu sein.
Anhand von Beobachtungsprotokollen, die mittels der Grounded Theory codiert und analysiert wurden, wird aufgezeigt, wie dieser Treffpunkt sozial organisiert und ritualisiert wird. So fungiert das Kartenspiel als ein immer wiederkehrendes Ritual, welches durch Kooperations- und Solidaritätsverhältnisse geprägt ist. Indem immer wieder die gleichen gewinnen und verlieren, werden vorhersehbare und verlässliche Strukturen geschaffen, die sowohl Routine als auch sozialen Halt bieten. Zudem ist das verbindende Element dieser Spielerinnen die gemeinsame Migrationsgeschichte, welche als kollektiver Rahmen zu verstehen ist, indem sie sich verorten und ihre soziale Identität und Traditionen ausleben. Entsprechend wird durch das Karten*spielen* eine Form von „Sicherheit" geschaffen, die den alltäglichen Unsicherheiten außerhalb der Spielgemeinschaft entgegnen soll. Insofern organisieren und stellen die älteren Frauen Wohlbefinden im alltäglichen Leben her.

P105
Lebenslagen hochalter Menschen in Haan: methodische Aspekte und empirische Befunde

M. Kühnel, F. Luschei, E. Olbermann
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Der zunehmende Anteil von Personen, die ein hohes oder sogar sehr hohes Alter erreichen, rückt die Bedarfe dieser am schnellsten wachsenden Personengruppe stärker in den Fokus kommunaler Planungs- und Gestaltungsprozesse. Um die Lebenslagen von hochalten Menschen in den Kommunen erfassen zu können, muss (1.) die Bereitschaft in Kommunen vorhanden sein, sich des Themas Hochaltrigkeit anzunehmen, und es müssen (2.) angemessene methodische Vorgehensweisen und entsprechende Erhebungsinstrumente entwickelt werden, um diese Bevölkerungsgruppe adäquat erfassen und erreichen zu können.
Die Stadt Haan (Kreis Mettmann, NRW) hat auf diese Herausforderung reagiert und auf Initiative des Seniorenbeirates eine Befragung der in Privathaushalten und Seniorenheimen lebenden EinwohnerInnen im Alter von 80 Jahren und älter durchgeführt (Vollerhebung). Das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund hat die Konzeption, Durchführung und Auswertung der Befragung wissenschaftlich begleitet. Ziel der Befragung war es, fundierte Informationen über die Bedarfe und Potenziale der 80-jährigen und älteren Bevölkerung in Haan zu gewinnen sowie Handlungsempfehlungen zur Förderung der Lebensqualität und des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit im hohen Alter abzuleiten. Hierzu wurde ein standardisierter Fragebogen mit 35 Fragen entwickelt. Dieser umfasste u. a. die Themen Wohnen und örtliche Nahversorgung, Freizeitgestaltung, Mobilität sowie Gesundheit und Pflege.
Die Forschungsergebnisse und der hohe Rücklauf von über 42 % zeigen, dass die Zielgruppe mit dem Befragungsinstrument sehr gut erreicht werden konnte, und dass ein hohes Interesse seitens der Zielgruppe bestand, sich zu ihren Lebenslagen zu äußern. Für die Kommune sind die so gewonnenen Informationen eine wichtige Grundlage, um die Bedarfe von hochalten Menschen zielgerichteter zu adressieren.
Anhand des Posters werden die methodische Vorgehensweise, ausgewählte Ergebnisse und Schlussfolgerungen für zukünftige Befragungen von hochalten Personen auf der kommunalen Ebene vorgestellt.

P106
Nachbarschaftlichkeit im Alter – tägliche Nachbarschaftskontakte und -bewegungen

A. Seifert
Zentrum für Gerontologie, Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) „Dynamik Gesunden Alterns", Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Altern findet in einem räumlich-sozialen Kontext statt. Für die Bewältigung des Alltags im Alter können soziale Nachbarschaftsbeziehungen und das unmittelbare Wohnumfeld als Ressourcen verstanden werden. Die Forschung zeigt hierbei auf, dass eine gute Nachbarschaft gerade im Alter eine wichtige Ressource ist und zum Wohlbefinden beiträgt. Jedoch fehlt es an Studien, welche die sozialen und räumlichen Dimensionen der Nachbarschaft im Alltag älterer Menschen mikrolängsschnittlich untersuchen. Die vorliegende Studie untersuchte mit einem „Ambulatory-assessment"-Ansatz die tagtäglichen Kontakte zu Nachbarn, die Nutzung der räumlichen Nachbarschaft sowie deren Zusammenhang mit der täglichen Stimmung und subjektiven Wahrnehmung der eigenen Lebensqualität. Es wurden 78 Personen ab 60 Jahren (Ø-Alter: 73 Jahre) in drei Quartieren der Stadt Zürich für die Dauer von 20 Tagen untersucht, und die Probanden konnten mittels einer App auf dem Smartphone dreimal am Tag Fragen zu ihrer Nachbarschaft, ihrer Stimmung und ihrem Wohlbefinden beantworten.
Die ersten Ergebnisse zeigen, dass nur bei etwa 20 % der Probanden Nachbarschaftskontakte während der Feldphase stattgefunden haben. Der durchschnittliche Kontakt zu den Nachbarn dauerte 22 min; hierbei wurden nur Kontakte, die über eine Minute dauerten, berücksichtigt. Es gaben 30 % der Probanden nachbarschaftliche Hilfen an, und 19 % erhielten nachbarschaftliche Hilfen in der Beobachtungsphase. Zwischen dem Wohlbefinden und den als positiv wahrgenommenen Nachbarschaftskontakten besteht ein schwacher, aber positiver und signifikanter Zusammenhang. Etwa zwei Drittel der Befragten halten sich länger in ihrer Nachbarschaft auf, sind dabei vorwiegend zu Fuß unterwegs und nutzen diverse Anlaufstellen der Nachbarschaft.
Die vorläufigen Ergebnisse zeigen einen relativ geringen Kontakt mit Nachbarn im Alltag. Dennoch kann auch festgestellt werden, dass die Nachbarschaft aufgesucht wird und sich – im subjektiven Wahrnehmen – positiv auf die Alltagsbewältigung auswirkt. Es zeigen sich aber auch Barrieren der Nachbarschaftskontakte und gegenseitigen Nachbarschaftshilfe. Zukünftige Studien sollten diese Barrieren näher untersuchen und Empfehlungen zum Aufbau von nachbarschaftlichen Interaktionen formulieren.

P107
Erlebte Barrieren und Ressourcen bei der Alltagsbewältigung mit einer Sehbehinderung im Alter

A. Seifert, J. Köberlein-Neu[1]
Zentrum für Gerontologie, Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) „Dynamik Gesunden Alterns", Universität Zürich, Zürich, Schweiz; [1]Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung, Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal, Deutschland

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung steigt auch die Zahl jener Personen, die im Alter neu mit einer Sehbeeinträchtigung konfrontiert sind. Die damit verbundenen Krankheitsbilder werden in den nächsten Jahren sowohl medizinisch als auch gesellschaftlich an Bedeutung gewinnen. Aber wie bewältigen ältere Menschen mit einer Sehbehinderung ihr Alltagsleben, welche Einschränkungen erleben sie, und welche Ressourcen setzen sie ein?
Grundlage der Analysen sind zwei Studien, einmal aus Deutschland (DE) ($n = 683$, Alter: 18 bis 96) und einmal aus der Schweiz (CH) ($n = 1299$, Alter 70 bis 98). Innerhalb der deutschen Studie wurden ausschließlich Personen mit einer wesentlichen oder hochgradigen Sehbehinderung sowie Blindheit eingeschlossen, in der Schweizer COVIAGE-Studie konnten sowohl Personen mit einer Sehbehinderung als auch Personen ohne eine Sehbehinderung zu ihrer Lebenssituation und den eingesetzten Ressourcen befragt werden.
Die deutsche Studie identifizierte 219 Personen, welche der Alterspopulation der Schweizer Studie entsprechen. Hiervon gaben 109 Teilnehmer (49,8 %) an, erst im Alter von einer Sehbehinderung oder Blindheit betroffen zu sein. Für die Schweiz konnten von den 1299 Personen 110 Personen (8,5 %) als im Alter sehbehindert identifiziert werden. Mehr als 17 % (DE) bzw. 35 % (CH) der betroffenen Personen gaben auch eine zusätzliche Hörbeeinträchtigung an. Es zeigte sich, dass die Seheinbußen direkten oder indirekten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und die Alltagsbewältigung haben und auch Umweltfaktoren wie soziale Kontakte oder das Zu-Hause-Wohnenbleiben beeinflussen. Es wurde zudem deutlich, dass Personen, welche sich proaktiv und frühzeitig mit den Beeinträchtigungen auseinandersetzen und informelle sowie formelle Unterstützungsangebote und Hilfsmittel annehmen, ihren Alltag besser bewältigen können.
Die Ergebnisse zeigen, dass der Alltag mit einer Sinnesbeeinträchtigung mit tagtäglichen Einschränkungen und Neubewertungen der eigenen Lebensqualität verbunden ist. Durch die Nutzung persönlicher, sozialer, medizinischer und technischer Ressourcen können Betroffene allerdings auch trotz einer Sehbeeinträchtigung ein selbstbestimmtes und gutes Leben im Alter führen.

P108
Herausforderungen und Ansätze im Gesundheitstourismus für Menschen im mittleren und höheren Lebensalter

S. Krümberg, L. Naegele, F. Frerichs
Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Durch den demografischen Wandel erfährt die Bundesrepublik Deutschland eine zunehmende Alterung der Bevölkerung, die viele Herausforderungen mit sich bringt. Ein bedeutender Aspekt ist die individuelle und kollektive Gesundheit und damit ein steigender Anteil von Gesundheitsdienstleistungen. In diesem Forschungsbeitrag wird das Segment „Gesundheitstourismus" näher betrachtet, wobei insbesondere die Frage nach den Herausforderungen und Potenzialen des Gesundheitstourismus für Menschen im mittleren und im höheren Erwachsenenalter thematisiert wird.
Material und Methoden: Basierend auf einer Literaturanalyse von existierenden Angebots- und Nachfragestrukturen wurden zunächst die Motive hinter und die Relevanz von gesundheitstouristischen Angeboten für Touristen im mittleren und im höheren Lebensalter herausgearbeitet. Ausgehend von einer Intensivfallstudie, durchgeführt in einer gesundheitstouristischen Einrichtung in Norddeutschland, wurden in einem zweiten Schritt die zielgruppenspezifische Aspekte tiefergehend analysiert und mit dem bestehenden Angebot der untersuchten gesundheitstouristischen Einrichtung abgeglichen.
Ergebnisse: Die heterogenen Bedarfe zu unterschiedlichen Aspekten (z. B. Tourismusdestination und Serviceangebot) der hier untersuchten Zielgruppe stellen schon heute große Herausforderungen an die Anbieter, die sich in Zukunft zudem noch verschärfen dürften. Trotz festgestellter Defizite weist das hier ausgewählte Praxisbeispiel bereits gute Ansätze eines bedarfsgerechten gesundheitstouristischen Angebots für die analysierte Zielgruppe auf. Auch lässt sich festhalten, dass Angebote zum Gesundheitstourismus bereits in vielfältiger Reiseform vorliegen. Anbieter, die sich im Sinne des innovativen Gesundheitstourismus zukünftig entwickeln wollen, werden große Chancen am Markt eingeräumt, wenn Aspekte wie Spezialisierung, Verbindung von Urlaub und gesundheitlichen Anwendungen, Nachhaltigkeit und weitere Faktoren berücksichtigt werden.

Gerontologie 2 (P109–P117)

P109
Wie wir über Einstellungen zu Sterben, Tod und der Endlichkeit des Lebens sprechen: eine qualitative Studie zu Erfahrungen und Voraussetzungen aus Sicht von Versorgenden

B. Groebe, J. Strupp[1], C. Rietz[2], R. Voltz[1]
NRW Forschungskolleg GROW, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland; [2]Institut für Erziehungswissenschaft (IfE), Fakultät für Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Für die Planung personenzentrierter Versorgung am Lebensende ist es wichtig, individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Einzelnen zu kennen. Bewusste Dialoge über eigene Einstellungen, Ziele und Sorgen gegenüber Sterben und Tod können dieses Wissen verdeutlichen. Studien zeigten, dass Fragen zur strukturierten Gesprächsführung als Türöffner zu Gesprächen dienen können. Doch wurden Methoden zur Einstellungserfassung meist nicht für den Einsatz im Versorgungsalltag entwickelt. Unsere Studie ermittelt nun spezifische Bedingungen und Voraussetzungen für Gespräche über Sterben, Tod und die Endlichkeit des Lebens für verschiedene Versorgungskontexte am Lebensende. Anhaltspunkte für die Gestaltung von Methoden für den Versorgungsalltag wurden abgeleitet.
Material und Methoden: In vier leitfadengestützten Fokusgruppen-Interviews wurden Erfahrungen und Sichtweisen von ExpertInnen aus der Versorgung und damit potenziellen AnwenderInnen von Methoden zur Gesprächsführung erörtert. Es nahmen 16 Frauen und 2 Männer aus pflegerischer, psychosozialer und ehrenamtlicher Versorgung aus zwei Altenpflegeeinrichtungen, einer Palliativstation und einem ambulanten Hospizdienst in NRW teil. Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.
Ergebnisse: Das Zustandekommen von Gesprächen sei primär von einer angemessenen Gesprächsatmosphäre, einem Vertrauensverhältnis der GesprächspartnerInnen und einer professionellen inneren Haltung abhängig. Vor allem MitarbeiterInnen der Altenpflege berichten von Erwartungen an sie, Gespräche proaktiv zu beginnen. Manche gaben an, sich darin unsicher zu fühlen. Wichtig seien eine frühzeitige Auseinandersetzung in kontinuierlich stattfindenden Gesprächen, die Verwendung alltagsnaher Gesprächsimpulse und das Einbinden von Angehörigen. Auch das Nutzen existierender Strukturen des Alltags, wie Biografiearbeit, zum Gesprächseinstieg schien förderlich.
Schlussfolgerung: Da alle MitarbeiterInnen, unabhängig der Profession, PartnerInnen in Gesprächen über das Lebensende sein können, einige sich dieser Aufgabe jedoch nicht gewachsen sahen, bedarf es Unterstützung bei der Kommunikation. So können Methoden, als eine Art Leitfaden, Gespräche im Versorgungsalltag dann fördern, wenn sie niederschwellige Einstiege ins Thema nutzen und sich von Impulsen des Befragten leiten lassen.

P110
Selbstgesteuertes Lernen im Alter. Wie leichte und schwierige Sprache das Lernen in fortgeschrittenen Lebensphasen beeinflusst

I. Neudek, A. S. Oliva y Hausmann
Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie, Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die heutige Wissensgesellschaft setzt mit ihren technischen und medizinischen Fortschritten auch bei alten Menschen ein lebenslanges Lernen voraus. Um den Lernerfolg zu optimieren, muss untersucht werden, wie genau Menschen in unterschiedlichen Altersphasen lernen. Es stellt sich die Frage, ob leichte und schwierige Wörter das selbstgesteuerte Lernen (SGL) beeinflussen, und ob sie sich auf den erwarteten und tatsächlichen Lernerfolg auswirken.
Material und Methoden: Es werden 33 Teilnehmer in drei Altersgruppen unterteilt. In Trainingseinheiten lernen die Versuchspersonen selbstgesteuert eine leichte und eine schwiege Wortkette. Dabei dürfen die Teilnehmer ihre Lernstrategie selbstständig wählen und entscheiden, wie viele Wörter sie lernen möchten. Ziel ist es, dass die gewählte Anzahl an Wörtern nach einer kurzen Pause korrekt wiedergegeben werden kann. Zusätzlich werden die Probanden nach jedem Training gebeten, ihre Lernleistung zu prognostizieren.
Ergebnisse: Varianzanalystisch zeigt sich, dass die leichten Wörter zu höheren erwarteten Lernleistungen, zu kürzeren Lernzeiten sowie zu höheren Zielsetzungen und zu deutlich besseren tatsächlichen Testleistungen führt als das schwierige Sprachmaterial. Im Altersgruppenvergleich zeigen die Probanden in den drei Altersgruppen unterschiedliche Lernstrategien im SGL. In der Wiedergabe-Performance ist ein Alterseffekt zu verzeichnen, der sich durch allgemein schlechtere Lernleistungen mit fortschreitendem Alter auszeichnet.
Schlussfolgerung: Die Wahl der Lernstrategien und -ziele sowie der vorhergesagte und tatsächliche Lernerfolg variieren sowohl interpersonell als auch die Altersgruppen übergreifend sehr stark. Es verdeutlicht, dass auch das Lernen bis ins hohe Alter sehr vielfältig ist und auf ganz individuelle Bilanzen von Entwicklungsgewinnen und -verlusten schließen lässt.

P111

„Kann ich wollen, was ich will?" Disziplinäre Unterschiede in der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz

M. Schmidt, T. Müller, J. Haberstroh

Frankfurter Forum für interdisziplinäre Alternsforschung, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Hintergrund: In der Studie „Einwilligungsfähigkeit bei Demenz – Interdisziplinäre Perspektiven" von Haberstroh und Müller (2017) wurden ExpertInnen der Disziplinen Medizin, Ethik und Recht gebeten, die Einwilligungsfähigkeit eines Menschen mit leichter Demenz (Fallvignette) einzuschätzen. Hierbei zeigte sich, dass die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit abhängig vom jeweiligen disziplinären Hintergrund stark divergierte. Während EthikerInnen die Person mit Demenz fast geschlossen als einwilligungsfähig beurteilten, stimmten JuristInnen fast einstimmig für einwilligungsunfähig. Bei den MedizinerInnen zeigten sich zudem deutliche disziplininterne Unterschiede. Hieraus ergibt sich die Forschungsfrage, wie sich die Unterschiede in der Beurteilung begründen lassen.
Material und Methoden: Um die Unterschiede zu kontextualisieren, wurden den einbezogenen ExpertInnen ($n = 40$) offene Fragen zu ihrem Beurteilungsprozess vorgelegt. Dies wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Insgesamt konnten 38 Befragungen ausgewertet werden, die die standardisierten Antworten um die persönliche Meinung und Einstellungen ergänzten.
Ergebnisse: ExpertInnen, die die Einwilligungsfähigkeit in situ und prozessual unter Rückgriff auf personenbezogene, rechtliche Kriterien begründeten, beurteilten die Person immer als nichteinwilligungsfähig. Die überwiegende Mehrheit der JuristInnen (83 %) und ca. 50 % der MedizinerInnen beurteilen die Einwilligungsfähigkeit nach diesen Kriterien. ExpertInnen, die die Einwilligungsfähigkeit unter Rekursion auf interpersonale und kontextuelle Kriterien beurteilten, bewerteten die Person mehrheitlich als einwilligungsfähig. Die Mehrheit der EthikerInnen (86 %) und ca. 50 % der MedizinerInnen folgten dieser Logik.
Schlussfolgerung: Es wird deutlich, dass die Wahl der jeweiligen Kriterien sowie die Gewichtung der Umweltfaktoren zentral für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit sind. JuristInnen und EthikerInnen stützen sich dabei auf weitestgehend einheitliche, intradisziplinär geteilte Kriterien und Gewichtungen, MedizinerInnen variieren diesbezüglich hingegen in einer dem Zufall entsprechenden Wahrscheinlichkeit (50 %).

P112

SINQ – Service-Integration und Netzwerkmanagement zur Verbesserung des sozialen Zusammenlebens geriatrischer Patienten im Quartier

I. Peil, U. Sperling, T. Obenauer, R. Wacker[1], D. Wiench[2], G. Höfle[2], H. Burkhardt

Geriatrisches Zentrum, IV. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH, Mannheim, Deutschland; [1]Research, YellowMap AG, Karlsruhe, Deutschland; [2]Quartiermanagment Neckarstadt-West, Quartiermanagement Mannheim e. V., Mannheim, Deutschland

Die meisten Menschen wollen auch im Alter möglichst selbstständig in ihrer gewohnten Häuslichkeit bleiben und am Leben in ihrem Stadtquartier aktiv teilnehmen. Dienstleister und Ehrenamt bieten vielfältige Unterstützung an, die Herausforderung liegt jedoch in deren richtiger Auswahl, Kombination und Organisation. Es fehlt ein System, das den Klienten ganzheitlich und dauerhaft unterstützt, anstatt isolierte Probleme zu lösen. Diese Dienstleistungslücke zu schließen, ist das Ziel der digitalen Plattform SINQ. Sie vernetzt Dienstleister untereinander und mit Klienten, bindet Sensorik ein und sorgt für datenschutzkonforme Interaktion. Im multidisziplinären Projektkonsortium arbeiten unter der Leitung der CAS Software AG, das Forschungszentrum Informatik FZI, die YellowMap AG, das Institut für Technik der Betriebsführung itb, das Quartiermanagement Mannheim e. V. und das Geriatrische Zentrum Mannheim UMM sowie assoziierte Partner zusammen.

Die dreijährige Projektlaufzeit begann im März 2017. Im ersten Jahr wurden im Mannheimer Stadtquartier Neckarstadt West Klientenbedarfe analysiert und ortsansässige Dienstleister zu ihren Angeboten und Vernetzungsstrukturen befragt. Unter Berücksichtigung dieser Daten werden gegenwärtig der Demonstrator einer Dienstleistungsplattform und die dazugehörigen Applikationen für die Nutzer entwickelt. Auf der digitalen Dienstleistungsplattform werden die Dienstleister und Akteure ihre Angebote übersichtlich darstellen. Über eine Applikation werden die älteren Menschen und ggf. ihre Unterstützungspersonen Zugriff auf passgenaue Dienstleistungen erhalten. Durch die Auswertung der Anfragen und Bewertungen können die Dienstleister ihre Angebote zielgenau anpassen und neue Geschäftsmodelle entwickeln. Die Erprobung und Validation wird ab Herbst 2018 in der Mannheimer Neckarstadt West beginnen.
Bislang wurden auf der Basis der ermittelten Klientenbedarfe und Dienstleistungsstrukturen Szenarien für die Entwicklung der IT-Lösungen erstellt, Datenschutzerfordernisse intensiv geprüft und Vorbereitungen für Feldphase und Evaluation getroffen.
Im Projekt SINQ wird eine zukunftsweisende Form der Versorgung älterer Menschen mit bedarfsgerechten Dienstleistungen erforscht, wie sie durch den Einsatz einer innovativen digitalen Plattform ermöglicht wird.

P113

Die Macht der Selbstseinschätzung: Zur Bedeutung der selbstberichteten Gesundheit als Mediator für den Einfluss funktioneller Fortschritte auf das Affekterleben bei geriatrischen Patienten

S. Bordne, R.-J. Schulz[1], S. Zank[2]

NRW Forschrittskolleg GROW, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln GmbH, Köln, Deutschland; [2]Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In der geriatrischen Rehabilitation soll durch eine ganzheitliche Sichtweise die Lebensqualität (LQ) der geriatrischen Patienten gesteigert werden. Lebensqualität wird dabei jedoch häufig verkürzt auf die Verbesserung funktioneller Fähigkeiten, während Aspekte des subjektiven Wohlbefindens (SWB) wenig Beachtung finden. Ziel der vorliegenden Studie war es daher u. a. herauszufinden, wie sich bestimmte LQ-Indikatoren während einer geriatrischen Rehabilitation verändern, welche Einflussfaktoren es für diese Indikatoren gibt und wie genau sich diese auswirken.
Material und Methoden: Es wurden insgesamt 104 Patienten bei Aufnahme und Entlassung mithilfe des Geriatrischen Assessments (GA) gescreent und durch ein standardisiertes Interview zu biopsychosozialen Variablen sowie zu Indikatoren der Funktionalität und des SWB befragt. Die statistischen Analysen umfassten t-Tests und Cohens d als Effektstärkemaß für Mittelwertsvergleiche sowie auf einem „Fixed-effect"-Modell basierende Regressions- und Mediationsanalysen zur Vorhersage bestimmter LQ-Indikatoren.
Ergebnisse: Es zeigten sich im Verlauf der geriatrischen Rehabilitation deutliche Verbesserungen im funktionellen Bereich (z. B. Barthel-Index, Österreich DL = +8,4 P., Tinetti/Mobilität = +4,4 P., $p < 0{,}001$, dBI = 0,72, dTintetti = 0,85) und hinsichtlich des SWB (z. B. positiver Affekt (1–5) = +0,27, $p < 0{,}01$, negativer Affekt (1–5) = –0,27, $p < 0{,}001$, dPA = 0,33, dNA = 0,36), wenn auch mit niedrigeren Effektstärken. Kein Effekt zeigte sich hinsichtlich Lebenszufriedenheit und Lebensbewertung, welche auf einem stabilen mittleren bis hohen Niveau verblieben. Regressionsanalytisch zeigte sich, dass sich Verbesserungen im positiven Affekt durch Verbesserungen in der selbstberichteten Gesundheit (SRH) und in internalen Vergleichsprozessen vorhersagen ließen (korr. $R^2 = 15{,}2$ %, $p < 0{,}001$) und Verbesserungen im negativen Affekt durch Verbesserungen in der SRH und den Kontrollüberzeugungen (korr. $R^2 = 28{,}1$ % $p < 0{,}001$). Während kein direkter Effekt funktioneller Veränderungen auf die Veränderung des Affekterlebens gefunden wurde, zeigten Mediationsanalysen, dass die SRH als Mediator fungiert und den Effekt von Verbesserungen in den ADL und der Mobilität auf das Affekterleben vermittelt.

Schlussfolgerung: In der geriatrischen Rehabilitation können hinsichtlich der LQ deutliche Fortschritte erzielt werden. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass psychologische Prozesse den Einfluss körperlicher Fortschritte auf das SWB vermitteln.

P114
Bedürfnisse und Belastungen älterer und geriatrisch-onkologischer Patienten und ihrer Partner – eine qualitative Analyse teilstrukturierter Interviews

M. Dieke, A. Steckelberg[1], P. Michl[2], D. Vordermark[3], H. Schmidt[1]

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [2]Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [3]Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Eine Krebserkrankung bringt körperliche Symptome, Funktionseinschränkungen und psychosoziale Belastungen mit sich. Multimorbidität und altersbedingte Einschränkungen können diese verstärken. Von diesen Belastungen sind auch die PartnerInnen betroffen. Da in Studien ältere KrebspatientInnen bislang noch wenig repräsentiert sind, ist nicht bekannt, inwiefern sich deren Bedürfnisse und Belastungen von denen jüngerer Menschen unterscheiden. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche Belastungen und Bedürfnisse ältere Krebsbetroffene und deren PartnerInnen im Zeitraum Diagnose bis Nachsorge benennen und was sie als unterstützend erlebten.
Material und Methoden: Es wurde ein hypothesengenerierendes explorativ Vorgehen gewählt, um die subjektive Sicht der Teilnehmenden zu erkunden. Eingeschlossen wurden ältere Krebsbetroffene (>65) nach abgeschlossener Behandlung und deren PartnerInnen (Dyaden). In teilstrukturierten Interviews wurden Belastungen und Bedürfnisse während und nach der onkologischen Behandlung erfragt. Die Dyaden wurden getrennt voneinander befragt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring.
Ergebnisse: Bei den 9 befragten Paaren (Männer und Frauen) waren die Betroffenen im Mittel 74 Jahre (max. 81), die PartnerInnen 73 Jahre (max. 79) alt. Tumorlokalisationen waren Prostata $n=4$, gastrointestinal $n=3$ und Brust $n=2$ und andere; häufigste Komorbidität: Hypertonus $n=9$. Die Therapien umfassten Operationen ($n=10$), Strahlentherapie ($n=6$), Chemotherapie ($n=4$). Die Inhaltsanalyse der Interviews (Dauer MW 50 ± 18 min) ergab 6 Schwerpunkte mit jeweils positiven und negativen Erfahrungen: 1. Aufklärung, Information und Einbeziehen der Partner, 2. adressatengerechte empathische Kommunikation, 3. sektorenübergreifende Versorgung, 4. Belastung durch Symptome und Krankheitsfolgen wie Inkontinenz, Impotenz und Fatigue, 5. Auswirkungen von Krankheit und Behandlung auf Beziehung und Sexualität, emotionale Belastung der PartnerInnen und deren Unterstützungsbedürfnisse, 6. partnerschaftliche Krankheitsbewältigung.
Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen auf Optimierungsbedarfe hin und sollten in Folgestudien geprüft werden, um konkrete Konsequenzen für die Versorgung älterer Krebsbetroffener abzuleiten.

P115
Eine biografische Perspektive auf Generativität bei kinderlosen Älteren

K. Alert, S. Zank[1], F. Oswald[2]

NRW Fortschrittskolleg „Wohlbefinden bis ins hohe Alter", Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [2]Interdisziplinäre Alternswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., Deutschland

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass kinderlose Ältere ein kleineres, dafür breiteres soziales Netzwerk (Albertini und Kohli 2009) und nichtsignifikant weniger intergenerationale Beziehungen als ältere Eltern haben (Deindl und Brandt 2016; Schnettler und Wöhler 2015). Allerdings sorgen sie sich um ihre eigene Generativität (Schnur 2011). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl kinderlos alternder Menschen (Statistisches Bundesamt 2013) stellt sich daher die Frage nach der konkreten Ausgestaltung von Generativität als Verantwortungsübernahme und Sorgebeziehung sowie Weitergabe von Erfahrungen und Wissen von Älteren an Jüngere (Erikson, 1950). Das freiwillige oder unfreiwillige Leben ohne Kinder im höheren Alter erweist sich als äußerst vielschichtig, weshalb Kinderlosigkeit in dieser Arbeit als Abfolge biografischer Entscheidungen anstatt einer einmaligen Entscheidung verstanden wird (Konietzka und Kreyenfeld 2013). Datengrundlage des vorliegenden Beitrags sind 15 narrative Interviews mit kinderlosen, alleinlebenden älteren Frauen und Männern (Ø 70,9 Jahre alt), die mit der biografischen Fallrekonstruktion (Rosenthal 2014) ausgewertet wurden. Am Beispiel von drei Fallrekonstruktionen werden drei unterschiedliche Typen ausgestalteter Generativität aufgezeigt. Beim ersten Typ werden intergenerationale Kontakte nicht aktiv gesucht, und der Austausch von Wissen und Erfahrungen mit Jüngeren hat einen funktionalen Charakter. Insgesamt ist das soziale Netzwerk bei diesem Typ eher klein. Ein zweiter Typ übernimmt im mittleren oder im höheren Erwachsenenalter zeitlich begrenzt Verantwortung für Kinder, wobei die Freiwilligkeit der Sorgebeziehung hervorgehoben wird. Hier sind intergenerationale Beziehungen inner- und/oder außerhalb der Familie vorhanden. Der dritte Typ übernimmt zwar zu keinem Zeitpunkt eine aktive Rolle für einen heranwachsenden Menschen, konstatiert aber eine „Lücke" im eigenen Leben durch das Fehlen von eigenen Kindern und Enkelkindern. Die unterschiedliche Ausgestaltung von Generativität bei den drei Typen hat jeweils Auswirkungen auf die Zusammensetzung und Gestaltung weiterer sozialer Beziehungen. Die Ergebnisse werden in Bezug auf die Bedeutung von Generativität aus biografischer Perspektive kinderloser Älterer diskutiert.

P116
Entlasten und stabilisieren – die Wirkung betreuter Urlaube auf ambulante Pflegesettings

J. Heusinger, J. Bartkowski[1]

Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Deutschland; [1]Institut für gerontologische Forschung e. V., Berlin, Deutschland

Häusliche Pflegearrangements von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, gehen für Pflegende und Gepflegte mit vielfältigen Belastungen einher, die schließlich die häusliche Versorgung gefährden können. In einem Kooperationsprojekt mit der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V. und der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. unter Leitung des Instituts für Gerontologische Forschung e. V. (ESPRIT, gefördert vom BMG April 2016 bis März 2018) wurde daher untersucht, ob und welche entlastenden Wirkungen betreute Urlaube für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen (sog. Tandems) entfalten. Dazu wurden sieben von den kooperierenden Alzheimer-Gesellschaften organisierte und durchgeführte Urlaube evaluiert. Beide Alzheimer-Gesellschaften verfolgten bei der Durchführung der Urlaube ein eigenes Konzept, jeweils mit verschiedenen (Präventions-)Angeboten für alle (Sport, Entspannung, Information, Spaß usw.) sowie unterschiedlichen Betreuungsangeboten für die Pflegebedürftigen. In einem „Mixed-methods"-Design wurden die Wirkungen der Urlaube sowie der Aufwand für die Durchführung empirisch abgebildet: – Während der Urlaube wurden teilnehmende Beobachtungen, Interviews mit Betroffenen und Gruppendiskussionen mit Angehörigen durchgeführt. – Mittels Fragebogenerhebungen zu vier Zeitpunkten über zwölf Monate wurden quantitativ Daten zur Wirkung der Urlaube und zur Entwicklung der Pflegearrangements erfasst. – Der Arbeitsaufwand aufseiten der Urlaubsanbieter wurde computergestützt dokumentiert und ausgewertet. Den Ergebnissen zufolge erleben die Teilnehmenden die Urlaube ganz überwiegend als entspannend und erholsam. Beide Konzepte verbessern

die Kompetenzen der Pflegenden zur Bewältigung des Pflegealltags, wenngleich auf unterschiedliche Weise. Mehr individuell gestaltete Beratung bei einer Bezugsbetreuung förderte den Informations- und Kompetenzerwerb der pflegenden Angehörigen ebenso wie der mehr den Effekten von Selbsthilfe entsprechende „Peer-to-peer"-Austausch mit anderen Betroffenen. In der Folge nahm die Nutzung entlastender professioneller Angebote zu. Erholung, Kompetenzzuwachs und Anpassungen im „care mix" tragen zur Entlastung und somit zur Stabilisierung der ambulanten Pflegesettings bei. Eine Förderung der Urlaubsanbieter bei der bislang nichtrefinanzierten Organisation erscheint daher gerechtfertigt. Im Poster werden die Urlaubskonzepte einander gegenübergestellt, Stärken und Schwächen identifiziert und Qualitätskriterien für betreute Urlaube abgeleitet.

P117

Entwicklung der sozialen Beziehungen im Krankheitsverlauf von älteren Menschen, die an Krebs erkrankt sind – eine retrospektive, qualitative Untersuchung mit teilstrukturierten Interviews und Familienbrettaufstellungen

S. Roggendorf, S. Weise[1], O. Arránz Becker[2], P. Michl[3], D. Vordermark[4], A. Steckelberg, H. Schmidt

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [1]Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V., Halle (Saale), Deutschland; [2]Institut für Soziologie, Philosophische Fakultät I, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [3]Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland; [4]Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In der geriatrischen Onkologie gelten schwache soziale Bindungen oder fehlende soziale Unterstützung als Risikofaktoren für eine Krebsbehandlung. In der aktuellen Literatur finden sich Nachweise zu Zusammenhängen von sozialen Beziehungen mit Mortalität und Morbidität und zu Auswirkungen einer schweren Erkrankung auf die sozialen Beziehungen, jedoch wenig zur Entwicklung sozialer Beziehungen im Krankheitsverlauf insbesondere älterer Krebsbetroffener. Daher ist Ziel dieser Studie, die Entwicklung des familiären und sozialen Beziehungsgefüges im Krankheitsverlauf zu explorieren, um Hypothesen als Basis für quantitative Folgestudien zu generieren.
Material und Methoden: Es wurde ein retrospektiver Ansatz mit einer Kombination qualitativer verbaler (Einzelinterviews) und nonverbaler Methoden (Familienbrettaufstellungen) gewählt. Eingeschlossen werden 10 Personen, die ≥65 Jahre alt und an Krebs erkrankt sind, deren Akutbehandlung seit mindestens 6 Monaten abgeschlossen ist. Diese werden mittels Leitfaden-Interview zu ihren sozialen Beziehungen befragt und gebeten, retrospektiv die Entwicklung ihrer sozialen Beziehungen im Krankheitsverlauf mit dem Familienbrett darzustellen. Die Interviews werden audioaufgezeichnet und transkribiert. Die qualitativ inhaltsanalytische Auswertung erfolgt nach Mayring.
Ergebnisse: Aktuell wurden 5 Interviews (4 Frauen, ein Mann, Alter 68 bis 83 Jahre; Diagnosen: Prostata-, Magen-, Lymphdrüsenkrebs und Hirntumor) durchgeführt und vorläufig ausgewertet. Die Rekrutierung soll bis Ende Mai abgeschlossen sein. Alle bisherigen Aufstellungen zeigten Veränderungen. Beispielsweise gewann nach der Diagnose die engere Familie an Bedeutung im Vergleich zu anderen Kontakten, die sich entfernten. Die dabei entstandene Nähe blieb in der Folgezeit erhalten. Trotz erlebtem Rückzug wurde die Bedeutung außerfamiliärer Beziehungen zum Ausdruck gebracht.
Schlussfolgerung: Vorläufige Ergebnisse zeigen deutliche Veränderungen des sozialen Gefüges der Betroffenen. Die Familie spielt eine entscheidende Rolle besonders in der Akutphase. Dennoch wurde der Wert eines sozialen Netzes, das über die Familie hinausgehen sollte, betont.

Gerontologie 3 (P118–P127)

P118

Informationsbroschüre für Patienten und deren Angehörige – ein Modell zur Erleichterung der Kommunikation?

J. Sägenschnitter, M. K. Modreker

Zentrum für Altersmedizin, Klinik für Innere Medizin III, Sana Hanse Klinikum, Wismar, Deutschland

Hintergrund: In der Geriatrie befasst sich das interdisziplinäre Team aufgrund der Komplexität und der Dauer der Behandlung nicht nur intensiv mit dem Patienten, sondern auch mit seinen Angehörigen. Um sowohl Missverständnisse und Spannungen als auch Verzögerungen der Behandlung zu vermeiden, müssen viele zunächst grundlegende Informationen ausgetauscht/erarbeitet werden.
Fragestellung: Kann eine Informationsbroschüre die Kommunikation zwischen Patienten bzw. deren Angehörigen und dem interdisziplinären Team einer geriatrischen Station erleichtern und sogar eine Verbesserung und Fokussierung auf das Wesentliche ermöglichen?
Material und Methoden: Erarbeitung einer umfassenden und kompakten Informationsbroschüre in Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team der geriatrischen Station (Ärzte, Pflege, Therapeuten) mit dem Ziel der Mitteilung der wesentlichen Aspekte einer geriatrischen Behandlung benötigte Aktivitäten vonseiten der Patienten und deren Angehörigen und damit Erleichterung der Kommunikation.
Ziel der Arbeit: Zielgerichteter, unkomplizierter Informationsaustausch; Erleichterung der Kommunikation.
Ergebnisse: In Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team wurde eine Informationsbroschüre mit umfassendem Inhalt erarbeitet. Es sollen sowohl die Auswahl der Informationen als auch die Entwicklung der Broschüre bis zum gedruckten Exemplar dargestellt werden. Zudem wird über die Erfahrungen im klinischen Alltag berichtet werden.
Schlussfolgerung: Die Broschüre hat zum Ziel, den Austausch der Informationen zu erleichtern und zu verbessern, die essenziell für das Verständnis der Arbeit in der Geriatrie, aber auch wichtig im Umgang mit den Patienten und für den stationären Aufenthalt sind.

P119

Beratung und telefonische Therapie für pflegende Angehörige im Versorgungskontext (BerTA-Studie)

A. Babac, G. Wilz[1], C. Reiter[1], G. Büchele[2], T. Schaile[3], K. Pfeiffer[4]

Bereich Grundsatz Pflege/HKP, AOK Bayern, München, Deutschland; [1]Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, Institut für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland; [2]Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm, Ulm, Deutschland; [3]AOK Baden-Würtemberg, Stuttgart, Deutschland; [4]Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: In Deutschland werden 1.86 Mio. Pflegebedürftige überwiegend von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt. Die Pflege und Betreuung gehen für die Angehörigen häufig mit zahlreichen psychischen und körperlichen Belastungen einher. Während in der Unterstützung von Pflegenden in den letzten Jahren zahlreiche Verbesserungen vom Gesetzgeber angestoßen wurden, werden Beratungsmethoden mit erwiesener Evidenz bislang wenig in Versorgungssettings aufgegriffen. Mit der BerTA-Studie (engl. ReDiCare, 2017–2021, Förderung durch das BMBF) soll ein in seiner Intensität gestufter Beratungsansatz auf seine Wirksamkeit bei hochbelasteten pflegenden Angehörigen untersucht werden.
Material und Methoden: Die Intervention greift mit einer Pflegeberatung und einer telefonisch-psychotherapeutischen Beratung zwei bereits in der Vergangenheit erfolgreich evaluierte Einzelkonzepte (PLiP-Studie, Tele. TAnDem-Studien) auf und überprüft diese im Rahmen einer randomisierten Translationsstudie in Zusammenarbeit mit der AOK Bayern und

der AOK Baden-Württemberg. Die Pflegeberatung erfolgt durch PflegeberaterInnen der teilnehmenden Pflegekassen und wird je zur Hälfte telefonisch oder in einer Kombination aus Hausbesuch und telefonischen Nachkontakten innerhalb von 3 Monaten durchgeführt (mind. 3 Kontakte). Die optionale psychotherapeutische Unterstützung umfasst 12 telefonische Kontakte über 6 Monate durch PsychotherapeutInnen und erfolgt auf Basis eines Screenings. Die teilnehmenden PflegeberaterInnen erhalten ein monatliches Coaching, das die Umsetzung der Methode, den Umgang mit schwierigen Beratungssituationen und edukative Elemente zur Arbeitsgesundheit adressiert.
Insgesamt sollen 572 pflegende Angehörige eingeschlossen und über vier Messzeitpunkte evaluiert werden (Basiserhebung, nach 3, 9 und 15 Monaten). Hauptendpunkt sind depressive Symptome. Weitere Kooperationspartner in der Studie sind die Universitäten Hohenheim (Gesundheitsökonomie) und Ulm (Datenmanagement) sowie die Hochschule Esslingen (Coaching). Mit dem Poster werden das Studiendesign und erste Erfahrungen mit der Rekrutierung durch die Pflegekassen vorgestellt.
Schlussfolgerung und Ausblick: Mit den Studienergebnissen sollen neue zukünftige Beratungskonzepte angeregt und dadurch die häusliche Pflege insgesamt unterstützt und gestärkt werden.

P120
Können problemorientierte Lernformen heterogene Lernausgangslagen in gerontologischen Einführungsveranstaltungen adressieren?

A. S. Oliva y Hausmann
Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Studierende humanwissenschaftlicher Studiengänge, die an einem gerontologischen Schwerpunkt teilnehmen, weisen oft heterogene Lernausgangslagen auf. Lehrende stehen vor der Herausforderung, Studierende mit unterschiedlichem Vorwissen gleichermaßen zu adressieren. Eine Lernform, der in der Hochschuldidaktik großes Potenzial zur Arbeit mit heterogenen Lernausgangslagen zugeschrieben wird, ist das problemorientierte Lernen (POL). Aufbauend auf Grundlagenwissen, das in einer Vorlesung vermittelt oder als Selbststudienmaterial bereitgestellt wird, arbeiten Studierendengruppen selbstständig an vorgegebenen Fallbeispielen. Die Untersuchung geht der Frage nach, ob problemorientierte Lernformen in gerontologischen Einführungsveranstaltungen dazu beitragen können, Studierenden ungeachtet unterschiedlicher Lernausgangslagen Lernerfolge zu ermöglichen. Datengrundlage ist die prozessbegleitende Evaluation der Einführung von problemorientierten Lernformen in zwei gerontologischen Einführungsveranstaltungen der Universität zu Köln. Es reflektierten $n = 35$ Studierende mittels Lernportfolios ihre Mitarbeit an drei problemorientierten Arbeitsphasen, die jeweils zwei Sitzungen umfassten. Der Schreibanlass zielte darauf ab, individuelle Lernerfolge herauszuarbeiten und fördernde bzw. hemmende Aspekte zu identifizieren. Eine induktive qualitative Inhaltsanalyse fasste zentrale Themen der Portfolios zusammen. Im Ergebnis stellten Studierende Lernerfolge überwiegend in Relation zu ihrer persönlichen Lernausgangslage dar. Als prominenter förderlicher Aspekt wurde die Einsichtnahme in die Kenntnisse und Erfahrungen anderer Studierender genannt. Barrieren waren eine geringe Passung einzelner Fallbeispiele zu dem vermittelten Grundlagenwissen sowie organisatorische Probleme durch ausbleibende Teilnahme an der zweiten Sitzung einer POL-Arbeitsphase. Die Ergebnisse verdeutlichen das Potenzial problemorientierter Lernformen zur Berücksichtigung heterogener Lernausgangslagen. Allerdings sollte eine didaktische Weiterentwicklung der Lehrveranstaltungen darauf abzielen, Fallbeispiele mit geringer Passung zum Selbststudienmaterial zu überarbeiten und die Verbindlichkeit der Teilnahme an beiden Sitzungen einer POL-Arbeitsphase zu erhöhen.

P121
Vielfalt des Alterns – Vielfalt des Glaubens. Zum Umgang mit religiöser Pluralität in stationären Altenpflegeeinrichtungen

S. Stentenbach-Petzold
Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Geht man davon aus, dass sich eine Vielfalt des Alterns auch in einer Vielfalt religiöser Deutungsmuster und Praktiken widerspiegelt, ist zu fragen, wie altenpflegerische Einrichtungen mit der religiösen Pluralität ihrer Bewohnenden umgehen. Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft versorgen längst nicht mehr nur christlich sozialisierte Bewohnende, sondern auch immer häufiger muslimische sowie vereinzelt Gläubige, z. B. der Sikh-Religion. Aber auch weltanschaulich neutrale Altenpflegeeinrichtungen setzen sich im Zuge der Klientengewinnung mit dem Thema Religion auseinander, indem sie z. B. ihr Personal entsprechend „kultursensibel" schulen, religiöse Speisegesetze berücksichtigen oder Gebetsräume einrichten. Der Posterbeitrag gibt einen Einblick in ein laufendes religionswissenschaftliches Dissertationsprojekt zu eben dieser Thematik, stellt das qualitative Untersuchungsdesign vor und präsentiert erste Untersuchungsergebnisse, die in Pflegeeinrichtungen im Ruhrgebiet und im Münsterland gewonnen werden konnten.

P122
Interprofessionelle Teambildung als Qualifizierungsprogramm

C. Kricheldorff, B. Heimbach[1]
IAF – Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland; [1]Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Deutschland, Universitätsklinikum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

Mit der wachsenden Zahl alter Menschen im Akutkrankenhaus und mit der deutlichen Ausweitung der Langzeitpflege im ambulanten und im stationären Bereich, steigen auch die Herausforderungen in den diversen geriatrischen und gerontologischen Versorgungssettings. Multimorbidität, kognitive Einschränkungen und das Phänomen Frailty sowie sich verändernde Familienstrukturen, verbunden mit brüchiger werdenden sozialen Netzwerken und Ressourcen, kennzeichnen zunehmend die Situation in der klinischen, pflegerischen und sozialen Fachpraxis. Diese Vielfalt der Anforderungen verlangt nach stärkerer Teambildung und Vernetzung der professionellen Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen.
Das auf dem Poster präsentierte, hochschulübergreifende und interprofessionelle Lehrprojekt mit MedizinstudentInnen der Uniklinik Freiburg, Studierenden der Angewandten Pflegewissenschaft, der Berufspädagogik im Gesundheitswesen und der Sozialen Arbeit der Katholischen Hochschule Freiburg verfolgt folgende Ziele:
– Vermittlung einer aktiven „interprofessionellen Früherkennungsstrategie", zur Identifikation des geriatrischen Patienten und seiner relevanten alltagsrelevanten Einschränkungen auf der Basis verschiedener Instrumente (Geriatrie-Check, Geriatrisches Assessment).
– Verbesserung von Empathie, Ermöglichung von Selbsterfahrung und Entwicklung einer positiveren Einstellung gegenüber dem Alter durch den Einsatz von „Altersanzügen" (Perspektivenwechsel), verbunden mit Reflexion, um verschiedene altersbedingte Einschränkungen erfahrbar zu machen.
– Vermittlung relevanter professioneller Fallstricke und Hürden, unter Berücksichtigung der häufigsten geriatrischen Syndrome bei Multimorbidität, Fraility, „underreporting" auf der Basis von Fallbeispielen.
– Vermittlung relevanter sozialrechtlicher Aspekte, z. B. Kompetenzen zur Beratung bei Pflegebedarf, bei der Beantragung eines Pflegegrades, einer Reha-Maßnahme oder eines Behindertenausweises.
Skizziert werden auf dem Poster auch die Ergebnisse der summativen und formativen Evaluation des Projekts, das vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg in der Sonderlinie Medizin – Förderlinie Lehre – für zwei Jahre finanziell unterstützt und ermöglicht wurde.

P123
Freiheitsentziehende Maßnahmen bei geriatrischen Patienten im klinischen Alltag

S. Ritzi
Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei geriatrischen Patienten im klinischen Alltag ist von andauernder Aktualität. Aus einem unreflektierten Umgang mit solchen Maßnahmen erwächst die Gefahr, dass sie als medizinische bzw. pflegerische Selbstverständlichkeit gelten. Dabei ist sowohl die fachliche und rechtliche als auch die ethische Frage der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege alter Menschen umstritten: Bei genauerem Hinsehen erweisen sich solche Maßnahmen als in vielerlei Hinsicht problematisch. Im Sinne des Art. 2 Abs. 2 GG ist jede Maßnahme, die die körperliche Bewegungsfreiheit auch noch so kurzfristig einschränkt, ein Eingriff in die Grundrechte des Menschen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind davon nicht ausgenommen. Als spezielle Form von Gewalt sind freiheitsentziehende Maßnahmen die Ultima Ratio. Die konkrete Forderung an die beteiligten Akteure besteht darin, im Sinne der Betroffenen stets das mildestmögliche Mittel anzuwenden, sodass eine Maßnahme, die dem Wortlaut entsprechend die (Handlungs-/Bewegungs-)Freiheit entzieht, möglichst verhindert wird. Ethisch ist diese Suche nach alternativen Mitteln von dem Bewusstsein motiviert, dass den Pflegenden ein moralischer Anspruch trifft, den man mit Immanuel Kant als kategorischen Imperativ oder mit Emmanuel Lévinas als Antlitz des Anderen benennen kann. Im pflegebedürftigen Menschen begegnet uns ein freies Würdewesen, das Zweck an sich ist und deswegen nicht instrumentalisiert, heteronom bestimmt und paternalistisch bevormundet werden darf. Es ist dieser ethische Anspruch, der im Grundgesetz formuliert und in den einzelnen Gesetzessammlungen ausbuchstabiert wird. Vor dem Hintergrund einer Ethik, die sich dem Schutz der personalen Würde des Menschen, die sich in seinen Freiheitsrechten äußert, verschrieben hat, sind freiheitsentziehende und damit potenziell die Würde antastende Handlungen stets eine Grenzsituation. Nur in streng regulierten Ausnahmefällen kann ein Freiheitsentzug zugunsten der Gesundheit und des Wohlbefindens der Betroffenen in Kauf genommen werden. Unter Berücksichtigung von nationalen und internationalen Wissensbeständen wird im Rahmen dieser Forschung zunächst ein systematisches Review erarbeitet. Basierend auf den Ergebnissen desselben soll dann nach der laufenden Pilotphase eine interdisziplinär angelegte „Mixed-methods"-Studie über die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus durchgeführt werden.

P124
9 × Ofra – Selbstbestimmt Wohnen in Oberfranken: der Familienrat als Instrument für nachhaltige Lösungen zum selbstbestimmten Wohnen für Personen mit Hilfebedarf

F. Damm, A. Beyer, M. Schulz, J. Hauffe[1], A. Zahneisen[2], F. R. Lang
Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland; [1]Sozialstiftung Bamberg Altenhilfe gGmbH, Bamberg, Deutschland; [2]Joseph Stiftung, Bamberg, Deutschland

Ziel des multidisziplinären Projekts „9 × Ofra – Selbstbestimmt Wohnen In Oberfranken" ist es, älteren Familienangehörigen mit Hilfebedarf das selbstbestimmte Wohnen im eigenen Heim zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, wird der bislang nur in der Jugendarbeit eingesetzte Familienrat angepasst und weiterentwickelt, um die beteiligten Familiensysteme fachkundig zu unterstützen, die für sie passenden, alltagsnahen Lösungen zu identifizieren und gemeinsam innerhalb der Familie umzusetzen. In dem im Januar 2018 begonnenen Projekt werden zunächst unter psychogerontologischer Anleitung die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen, aber auch Sorgen des hilfsbedürftigen Angehörigen und seines sozialen Netzwerks erfasst. Auf der Basis dieser Erhebungen werden gemeinsam Lösungen im Familienrat erarbeitet und die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung dieser Lösungen geklärt und umgesetzt. Neben sozialen, beratenden, baulichen und medizinischen Maßnahmen liegt ein Fokus darauf, den Zugang zu technischen Assistenzlösungen zu begleiten und zu erleichtern. Zusätzlich werden im Rahmen des Projekts neben den psychologischen, sozialen und objektiven Wohn- und Lebensbedingungen der umsorgten Person auch der Prozess des Familienrats sowie die Art der gewählten Lösungen und deren Umsetzung und Akzeptanz aus Sicht aller beteiligten Akteure über den Zeitraum von mehreren Monaten wissenschaftlich evaluiert. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die heterogenen Problemstellungen und Bedürfnisse der einzelnen Familiensysteme in der Bandbreite und Anzahl der vereinbarten Maßnahmen widerspiegeln. Weiterhin ist eine hohe und zeitnahe Umsetzrate der Maßnahmen zu beobachten. Während teilnehmende Familien den Familienrat als positiv bewerten, sind jedoch nicht alle interessierten Familien bereit, sich darauf einzulassen. Weitere Grenzen zeigen sich in der Dynamik der oft schon sehr belasteten Situationen – Bedürfnislagen ändern sich mitunter kurzfristig und maßgeblich. Die Erkenntnisse über das Zusammenwirken von heterogenen sozialen Netzwerken in Versorgungssituationen sowie die Befunde zu Akzeptanz und Wirksamkeit der erarbeiteten Lösungen werden den beteiligten Projektpartnern aus Gesundheit, Wohnen und Handwerk zur Verfügung gestellt.

P125
Alleinlebende ältere Menschen mit Pflegebedarf – Determinanten nachhaltiger und bedarfsorientierter Pflegeverläufe

A. Drewniok
Fachbereich Sozialwesen, Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach, Deutschland

Der Anteil älterer Menschen in Deutschland steigt kontinuierlich. Im Altersgang nimmt aufgrund von Unterschieden der Lebenserwartung von Männern und Frauen sowie einem vielschichtigen Wandel der familiären und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Zahl alleinlebender Personen zu. Mit steigendem Alter sind gleichzeitig Tendenzen für eine Abnahme der sozialen Unterstützungsressourcen aus dem nahen sozialen Umfeld festzustellen. Dabei erhöht sich das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ab dem 65. Lebensjahr im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen stark. In Zukunft wird somit die Zahl von alleinlebenden pflegebedürftigen Personen, die nicht auf eine Unterstützung aus dem familiären Umfeld zurückgreifen können, deutlich wachsen.
Die Lebenssituation alleinlebender pflegebedürftiger Menschen in Deutschland ist aufgrund der limitierten nationalen Forschungsbefunde nicht in einer hinreichenden Differenzierung darstellbar. Dabei sind Anzeichen von scheinbaren Grenzen und Defiziten einer nachhaltigen und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung von alleinlebenden Personen erkennbar. Dazu zählen z. B. die hohe Quote von alleinlebenden Pflegebedürftigen, die in eine stationäre Versorgungsform überwechseln (müssen) und die nach wie vor mangelnde Vernetzung von bedarfsgerechten Dienstleistungen vor Ort.
Die zentralen Strukturen und Komponenten der Lebenswelt alleinlebender älterer Personen mit Pflegebedarf sowie die Architektur ihrer Pflegearrangements stehen im Mittelpunkt einer kooperativen Dissertation an der Universität Vechta (Fakultät Bildung und Gesellschaftswissenschaften) und der Hochschule Niederrhein (Fachbereich Sozialwesen) mit dem Titel: „Alleinlebende ältere Menschen mit Pflegebedarf – Determinanten nachhaltiger und bedarfsorientierter Pflegeverläufe". Der Posterbeitrag möchte einen Überblick über das Design und die methodische Anlage des Forschungsvorhabens geben.

P126
Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen – auf dem Weg zum sorgenden Landkreis

F. Wernicke
IFF Wien, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Freiburg, Deutschland

Bundesweit einzigartig wird derzeit im Landkreis Tuttlingen die Entwicklung und anschließende Implementierung eines Konzeptes zum Schutz erwachsener Personen mit besonderem Schutzbedarf erarbeitet. Auf Initiative des Landkreises und unter Beteiligung praxisrelevanter AkteurInnen (u. a. Sozialamt, Pflegestützpunkt, ambulante und stationäre Pflegedienste Polizei, Kranken- und Pflegekassen) entstehen innerhalb sog. Themen-Tische spezifische Konzepte zum Schutz von Menschen in vulnerablen Lebenslagen. Das Projekt „Erwachsenenschutz im Landkreis Tuttlingen – Entwicklung und Umsetzung eines Konzepts im Sinne der Caring Community" wird vom Land Baden-Württemberg mit insgesamt 110.000 € unterstützt.
In ersten Arbeitstreffen konnten anhand von Fallanalysen und moderierten Diskussionen bereits vier für den Landkreis relevante Themenbereiche identifiziert werden. Diese werden durch speziell gegründete Arbeitsgruppen (Themen-Tische) über die kommenden 2,5 Jahre weiterbearbeitet.
Ziel ist es, einen demütigungsfreien Alltag – frei von Fixierung, Freiheitsentzug, Gewalthandlungen und sozialer Isolation – für vulnerable erwachsene Menschen zu ermöglichen. Unter dem Leitmotiv guten Lebens (Nussbaum, 1999) wird so ein eigenes tragfähiges Schutzinstrument [analog zum Kinder- und Jugendschutz] entwickelt.
Inhaltlich und wissenschaftlich werden alle Beteiligten dabei von AGP Sozialforschung (Freiburg) begleitet. In regelmäßigen Workshops und Schulungen werden Grundlagen des Case-Managements vermittelt, projektrelevante Rechtsfragen sowie jene mit ethischer und sozialer Tragweite diskutiert. Ziel ist es, eine landkreisweite Netzwerkstruktur mit spezifischen, konzertierten Handlungs- und Kooperationsmustern zu etablieren, die die besonderen Bedarfe betroffener Personen selbstverständlich in den Blick nimmt.
Das Poster zeigt die inhaltlichen und methodischen Grundlagen des Projektes und gibt einen Einblick in die bisherigen Arbeitsergebnisse.

P127
IBH-Lab AAL: technische Assistenz in schon stark mobilisierten Quartieren verstärken – ein Dreiländerprojekt

U. Otto, A. Hegedüs, G. Kempter[1], A. Kofler[2], E. Maier[3], C. Kunze[4]
Careum Forschung, Dep. Gesundheit Kalaidos Hochschule Zürich, Zürich, Schweiz; [1]UCT Research, Fachhochschule Vorarlberg, Dornbirn, Österreich; [2]Institut für Facility Management, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wädenswil, Schweiz; [3]Informations- und Prozessmanagement, FHS St. Gallen, St. Gallen, Schweiz; [4]Institut Mensch, Technik, Teilhabe, Hochschule Furtwangen, Furtwangen, Deutschland

Hintergrund: Die Expertengruppe, die das EU-AAL-Programm von 2008 bis 2013 evaluierte, bescheinigte zwar gute Fortschritte im Bereich der Forschung, Entwicklung und Innovation. Aber die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen sowie eine breite Marktdurchdringung ließen noch auf sich warten. Das fordert F+E-Konzepte sehr grundsätzlich heraus. Das „IBH-Lab AAL" stellt sich der Herausforderung, die AAL-Technologien und die angeschlossenen Dienste (Technik-Service-Kombinationen) in der Bodenseeregion einer nachhaltigen Nutzung zuzuführen. Grenzüberschreitend und im Einklang mit den länderspezifischen Versorgungssystemen und technischen Standards. Die Konfrontation mit Realbedingungen ist zentral: In drei Vertiefungs- und dem Rahmenprojekt werden die Benutzenden-, Technik-, Netzwerk- und Marktbarrieren identifiziert und Maßnahmen zu deren Überwindung ausgearbeitet und getestet.
Material und Methoden: Im Projekt wird untersucht, wie Quartiersentwicklungskonzepte und technische Assistenzsysteme wechselseitig von einer integrierten Betrachtung profitieren können. Da nachhaltige Quartiersentwicklung nur in langfristigen Prozessen entstehen kann, bieten gerade bereits stärker bürgerschaftliche mobilisierte Quartiere hier besonderes Potenzial. Explizit wird – als USP des Vertiefungsprojekts – mit Quartieren kooperiert, die bereits fortgeschrittene Quartiersprozesse durchlaufen haben.
Projektziele: Das Projekt erarbeitet auf der Basis der Pilotierung und der systematisch initiierten Lernprozesse auf Basis des internationalen Vergleichs Anforderungen an AAL-Lösungen (Produkte und Dienstleistungen) spezifisch für den Einsatz im Quartierskontext. Handlungsempfehlungen sollen eine breite und länderübergreifende Übertragung der Erfahrungen auf andere Kommunen im Bodenseeraum ermöglichen. Und in den beteiligten Kommunen besonders nachhaltige technikunterstützte Quartiersentwicklung weitertreiben.
Projektangaben: Finanzierung: Interreg-Programm „Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein"; Laufzeit: 2017–2021; beteiligte Hochschulen des Vertiefungsprojekts: HS Furtwangen (Lead), FH Vorarlberg, FHS St. Gallen, Kalaidos FH/Careum Forschung Zürich, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften; diverse Sozialdienst- und Technologieanbieter als F+E- und Umsetzungspartner. Das Poster stellt die ambitionierte Projektanlage, das F+E-Vorgehen des Teilprojekts und seine Einbettung ins Mantelprojekt IBH-Lab AAL dar.

Gerontologie 4 (P129–P138)

P129
Berufliche und gesellschaftliche Integration von Migranten durch intergenerationelles Mentoring (BEGIN)

J. Bennett, B. Schwarz[1], C. Neuenschwander, D. Romano, B. Berweger[1], P. Indergand[2]
Institut Alter, Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz; [1]Angewandte Psychologie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürich, Schweiz; [2]Institut für Multimedia Production, Angewandte Zukunftstechnologie, Hochschule für Technik und Wirtschaft Chur, Chur, Schweiz

Wie kann der Berufseinstieg von Migranten mit heterogenem Bildungshintergrund durch ein intergenerationelles Mentoring-Programm gefördert werden? Basierend auf einer Auswertung bestehender Schweizer Mentoring-Programme zur beruflichen Integration sowie leitfadengestützter Interviews mit angehenden Pflegehelfenden mit Migrationshintergrund sowie mit Leitungspersonen von Pflegedienstleistern wird ein Mentoring-Programm (BEGIN) entwickelt, in welchem ältere Freiwillige als Mentoren zum Einsatz kommen und mit angehenden Pflegehelfern (Mentees) zusammenarbeiten. Der Fokus des Mentorings liegt dabei auf der Stärkung kultureller, sprachlicher und sozialer Kompetenzen. Zur Unterstützung von Mentoren und Mentees werden multimediale Arbeitsmaterialien zu inhaltsanalytisch ermittelten Lernfeldern entwickelt. Als Praxispartner ist das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) mit seinem Lehrgang Pflegehelfer eingebunden. Das SRK plant, das Mentoring nach Projektende unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse in seine ständige Angebotspalette aufzunehmen. Präsentiert werden die Ergebnisse zur „good practice" von Mentoring-Programmen zur beruflichen Integration, die zu bearbeitenden soziokulturellen Lernfelder sowie Beispiele der verwendeten Arbeitsmaterialien. Die Ergebnisse der Evaluation des ersten Programmdurchlaufs liegen im März 2019 vor. Das Projekt verknüpft drei sozialpolitische Handlungsfelder: 1. die Sicherstellung von Altenpflege und -betreuung, 2. die Stärkung der Generationensolidarität, inkl. Fragen der Sinnstiftung und Weiterentwicklung im späteren Erwachsenenalter, und 3. die Migration und zunehmende Multikulturalität unserer Gesellschaft und die Frage der strukturellen Integration von Migranten. Das Mentoring-Programm BEGIN will durch persönliche intergenerationelle und interkulturelle Kontakte nicht nur die Voraussetzungen von Migranten für die berufliche Integration verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Verständigung zwischen den Kulturen und Generationen leisten. Den älteren Freiwilligen kommt im Projekt eine Schlüsselposition zu. Ihr Humankapital wird zur Sensibilisierung von Migranten für die Schweizer Kultur eingesetzt. Sie kommen zudem an der Schnittstelle der Themen Fachkräftemangel und kulturelle Diversität als vollwertige Partner der professionellen Institutionen zum Einsatz und verbinden in ihrer Funktion als Mentoren das SRK, die angehenden Pflegehelfer, die Leistungserbringer der Pflege und die Pflegebedürftigen.

P131

Prävention im Alter: die Zuordnung von Risiken und Ressourcen im Alter aus kommunaler Bürgersicht

C. Leopold, S. Pohlmann

Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Abteilungsleitung Interdisziplinäre Gerontologie, Hochschule München, München, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Prävention im Alter erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen: in jüngeren Jahren, im Alter selbst, ganz individuell oder durch die Nutzung öffentlicher Angebote. Für die kommunale Planung sind die Bedarfe der eigenen Bürger für die Entwicklung geeigneter Unterstützungsangebote extrem wichtig. Unsere Abteilung für Interdisziplinäre Gerontologie wollte mit der Untersuchung ermitteln, welche Vorstellungen Bürger von ihrem Umgang mit Risiken und Ressourcen im Alter haben.
Material und Methoden: Es wurde ein vierseitiger Fragebogen (23 Items, offene und geschlossene Antwortvorgaben) im Zuge einer Quasivollerhebung an 80 % der volljährigen Wohnbevölkerung eines Stadtteils (n(80 %) = 2584) einer deutschen Mittelstadt (n = 73.500) verschickt.
Ergebnisse: Bei einem Rücklauf von 17 % wurden 429 Fragebogen über alle Altersgruppen ausgewertet (MW 51,3 Jahre). Es sind 79 % der Befragten der Überzeugung, dass sie aktuell etwas für die Milderung späterer Risiken tun können. Von den Befragten sehen 34 % nicht, dass sie dabei von der Kommune unterstützt werden können. Je besser die aktuelle Lebenssituation, desto wahrscheinlicher war eine positive Präventionsüberzeugung.
Die Zuordnung eingesetzter Ressourcen bei entsprechenden Risiken ergab diese Konstellationen: Bei „geistig nicht fit", „kann mich nicht außerhalb der Wohnung bewegen" wird überwiegend auf den Einbezug von Freunden, Familie, Bekannten zurückgegriffen. „Gesundheitliche und finanzielle Probleme" aktivieren meist die Hinzunahme eines Beraters, da hier die eigenen Ressourcen nicht ausreichen. „Fühle mich nicht mehr gebraucht" wird häufig mit „tue ich nichts" beantwortet, bzw. bei Vereinsamung wird die Problemlösung zunächst bei sich selbst gesehen. An die Kommune wird primär der Wunsch nach Erhalt der Selbstständigkeit adressiert. Die Information über die dafür vorgehaltenen Präventionsangebote soll vorrangig über eine Beratungsstelle erfolgen.
Schlussfolgerung: Die Mehrheit der Befragten ist der Überzeugung, frühzeitig ihren Altersrisiken entgegenwirken zu können. Unterschiedliche gesundheitliche und soziale Risiken können nach eigener Einschätzung mit privaten Mitteln bewältigt werden. Das Unterstützen der Kommune wird zuvörderst bei elementaren Bedrohungen gefordert.

P132

Die Lebenszufriedenheit und ihre Subdimensionen – Veränderungen der Wichtigkeit im Zeitverlauf der informellen Pflegetätigkeit

R. Gerlich

Careum Forschung, Dep. Gesundheit Kalaidos Hochschule Zürich, St. Gallen, Schweiz

Die Bewertung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergibt sich aus gesammelten Bewertungen unterschiedlicher Bereiche des Lebens. Dabei schreiben Menschen je nach Lebenslage den Subdimensionen der Lebenszufriedenheit je eine unterschiedliche Wichtigkeit zu. Doch wie verändert sich diese Gewichtung, wenn einschneidende Lebensereignisse eintreten, die das Potenzial haben, Bedeutungen zu relativieren? Wie verändern sich die Bedeutungen der Subdimensionen der Lebenszufriedenheit über den zeitlichen Verlauf einer informellen Pflegetätigkeit?
Die Analysen basieren auf den Daten des SOEP, welches seit 1997 jährliche Informationen über die häusliche Pflegetätigkeit bereithält. Die Verwendung von Panel-Daten erlaubt es, intraindividuelle Veränderungen über die Kontrolle der zeitkonstanten unbeobachteten Heterogenität abzubilden. Das longitudinale Studiendesign erlaubt zusätzlich, eine Regewichtung der Subdimensionen über die Zeit zu identifizieren.
Es zeigt sich, dass Personen, die ihre Angehörigen innerhalb desselben Haushalts pflegen, den Subdimensionen der Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf veränderte Bedeutungen zukommen lassen. So nimmt die Bedeutung des Familienlebens und der eigenen Gesundheit über die Zeit der Pflegetätigkeit zu, während sich die Bedeutung des Haushaltseinkommens reduziert.

P133

Renteneintritt bei Pendlern – wie sich eine hohe Pendeldistanz auf das Verschieben des Renteneintrittsalters auswirkt

R. Gerlich

Careum Forschung, Dep. Gesundheit Kalaidos Hochschule Zürich, Zürich, Schweiz

Davon ausgehend, dass eine hohe Pendeldistanz zwischen Wohn- und Arbeitsort eine Belastung darstellt und sich auf verschiedene Lebensbereiche niederschlägt, ist davon auszugehen, dass ältere Arbeitnehmer einen früheren Renteneintritt vorziehen, wenn sie täglich weite Strecken zurücklegen müssen.
Eine „survival analysis" auf Basis des SOEP zeigt aber, dass dem nicht so ist: Ältere Pendler (40+), die täglich mindestens 6 h arbeiten und eine Pendelstrecke von mindestens 40 km/Weg zurücklegen, verlassen den Arbeitsmarkt sogar signifikant später als Nichtpendler. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ist dabei nicht festzustellen.
Weitere Analysen werden zeigen, inwiefern sich dieses kontraintuitive Ergebnis ggf. durch weitere Variablen – wie Einkommen, Gesundheit(sverhalten) und/oder soziale Unterstützung – erklären lassen könnte.

P134

Eine Analyse des Bildungsbedarfs älterer Menschen im bayrischen Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen

A. Kenkmann, D. Sing, C. Ellßel[1], B. Götz[2], A. Käter[2], D. Dancs, S. Lettmair, J. Kröger, V. Voitl

Campus Benediktbeuern, Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern, Deutschland; [1]Katholische Stiftungshochschule München, München, Deutschland; [2]Kreisbildungswerk Bad Tölz-Wolfr. e. V., Bad Tölz, Deutschland

Hintergrund: Die Teilnahme älterer Menschen an Bildungsmaßnahmen hat einen positiven Effekt. Sie fördert ein aktives Altern und ist als Inklusionsmaßnahme Bestandteil der Seniorensozialplanung. Im ländlichen Raum ist es oft schwierig, ein breitgefächertes Angebot flächendeckendeckend anzubieten, sodass eine dem Bedarf angepasste Bildungsversorgung für ältere Menschen und deren Lebensqualität wesentlich ist.
Ziel der Arbeit: Eine Untersuchung der realen und von Seniorenbeauftragten und Einrichtungen beschriebenen Bildungsinteressen und -bedarfe von Senioren (60+) im ländlichen Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen in Bayern.
Material und Methoden: Daten wurden mittels dreier Fragebogen, die in Zusammenarbeit mit Studierenden der Katholischen Stiftungshochschule München, Campus Benediktbeuern und dem Kreisbildungswerk Bad Tölz entwickelt und ausgewertet wurden, erhoben. Senioren (n = 99), Seniorenbeauftragte (n = 16) und Verantwortliche von Einrichtungen, die in der Seniorenbildungsarbeit tätig sind (10), beteiligten sich an der anonymen Erhebung.
Ergebnisse: Interesse an Bildungsveranstaltungen im Bereich Biografiearbeit und Generationsdialog nimmt im Alter zu (p < 0,05), während die Themen Pflege und Wohnen (p < 0,005), Recht und Finanzen (p <= 0,05) auf zunehmend weniger Interesse im Alter stoßen. Seniorenbeauftragte und Verantwortliche von Einrichtungen schätzten das Interesse an Veranstaltungen im Bereich Musik, Kunst und Sinnorientierung sowie Angebote zur Gestaltung der Übergänge in den nachberuflichen Bereich unterschiedlich ein als Senioren selbst. Auch der Umgang der Senioren mit neuen Medien wurde von diesen Gruppen unterschiedlich eingeschätzt.

Schlussfolgerungen: Eine Befragung der Senioren selbst ist erforderlich, um passende Bildungsangebote zu entwickeln. Auch müssen bei der Angebotsentwicklung für Senioren alterspezifische Präferenzen in Betracht gezogen werden. Mehr Forschung ist erforderlich, zum Verständnis des mit dem Alter abnehmenden Interesses an Themen wie Pflege und Wohnen.

P135
„Weak ties get you in the job, strong ties keep you"

L. Naegele, C. Plath[1]

Fachgebiet Altern und Arbeit, Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland; [1]Pädagogische Psychologie, Universität Vechta, Vechta, Deutschland

Vor dem Hintergrund demografischer Schrumpfungs- und Alterungsprozesse sowie einer gestiegenen Lebenserwartung sind ältere ArbeitnehmerInnen bereits seit geraumer Zeit in den Fokus von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft gerückt. Insbesondere eine Personengruppe übertrumpft dabei in Deutschland gerade alle Wachstumsraten älterer Beschäftigter: die erwerbstätigen RentnerInnen; d. h. Personen (65+), die auch über das offizielle Renteneintrittsalter hinaus erwerbstätig bleiben. Während viele Studien als Ursachen für diese Entwicklungen primär immaterielle Gründe und/oder zunehmende Prekarisierungsprozesse untersuchen, gibt es auch Hinweise für den Einfluss sozialer Netzwerke auf Ruhestandsentscheidungen: So zeigen Studien beispielsweise, dass der Ruhestand mit dem/der PartnerIn synchronisiert wird oder dass starke familiäre Netzwerke im Sinne eines „pull factor" einen frühen Arbeitsmarktaustritt begünstigen. Noch relativ wenig ist jedoch bekannt darüber, inwieweit sich berufliche bzw. professionelle Netzwerke auf Ruhestandsentscheidungen auswirken.
Auf der Grundlage des Sozialkapitaldiskurses sowie des interaktionistischen Rahmens PERSOC wird in diesem Beitrag argumentiert, dass die Unterschiede in der „Qualität" der zwischenmenschlichen Beziehungen die Entscheidung, nach der Pensionierung weiterzuarbeiten, (mit-)prägen. Verwurzelt in Granovetters Unterscheidung zwischen „starken" und „schwachen" Bindungen erwarten wir, dass, wenn „starke Bindungen" nicht nur zu Mitgliedern des persönlichen Netzwerks (Familienmitglieder, Ehepartner o. Ä.) bestehen, sondern auch zu beruflichen Kontakten, die Bereitschaft zu einer Weiterarbeit im Rentenalter steigt. Bei „schwachen Bindungen" ist dagegen nicht der gleiche Effekt zu erwarten. In einem ersten Schritt verwenden wir Daten aus der deutschen Transitions- und Alterspotenzialstudie (TOP), um die Hypothesen zu überprüfen. Da die TOP-Daten nur eine begrenzte Abbildung des eigenen beruflichen Netzwerkes erlauben, ist ein zweiter – qualitativer – Forschungsschritt notwendig. Basierend auf der Social Network Analysis (SNA) soll der Einfluss verschiedener „Stärken" von Netzwerkverbindungen auf die Beschäftigungsentscheidung nach dem Renteneintritt mithilfe von egozentrischen Netzwerkkarten überprüft werden.

P136
Modelle für den zukünftigen Arbeitsmarkt 45+

M. Meier, J. Bennett, P. Neuenschwander[1]*, C. Neuenschwander*

Institut Alter, Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz; [1]Zentrum Soziale Sicherheit, Soziale Arbeit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Wie sollen Arbeitgebende mit dem Phänomen der „shrinking workforce" umgehen? Wie können sie ältere Mitarbeitende möglichst lange und sinnvoll im Arbeitsprozess halten? Was benötigen Arbeitnehmende, damit sie bis zum ordentlichen Rentenalter oder sogar darüber hinaus im Arbeitsprozess verbleiben können und dies auch wollen?
Material und Methoden: Das Forschungsprojekt Modelle für den zukünftigen Arbeitsmarkt 45+ (MOZART) soll nach den Prinzipien der „evidence based practice" Lösungsansätze finden und tragfähiges Wissen zur Gestaltung von Arbeitsstrukturen und -bedingungen schaffen. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit einem Netzwerk von Vertretern aus Großunternehmen, KMU und Verwaltung, welches zentrale Probleme und Wissenslücken identifiziert, welche dem interdisziplinären Forschungsteam als Grundlage für die Implementierung und Evaluierung von Interventionen dienen.
Das Projekt MOZART ist Teil des größten Innovationsnetzwerks Alter der Schweiz (AGE-NT), in welchem vier Fachhochschulen und vier Universitäten nach sozial verträglichen und nachhaltigen Lösungen für die Lebensqualität der Menschen im dritten und vierten Lebensalter forschen.
Ergebnisse: Die Forschungsliteratur zeigt, dass wirksame und evidenzbasierte Interventionen zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit fast ausschließlich auf die Gesundheit am Arbeitsplatz abzielen, wogegen andere Aspekte (Motivation, Laufbahnplanung, Kompetenzerhalt etc.) vergleichsweise wenig erforscht sind. Zwar zeigt der Austausch mit dem Netzwerk und weiteren Praxispartnern, dass viele Arbeitgebende bereits Maßnahmen implementiert haben. Diese wurden aber oft weder standardisiert, publiziert noch wissenschaftlich evaluiert.
Die Ergebnisse zu den begonnenen Implementierungs- und Evaluationsprojekte werden größtenteils im zweiten Halbjahr 2019 vorliegen. Dementsprechend fokussiert der Vortrag das Untersuchungsdesign und die Einbettung des Projekts in den größeren Verbund AGE-NT.
Schlussfolgerung: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Projekt MOZART eine gesellschaftlich relevante Wissenslücke schließt. Die enge Zusammenarbeit mit der Praxis sichert dabei die Wirkung der entstehenden Interventionen und Evaluationen.

P137
Analyse des Bedarfs an Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention aus NutzerInnensicht im ländlichen Raum

S. Lechtenfeld, A. Kuhlmann, B. Bertermann, A. Ehlers

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie, Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

Gendergerechte und altersdifferenzierte Gesundheitsangebote werden vor dem Hintergrund eines vielfältigen Alter(n)sprozesses wichtiger. Besonders in ländlichen Räumen zeigt sich bei einem rückläufigen oder fehlenden Angebot die Bedeutung des (Wieder-)Aufbaus einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum ist Ziel des Projektes „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier" (gefördert durch: LeitmarktAgentur.NRW, Landesregierung Nordrhein-Westfalen und EFRE-NRW; Laufzeit 03/2017–03/2020). Angesprochen werden alle BürgerInnen, jedoch insbesondere Menschen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko. Vor allem chronisch erkrankte und ältere Menschen profitieren von einer vernetzten wohnortnahen Versorgung.
Eine Bedarfsanalyse aus Sicht potenzieller (älterer) NutzerInnen des Gesundheitszentrums stellt eine wichtige Grundlage für die Entwicklung eines nutzerorientierten und bedarfsgerechten Angebots dar. Hierfür wurden qualitative und quantitative Verfahren eingesetzt. Unter Einbezug der Ergebnisse der Quartiersbegehungen und Interviews mit VertreterInnen der Pilotstadtteile wurde ein standardisiertes schriftliches Erhebungsinstrument entwickelt. Mit diesem wurden die BürgerInnen ab 45 Jahren in den Pilotstadtteilen (Zufallsstichprobe $n = 3000$) befragt. Ziel der Untersuchung war es, den Bedarf an medizinischen und gesundheitsfördernden/präventiven Angeboten sowie die Bereitschaft zur Inanspruchnahme geplanter Angebote zu erfassen. Die Stichprobe zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Menschen mit einer lang andauernden Krankheit bzw. einem lang andauerndem gesundheitlichen Problem aus, die sich dadurch in ihrem Alltag eingeschränkt fühlen. Ein Drittel der Befragten unterstützt innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts eine hilfs- oder pflegebedürftige Person. Neben der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung geben die Erhebungsdaten Hinweise darauf, dass einzelne Bereiche der Gesundheitskompetenz unzureichend ausgeprägt sind. Die Ergebnisse bilden eine Grundlage für die Konkretisierung der Angebote im Gesundheitszentrum und werden im Rahmen des Beitrages vorgestellt und diskutiert.

Gerontologie 5 (P139–P148)

P139
Social health and associated factors for people screened positive for dementia in primary care

F. Schumacher-Schönert, W. Hoffmann[1], J. R. Thyrian
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Greifswald, Germany; [1]Versorgungsepidemiologie und Community Health, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Germany

The importance of social consequences of dementia have to receive as much attention as the cognitive consequences. Additionally, it is important to focus on how to deal with these social consequences to optimize quality of life for people with dementia (PwD). The concept of social health is not operationalized for dementia, although its three dimensions appear relevant for the social health of people with dementia in light of the difficulties they encounter in everyday life. Our topic focuses especially on the social inclusion of cognitively impaired people, stratified by gender and dementia severity in the context of the DelpHi-MV study. Research has consistently shown that social isolation and loneliness are related to negative health outcomes and that social support of various types and from various sources is associated with positive health outcomes. It is a challenge to assess the importance and necessity of fostering social inclusion for PwD further to the need of social support by their caregivers. In this study we test the assumption that PwD need to be part of a functional social network. The analyses are based on cross-sectional data of the general practitioner (GP)-based, randomized, controlled intervention trial DelpHi-MV (Dementia: life and person-centered help). A total of 6,838 patients were screened for dementia in 136 GP practices; 17.1% were screened positive, 54.4% of those agreed to participate and cross-sectional data could be solicited in 516 subjects. Among other things we assessed age, sex, living situation and the cognitive status. Social support was assessed using the questionnaire on social support (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, FSozU) a psychometrically sound questionnaire with 22 items in short form and 512 valid assessments could be documented. We conducted descriptive analysis stratified by dementia severity and also gender and fitted a multivariable regression model. We expect that there is a specific coherence between the degree of social inclusion for PwD and their assessed dementia severity. Moreover, we expect a positive influence of a social wellbeing on the dementia severity and enclosed systematic differences between the gender and dementia severity with respect to the social inclusion of PwD. Our analyses contribute quantitative evidence on social support in dementia, raise awareness of the social dimension in wellbeing of PwD and give helpful hints on factors that could serve as targets for intervention.

P140
Demenziell veränderte Raumwahrnehmung in Erzähltexten der Gegenwartsliteratur

M. Zirves, M. Eggers[1]
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln, Köln, Deutschland; [1]Institut für deutsche Sprache und Literatur I, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Die Literatur strebt seit den 1980er-Jahren vermehrt danach, das subjektive Erleben von Demenzkranken nachzuvollziehen und zu kommunizieren. Veränderungen der räumlichen Wahrnehmung sowie sich verschlechternde Orientierung sind im Zuge dieser Erkrankung weitreichend. Das schwindende Bewusstsein für die eigene Situation kann von außen jedoch kaum erfasst und sprachlich wiedergegeben werden. Ziel der Studie ist herauszustellen, wie demenziell veränderte Raumwahrnehmung in der deutschen Gegenwartsliteratur thematisiert und dargestellt wird.
Material und Methoden: Die Erzähltextanalyse wird basierend auf Piagets Entwicklungsmodell zur Ausbildung räumlichen Wissens bei Kindern begrifflich vorbereitet. Zudem werden divergierende theoretische Möglichkeiten der Raumdarstellung und -analyse in der Literaturwissenschaft dargestellt (insb. Foucault, Bollnow, Assert). Im Fokus stehen die narratologische Beschreibung von Raum, dessen phänomenologische Betrachtung sowie der Einfluss von Erinnerung auf die Orientiertheit. Die erarbeiteten Grundlagen werden auf eine Auswahl gegenwartsliterarischer Texte übertragen und am Material überprüft.
Ergebnisse: In den neun Texten divergierender Art (Roman, Biografie, Erzählung) fungieren als Schauplätze das Eigenheim, die unmittelbar daran anschließende Umgebung sowie Krankenzimmer in Pflegeeinrichtungen. Erzählsituation und Fokalisierung finden aus Sicht eines Betroffenen, Angehörigen oder unbeteiligten Erzählers statt. Es wird durchweg ein subjektivierter Imaginations- und Vorstellungsraum beschrieben, der insb. zielloses Suchen, Fehlwahrnehmungen und Orientierungsverlust beinhaltet. Die Unmöglichkeit der real subjektiven Darstellung drückt sich über syntaktische Schwundstufen und Metamorphisierungen aus, die die abweichenden Wahrnehmungen der Erkrankten sprachlich stilisieren.
Schlussfolgerung: Literatur ermöglicht seit jeher, sich in die Gedankenwelt eines anderen Subjekts einzufühlen und sich mit Schicksalsgefährten zu identifizieren. Auf diese Weise kann sie die seelische Gesundheit der Pflegenden von Demenzerkrankten unterstützen. Ob sie jedoch dem Anspruch des Nacherlebens der dementen Raumwahrnehmung gerecht werden kann, steht weiterhin zur Debatte. Die Ergebnisse der Studie bilden so die Grundlage für weitere Analysen.

P141
Probleme beim Eintritt in Altenheime – soziale Strategien und Lebensqualität

B. P. Mann
Institut für Soziologie, Campus Koblenz, Universität Koblenz-Landau, Unkel a. Rhein, Deutschland

Hintergrund: Der Altenheimeintritt ist eher unerwünscht in der Biografie. Subjektiv kann er als Ausgrenzung, Identitäts- und Sinnkrise (Wiswede) erlebt werden. Identitätskrise wird definiert als ein gebrochener Bezug zu sich selbst, zu anderen, zur Gesellschaft und zur Natur (Galtung). Pädagogisch-psychologisch wird von der Erfahrung „auf der Grenze" (Tillich) gesprochen; dieses Erleben kann persönlichkeitsbildend sein. Jenseits dieser Erfahrung stellt sich im Kontext der „Interventionsgerontologie" (Lehr) die Frage nach dem „Einblick in die inneren Abläufe" der Krisenbewältigung zur „Mitgestaltung und Mitverantwortung des Lebens in der Gesellschaft" (Specht). Es wird davon ausgegangen, dass die Qualität der Altenheime und der Heimalltag als „sinnhaftes Handeln" (Weber) im Erleben eine individuelle und institutionelle Qualität aufweisen (Specht), zumal Altern facettenreich ist (Oswald, Thomae).
Material und Methode: Die Basis sind Studien des Autors zur „institutionellen Qualität" mit Blick auf die Angebote Nürnbergs ($n = 35$ Altenheime) wie zum „individuellen Coping" mit Blick auf die Identitätsförderung im Kontext von Aktivitätstheorie und Logotherapie, Salutogenese und Resilienz.
Ergebnisse: Das Altenheimangebot zeigt, dass es sich um differenzierte Offerten handelt (geografisch-ökologische Umgebung, Innenarchitektur mit Farbgebung, Funktionsräume, Gemeinschäftsräume und Sozialhygiene, Pflege wie der Schutz der Privatheit). Insofern ist die alternssoziologische Evaluation vor dem Heimeintritt (Platt) ein Beitrag zum „Coping", so neuerdings die Stiftung Warentest. Durchaus wird anwendungsorientiert „Probewohnen" erörtert. Zum Schutz vor Distanzierungs-, Kontakt- und Orientierungsstörungen gewinnt ein subjektiv erwünschtes Aktivitätsniveau salutogene Bedeutung. Ansätze wie die Kontinuitätsthese, Logotherapie (Frankl), Förderung von „Ich-Du-Beziehungen" (Buber) mit Freundschaften im Alter (Wurzbacher) wie die Psychotherapie (Radebold) mit der Überwindung von „erlernter Hilflosigkeit" (Seligman) sind Stützen für die Resilienz bei Identitätskrisen (Olbrich).
Schlussfolgerung: Sozialphänomenologisch zeigt die Untersuchung, dass die soziale Gerontologie Ansatzpunkte aufdecken kann, um personale und soziale Hilfestellungen (Schmitz-Scherzer) anzubieten, die Gesundheit zu

stärken und salutogene Situationen (Antonovsky) zu schaffen. Das Ziel bleibt die Zufriedenheit (Lehr) im Prozess eines facettenreichen Alterns.

P142

Informelle Pflege und Unterstützung bei altersassoziierten Einschränkungen. Ergebnisse aus zwei bundesweiten repräsentativen Studien

A. Teti, S. Nowossadeck[1], E. Nowossadeck[2], A. Rommel[2]

Institut für Gerontologie, Universität Vechta, Vechta; [1]Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, Deutschland; [2]Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Der Anteil an älteren Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen steigt in Deutschland stetig. Viele von diesen sind vorübergehend oder dauerhaft auf professionelle und informelle Unterstützung und Pflege angewiesen. Nach amtlicher Pflegestatistik wird von knapp 3 Mio. anerkannten Pflegebedürftigen ausgegangen, von denen über 70 % zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste betreut werden. Die Pflegestatistik erfasst allerdings nur Pflegeleistungen, die im Rahmen des SGB XI erfolgen. Demnach bleibt bisher unklar, wie viel informelle Unterstützung und Pflege von Privatpersonen an nichtanerkannt pflegebedürftigen, jedoch hilfsbedürftigen Menschen, geleistet wird. Dieser Beitrag liefert eine systematische Schätzung der Zahl von pflege- und unterstützungsleistenden Privatpersonen in Deutschland.
Material und Methoden: Die vorliegende Analyse basiert auf GEDA- und DEAS-Daten: Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist ein telefonischer Survey zur Gesundheit von Erwachsenen (15 bis 80 Jahre). Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine Quer- und Längsschnittbefragung von Personen (40 Jahre und älter), die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden. Zum Zweck der Vergleichbarkeit beider Surveys wurde ein Subsample von Befragten im Alter zwischen 40 und 79 Jahren gebildet und der Anteil an Privatpersonen eruiert, die regelmäßige Pflege und Unterstützung leisten. Die alters- und geschlechtsspezifische Darstellung der Ergebnisse liefert differenzierte Aussagen über den geleisteten Umfang an Pflege und Unterstützung.
Ergebnisse: Für das Referenzjahr 2014 beträgt der Anteil an Privatpersonen, die informelle Pflege für Pflegebedürftige leisten, 4,5–7,8 % der deutschen erwachsenen Bevölkerung. Als deutlich größer erweist sich allerdings die Gruppe der Pflege- und Unterstützungsleistenden von nichtanerkannt pflegebedürftigen, jedoch hilfebedürftigen Menschen mit einem Bevölkerungsanteil von rund 11,0 %. Basierend auf der alters- und geschlechtsadjustierten Prävalenzschätzung von Pflege- und Unterstützung wird abschließend eine Hochrechnung der tatsächlichen numerischen Größe dieser unterschiedlichen Gruppen nach verschiedenen Entwicklungsszenarien vorgenommen.

P143

Kleinigkeiten machen den Unterschied: eine Nutzerstudie mit GPS-Geräten in der häuslichen Pflege bei Demenz

H. Megges, S. D. Freiesleben, C. Rösch, L. Wessel[1], O. Peters[2]

ECRC, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; [1]Wirtschaftsinformatik, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland; [2]Klinik für Psychiatrie, Modul Altersmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Im Bereich assistive Technologien bei Demenz gelten GPS-Geräte als vielversprechende Hilfen für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige. Bereits verfügbare Produkte werden jedoch selten genutzt. Das von der deutschen Alzheimer-Gesellschaft geförderte Forschungsprojekt „Validierung und Optimierung des individuellen Nutzens von Ortungssystemen bei Demenz – VODINO“ untersuchte im Rahmen einer Nutzerstudie die Anwendung zweier GPS-Uhren im Pflegealltag
Material und Methoden: Zwanzig Dyaden testeten zwei ähnliche GPS-Uhren, A und B, über jeweils vier Wochen im häuslichen Umfeld. Ein 2×2-Cross-over-Design (Sequenz AB|BA) mit zwei Studienphasen (T1–T2.1 und T2.2–T3) wurde angewendet. Es wurden die Benutzerfreundlichkeit (ISONORM 9241/10), die Bewertung der Funktionen (Telefon, Ortung) sowie der Designeigenschaften (Farbe, Schrift, Größe, Gewicht, Knöpfe, Akkulaufzeit) und die Produktzufriedenheit (zu Hause und im klinischen Setting) mit Likert-Skalen erfasst. Die Lebensqualität (EUROHIS-QOL) und die Belastung der pflegenden Angehörigen (ZBI) wurden erfasst. Abhängige und unabhängige t-Tests sowie einfaktorielle ANOVA wurden durchgeführt.
Ergebnisse: Siebzehn Dyaden wurden analysiert (Drop-out-Rate 10 %). Insgesamt wurde die Benutzerfreundlichkeit von beiden getesteten Systemen als „gut“ bewertet, und B wurde zu allen Erhebungszeitpunkten besser als A bewertet. Des Weiteren wurden die Telefonfunktion zu T2.1, die Designeigenschaften Schrift und Knöpfe zu T2.1 und T3 sowie die Akkulaufzeit zu T3 von B signifikant besser bewertet als A. Alle Designeigenschaften zusammengenommen zu T3 von B erzielten signifikant höhere Werte als von A. Menschen mit Demenz der Sequenz AB bewerteten alle Designeigenschaften zusammengenommen von A signifikant besser als Angehörige. Die Beurteilung der Produktzufriedenheit zu Hause war signifikant niedriger als im klinischen Setting. Lebensqualität und Belastung wurden durch die Nutzung nicht beeinflusst. Sequenzeffekte konnten nicht festgestellt werden.
Schlussfolgerung: Diese Nutzerstudie mit zwei ähnlichen GPS-Uhren konnte zeigen, dass spezifische Produkteigenschaften die Nutzung beeinflussen und von Menschen mit Demenz und Angehörigen unterschiedlich beurteilt werden. Zukünftig könnte eine Optimierung der Produkteigenschaften ermöglichen, dass durch Nutzung von assistiver Technologie im getesteten Bereich Lebensqualität gesteigert und Belastung gesenkt werden kann.

P144

Zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von älteren Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung aus Sicht der Betroffenen: ein partizipatives Vorgehen zur Entwicklung eines bedarfsorientierten Einschätzungsinstrumentes

L. Stölting, J. Greskötter, M. Hasseler[1]

Fakultät Gesundheitswesen, Campus Wolfsburg, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfsburg, Deutschland; [1]Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland wächst die erste Generation von älteren Menschen mit geistiger Behinderung heran. Eine angemessene bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte gesundheitliche und pflegerische Versorgung des älter werdenden Personenkreises ist zurzeit im Spannungsfeld der Kostenträger aufgrund fehlender Strukturen und Ressourcen im Versorgungssystem nicht möglich. Menschen mit geistiger Behinderung erfahren nachweislich umfassende Einschränkungen im Gesundheitssystem.
Fragestellung: Wie werden förderliche und hemmende Bedingungen im Hinblick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung aus Sicht der BewohnerInnen verschiedener Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und der MitarbeiterInnen wahrgenommen? Welche Implikationen ergeben sich für die Entwicklung eines speziellen Einschätzungsinstruments zur Erfassung der pflegerischen und gesundheitlichen Bedarfe des Personenkreises?
Material und Methoden: Es wurden offene leitfadengestützte Interviews entwickelt. Für die Befragung der BewohnerInnen kamen zusätzlich Piktogramme und Skalierungen als Gesprächsimpulse zum Einsatz.
Die Interviewanalyse findet aufgrundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz statt. Die weiterführende Auswertung wird mithilfe des Lebenslageansatzes und der Person-Umfeld-Analyse durchgeführt.
Ergebnisse: Es werden die relevanten Wirkungsräume, förderliche und hemmende Faktoren in Bezug auf die Versorgungsstrukturen identifiziert und Erkenntnisse für die Entwicklung eines speziellen Einschätzungsinstrumentes zur Erfassung der gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung gewonnen.

Schlussfolgerung: Menschen mit geistiger Behinderung haben das gleiche Recht auf eine bestmögliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Allerdings sind die Zugänge aufgrund mangelnder finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen in den einzelnen Sektoren erheblich einschränkt und führen zu umfassenden Benachteiligungen des Personenkreises. Die Entwicklung eines adäquaten Einschätzungsinstrumentes sowie die Realisierung von bedarfs- und bedürfnisspezifischen Unterstützungsangeboten in den Wohneinrichtungen und bei sektorenübergreifenden Maßnahmen sind Beiträge, um dieser gesundheitliche Ungleichheit entgegenwirken zu können.

P145

Pflegeabhängigkeit und Lebensqualität bei BewohnerInnen in Pflegeheimen mit und ohne Demenz – eine Querschnittsstudie

A. Buss, P. Marijic, J. Klein[1], A. Herold-Majumdar

Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für angewandte Wissenschaften München, München, Deutschland; [1]Mainz, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Studien über den Zusammenhang zwischen Pflegeabhängigkeit und Lebensqualität im Pflegeheimsetting sind überschaubar, die Ergebnisse nicht eindeutig. Ziel dieser Querschnittsstudie war es, den Zusammenhang zwischen der Pflegeabhängigkeit und der Lebensqualität bei PflegeheimbewohnerInnen mit und ohne Demenz zu untersuchen.
Material und Methoden: Es wurden BewohnerInnen aus zwei Pflegeheimen im Großraum München untersucht. Zur Erfassung der Pflegeabhängigkeit wurde die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) herangezogen. Die Lebensqualität wurde mit dem WHOQOL-BREF und dem WHOQOL-OLD (bei BewohnerInnen ohne Demenz) bzw. dem QUALIDEM-Instrument (bei BewohnerInnen mit Demenz) gemessen. Zur statistischen Datenanalyse wurden deskriptive sowie induktive Methoden (Pearson-Korrelation; Regressionsanalyse) angewandt.
Ergebnisse: Insgesamt nahmen 75 BewohnerInnen an der Studie teil. Die meisten TeilnehmerInnen (76 %) waren BewohnerInnen mit Demenz. Die Pflegeabhängigkeit lag in einem vergleichsweise geringen, die Lebensqualität in einem mittleren Bereich. Bei BewohnerInnen mit schweren Demenzgraden zeigten sich negative Korrelationen zwischen einzelnen Skalen sowie des Gesamt-Scores des QUALIDEM und der Pflegeabhängigkeit.
Schlussfolgerung: Die im Rahmen dieser Studie festgestellte Korrelation zwischen einer geringeren Pflegeabhängigkeit und einer niedrigeren Lebensqualität bei BewohnerInnen mit (schwerer) Demenz kann ein Hinweis auf eine Zunahme der Lebensqualität bei steigender Pflegeabhängigkeit sein. Allerdings muss in diesem Zusammenhang die Eignung des verwendeten Instrumentariums betrachtet werden. Es bedarf weiterer Studien zur eingehenderen Untersuchung der Fragestellung.

P146

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

C. Hambloch, W. Teschauer

Ingenium-Stiftung, Ingolstadt, Deutschland

Aus der General Hospital Study geht hervor, dass bei 40 % der über 65-jährigen Patienten in Krankenhäusern kogn. Störungen und Demenzen vorliegen. Menschen mit Demenz (MmD) stellen an das pflegerische und medizinische Personal im Krankenhaus besondere Anforderungen und verursachen einen erhöhten Zeitaufwand (Bickel et al. 2016). Herausforderndes Verhalten (HV) war bei MmD (76 %) höher als ohne (38 %). Die häufigsten Symptome bei MmD waren nächtliche Störungen (38 %), Depression (29 %) und Abweichen des motorisches Verhalten (HV, 28 %) und die belastetsten Symptome für das Pflegepersonal waren Wahnvorstellungen, Aggressionen und nächtliche Störungen (Hessler et al. 2017). Im Rahmen der 3. Projektphase „Demenz im Krankenhaus (2014–2017)" haben sich der Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. und die Ingenium-Stiftung mit dem Themenschwerpunkt HV auseinandergesetzt, der bisher kaum Gegenstand der Pflegeforschung war. Der Projektbaustein wurde in Handlungskompetenz und Übertragbarkeit unterteilt und parallel an neun Krankenhäusern in Bayern bearbeitet. Vor allem Angst, Unsicherheit, Schmerz und eine ungewohnte Umgebung sind Auslöser für HV, die in vielen Fällen modifiziert werden können (NDB-Modell). Die häufigste Eintragung zur Einschätzung des Beitrags von pers. Ursachen zur Entstehung des HV in der Testphase (TP) war „Delir" ($n = 8$; 16 %), das in der Pretestphase (PP) eine untergeordnete Rolle spielte ($n = 2$; 2 %). Der Anteil der Nennungen hat sich von der PP zur TP damit etwa verzehnfacht (1,5 % nach 15,7 %), was durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Delir bei Demenz in den Fallbesprechungen begründet sein könnte. Zur Entstehung von HV wurden am häufigsten mit 21 % ($n = 96$) die Pflegemaßnahmen, gefolgt von den Folgen eines Eingriffs ($n = 70$; 16 %) in der PP genannt. In der TP war die Antwort „Nein" – in der PP nicht vorhanden – die am häufigsten gewählte Option. Danach folgt die Pflegemaßnahme mit 16 % ($n = 45$), dann die Medikation mit 12 % ($n = 33$). Diese Ergebnisse zeigen, dass es insbesondere beim Umgang mit MmD einerseits noch Optimierungspotenziale im Bereich der Kommunikation und der pflegerischen und medizinischen Prozesse (z. B. Schmerzassessment und -behandlung) gibt.

P147

Die Versorgung an Demenz erkrankter Menschen in der Häuslichkeit verbessern! Ergebnisse, Implikationen und Translation der DelpHi-Studie

J. R. Thyrian, J. Hertel, T. Eichler, D. Wucherer, A. Dreier-Wolfgramm, B. Michalowsky, I. Zwingmann, I. Kilimann, S. Teipel[1], W. Hoffmann[2]

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Greifswald, Deutschland; [1]Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; [2]Versorgungsepidemiologie und Community Health, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Hintergrund/Ziel der Arbeit: Dementia Care Management (DCM) ist ein innovatives Versorgunsgmodell, welches patientenzentriert die Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz verbessern könnte. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Wirksamkeit von DCM in der Optimierung der Behandlung und Versorgung von zu Hause lebenden Menschen mit Demenz und deren Angehörigen.
Material und Methoden: Grundlage ist die pragmatische, hausarztbasierte, Cluster-randomisierte Interventionsstudie DelpHi. In 136 Hausarztpraxen wurden insgesamt 6838 Menschen über 70 Jahre auf ihren kognitiven Status untersucht. Bei 1167 Patienten zeigte sich der Verdacht auf eine Demenz, 634 von diesen gaben ihr schriftliches Einverständnis, an der Studie teilzunehmen. Die Probanden wurden alle von spezifisch qualifizierten Studienschwestern zu Hause aufgesucht und nahmen an einem umfangreichen, computergestützten „baseline assessment" der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen Bedarfe teil. Ebenso erfolgte eine Medikamentenanamnese in der Häuslichkeit. Je nachdem, ob der behandelnde Arzt zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen wurde, erhielten Probanden der Interventionsgruppe für mindestens 6 Monate Unterstützung durch in DCM qualifizierte Studienschwestern. Probanden der Kontrollgruppe erhielten die Standardversorgung durch ihren Hausarzt. Das DCM beinhaltet die Bedarfserhebung. Diese erfolgte mithilfe eines Interventionsmanagementsystems (IMS). Anhand durch Leitlinien und Expertenwissen vorab definierter Algorithmen sowie einer interdisziplinären Fallkonferenz wurde ein standardisierter, individualisierter Hausarztinformationsbrief erstellt, der Empfehlungen zur Versorgungsgestaltung erhielt, die im Gespräch mit dem behandelnden Hausarzt von diesem oder der Studienschwester initiiert, überprüft und umgesetzt wurden. Nach 12 Monaten wurden bei allen Probanden die Wirksamkeitsparameter Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptome, Einnahme von Antidementiva, potenziell inadäquate Medikation und Angehörigenbelastung erhoben.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Es zeigten sich signifikant weniger neuropsychiatrische Symptome, eine signifikant geringere Angehörigenbelastung und signifikant höhere Einnahme demenzspezifischer Medikation. Bei den Nichtalleinlebenden zeigte sich eine höhere Lebensqualität. Weitere Analysen, auch der teilnehmenden Hausärzte, legen eine Implementierung in die Routineversorgung nahe. Aktuelle Implementationsoptionen werden diskutiert.

P148
Die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen stärken

M. Preuß, B. Wolff

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover, Deutschland

Ein großer Anteil der Pflegebedürftigen, die in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, weist psychische Erkrankungen auf (z. B. Depressionen, Demenz, Sucht und Angststörungen). Diese bestehen entweder schon vor Eintritt in die Einrichtung oder werden erst hier – mitunter auch begünstigt durch die Lebensbedingungen im stationären Versorgungskontext – manifest. Der Umgang mit diesen Krankheitsbildern stellt die Betroffenen, aber auch die MitarbeiterInnen vor große Herausforderungen. Das Projekt „Leben in Balance", das finanziert durch die AOK N und die SVLFG von 2018 bis 2020 durchführt wird, befasst sich mit der Fragestellung, wie im anforderungsreichen Arbeitsalltag einer (teil-)stationären Pflegeeinrichtung die psychosoziale Gesundheit der BewohnerInnen bzw. der Gäste erhalten bzw. verbessert werden kann. Impulsgebend war die Einführung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015, das die Pflegekassen zur Durchführung von präventiven Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtung verpflichtet. Bisher besteht noch kaum gesichertes Wissen dazu, wie gelingende Präventionsangebote in diesem Setting ausgestaltet sein können, insbesondere, wenn nicht die Prävention physischer, sondern psychischer Erkrankungen intendiert ist. Um Erkenntnisse über psychische Belastungsfaktoren in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, belastungsbegünstigende Rahmenbedingungen sowie mögliche Handlungsansätze zu sammeln, werden in einer ersten Projektphase zunächst Literatur recherchiert sowie Interviews mit BewohnerInnen (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen und ihren Angehörigen geführt, Expertendiskussionen abgehalten und diese inhaltsanalytisch ausgewertet. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wird ein Beratungsansatz für (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen zu Konzeption und Umsetzung von präventiven Maßnahmen erarbeitet und erprobt. Außerdem wird ein Qualifizierungsprogramm entwickelt, mithilfe dessen die Fachexpertise der Einrichtungen in diesem Themenfeld ausgebaut werden soll. Ziel des Projekts ist, mehr gesichertes Wissen über die Entstehungszusammenhänge psychischer Erkrankung im Setting (teil-)stationärer Pflegeeinrichtungen zu generieren und Einrichtungen zur Umsetzung von präventiv wirksamen Maßnahmen zu befähigen. Ergebnis des Projekts wird u. a. eine Datenbank mit Beispielen guter Praxis sein.

Autorenverzeichnis

A

Aal, K. S504-4
Aartsen, M. S712-5
Abel, B. P061, S110-2, S511-2
Achtziger, S. P071
Adams, A.-K. S702, S702-2
Albrecht, D. S511-1
Ale-Agha, N. S105-5
Alert, K. P115
Alpes, A. P065
Altiner, A. P089
Altschmied, J. S105-5, S605
Anders, S. P001
Andrich, S. P038
Aner, K. S301, S301-1
Apfelbacher, C. P012
Arnold, D. S106-6
Arránz Becker, O. P103, P117
Augat, P. P075
Aykac, V. P093

B

Babac, A. P119, S610-4
Bachmann, A. P078
Backeberg, M. S312-3
Bahns, C. S212-1
Bahrmann, A. S201-5
Baierlein, F. S212-4
Bajtay, D. S501-2
Balbach, J. S407-3
Balck, F. S411-2
Ball, C. S509-4
Baltes, M. P038
Barbe, A. G. P024, P062, S604
Barcelos, I. P054
Bartkowski, J. P116
Bartoszek, G. P009
Bartsch, T. P054
Barz, C. S307-1, S307-2, S307-3, S307-4
Batista Junior, J. P. P063, P070
Bätz, E. P071
Bauer, F. P046
Bauer, J. M. P007, P008, P057, P061, P072, P088, S106-3, S110-2, S110-4, S112, S112-4, S201-1, S201-3, S201-6, S212-5, S509-4, S511-2
Becher, K. F. S408-3
Becker, C. P075, S110-3, S307-1, S307-2, S307-3, S307-4, S307-5, S511-1, S511-3, S511-4
Becker, I. P017, P048
Beckmann, W. S607-3
Behrens, J. C. S611-4
Belala, N. S201-3, S307-5
Bennett, J. P129, P136
Benzing, T. P017, P048
Berens, E.-M. S204-1
Berg, D. P054, P064
Bergeest, L. M. P054
Bergholz, A. S708-2
Bergmann, P. P054
Bernard, S. P089
Bertermann, B. P137, P138, S405-3
Bertsch, T. P006
Berweger, B. P129
Beutner, K. P047
Beyer, A. P124
Beyer, A. S712-2
Beyer, A.-K. P100, S101-3, S101-4, S101-5
Beyreuther, K. S201-1
Bezold, V. S407-5
Bickel, H. S704-1
Biegiesch, L. P028
Bischofberger, I. S708-3
Bischoff, S. P031
Blachetta, C. S101-2
Blank, M. P093, P094, P095
Blaschke, A.-V. S707-2
Blawert, A. S101-3
Bleck, C. S505-4
Bleidorn, J. P089
Bleja, J. S402-3
Blessin, J. P038
Blum, M. S102-5
Blumenbach, K. S312-3
Blumenrode, S. S501-5
Bogner, I. P098
Böhringer, D. P019
Bollheimer, C. P006, P063, P070, S107-6, S112-1
Bollig, C. P072, P085
Bongartz, M. P057, P061, P088, S110-4, S212-5
Borchers, U. S312-3
Bordne, S. P113
Bork, K. S407-5
Bötzel, K. P066
Bouça-Machado, R. P054
Bourkel, E. P056
Brandenburg, H. S409-1, S508-3
Brandt, S. S504
Brauer, K. S301, S301-2, S602, S602-3
Braun, T. P028, P053, S106-4, S212-1
Bräunig, J. P023
Brefka, S. P072, P085
Breiden, H. P046
Brenner, H. S201-2
Breuninger, K. S706, S706-5
Brijoux, T. S508-3
Brinkkötter, P. T. MS13-2, P048
Brogmus, K. E. P034, S701
Bröhl, C. S209-1
Brosch, R. S401
Brück, W. P097
Brukamp, K. S703-2, S703-4
Bubolz-Lutz, E. S405-2, S405-4, S502
Büchele, G. P119
Budnick, A. S107-5, S204-5
Buescher, R. S312-3
Burkhardt, H. P080, P112, S201-4, S710-1
Buschmann, R. S301-4
Buss, A. P011, P145
Bussmann, M. P062, S604
Büter, K. S609-3

C

Camerlynck, J. P028
Candel, M. P102
Carbotti, M. S204-2
Cardona, M. I. P039
Cavazzini, C. P010
Ceballos-Baumann, A. S. P066
Christow, H. S712-1
Chrobak, J. P023
Cihlar, V. S311-2, S311-3
Clasen, H. S607-3
Coleman, V. P041, P042, P043, P044, P045
Comijs, H. S712-5
Conen, I. S505-4
Corrà, M. F. P054
Crutzen, R. P102
Cuvelier, I. F. S403, S403-2

D

Dahlheim, C. S405-5
Dahms, R. S304-3, S709-3
Dallmeier, D. P072, P085, S112-2, S112-3
Damm, F. P124
Dancs, D. P134
Dankbar, R. S304-3
Dapp, U. S110-1, S204-3
Dautel, A. S110-2
Dazert, S. P027
de Bruin, E. S509-4
de Tavernier, W. S102-3
Denkinger, M. P072, P085, S112, S112-2, S112-3, S712-1
Denzel, M. S105-2, S205-3
Depner, A. S308-4
Derr, C. S208-4
Dieke, M. P114
Dietlein, C. S504-3
Dietz, B. S208-4
Dittmar, M. P001
Djukic, M. P058, S701, S701-4
Dodel, R. S612, S612-4
Dornhöfer, M. S504-5
Dovjak, P. P052
Dowideit, J. S107-4
Doyle, I.-M. P089
Dräger, D. S107-5, S204-5, S508-2
Drebenstedt, C. S309
Dreier-Wolfgramm, A. P147
Drewniok, A. P125

Drey, M. P036, P040, P055, P066, P069, P090
Dreyer, J. S312-2
Driessen, M. S507-1
Dunkel, A. P068
Durwen, H. F. S612
Dutt, A. J. S101-1

E

Eberlein-Gonska, M. P012
Eckermann, O. S105-5
Eckert, T. P057, P061, P088, S110-4, S212-5, S511-1
Eckstein, C. P080, S201-4
Ege, S. S408-4
Eggers, M. P140
Ehlers, A. P137, P138, S405-3
Ehni, H.-J. S601-4
Ehret, S. S108-4
Ehrlich, U. S603-2
Eiben, A. S108-5
Eichberg, S. S504, S504-1, S504-2, S504-3
Eicher, C. S304-3, S703-2
Eichler, T. P147
Eifert, B. S603
Eiffert, H. P097
Eisert, A. S107-6
Ellßel, C. P134
Elsbernd, A. S709-2
Elshehabi, M. P054
Elvers, M. S312-3
Endres, A.-S. P020, P041, P045, P093, P094, P095
Endter, C. S510-2
Engler, T. S107-3
Engstler, H. S108-2
Enste, P. S208-2
Erbguth, F. S404-3, S701, S701-2
Ernst, F. S706-3
Esslinger, A. S. S203, S203-1, S203-2, S203-3, S203-4, S203-5, S608-3
Evrin MA, F. S509-2

F

Fachinger, U. S402, S502
Falkenstein, M. S507-3
Fangerau, H. S711-3
Fassmer, A. P038
Fathi, M. S504, S504-5
Fechner, B.-O. P073
Federspiel, C. P056
Feige, H. S504
Feldmann, A. P012
Fellner, C. P006
Ferrari, U. P036, P040, P055, P069
Ferreira, J. P054
Fetaj, S. P025
Fietzek, U. P066
Fischer, T. S607-3
Fleig, L. S307-3, S307-4
Fleiner, T. P021, P078
Flick, U. S306-4
Fooken, I. S702-1
Frackowiak, M. S612-5
Frank, T. S107-1
Franke, A. S201, S708-3
Franz, K. P041, P042, P043, P044, P045, S406-2
Franz, O. H. S607-2
Freiberger, E. P016, P039, S212-3
Freiesleben, S. D. P143, S308-2, S308-3
Freitag, M. S107-6
Frerichs, F. P108, S102-4
Frewer-Graumann, S. S603-1
Frey, A. P046
Friede, T. P097
Friederich, A. P054
Friedrich, C. S611-4
Friedrich, N. S409-5
Frings, L. P086
Frischkorn, M. S312-3
Fuchs, A. P089
Fuchs, J. P032, S204-4
Fuellen, G. S105, S105-4, S205, S205-1
Fuhrmann, P. P038
Fülop, R. S204-2

G

Gabrian, M. S101-3
Gaertner, B. P032, S204-4
Gaertner, T. P018
Gallistl, V. S111-3, S510-4
Gaßmann, K.-G. S212-2
Gehrke, I. S403, S403-5
Gehrmann, K. P023
Geiss, H. S107-4
Geithner, L. S207-4
Gellert, P. P100, S508-2, S608-4
Genest, F. P071
Gercke, Y. P035
Geritz, J. P051, P054, P065
Gerlich, R. P132, P133
Gersie, M. P021
Ghosh, S. P021
Gibson, A. S509-5
Gille, S. S204-1
Gkioka, M. P084
Glanemann, M. P077
Glanz, S. P011
Goede, V. P046
Goetz, S. P031
Gogol, M. S105, S205, S509-2, S605
Gold, A. S106-6
Golgert, S. S110-1
Golla, A. P037
Görsch, M. S712-2
Gosch, M. S212-4
Götz, B. P134
Götze, L. P027
Goy, C. S105-5
Graaf, E. S209-3
Graeb, F. S709-2
Granert, O. P051, P054
Grates, M. S502-1
Grebe, C. S508-3
Greiff, U. P074
Greskötter, J. P144
Greuèl, M. S703-2
Grigorjew, K. S704-3
Groebe, B. P109
Groß, M. S511-3
Grossmann, C. P002
Grube, M. P032, S204-4
Grune, K. S611-4
Grüneberg, C. P028, P053, S106-4, S212-1, S411-3
Grüner, T. S102-4
Grünewald, A. P028
Gugenhan, J. S511-3
Günther, L. S411-3
Gütgemann, I. S412
Gütschleg, H. P049

H

Haberstroh, J. P111, S708-4
Haefeli, W. P072, S501-2
Haendeler, J. S105-5, S205-3
Hagendorfer-Jauk, G. S301-2, S602-3
Hager, K. P049, S210, S210-1, S210-2, S210-3
Hahmann, J. S702, S702-4
Halscheidt, A. S610-1
Hambloch, C. P146
Hämel, K. S306-1, S711-4
Hampel, S. S108-5, S603-4
Handmann, U. S411-3
Hansen, C. P054
Hanussek, B. P018
Hanxleden, M. S501-4
Happe, L. S212-1
Harbert, L. M. P027
Hasseler, M. P144, S108-5, S208-3
Haubold, A.-K. S607-3
Hauer, K. P057, P061, P088, S106-3, S110-2, S110-4, S201-3, S212-5, S509-4, S511-1, S511-2, S511-3, S511-4, S712-6
Hauffe, J. P124
Haumann, H. P089
Häussermann, P. P021, P078
Hedtke-Becker, A. S409-2
Hegedüs, A. P127
Heger, T. P064
Heimbach, B. P086, P122, S409-3
Heinrich, S. P010
Heinrich-Weltzien, R. S709-1
Heinzel, S. P054, P064
Heite, E. S502-3
Helbig, A. K. S106-6
Helbig, C. S212-4
Heldmann, P. S201-3
Heller, M. P054
Hellwig, S. P086
Helmbold, A. S312-4
Helten, S. S402-2
Hendlmeier, I. S511-3, S511-4, S704-1
Henkel, M. P055
Heppner, H. J. P007, P008, P031
Hergesell, J. S703-1
Hergt, A.-M. P029, P030, P073
Hermes, A. S411-2
Herold-Majumdar, A. P011, P145
Herpich, C. P041, P042, P043, P044, P045, S406-2

Hertel, J. P147
Heß, M. S102-3, S109, S109-2, S603-2
Heuel, L. S405-5
Heuel, M. S410-2
Heusinger, J. P116, S505, S505-1, S610, S610-5
Hewer, W. S501-2
Heyden, B. S203-2, S203-5
Himmel, W. P058
Himmelsbach, I. P019, S206-1, S409-2, S409-3
Hintze, S. P040, P069
Hobert, M. A. P051, P054, P064, P065
Hochgraeber, I. S312-2
Hoehenwarter, W. S407-3
Hoell, C. P018
Hoff, A. P101, S608-2
Hoffmann, F. P038
Hoffmann, J. G. S609-4
Hoffmann, K. S107-4
Hoffmann, V. S711-1
Hoffmann, W. P139, P147, S106-5, S712-2
Höfle, G. P112
Hofmann, M. P054
Hofmeister, F. P040, P069
Höhmann, U. S312-1
Holle, B. S312-2
Hollerbuhl, T. P001
Hoog Antink, C. P070
Hopf, Y. P090
Höppner, G. S111
Horn, V. S610-3
Horstkorte, R. S407-1, S407-4, S407-5
Horváth-Kadner, I. S607-3
Huber, O. S407-4
Hübner, G. P037
Hübschmann, R. P002
Huisman, M. S712-5
Hummers-Pradier, E. P058
Hußmann, O. P058

I

Iglseder, B. P052
Ihle, P. S201-2
Ilg, A. P099
Indergand, P. P129
Irion, K. S711-1
Ivchenko, A. S408-5

J

Jabs, H.-U. P076, S412
Jachan, D. E. S406-1
Jacobs, A. H. P096, S312-4, S501, S501-1, S612, S612-5, S701
Jacobsen, W. S204-3
Jahn, G. S108-1
Jähne-Raden, N. P049
Jahnke, S. S504
Janhsen, A. S207-5
Jann, P. M. S708-3
Jansen, C.-P. S212-5, S307, S307-3, S307-4, S509-4
Jansen, O. P051
Jansky, M. S106-2
Jemlich, B. L. P054
Jerábek, H. S607-1
Jerg, A. S712-1
Jerg-Bretzke, L. S712-1
Jessen, F. S303-3
Jobski, K. P038
Joos, S. P089
Jopp, D. S207
Jung, M. P022
Junius-Walker, U. P089
Just, I. S210-1

K

Kaase, M. P097
Kafczyk, T. M. S711-4
Kamin, S. S209-4
Kampe, K. S511-1
Kandzia, I. P096
Kapinsky, S. S704-2
Karaman, M. P031
Karbach, U. P013
Kaschowitz, J. S603-3
Kaspar, H. S607-4
Kaspar, R. S207, S207-1, S207-3
Kasper, J. S411-2
Kässmann, H. P052
Käter, A. P134
Katschmanowski, A.-L. S203-3
Katus, H. A. S201-5
Kelleter, H. S508-1
Kelputh, K. P028
Kempter, G. P127
Kenkmann, A. P134
Kerkmann, L. P054
Kern, D. S206
Kernebeck, S. S710-2
Kessler, E.-M. P100, S101, S101-2
Kiekert, J. S409-5
Kiemel, D. S703-2
Kiene, A. P085
Kiesel, E. P090
Kilimann, I. P147
Kirch, J. S609-3
Kirsch, C. P089
Kirste, T. S211-2
Kiselev, J. P060, S110-5, S406-2, S703-2
Kiss, R. P057, P061, P088, S110-4, S212-5
Klaus, S. P041, P042, P043, P044, P045
Klebbe, R. S110-5, S703, S703-3
Klein, J. P145, S306-3
Klein, M. S708-1
kleine Stüve, P. S703-3
Kleissner, V. S108-1
Klinghammer, L. P028
Klingshirn, H. P047
Klöppel, S. P086
Klöppel, S. P085
Klotz, L.-O. S407, S407-2
Klugmann, B. S110-1
Klusmann, V. S101-3
Knauthe, K. P101
Knebel, M. S708-4
Kob, R. P006, S212-3
Köberlein-Neu, J. P107
Koch, O. S411-3
Kofler, A. P127
Kohler, M. S511-1
Köhler, K. S312-2
Köhler, L. S611-4
Kolb, G. P087, S412
Kölligan, V. S708-1
Kolling, T. S710, S710-4
Köninger, T. W. P046
Konopik, N. S610-1
Kooymann, J. P037
Kopke, K. S309
Korca, E. P004
Kortekamp, S. P089
Koschollek, C. S204-4
Köster, I. P007, P008
Kowald, A. S205-2
Kowar, M. P096, S501-1, S612-5
Kowar, P. S312-4
Kraft, J. W. S611-1, S611-4
Kramer, B. S708-3
Kramer, F. S307-3, S307-4
Kramer, J.-H. S312-3
Krammel, S. S212-4
Kraus, K. P015
Krause, O. P089, S107-6, S210-1
Krause, S. P040
Kreisel, S. S507-1
Krenovsky, J. P066
Krenz-Weinreich, A. S107-4
Kress, M. P051, P054
Kreutz, R. S107-5, S204-5
Kreutzer, M. P052
Kricheldorff, C. P122, S206, S206-2, S409, S409-4, S508-3, S710
Krieger, J. S612-5
Krieger, T. S607-2
Kröger, J. P134
Kroog, A. S307-2, S307-5
Krümberg, S. P108
Krupp, S. S411-2
Kruppa, J. P093, P094, P095
Kruse, A. S201-1, S308-4
Kudelka, J. P054
Kuhlmann, A. P137, P138, S405-1, S405-2, S405-3
Kuhlmey, A. P100, S508-2
Kühnel, M. P105
Kühnemund, C. S505-2
Kümpers, S. S505, S505-2, S505-3
Künemund, H. S510
Kuntz, S. S406, S406-3, S504-1, S504-2, S504-3
Kunze, C. P127
Küper, L. P033
Kurth, R. P054
Kurtz, B. S709-1
Kwetkat, A. S709-1

L

Labudek, S. S307-3, S307-4
Lacroix, A. S212-5
Lahmann, N. P060, S406, S406-3, S504, S504-1, S504-2

Lang, F. R. P124, S209-4
Langenfeld, S. P092
Langhans, M. P018
Latendorf, A. S406, S406-4, S504-1, S504-2, S504-3
Laurentius, T. P006, P063, P070, S107-6
Lazarevic, P. S603-3
Le, L. P047
Lech, S. S608-4
Lechtenfeld, S. P137, P138, S405, S405-3
Lee, K. S106-1
Lehmann, T. S709-1
Leibfritz, H. P089
Leischker, A. S412
Lemke, N. C. S106-3
Leonhardt, R. S110-3
Leonhardt, S. P070
Leontowitsch, M. S702, S702-1
Leopold, C. P131
Lessenich, S. S601-5
Lettmair, S. P134
Lieber, L. P078
Lindemann, U. S110-3
Lindner, R. S709-4
Linkohr, B. P036
Lippke, S. S311-2
Litz, E. S509-4
Löffler, E. M. S301-3
Logroño Wiese, P. E. P020
Lohse, J. S308-4
Lübke, N. P007, P008, S706, S706-1, S706-4
Lucke, C. S509-1
Lüdtke, D. S204-4
Luft, L. P015
Luhmann, M. S708-5
Lühr, M. S708-5
Lukas, A. S309, S501, S501-3
Luschei, F. P105

M

Maaser, C. S312-3
Mack, C. S306-3
Mäcken, J. S109-4
Maetzler, C. P054
Maetzler, W. P051, P054, P064, P065, S612, S612-2
Mähs, M. S402-4, S502-2
Maia, L. P054
Maibaum, A. S703-1
Maier, A. S703-2
Maier, E. P127
Makus, C. S401
Mann, B. P. P141
Mansmann, U. P047
Marburger, C. S501-2
Marek, A. P027
Marijic, P. P011, P145
Markert, B. P063
Marquardt, G. P082, S609-3
Martin, N. S611-4
Masuch, J. S212-4
Mätzold, S. P051, P054, P065
McCormick, M. S709-5
Medenwald, D. P037
Medjedovic, I. S711-1
Megges, H. P143, S308-2, S308-3
Meier, M. P136
Meier, V. P097
Meinck, M. P007, P008, S706-2
Meinke, P. P040, P069
Meisel, M. S107-3
Mellone, S. P021
Mengel, D. S612-4
Mergenthaler, A. S311, S311-4
Mertens, A. S209-1
Meyer, A. M. P017, P048
Meyer, B. S509-2, S509-3
Meyer, G. P022, P038, P047
Meyer, P. T. P086
Michalik, T. S502-2
Michalowsky, B. P147
Micheel, F. S311-1
Michl, P. P114, P117
Mickley, F. P098
Migala, S. S306-4
Mikolaizak, A. S. S110-3, S307-2
Minder, C. E. S110-1
Minkus, L. S603-2
Mittag, S. S407-4
Modreker, M. K. P014, P118, S403, S403-4
Möller, B. P065
Möllers, T. S201-2
Monsees, J. S106-5
Morat, T. P078
Mörgeli, R. P067
Morkisch, N. P039
Moscovich, M. P054
Moselhy, J. S410-2
Motzek, T. P082
Mühlbauer, V. P072, P085
Müller, A. S501-2
Müller, C. S211-4
Müller, H. S111-2
Müller, M. P047
Müller, T. P015, P111, S708-4
Müller, T. A. S401
Müller-Werdan, U. P020, P041, P042, P043, P044, P045, P093, P094, P095, S110-5, S406-2, S406-4, S406-5, S703-3, S709-3
Münch, A. S111-4
Mundt, M. P063

N

Naegele, G. S109, S109-1, S109-2
Naegele, L. P108, P135, S102-3, S707-4
Nagel, E. P071
Nasiri, S. S504-5
Nassal, T. P028
Nau, R. P058, P097, S107-1, S701, S701-1
Nauendorf, B. S704-2
Naumann, C. S312-1
Naumann, E. S102-3
Navarrete Santos, A. P003
Neise, M. S207-3
Nerz, C. P075, S307-1, S307-2, S307-3, S307-4
Neß, T. P019
Neubart, R. S103
Neudek, I. P110
Neuenschwander, C. C. P129, P136
Neuenschwander, P. P136
Neumann, L. S110-1, S110-6, S204-3
Newerla, A. S602, S602-4
Nguyen, N. P047
Niebling, W. P007, P008
Niehoff, M. S411-3
Niemeyer, S. S504-3
Nolte, C. H. MS13-1
Nordheim, J. P100, S608-4
Norman, K. P041, P042, P043, P044, P045, S406-2
Notthoff, N. S101-3
Nourbakhsh, M. P006
Nowossadeck, E. P142
Nowossadeck, S. P142
Nussbaum, S. P064

O

O'Sullivan-Solte, J. S608-4
Obenauer, T. P112, S710-1
Olbermann, E. P105
Olbert, M. P067
Oliva y Hausmann, A. S. P110, P120
Opielka, M. S208-1
Ost, M. P041, P042, P043, P044, P045
Oster, P. P007, P008
Osterhoff, A. S411-3
Oswald, F. P015, P115, S111, S610, S610-1, S702, S702-1
Otten, L. P041, P042, P043, P044, P045, S406, S406-2
Otto, U. P127, S708-3

P

Pantel, J. P015, S708-4
Parisot, V. S111-3
Paul, M. P029
Pavlova, M. S708-5
Pazan, F. P035, S107-2
Peil, I. P112
Pelizäus-Hoffmeister, H. S510-3
Perna, L. S201-2
Peter, S. S208-1
Petermeise, S. P055
Peters, A. P036
Peters, O. P143, S308-2, S308-3
Pfaff, H. P013
Pfaffinger, I. P052
Pfeifer, K. S504-1, S504-3, S504-6
Pfeiffer, K. P119, S110-2, S511, S511-1, S511-2, S511-3, S511-4, S610-4
Pflug, M. S611-4
Pham, M. H. P054
Pickert, L. P048
Pilotto, A. P017, P048
Pilotto, A. P054
Pirich, C. P052
Piskovatska, V. P003
Plath, C. P135

Plemper, B. S602
Plessner, H. S307-4
Pleyer, U. P020
Ploenes, C. S107-3
Pohlmann, S. P131, S102-4
Pohlmann, T. S210-2, S210-3
Polidori Nelles, M. C. P017, P031, P048, S209-3
Pomiersky, R. S110-2, S511-2
Pottharst, B. P101, S608-2
Preuß, B. S712-3
Preuß, M. P148
Putze, F. S308-4

R

Rackow, K. S102, S102-1
Radicke, F. S712-2
Raeder, K. S406, S406-1
Rahm, S. S203-4
Ralf, C. S411-2
Rasche, J. S212-1
Rasche, P. S209-1
Reh, K. P009
Reh, M. P029, P030, P073
Rehner, L. S712-2
Reichard, U. P097
Reinhard, T. P019
Reinwand, D. P102
Reiß, J. P052
Reiter, C. P119, S610-4
Reiter, R. P052
Reithinger, N. S110-5
Renner, C. S612, S612-1
Renz, J.-C. S706-1
Retzmann, T. S212-1
Reuter, V. S405-2
Richter, A. S. S111
Ried, M. P018
Riedel, A. S704-4
Riedel, C. P051, P054
Rietz, C. P109, S207-3, S207-5, S209, S209-3, S712-4
Rigó, M. S109-3
Rimmele, M. P016, P039
Rink, K. S602, S602-1
Ristok, B. S504, S504-6
Ritschel, M. P038
Ritt, J. I. S212-2
Ritt, M. S212-2
Ritzi, S. P123
Röben, B. S304-3
Roes, M. S211-2
Roggendorf, S. P103, P117
Rohleder, C. S410-2
Rohner, R. S508-4
Röhnsch, G. S306-1
Röhrig-Herzog, G. P024, P062, S412, S604, S709-4
Romano, D. P129
Römer, C. S106-6
Romero, B. S609, S704, S704-2
Romeu-Gordo, L. S108-2
Rommel, A. P142
Rösch, C. P143, S308-2, S308-3
Rosenstock, P. S407-5
Rösler, A. S609, S609-1
Rosner, R. S106-3
Rothe, V. S602, S602-2
Rott, C. P099, S204-2
Rottenkolber, M. P036, P055
Rubie, C. P077
Rüdiger, S. S411-4
Rudinger, G. S507, S507-4
Ruhs, S. P002
Rupp, S. P031
Rupprecht, F. S. S101-1
Ruß, A. S110-5

S

Saal, S. P047
Sachweh, S. S502-4
Sägenschnitter, J. P118
Salgo, L. S610-1
Sasse, J. P097
Sattler, I. S406-5
Sause, C. P029
Schachtner, K. P065
Schaeffer, D. S204-1
Schäfer, D. S711-3
Schäfer, K. S209-1
Schäfer, R. S403
Schäfer, U. P074
Schaile, T. P119
Schall, A. P015
Schanz, E. P054
Scharfenberg, I. P024
Scharla, S. MS12-3
Schäufele, M. S110-2, S511, S511-2, S511-3, S511-4, S610-4, S704-1
Scheidt-Nave, C. P032, S204-4
Scheithauer, S. P097
Schiefer, Y. P031
Schimanski-Kahle, S. S306-3
Schinköthe, C. P098
Schippel, N. S712-4
Schirra-Weirich, L. S410
Schlauß, E. S704-2
Schlomann, A. L. S209, S209-2
Schmedding, E. S704-4
Schmidmaier, R. P055
Schmidt, A. S410-4, S712-3
Schmidt, A.-S. P046
Schmidt, H. P022, P037, P103, P114, P117
Schmidt, L. P063
Schmidt, M. P111
Schmidt, P. P062, S604
Schmidt, T. S411-2
Schmidt-Ohlemann, M. S611-4
Schmitt, J. P082
Schmitt-Rüth, S. S608-1
Schmitz, W. S207-2
Schnabel, E.-L. S201-6
Schneider, J. P084
Schneider, J. S107-5, S204-5
Schneider, N. P089, S210-1
Schneider, N. F. S311-4
Schneider, S. S411-4
Schnorr, T. P078
Schölch, S. P075
Scholtz, K. P067
Scholtz, N. P093, P094, P095
Schönberger, F. S707-1
Schöne, D. S212-3
Schönfeldt-Lecuona, C. P085
Schönstein, A. S201-5
Schorling, E. P071
Schoser, B. P040, P069
Schramek, R. S206, S405, S405-2
Schramm, J. P079
Schröder, C. P029
Schroeder, M. P074
Schroeter, K. R. S510, S510-1
Schubert, I. P007, P008, P013, S201-2
Schuhmacher, K. S110-5
Schüler, I. M. S709-1
Schultz, L. S505-4
Schultz, T. S308-4
Schulz, M. P124
Schulz, N. P104
Schulz, P. S507-1
Schulz, R.-J. MS12-1, P031, P046, P053, P059, P113, S106-4
Schulze, T. S308-4
Schulze, U. P015
Schumacher-Schönert, F. P139
Schumann, H. S409-4
Schwarz, B. P129
Schwedler, A. S610-2
Schwenk, I. P028
Schwenk, M. S307-1, S307-2, S307-3, S307-4, S307-5
Schweppe, C. S610, S610-3
Schwertfeger, D. P101, S608-2
Schwickert, L. P075
Schwitzke, A. P049
Sczogiel, S. S608-1
Seeber, F. P020
Seefried, L. P071
Seele, J. P097
Seibert, M. P085
Seidling, H. S501-2
Seifert, A. P106, P107, S209, S209-2, S209-5
Seißler, J. P036
Seliger, R. P065
Selte, C.-C. P036
Servaty, R. P047
Severin, J.-M. P073
Sharma, M. S411-3
Sieber, C. C. MS12-2, P006, P016, P039, S212-2, S212-3
Siegert, R. S611, S611-3, S611-4
Simm, A. P003, P004, S105, S205, S407, S407-3, S407-4
Simon, C. S308-4
Sing, D. P134
Singler, K. S212-4
Siri, G. P017
Slagboom, P. E. S105-1, S205-3
Söhle, K. S711-1
Solf, C. P009
Solf-Leipold, B. S102-2
Sommer, S. S411-3
Sorg, C. G. G. P038
Sorgalla, J. S502-4
Spannhorst, S. S507-1

Sperling, U. P112, S710-1
Spiegel, J. P019
Spies, C. P067
Spittel, S. S703-2
Spuling, S. M. S101-5
Stadel, W. S711-2
Stamm, O. S709-3
Stangier, U. P015
Stangl, G. I. P037
Staudinger, U. M. S311-3
Steckelberg, A. P037, P103, P114, P117
Steffen, M. P054
Steffens, S. S210-1, S210-2, S210-3
Steiger, I. S607-2
Steiner, B. P049
Steinert, A. S110-5, S406, S406-4, S406-5
Steinert, L. S308-4
Steinfort-Diedenhofen, J. S206-3
Steinmetz, J.-P. P056
Stellmacher, T. S505-1
Stemmer, R. P011, S306-3
Stentenbach-Petzold, S. P121
Stephan, A. P038
Steven, D. MS13-3
Stiel, J. S405-4, S502-5
Stiemke, P. S109-2
Stölting, L. P144
Stolz, R. P089, S704-4
Stopper, K. S704-4
Störkel, F. P023
Strube-Lahmann, S. S406-3
Strupp, J. P109
Strutz, N. P060, S703-3
Stuckenschneider, T. S411-4
Summann, J. S312-3
Supprian, T. S303-1

T

Tanganelli, F. P040, P069
Teckenburg, I. P099
Tegeler, C. P100
Teichmann, B. P084, S201, S201-1
Teipel, S. P147, S105-3, S211
Tesch, F. P082
Teschauer, W. P146, S208-4, S308-1
Teschauer, W. S211-3
Tesch-Römer, C. S601, S601-1, S601-6
Tesky-Ibeli, V. A. P015, S708-4
Teti, A. P142
Teupen, S. S211-2
Thalhammer, R. P047
Theis, S. S209-1
Then, C. P036
Thiel, C. P028, P053, S106-4, S212-1, S411-3
Thiel, S. S611-4
Thiem, U. S612, S612-3
Thiems, W. S410-3
Thiesemann, R. S509-2, S509-3
Thieves, M. P054
Thomas, A. P077
Thomas, H.-P. S107-3
Thomas, J. P. P027
Thönes, J. P046
Thorand, B. P036
Thümmler, K. S607-3
Thürmann, P. A. P089
Thyrian, J. R. P139, P147, S106-5
Töpper, M. S507-1
Torbahn, G. P072
Treede, H. P003
Truckenbrodt, H. S203, S203-1
Trumpf, R. P078

U

Ulbricht, S. S101-4
Ullrich, P. P057, P061, P088, S110-4, S212-5, S712-6
Ullrich, S. P054
Unbehaun, D. S504, S504-4, S504-5
Unkel, S. P097
Upegui, L. D. P039
Urazova, A. S407-3
Urban, P. P. P054

V

van den Berg, N. S712-2
van den Heuvel, D. P039
van Essen, J. P018
van Holten, K. S607-4, S708-3
van Lenthe, F. S204-3
Vathke, C. P100
Vaziri, D. S504-4
Vetter, T. S304-3
Vila-Chã, N. P054
Vogel, C. S108-2
Vogel, W. P007, P008
Vogt, D. S204-1
Voigt-Antons, J.-N. S608-4
Voigt-Radloff, S. P072, P085
Voitl, V. P134
Volkert, D. S403
Völter, C. P027, S310
Voltz, R. P109
von Arnim, C. P085, S612, S701, S701-3
von Carnap, C. S611-4
von der Heide, S. S408-2
von der Weth, R. S607-3
von Hülsen-Esch, A. S711-3
von Köppen, M. S505-3
von Kutzleben, M. S312-2
von Renteln-Kruse, W. S110-1, S204-3
von Rothkirch, C. S611-4
von Storch, K. S209-3
Vordermark, D. P022, P037, P103, P114, P117
Voß, H. P081
Vukoman, M. S707-1

W

Wächter, K. P004, S407-3
Wacker, R. P112
Wagner, M. S207-4
Wahl, H.-W. S101-1, S201-5, S201-6, S511, S601, S601-6, S710
Waldmann, G. P026
Wallrafen, H. S710-3
Wallrafen, S. S710-3
Walter, C. S707-1
Wang, H. P028
Wangler, J. S106-2
Wanka, A. S111-1, S510-4
Wappler, M. P097
Warmerdam, E. P054
Warnach, M. S611, S611-2, S611-4
Warter, C. S704-2, S704-3
Weber, M. S307-1
Weckenbrock, J. P087
Weckmüller, K. P031
Wedmann, F. P058
Wehling, M. P035, S107-2
Weidekamp-Maicher, M. S211-1, S402-1
Weigl, G. S108-3
Weiglein, M. S611-4
Weigt, J. S707-3
Weinkauf, K. S208-4
Weinrebe, W. P031
Weise, S. P117
Weiß, C. P035, S107-2
Weiß, M. M. P051, P054, P065
Weiß, S. P055
Weitensteiner, K. S501-1
Welcker, J. S312-3
Wellenhofer, M. S610, S610-2
Wenzel, A. S107-5, S204-5
Werblow, A. P082
Werner, C. P057, P061, S106-3, S110-4, S509-4
Wernicke, F. P126, S401
Wessel, L. P143, S308-2
Wetzstein, M. S204-4
Wicht, M. P024
Wiechelt, J. S609-5
Wieching, R. S504-4
Wiedemann, A. P033, S408-5
Wiegard, A. P054
Wiegelmann, H. S410-1
Wiench, D. P112
Wientjens, R. S709-2
Wiese, B. P089
Wießmeier, M. P028
Wiest, M. S101, S101-5
Wilker, A.-C. S203-3
Wille, M. S209-1
Williger, B. S608-1
Willkomm, M. S411-2
Willschrei, H. P. S403, S403-1
Wilm, S. P089
Wiloth, S. S106-3
Wilz, G. P119, S610-4
Wingenfeld, K. P016
Winkelmann, C. S708-4
Winterhalter, P. S407-3
Wirth, R. S310, S403, S701, S701-5
Wolf, F. S702, S702-3
Wolf, K.-H. P049
Wolf, M. S611-4
Wolff, B. P148, S306-2
Wolff, J. K. S101-4, S101-5
Wolff, S. P051
Wolfinger, M. S409-2
Wolf-Ostermann, K. S410-4, S712-3

Wolke, R. S709-2
Wollny, A. P089
Wolski, L. P019
Wolter, B. S505-1
Wolter, D. K. S303, S303-2, S507, S507-2
Wolter, V. S411-1
Woopen, C. S207-5, S209-3
Wörn, J. S712-5
Wrzus, C. S601-2
Wucherer, D. P147
Wulff, A. P065
Wurm, S. S101-4, S101-5
Wyman, M. F. S609-2

Y

Ye, Z. S407-4
Yu, X. P070

Z

Zahneisen, A. P124
Zank, S. P113, P115, S207, S207-3, S712-4
Zenkert, J. S504-5
Zentgraf, A. S708-3
Zenz, G. S610-1
Zieschang, T. S609, S609-1
Zijlstra, W. P021, P078
Ziller, C. S212-1
Zimmermann, J. S508-1
Zimmermann, T. P059
Zirves, M. P013, P140
Zwick, M. S203-2, S203-5
Zwingmann, I. P147