

# Abstracts | Geriatriekongress 2019

<b>Symposium .....</b>	<b>1</b>
Alter(n) und die Politik der Sorge: Bilder, Praxis, Raum und Ethik .....	1
Autonomie und Selbstbestimmung in der Palliativen Geriatrie.....	2
Caring Communities - Sorge im Alter partizipativ fördern und gerecht gestalten.....	3
Empowerment im Alter – Aus der Mitte in die Mitte.....	4
Geriatrisches Netzwerk - GerNe .....	5
Pflege von Menschen mit Fragilitätsfrakturen in der Alterstraumatologie .....	6
Pflegequalitätserhebung (PQE): nationale, internationale und praktische Perspektiven! .....	7
QIGG Symposium .....	8
Spiritualität als eigenständige Facette gesunden Alter(n)s? Zur Trias von Spiritualität, Gesundheit und Lebensqualität im Alter.....	9
Uro-Geriatrie Brennpunkte.....	10
WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN .....	11
Wer wir sein wollen – Studien- und Berufsbild Gerontolog*in in Österreich und Deutschland.....	12
<b>Wissenschaftliche Beiträge, Poster bzw. Kurzvorträge .....</b>	<b>13</b>
„Heilkunst“ - Malen als Möglichkeit zur Stressbewältigung für Pflegende .....	13
„Hilf mir, es so lange wie möglich selbst zu tun“ - Der Einsatz von Montessorimaterialien bei neurokognitiv eingeschränkten älteren Menschen aus ergotherapeutischer Sicht .....	14
Altersfreundliche Krankenhäuser .....	15
Ambulante zahnärztliche Versorgung demenzkranker Patienten im Pflegeheim .....	16
Berührt und/oder betroffen? – Evidenzbasierter Umgang mit Privatsphäre, Intimität und Sexualität in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen .....	17
Das Potenzial neuer Technologien zur Unterstützung von Pflege und Sorge über eine räumliche Distanz.....	18
Das Trockene Auge bei Parkinson - unterschätzt und unterdiagnostiziert.....	19
Effekte des österreichweiten Bewegungsprogrammes „Bewegung bis ins Alter“ auf die körperliche Fitness älterer Menschen.....	20
Empowerment im Alter – Aus der Mitte in die Mitte.....	21
GlucoTab@MobileCare – Elektronisches Diabetesmanagement für die mobile Hauskrankenpflege (Studienprotokoll). .....	22
Häusliches motorisches Otago-Trainings-Programm durch geschulte Peers (HOP-P) .....	23
HbA1c und Frailty bei geriatrischen Patient_innen.....	24
IBH-Lab AAL: Technische Assistenz in schon stark mobilisierten Quartieren verstärken - ein 3-Länderprojekt .....	25
Interdisziplinäre altersmedizinische Versorgung und Wissenschaft: 5 Jahre Theo und Friedl Schöllner-Preis .....	26
ISAR Score in der Alterstraumatologie .....	27
KEYNOTE: Ageing and social health .....	28
Klinikclowns in der Altersmedizin: Akzeptanz und Wirksamkeit aus Sicht der Patienten und Pflegekräfte – eine Pilotstudie .....	29
Labor: Magnesium erniedrigt - was jetzt .....	30
Neue Therapiebausteine - Für Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz im Bundesland Salzburg - Ergotherapie als Schlüssel zur Betätigungsgerechtigkeit.....	31
Screening for dementia with the Vienna Visuo-Constructional Test 3.0 screening (VVT 3.0 screening) .....	32
Simulationstrainings in der Pflege-eine effektive Fortbildungsmethode im geriatrischen Setting? .....	33
Unsichtbare Arzneimittel: Medikamente, die nicht aktuell eingenommen werden, aber von aktueller Relevanz sind ...	34
Wirksamkeit, Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit eines mobilen elektronischen Arbeitsablauf- und Entscheidungsunterstützungssystems (GlucoTab®) mit integriertem Basalinsulin Algorithmus für das Blutzuckermanagement bei PatientInnen mit Typ-2-Diabetes in der Akutgeriatrie.....	35
<b>Wissenschaftliche Beiträge, Poster bzw. Kurzvorträge .....</b>	<b>36</b>
<b>Abstract / Thema: Klinische Geriatrie .....</b>	<b>36</b>
"Global Deterioration Scale" - Klinische Einstufung der Demenz, aus der Praxis für die Praxis... ..	36
„Gestern war Heben – heute ist Bewegen!“ Mobilitätsförderung in der Langzeitbetreuung und Pflege, ein ganzheitlicher Ansatz- MH Kinaesthetics.....	37

“Memory Akut” – ein Versorgungskonzept für akut erkrankte und kognitiv eingeschränkte PatientInnen in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz.....	38
Aufsuchende ambulante psychodynamische Psychotherapie bei multimorbiden Hochaltrigen mit psychischen Störungen.....	39
Das geriatrische Syndrom.....	40
Der kardiale Biomarker NT-proBNP ist bei vielen geriatrischen Patienten deutlich erhöht .....	41
Die Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie (LUCAS) im Kontext des MINDMAP Konsortiums .....	42
Gemeinsam gut entscheiden: Fünf Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, um die medizinische Versorgung älterer Menschen zu optimieren.....	43
Geriatrische Tagesklinik und Gerontopsychiatrische Institutsambulanz - ein Kooperationsmodell .....	44
Häufigkeit der QTc-Zeit-Verlängerung bei geriatrischen Patienten.....	45
Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen bei geriatrischen Patienten mit hüftnaher Fraktur.....	46
Intermittent hypoxic–hyperoxic training on cognitive performance in geriatric patients.....	47
Kooperation von Akutgeriatrie (AGR) , geriatrischer Tagesklinik und Allgemeiner Interner Abteilung in einem Standardkrankenhaus. ....	48
Makrohämaturie als Leitsymptom bei geriatrischen Patienten in der Urologie .....	49
Mobilität und Kontinenz: 2 Seiten einer Medaille .....	50
Möglichkeiten zur Optimierung der geriatrischen Versorgung am Beispiel des Ärztesfunkdienstes .....	51
Proximal Periprosthetic Femoral Fracture: The “new” common fracture in the “old” patient? .....	52
Pulswellenanalyse - diagnostischer Stellenwert bei geriatrischen Patienten .....	53
Update 2019: S2e Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten .....	54
Vitamin C-Mangel: heute noch ein Problem in den Industrieländern?.....	55
Vitamin D Prophylaxe in der Langzeit- Geriatrie - was lässt sich erreichen? .....	56
Von der Theorie (LUCAS) in die Praxis (PIA/GIA): Zugang und Behandlungsplanung in einer Komm-Struktur für noch nicht institutionalisierte, psychisch erkrankte Patienten.....	57
<b>Abstract / Thema: Klinische Gerontologie .....</b>	<b>58</b>
Belastungen und Arbeitsqualität der Pflegepersonen in der Pflege von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen mit und ohne Demenzstation .....	58
Better Safe than Sorry? Herausforderungen in der logopädischen Behandlung von Schluckstörungen im fortgeschrittenen Alter .....	59
Das Pool Activity Level (PAL) Instrument for Occupational Profiling als Basis für ergotherapeutische Interventionen mit Menschen mit Demenz und ihren betreuenden Angehörigen – Übersetzung und Anwendung in der Praxis .....	60
Die Rolle der gerontopsychiatrischen Behandlung und Betreuung im Allgemeinkrankenhaus – Das Krankenhaus der Regelversorgung – „Das Akutkrankenhaus als ‚window of opportunity‘ für nachhaltige Demenzbehandlung“ – „lernt Demenz“ .....	61
Erfahrungen und Einschätzungen älterer Menschen zum Thema Leben mit Demenz.....	62
Erkannt! Benannt! Gebannt! Eine quantitative Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir an einem Bezirkskrankenhaus und einer auf die Ergebnisse aufbauende Projektarbeit. Die Implementierung eines Delirmanagements auf ausgewählten Pilotstationen ist das Ziel.....	63
Interdisziplinarität - leere Floskel oder lebbare Vision? .....	64
Lebensqualität nach dem Einzug in ein Pflegeheim. Eine qualitative Längsschnittstudie .....	65
Moral Distress im Pflegeheim – Erfahrungen und Ressourcen bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen .....	66
Presbyphagie und Dysphagie in der Geriatrie - Diagnostische und therapeutische Besonderheiten von Schluckstörungen im Alter .....	67
Sterben in Würde - Implementierung eines Schulungsprogramms zur palliativen Versorgung, Betreuung und Pflege im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser .....	68
Akzeptanz technischer Assistenzsysteme bei Seniorinnen und Senioren .....	69
Altern und Sozialraum - Ergebnisse einer sozialräumlichen Studie in neun Wiener Gemeindebezirken .....	70
Biographiebezogene tiergestützte Intervention– Aktivierung in der Betreuung im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser .....	71
Die Zurückgezogenen - nicht allein und doch einsam? Die Heterogenität des Altererlebens dargestellt an Beispielen aus der Betreuungspraxis.....	72
Erfolgskritische Faktoren für die nachhaltige Umsetzung von Mehrgenerationen-Wohnen im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) .....	73
Evaluation des Pilotprojekts "Demenz-Service Niederösterreich" .....	74

Exergaming: Wie konstruiert eine digitale Spieleplattform Altersbilder? .....	75
Geschlechtsspezifische Mobilität und Lebenssituation im Alter: Aussagen der über 75-Jährigen in einer süddeutschen Stadt .....	76
GGV 4.0 - Gemeinsam Gut Versorgen–auf dem Weg in die altersgerechte Kommune .....	77
Perspektiven der Scham.....	78
Umwandlung einer stationären Einrichtung: Versorgungswechsel von „all inclusiv“ in selbstständiges Wohnen .....	79
Untersuchung assistiver Technologien im Wohnumfeld älterer Menschen.....	80
Viele Zuhause als «Versuchslabor» grenzüberschreitend skalieren – IBH-Living Lab »Active & Assisted Living« .....	81
Wer fragt wen und wer misst was? Interviewervarianz und -bias bei der Schmerzerfassung im Altenheim.....	82
Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen zur Lebensgestaltung in innovativen Wohnformen - Wohnen im Alter .....	83
Zufriedenheitsdimensionen von Silver Workern .....	84
Zwei Jahre integrierte Altersversorgung im Kanton Zürich: Ergebnisse der KlientInnen und Angehörigenbefragungen .....	85
<b>Abstract / Thema: Interdisziplinär .....</b>	<b>86</b>
Essen und Trinken in steirischen Pflegeheimen (EUTIP) – Evaluierung der steirischen Mindeststandards am Beispiel der Speiseplananalyse .....	86
„Quo vadis“ – oder aus der Forschung auf den Teller .....	88
“Ich wusste gar nicht, dass das Spiritualität ist.” Eine Hermeneutik der spirituellen Sorge um Menschen mit Demenz im Kontext von Palliative Care.....	89
Aging Services Management Bachelor – Erfahrungen mit einem interdisziplinären Fernstudienangebot.....	90
Altersbilder und die Möglichkeit der Partizipation am Beispiel der 30 Häuser zum Leben in Wien .....	91
Barrierefreie Darstellung von Abläufen im Qualitätsmanagement .....	92
Behandlung nach Befund – konservative (nicht medikamentöse) Therapie der Inkontinenz beim geriatrischen Patienten .....	93
Das Langenloiser-Modell 2.0. - Möglichkeiten und Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Geriatrie....	94
Dementia services in the Danube region - A comparative analysis of supply and demand.....	95
Demenzfreundliche Apotheke - ein partizipatives Forschungsprojekt .....	96
Der Grazer Bratapfeltest- GRABAT - Die Entwicklung und Evaluierung eines Geruchsschwellentests für geriatrische Patienten.....	97
Der Jenga-Score – über die Entwicklung eines neuen, schnell anzuwendenden Frailty-Messinstruments .....	98
Die Entdeckung des Alters - Unbegrenzte Potenzialität des Geistes und Intergenerationeller Gewinn .....	99
Die MINT Studie - eine Mikronährstoff-Intervention- mit nährstoffreichen Lebensmitteln in traditionellen Gerichten Kann dadurch die Anämie Häufigkeit von geriatrischen Patienten verbessert werden? .....	100
Die soziale Konstruktion des Alters und ihre Messung.....	101
Doing Age – Doing Place.....	102
Entwicklung und Evaluierung eines computergestützten und physiotherapiebasierten Trainingsprogramms für ältere Menschen.....	103
Ernährungsrelevante Probleme in der häuslichen Pflege - Eine Erhebung zum Weiterbildungsbedarf von pflegenden Angehörigen .....	104
Evaluation of uv-induced actinic (solar) elastosis of the skin .....	105
G-For-J „Geriatrics for Juniors“ .....	106
Gut unterwegs mit Demenz - Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts .....	107
L’âge révolté – Das Alter zwischen Erfindung und Abschaffung .....	108
Literary Gerontology: Understanding Aging as a Lifelong Process through Cultural Representation .....	109
Menschen mit Demenz im öffentlichen Verkehr .....	110
Mobilitätsfördernde Pflege im Pflegeheim - Welche Kompetenz benötigen Pflegende? .....	111
Smart Companion – Evaluierung eines Sprachinteraktions-Prototypen für ältere Personen .....	112
University related geronto-education in Hungary .....	113
Virtual Trip – Entwicklung einer Applikation für Virtual Reality Ausflüge pflegebedürftiger älterer Menschen für therapeutische Zwecke .....	114
ZahnRad – Mundgesundheit pflegebedürftiger Patienten in Privathaushalten durch den aufsuchenden Zahnarzt .....	115

# Symposium

## **Alter(n) und die Politik der Sorge: Bilder, Praxis, Raum und Ethik**

*Kriebernegg, Ulla (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT); Wegleitner, Klaus (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT); Schuchter, Patrick (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT); Zwanzger, Katharina (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT); Schüttengruber, Gerhilde (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT); Großschädl, Franziska (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT); Lohrmann, Christa (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT); Kainradl, Anna (Universität Graz, Graz, AUT); Verhovsek, Sigrid (Technische Universität Graz, Graz, AUT)*

AutorInnen: Ulla Kriebernegg, Franziska Großschädl, Klaus Wegleitner, Sigrid Verhovsek, Patrick Schuchter, Gerhilde Schüttengruber, Christa Lohrmann, Katharina Zwanzger, Anna Kainradl

### *Hintergrund*

Welche Altersbilder liegen unseren gesellschaftlichen Vorstellungen, Normen und Werten bezüglich der Sorge füreinander zugrunde? Durch welche Bedingungen und Faktoren entstehen diese Bilder, und wodurch haben sie sich in den letzten Jahrzehnten verändert? Die sogenannte „Überalterung“ der Gesellschaft wird derzeit meist mit Begriffen wie „Pflegenotstand“ und „ökonomische Bürde“ in Verbindung gebracht. Der „Silberne Tsunami“ oder die „Graue Flut“ gehören heute zu einer gängigen Bildersprache, die der scheinbaren Bedrohung einer alternden Gesellschaft Ausdruck verleihen sollen. Wie sind diese Bilder, die das Alter mit Katastrophen gleichsetzen, mit einer Vorstellung des „guten Lebens im Alter“ vereinbar?

### *Zielsetzung*

Um der Vieldimensionalität gesellschaftlich produzierter Altersbilder und Sorgewelten forschend gerecht zu werden, ist ein interdisziplinärer Zugang erforderlich. Das Symposium bezieht daher Expertisen aus Soziologie, Kultur- und Literaturwissenschaft, Pflegewissenschaft, Philosophie, Public Health, Care Ethics und Architektur aufeinander. Dabei wird sowohl deren Komplementarität genutzt als auch neue, innovative Formen interdisziplinärer Alters- und Sorgeforschung diskutiert.

### *Kernfragen*

Das Symposium widmet sich einerseits der Frage in welcher Wechselwirkung die „produzierten“ Altersbilder mit der gesellschaftlichen Sorgepraxis (in den unterschiedlichen „Sorgewelten“: institutionell, zu Hause und dazwischen) sowie der Politik stehen. Andererseits soll reflektiert werden, welche Lebens- und auch Wohnformen durch neue Sichtweisen auf Altern und Sorgeskultur angeregt werden.

### *Struktur*

Chairs: Klaus Wegleitner, Ulla Kriebernegg

## **Altersbilder und die Institutionalisierung des Lebensendes in Literatur, Film, Kunst**

*Ulla Kriebernegg, Katharina Zwanzger*

## **Einstellungen zu Alter und Pflegeabhängigkeit: Implikationen für die Pflegepraxis**

*Gerhilde Schüttengruber, Christa Lohrmann, Franziska Großschädl*

## **Raum für Sorge im Alter – Architektur für neue Lebens- und Wohnformen**

*Sigrid Verhovsek*

## **Wider die Bürokratisierung und Standardisierung von Sorge - für eine neue Care Politik**

*Patrick Schuchter, Klaus Wegleitner, Anna Kainradl*

### *Finanzielles Konzept*

Die Reise- und Aufenthaltskosten werden von den jeweiligen Partnerorganisationen übernommen.

## **Autonomie und Selbstbestimmung in der Palliativen Geriatrie**

*Heimerl, Katharina (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Wien, AUT); Müller, Dirk (UNIONHILFSWERK, Berlin, AUT); Kunz, Roland (Stadtspital Waid, Zürich, CHE)*

Fragen zur Autonomie und Selbstbestimmung für hochbetagte Menschen, die immer häufiger auch von einer Demenz betroffen sind, gewinnen an Bedeutung. Menschen, die sich in der Palliativen Geriatrie engagieren, sehen sich mit immer mehr Regelungen zur vorausschauenden Planung konfrontiert, die Betroffenen und Angehörigen fragen nach Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten, es werden gesetzliche Vorgaben dazu geschaffen. Im Kontakt mit Menschen mit Demenz, deren verbale Fähigkeiten zu kommunizieren eingeschränkt sind, braucht es besondere Aufmerksamkeit für deren Autonomie. Das länderübergreifende Symposium will die Verständigung über das grundsätzliche theoriegeleitete Verständnis und die Praxis in diesem Bereich ermöglichen und folgende Fragen diskutieren:

Was verstehen wir unter Autonomie und Selbstbestimmung? Auf welchem Menschenbild gründen wir unsere Vorstellungen von Autonomie? Wie wird in den unterschiedlichen Ländern des deutschsprachigen Raums (Deutschland, Österreich, Schweiz) mit Autonomie und Selbstbestimmung umgegangen? Wie ist der Umgang mit Sterbewünschen in den einzelnen Ländern geregelt – bis hin zu assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen? Was ist das Besondere an der Selbstbestimmung in der Sorge für hochbetagte Menschen und für Menschen mit Demenz - in der Palliativen Geriatrie? Welchen Unterschied bestehen zwischen Autonomie und Selbstbestimmung im institutionellen Kontext oder im häuslichen Umfeld? Wie wollen wir in der Palliative Geriatrie mit den Herausforderungen, die mit Autonomie und Selbstbestimmung verbunden sind, umgehen?

Die Diskussion soll zu Beginn durch drei Inputs angestoßen werden:

Wie kommen wir in der Palliativen Geriatrie zu guten Entscheidungen? (Roland Kunz, Geriater und Palliativmediziner, Universitäre Klinik für Akutgeriatrie, Waidspital Zürich)

Gesundheitliche Vorsorgeplanung in Deutschland – Kritik und Würdigung eines neuen Instrumentes (Dirk Müller, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie/ UNIONHILFSWERK, Berlin)

Autonomie und Selbstbestimmung von Hochbetagten – die Perspektive der Forschung (Katharina Heimerl, Elisabeth Reitinger, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien)

Finanzierung: Die ReferentInnen veranstalten ab 28.4.2019 in Wien einen Workshop der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie e.V. ([www.fggg.eu](http://www.fggg.eu)). Die Kosten für die Anreise zum Symposium des Geriatriekongresses werden von der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie getragen. Wir ersuchen um einen Termin für die Session am Samstag

## **Caring Communities - Sorge im Alter partizipativ fördern und gerecht gestalten**

*Wegleitner, Klaus (Universität Graz, Graz, AUT); Wild, Monika (Österreichisches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Wien, AUT); Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, CHE); Schuchter, Patrick (Universität Graz, Graz, AUT); Müller, Claudia (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, AUT); Kaspar, Heidi (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, AUT); Kerschbaum, Werner (Österreichisches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Wien, AUT)*

### *Hintergrund*

Mitten im 21. Jahrhundert stehend sind die Herausforderungen für die Sorge- und Hilfeinfrastruktur einer alternden Gesellschaft mächtig: Hier kommen Hochaltrigkeit, Einsamkeit im Alter, abnehmende familiäre Pflegepotentiale, Care-Migration, Abwanderung und die Ausdünnung der "sozialen Infrastruktur" in ländlichen Regionen zusammen. Und Fragen werden immer drängender: Wie können wir die soziale Teilhabe alter Menschen besser verwirklichen, welche Unterstützungspotentiale haben Technik und Digitalisierung, oder wie lassen sich Beruf, Familie und Care besser vereinbaren? Dabei wird deutlich, dass a) die "Sorge-Antworten" einer primär institutions- und professionsorientierten Industriemoderne an ihre Grenzen stoßen, b) neue Formen von Sorge-Gemeinschaften erst dabei sind, sich in unterschiedlicher Weise zu entwickeln.

In Deutschland, der Schweiz und Österreich beobachten wir soziale Bewegungen, fachliche und wissenschaftliche Diskurse sowie die Umsetzung von Sorgemodellen, die im Kern die Veränderung gesellschaftlicher Sorgeskultur thematisieren oder zum Ziel haben. Bei allen Unterschieden beziehen sie sich auf etwas Gemeinsames: Das Bild einer sorgenden Gesellschaft oder Caring Community (CC).

### *Zielsetzung*

Vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen aus D, A und CH in der partizipativen Care-Forschung und anhand aktueller CC-Modellprojekte diskutiert das Symposium kritisch und zukunftsorientiert über die Chancen und Grenzen von CC in der Sorge im Alter. Dem Thema angemessen geschieht dies - angeregt von Miniimpulsen - im partizipativen Dialog mit den beruflichen und persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer\*innen.

### *Struktur*

Chair: Monika Wild (ÖRK), Ulrich Otto (Careum)

**Community Care als gesellschaftspolitische Aufgabe: Modellprojekte des Österreichischen Roten Kreuz**, Werner Kerschbaum (ÖRK)

**Die Menschen einbeziehen - Chancen und Grenzen partizipativer Technologieentwicklung**, Claudia Müller (Careum)

**CC als Gegenbewegung zur Kommodifizierung von Sorge?**, Klaus Wegleitner (Uni Graz)

**Ent-Feminisierung von Sorgearbeit - eine Utopie?**, Heidi Kaspar (Careum)

**Ethik der Gabe: Bedingungen solidarischer Lebensweisen**, Patrick Schuchter (Uni Graz)

*Interaktiver Austausch mit TN und Thesen zu einem guten Leben im Alter.*

**Für eine kollektive gesellschaftliche Sorgeskultur - zusammenfassende Gedanken**, Ulrich Otto (Careum)

### Finanzielles Konzept

Die Reise- und Aufenthaltskosten werden von den jeweiligen Partnerorganisationen übernommen.

## **Empowerment im Alter – Aus der Mitte in die Mitte**

Seidenschwann, Maria (KWP, Wien, AUT)

### Einleitung

Altersbilder existieren auch in den Köpfen von hochbetagten Menschen. Um Vergangenes, Jetziges und Zukünftiges neu bewerten zu können und Chancen zu erkennen, muss vielfach erst die Ressource erschlossen werden, die hinter schwierigen Lebenssituationen stecken kann (1-3).

Wir PsychologInnen verstehen unsere Aufgabe als Unterstützung der uns anvertrauten hochbetagten Menschen beim Erzielen der bestmöglichen Lebensqualität.

### Fragestellung

Inwieweit ist durch psychologische Interventionen Empowerment im Alter beeinflussbar?

### Methode

In einem Filmbeitrag kommen BewohnerInnen der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser sowie die Psychologische Leitung zu Wort. Gedreht wurde der Film 2015, als Beitrag zu einer Fachtagung mit dem Titel „Ich sein dürfen unter vielen“. Anschließend werden die ressourcenorientierte Arbeitsweise und die Aufgabenstellung des Psychologischen Kompetenz Zentrums erklärt. Forschungsbeiträge von Prof. Ellen Langer sowie Ansätze der „Positiven Psychologie“ bieten Anregungen für die praktische Arbeit und neue Sichtweisen (4).

An Hand von Fallbesprechungen wird verdeutlicht, wie auch hochbetagte und psychisch erkrankte alte Menschen zu einer neuen Sichtweise ihrer Selbst sowie zu neuem Handlungsspielraum gelangen können. Mittels eines Übungsbeispiels können die TeilnehmerInnen selbst die Wirkung dieses Ansatzes erfahren (5-7).

### Conclusio

Eine ressourcenorientierte an Stelle von defizitorientierte Herangehensweise an sich selbst bringt auch im Alter neues Selbstvertrauen.

### Literatur:

1. Bucher AA. Psychologie des Glücks: Ein Handbuch. Weinheim: Beltz; 2009.
2. Engelmann B. Therapie Tools Positive Psychologie. Achtsamkeit, Glück, Mut, Weinheim. Basel: Beltz Verlag; 2012.
3. Friedrich-Hett T. Positives Altern. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. Bielefeld: transcript Verlag; 2007.
4. Langer E. Die Uhr zurückdrehen?: Gesund alt werden durch die heilsame Wirkung der Aufmerksamkeit. Paderborn 2011.
5. Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016.
6. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen: Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: Trias; 2008.
7. Schmid B. Selbstheilung durch Vorstellungskraft. Wien: Springer Verlag; 2010.

## **Geriatrisches Netzwerk - GerNe**

*Mohr, Dr. med. Michael (Universitätsmedizin Mainz, Mainz, GER); Hardt, Prof. Dr. med. Roland (Universitätsmedizin Mainz, Mainz, GER)*

Bedingt durch die Komplexität und Multimorbidität von geriatrischen Patienten ist es unvermeidbar, dass es zu Wiedereinweisungen von Patienten kommt. Die Vermutung, dass geriatrische Patienten ein hohes Rehospitalisationsrisiko aufweisen, wurde durch die Angaben einer großen rheinlandpfälzischen Krankenkasse bestätigt. In der Aufbereitung der Daten konnte dargestellt werden, dass 2931 Versicherte im Zeitraum vom 01.07.2014 bis 30.06.2015 eine stationäre Behandlung mit Abrechnung einer geriatrischen DRG aufwiesen. Von diesen genannten Patienten war bei 2091 Versicherten (71%) mindestens eine weitere stationäre Aufnahme im Folgejahr nötig gewesen, wobei einzelne Patienten bis zu 36mal behandelt werden mussten. Die durchschnittliche Rehospitalisierungsrate im Jahr nach dem stationären Aufenthalt lag bei 1,85 (5411 Fälle / 1 Jahr \* 2931 Versicherten).

Die vorliegenden Daten und der klinische Alltag lassen den Schluss zu, dass geriatrische Patienten aufgrund ihrer Multimorbidität und Komplexität eine hohe Rate an Rehospitalisationen aufweisen. Ziel des GerNe-Projektes ist es die Rehospitalisationsrate von geriatrischen Patienten zu senken, indem die Zusammenarbeit bzw. Kommunikationen zwischen den geriatrischen Kliniken und den niedergelassenen Ärzten verbessert wird. Als Kommunikationsplattform hierfür dient eine gemeinsam genutzte elektronische Fallakte.

Zudem wird in den teilnehmenden geriatrischen Kliniken ein Konsildienst etabliert, der den niedergelassenen Kollegen telefonisch oder über die elektronische Fallakte zur Verfügung steht. Durch diese Vernetzung soll ein bidirektionaler Informationsaustausch ermöglicht werden.

Ziele:

- Implementierung einer neuen Versorgungsform
- Senkungen der Rehospitalisationsrate geriatrischer Patienten

## **Pflege von Menschen mit Fragilitätsfrakturen in der Alterstraumatologie**

*Dr. Mauthner, Oliver (Felix Platter-Spital, Basel, CHE); Bales, Gabriele (Felix Platter-Spital, Basel, CHE); Roiqk, Patrick (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, GER); Dr. Santy-Tomlinson, Julie (University of Manchester, Manchester, GBR); Hertz, Karen (Royal Stroke University Hospital, Stoke-on-Trent, GBR); Marques, Andrea (Serviço de Reumatologia, Coimbra); Speerin, Robyn (Musculoskeletal Network, Chatswood, AUS); van Oostwaard, Marsha (Osteoporosis-Endocrinology, Veldhoven); Tochon-Laruaz, Ana Cruz (Fracture Liaison Service, Genève, CHE); Queirós, Carmen (Centro Hospitalar do Porto, Porto); Kaminska, Magdalena (Pomeranian Medical University, Szczecin, POL)*

Eine Problematik des Alters sind Erkrankungen wie die Osteoporose und dadurch bedingte Frakturen, sogenannte Fragilitätsfrakturen. Zur Verbesserung der Versorgungssituation von Betroffenen initiierte das *Fragility Fracture Network (FFN)* ein europäisches Projekt, welches die Entwicklung eines Kerncurriculums zur Pflege von PatientInnen mit Fragilitätsfraktur als Ziel hatte. Im Symposium werden die Entwicklung, der Transfer in die Praxis und wesentliche Inhalte des Kerncurriculums vorgestellt.

### **Vortrag 1 – Vorstellung des FFN-initiierten Pflege-Projektes zur Rolle der Pflege in der Alterstraumatologie**

Der erste Vortrag befasst sich mit den Hintergründen des Projektes und dessen Umsetzung im deutschsprachigen Raum. Ein erster Workshop zur Translation der Inhalte des Kerncurriculums in die Praxis fand im Oktober 2018 in Berlin statt. Im Vortrag wird der momentane Stand des Projektes und die zukünftige Entwicklung vorgestellt. Darüber hinaus wird auf die Rolle der Pflege in der Alterstraumatologie eingegangen.

### **Vortrag 2 – Frailty, Sarkopenie und Stürze, eine Herausforderung im Versorgungsalltag**

Frailty, Sarkopenie und Stürze sind komplexe gesundheitsrelevante Themen, die mit zunehmendem Alter immer häufiger auftreten. Das Wissen um die unterschiedlichen Aspekte hinsichtlich der Identifikation, Behandlung und Therapie stellt eine große Herausforderung im Versorgungsalltag dar. Der zweite Vortrag wird diese Herausforderungen benennen, neue Entwicklungen einbeziehen und die Verantwortungsbereiche von Pflegenden aufzeigen.

### **Vortrag 3 – Das Delir aus pflegerischer Perspektive behandeln**

Nahezu die Hälfte der FrakturpatientInnen im Krankenhaus weist ein Delir auf. Da Pflegenden eine wesentliche Verantwortung in der Betreuung von PatientInnen mit einem Delir haben, sind das Wissen um die Entstehung eines Delirs, dessen Identifikation und die Umsetzung evidenzbasierter Strategien zur Prävention und Behandlung wesentliche Elemente pflegerischer Arbeit und Bestandteil des dritten Vortrags.

### **Vortrag 4 – Prävention von Stürzen und Sekundärfrakturen**

Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko für Stürze zu. Gleichzeitig kommt es zum Abbau der Knochensubstanz, was sich in einer Osteoporose manifestieren kann. Liegt bei älteren Menschen eine niedrige Knochendichte vor, können Stürze schnell zu Fragilitätsfrakturen führen. Im vierten Vortrag wird auf die Bedeutung der Prävention von Stürzen und Sekundärfrakturen eingegangen und pflegespezifische Maßnahmen aufgezeigt.

### **Pflegequalitätserhebung (PQE): nationale, internationale und praktische Perspektiven!**

*Bechtold, Paul (Wiener Krankenanstaltenverbund, Wien, AUT); Scherzer, Manfred (Wiener Krankenanstaltenverbund, Wien, AUT); Hödl, Manuela (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT); Bernet, Niklaus (Bernere Fachhochschule, Bern, CHE); Eglseer, Doris (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT); Osmancevic, Selvedina (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT)*

In diesem Symposium soll auf die Entwicklung der PQE, die zu Grunde liegende Methodik sowie die Weiterentwicklung der Erhebung über die Jahre eingegangen werden.

Zur Darstellung der nationalen Perspektive werden exemplarisch Daten zum Thema „Mangelernährung in österreichischen Gesundheitseinrichtungen“ präsentiert. Etwa jede 6. Person ist von Mangelernährung betroffen. Obwohl die Verwendung von Leitlinien in den letzten Jahren gestiegen ist, gibt es einen erheblichen Anteil an betroffenen Personen, bei denen keine Diätologin hinzugezogen wurden (67%) oder die keine Zusatznahrung erhalten haben (85%).

Um die internationale Perspektive aufzuzeigen werden anhand des Pflegeproblems Sturz Daten aus den Ländern Österreich, Schweiz und Niederlande verglichen. Sowohl die Anzahl der PatientInnen mit einem Sturzrisiko als auch die nosokomiale Sturzprävalenz war ähnlich zwischen den Ländern. Unterschiede zwischen den Ländern konnten hinsichtlich verschiedener Maßnahmen identifiziert werden. Zusätzlich wird ein internationaler Vergleich zwischen zwei Jahren präsentiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl an RisikopatientInnen in allen drei Ländern im Jahr 2017 niedriger war als im Jahr 2016. Ebenso sank auch die nosokomiale Sturzprävalenz von 2016 auf 2017 in allen drei Ländern. Weiterhin werden Beispiele für Qualitätsentwicklungsstrategien aus der Schweiz präsentiert.

Die praktische Perspektive beschäftigt sich mit den Auswirkungen der PQE auf die Praxis am Beispiel des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV). Durch die jährliche Teilnahme des KAV seit 2008 konnten individuelle Stärken und Änderungspotenziale innerhalb der Einrichtung erkannt werden und die Daten im Sinne des Benchmarkings verwendet werden. Dies führte beispielsweise zur Entwicklung von leitlinienbasierten Handlungsempfehlungen und Algorithmen zu den verschiedenen Pflegeproblemen.

**QIGG Symposium**

Mrak, Peter (QIGG, Voitsberg, AUT)

QIGG (Qualität in der Geriatrie und Gerontologie) Symposium

Moderation: P.Mrak, P.Dovjak; 3 Vorträge a 20 Minuten

- 1) Integrierte Versorgung am Beispiel des Kärntner Modells, Referent G.Pinter
- 2) Weiterentwicklung des Benchmarking in der österreichischen Geriatrie, Referent K.Donsa
- 3) Pachysarkologie und Frailty -eine phänomenologische Bestandsaufnahme, Referent A.Risse

**Spiritualität als eigenständige Facette gesunden Alter(n)s? Zur Trias von Spiritualität, Gesundheit und Lebensqualität im Alter**  
*Janhsen, Anna (Universität zu Köln, Köln, GER); Woopen, Christiane (Universität zu Köln, Köln, GER); Beck, Matthias (Universität Wien, Wien, AUT)*

Die Förderung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität bis ins hohe Alter gilt als eine der Zieldimensionen in der Geriatrie und Altenarbeit. Insbesondere Personen im höheren und höchsten Lebensalter sind dabei in besonderem Maße mit Erfahrungen der Vulnerabilität und Verlusten konfrontiert, sodass protektive Faktoren und Coping-Strategien an Relevanz gewinnen. Spiritualität wird gerade bei den Hochaltrigen als eben solche ins Gespräch gebracht und als *spiritual health* bzw. *spiritual well-being* als eigenständige Facette von Gesundheit und Lebensqualität in der Wissenschaft diskutiert. Dieses Symposium rückt daher die Trias aus Spiritualität, Gesundheit und Lebensqualität im Alter ins Zentrum und diskutiert, welche Annahmen zu deren Zusammenhängen und normativen Leitvorstellungen von (gesundem) Alter(n) und welche Dimensionen innerhalb der einzelnen Konstrukte im Diskurs vorherrschend sind. Dabei soll ein Raum geöffnet werden, der auf der einen Seite für potentielle Schnittstellen sensibilisiert und auf der anderen Seite der Heterogenität von Lebensentwürfen auch im hohen Alter Rechnung trägt.

Christiane Woopen wird zu Beginn das Challenges and Potentials (CHAPO) Modell der Lebensqualität hochaltriger Menschen vorstellen, das als interdisziplinäres Rahmenkonzept für die Erforschung der Lebensqualität im höheren Lebensalter dienen kann und sich in der Hochaltrigenstudie NRW80+ bereits bewährt hat.

Matthias Beck geht in seinem Beitrag auf den grundsätzlichen Zusammenhang von Spiritualität und Gesundheit ein und beleuchtet die Bedeutung des Lebensverlaufs für das hohe Alter aus einer christlichen Perspektive.

Anschließend präsentiert Frau Anna Janhsen Annahmen und Leitvorstellungen im Zusammenhang von Spiritualität und Alter und welche Auswirkungen diese auf Vorstellungen der Lebensqualität im Alter haben. Hierbei wird auch auf empirische Daten aus der NRW80+-Studie, der ersten bevölkerungsrepräsentativen Befragung von Personen mit 80 Jahren und älter in Nordrhein-Westfalen, zurückgegriffen.

### **Uro-Geriatrie Brennpunkte**

*Becher, Klaus Friedrich (Helios Hansekllinikum Stralsund, Stralsund, GER); Wiedemann, Andreas (Universität Witten Lehrstuhl für Geriatrie, Witten, GER); Ege, Sigrid (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, GER); von der Heide, Silke (Praxis Promotio gmbH, Göttingen, GER)*

Der Arbeitskreis Inkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie mit seinen Mitgliedern als Autoren und Referenten möchten in vier Vorträgen die unterschiedlichen Aspekte uro-geriatischer Behandlungsfelder bei der klinischen und ambulanten Versorgung hochbetagter multimorbider Patienten darstellen. Im Eingangsreferat zeigt Frau Dr. Sigrid Ege vom Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart auf, wie eine Abklärung und Beratung von Inkontinenz im Zusammenhang mit Mobilitätseinschränkungen gelingen kann. Im zweiten Beitrag soll durch Chefarzt Dr. Klaus Friedrich Becher vom Helios Hansekllinikum Stralsund, Abteilung Geriatrie das Update der AWMF S2e Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie mit seinen neu überarbeiteten Kapiteln vorgestellt werden. Prof. Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Urologischen Klinik am Ev. Krankenhaus Witten und Assoziierter Professor für Uro-Geriatrie am Lehrstuhl für Geriatrie der Privaten Universität Witten/Herdecke möchte eine eigene Studie zum Leitsymptom "Makrohämaturie" bei geriatrischen Patienten aus seiner Klinik vorstellen, die aufzeigt welche Veränderungen im Versorgungsbereich von Patienten mit Harnblasenverweilkathetern zu beachten ist. Als vierter Beitrag aus der Praxis der angewandten Physiotherapie, möchte Frau Dr. von der Heide die Notwendigkeit und die Grenzen von konservativen Trainingsmaßnahmen für den Beckenbodenbereich bei geriatrischen Patienten mit Kontinenzproblemen aus der Sicht einer niedergelassenen Ärztin mit Schwerpunkt Physikalische Medizin und Allgemeinmedizin darstellen.

## **WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN**

*Anders, Jennifer (Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, GER); Becher, Klaus Friedrich (Abteilung Geriatrie und Frührehabilitation, Stralsund, GER); Dapp, Ulrike (Forschung, Albertinen-Haus, Hamburg, GER); Lindner, Reinhard (Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Kassel, GER)*

Ein interdisziplinäres Symposium zum Schwerpunkt „Psycho-Geriatrie“ von J. Anders, K. Becher, U. Dapp, R. Lindner (alphabet. Reihenfolge)

Psychische Erkrankungen sind bezüglich ihrer Prävalenz, der Auswirkungen auf die funktionelle Gesundheit und für die Prognose älterer, multimorbider Patienten ernst zu nehmen. Ihre Erfassung und Behandlung ist ursprünglich im biopsychosozialen Modell in der Geriatrie fest verankert. Dennoch droht angesichts verkürzter Verweildauer und symptomatisch oder internistisch fokussierter Abklärung im klinischen Alltag eine Vernachlässigung psychischer Aspekte.

Dieses Symposium versammelt daher interdisziplinäre Kompetenz aus unterschiedlichen Fachbereichen und Versorgungsformen. Dr. Dapp (Medizin-Geografie) führt in die Thematik ein mit einer Übersicht aus der epidemiologischen Forschung mit aktuellen Daten zur mentalen Gesundheit älterer Menschen aus urbanen Räumen in Europa (MINDMAP) einschließlich Erfahrungen zur Prävention psychischer Störungen.

Daran schließen sich Erkenntnisse zu typischen Alterungsprozessen aus der Hamburger Langzeitstudie LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study; N=3.326). Sowohl neu aufgetretene psychische Erkrankungen als auch die Re-Aktivierung psychischer Traumata sind ein wesentlicher Eintrittspunkt in die Frailty-Kaskade. Dr. Anders (Geriatrie, Psychiatrie) erläutert die Pathophysiologie, die frühe Abklärung durch ein erweitertes, gerontologisch-geriatriisches Assessment und Behandlungsverläufe anhand von Kasuistiken aus der geriatriischen Mobilitäts-Ambulanz (Vorläufer der GIA) und der Psychiatrischen Instituts-Ambulanz (PIA).

Am Beispiel der Geriatriischen Tagesklinik als teilstationäre Einrichtung und der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz (GIA) sollen die Verzahnung und Vernetzung versorgungsrelevanter Bereiche für multimorbide, ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und bereits nachweisbaren, funktionellen Verlusten von Dr. Becher (Geriatrie) beispielhaft in einem zwar städtisch geprägten, aber strukturschwachen Umfeld einer überwiegend ländlichen Bevölkerungsstruktur vorgestellt werden.

Prof. Lindner (Psychiatrie) nimmt die Zuhörer mit in die aufsuchende, psychodynamische Psychotherapie im Lebensumfeld der oft multimorbiden, immobilen Patienten. Dabei spielen Haltung und Herangehensweise eine wichtige Basis für das Verstehen und die therapeutischen Prozesse. Mögliche Organisationsformen sind dafür in Deutschland die MVZ oder PIA sowie Liaison-Dienste.

## **Wer wir sein wollen – Studien- und Berufsbild Gerontolog\*in in Österreich und Deutschland**

*Wernicke, Florian (AGP sozialforschung, Freiburg, GER)*

Gerontologisch relevante Handlungsfelder gewinnen an gesellschaftlicher Relevanz und Popularität. Kennzeichen dieser Entwicklung sind auch die starke Verbreitung und Diversifizierung akademisch-gerontologischer sowie gerontologisch orientierter Aus- und Weiterbildungsangebote innerhalb der vergangenen zehn Jahre in Deutschland und dem deutschsprachigen Raum. Eine besondere Akzentuierung erfahren dabei berufsbegleitende Studiengänge, die häufig durch (Fach-)Hochschulen angeboten werden. In einer ersten Standortbestimmung für Deutschland konnten alle derzeit existierenden gerontologischen und gerontologisch orientierten Studiengänge identifiziert und entlang ihrer curricularen Schwerpunktsetzung beschrieben werden (Kessler, Hoff & Franke, 2017). Entsprechende Arbeiten aus Österreich sind bisher nicht bekannt.

Die Inhalte akademischer Qualifikations- und Weiterbildungsprogramme regulieren die beruflichen Zugangs- und Entwicklungsmöglichkeiten von Absolvent\*innen. Voraussetzungen für die Gestaltung spezifischer Bildungsangebote sind ein umrissenes akademisches Profil gerontologischer Expertise sowie ein berufsfeld- und fachbezogenes Selbstverständnis. Bisher ist nur wenig über berufliche Einmündungs- und entsprechende Entwicklungsverläufe von Gerontolog\*innen bekannt. Zudem sind diesbezüglich zentrale Fragestellungen um das Verhältnis von fachlicher Spezialisierung und generalistisch-interdisziplinärer Verankerung gerontologischer Expertise weitgehend unbearbeitet. Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) findet daher seit einiger Zeit ein intensivierter Diskurs zum Thema gerontologische Aus- und Weiterbildung, besonders innerhalb eines eigenen Fachausschusses, statt.

Das vorgeschlagene Symposium widmet sich der erweiterten Standortbestimmung gerontologischer und gerontologisch orientierter Studienangebote in Österreich und Deutschland. In einer vertiefenden Gegenüberstellung werden Gemeinsamkeiten und Widersprüche in der curricularen Gestaltung exemplarischer Studiengänge dargelegt und einer moderierten Diskussion mit Expert\*innen, Studierenden und dem Plenum unterzogen. Ergänzend vorgestellte berufsbiografische Absolvent\*innenberichte aus Österreich und Deutschland dienen als Diskussionsvorlage. Der Fokus des Gesprächs wird auf der Identifikation zukünftig bedeutsamer gerontologischer Handlungsfelder und deren Zutrittsvoraussetzungen für Absolvent\*innen gerontologischer und gerontologisch orientierter Studiengänge liegen.

## Wissenschaftliche Beiträge, Poster bzw. Kurzvorträge

### „Heilkunst“ - Malen als Möglichkeit zur Stressbewältigung für Pflegende

*Friedl, Astrid Maria (Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am SMZ X der Stadt Wien, Wien, AUT)*

**Hintergrund:** Meine Fachbereichsarbeit zur Erlangung des Diploms für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege befasst sich mit dem gesundheitsfördernden Potential von Malen für Pflegende.

Mit den zunehmenden Belastungen für Pflegende in Anbetracht des steigenden Pflegebedarfs aufgrund der Bevölkerungs- und Krankheitsentwicklung steigt der Bedarf, Möglichkeiten für Pflegende zu schaffen, Stress zu bewältigen und damit die eigene Gesundheit zu erhalten.

**Ziel:** Meine Fachbereichsarbeit soll dafür sensibilisieren, dass Malen nicht nur in der Therapie für Patientinnen und Patienten angewendet werden kann, sondern unter bestimmten persönlichen und betrieblich-organisatorischen Voraussetzungen für die Pflegenden selbst gesundheitsförderndes Potential im Sinne eines salutogenen Ansatzes bietet.

**Methodik:** Basis der vorliegenden Arbeit war eine strukturierte Literaturrecherche.

**Ergebnisse:** Mehrere Studien belegen, dass Malen nachweislich die Gesundheit von Pflegenden fördert und damit zur Stressprävention und -bewältigung geeignet ist. Das salutogene Potential von Malen deckt Persönlichkeitsressourcen, wie Selbstwert, Erholungsfähigkeit und Freude, ab. Eine spielerische Herangehensweise und der Fokus auf den schöpferischen Prozess an sich können dabei helfen, persönliche Hemmschwellen gegenüber Malen zu überwinden. Die Grenzen von Malen als reines Stressbewältigungsmittel werden von einem (kunst-)therapeutischen Bedarf sowie der Berufszielgruppe abgesteckt. Die Förderung von sozialen Ressourcen, wie Teamfähigkeit und Zusammenhalt, und damit von Wohlbefinden am Arbeitsplatz ist vor allem für die Gesundheitsinstitutionen als Arbeitgeber in Anbetracht der Kosten durch stressbedingte Produktivitätseinbußen interessant. Rückhalt von Seiten der Gesundheitsorganisation ist gemeinsam mit persönlichem Engagement Voraussetzung dafür, dass Pflegende ihre im Malen erworbene Gesundheitskompetenz an Patientinnen und Patienten weitergeben können, in Form von Beratung oder sogar selbst angeleiteten Kursen.

**Schlussfolgerungen:** Das Gesundheitspotential von Malen für Pflegende liegt darin, Gesundheitsressourcen zu stärken und damit mittel- und langfristige Krankheitskosten zu senken sowie Lebensqualität zu steigern, sowohl auf Personal- als auch auf Patientenseite.

**Schlüsselwörter:** Kunst, Malen, Kunsttherapie, Gesundheitsförderung, Stressbewältigung, Selbstliebe.

**„Hilf mir, es so lange wie möglich selbst zu tun“ - Der Einsatz von Montessorimaterialien bei neurokognitiv eingeschränkten älteren Menschen aus ergotherapeutischer Sicht**

*Puric, Natasa (FH Gesundheitsberufe OÖ, Salzburg, AUT); Kriegseisen-Peruzzi, Melanie (Ergotherapeutische Fachpraxis für Handlungskompetenz im Alter, Göming, AUT)*

**Einleitung:** Bedingt durch die steigende Inzidenz- und Prävalenzrate stellt die Versorgung von älteren Menschen mit neurokognitiven Einschränkungen eine der größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft dar. Da das nicht nur eine Herausforderung für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch einen erhöhten Bedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten bedeutet, sind bei der Lösung neue Strukturen und Kreativität in den Konzepten gefordert. Montessorimaterialien können durch ihre individuellen Merkmale eine Möglichkeit bieten, Betätigung für neurokognitiv eingeschränkte Personen, angepasst an ihre individuellen Bedürfnisse, zu ermöglichen. Das Montessorikonzept rückt vorhandene Ressourcen in den Fokus, so können Betroffene auch in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien in adaptierten Aktivitäten Selbstwirksamkeit erfahren.

**Methode:** Nach einer Literaturrecherche wurden die gefundenen Ergebnisse einer Analyse nach dem ergotherapeutischen KRAH®-Ansatz unterzogen, um anschließend die Forschungsfrage „Welche Montessorimaterialien eignen sich aus ergotherapeutischer Sicht für die Arbeit mit neurokognitiv eingeschränkten älteren Personen?“ zu beantworten.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden sechs Aktivitäten mit Montessorimaterialien aus den Bereichen „Übungen des täglichen Lebens“ und „Sinnesmaterialien“ analysiert. Unter Berücksichtigung der Modifizierbarkeit der Montessorimaterialien lässt sich sagen, dass alle in der vorliegenden Arbeit untersuchten Aktivitäten das Potenzial bergen, Betroffenen Erfolgserlebnisse und Selbstwirksamkeit ermöglichen zu können. Zu beachten ist in jedem Fall, dass für die bestmögliche Durchführung eine Betreuungsperson anwesend sein sollte.

**Diskussion:** Da die Betreuung neurokognitiv eingeschränkter Personen in Österreich meist durch Angehörige erfolgt, sind sie die Zielgruppe, die in Bezug auf die Praktikabilität neuer Konzepte berücksichtigt werden müssen, um die bestmögliche und zielführende Partizipation der Betroffenen sicherstellen zu können. Hier ist die Expertise von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gefragt, um die Anwendbarkeit der Methoden zu überprüfen und diese bei Bedarf zu adaptieren. Im Sinne von „enabling occupation“, dem Ermöglichen von Handlung und Betätigung, kann das Montessorikonzept als eine Möglichkeit gesehen werden, das nach erfolgreicher Adaptierung Betreuenden ein Leitgerüst zur Hand gibt, nach dem bedeutungsvolle und den Anforderungen entsprechende Aktivitäten für Betroffene ermöglicht werden können.

## **Altersfreundliche Krankenhäuser**

*Metzler, B. (GÖG, V. Quehenberger, AUT); Prim. Dr. Sommeregger, Ulrike (Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, Wien, AUT)*

### **Hintergrund:**

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der mit dem Lebensalter zunehmenden Inzidenz von Erkrankungen aller Art besteht ein großer Teil aller Krankenhauspatienten aus Menschen in ihrer 8., 9. und 10. Lebensdekade. Damit verbunden ist eine hohe Prävalenz von Einschränkungen des Sensoriums, der Mobilität und der Orientierung mit erhöhter Gefahr der Krankenhausassoziierten Funktionsverschlechterung.

Dennoch wird dieser Sachlage noch immer nicht volle Aufmerksamkeit gewidmet und bei baulich, organisatorischen Belangen sowie bei Aus- und Fortbildung aller Berufsgruppen ausreichend berücksichtigt.

Daher wurden in einer internationalen AG des HPH-Netzwerks unter Leitung von Shu-Ti Chiou MD, PhD, MSc, Director-General of Health Promotion Administration, Ministry of Health & Welfare, Taiwan Kriterien und messbare Parameter erarbeitet, die sowohl zur Selbsteinschätzung als auch zur Zertifizierung verwendet werden können:

### **Das Rahmenkonzept für altersfreundliche Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen**

1. 4 Standards
  1. Betriebspolitik
  2. Kommunikation & Leistungen
  3. Pflegeabläufe/Prozesse
  4. Phys. Umgebung (Raumgestaltung, Licht, etc.)
1. Indikatoren
2. Schulungsminima f. Personal aller Art

In diesen Kriterien finden die Mitarbeiter des KH lediglich als Träger von Qualifikation und Verantwortung für gute Kommunikation explizite Beachtung.

Da das HPH-Konzept jedoch Gesundheitsförderung für alle – dh- auch die MA – umfasst, wurde im Österreichischen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ein zusätzliches Kriterium erarbeitet, das die älterwerdenden MA berücksichtigt.

### **Ziel:**

1. Bewußtseinsbildung
2. Standortbestimmung anhand des Rahmenkonzepts durch Selbsteinschätzung
3. Entwicklung der Qualitätverbesserungsbemühungen in Richtung Altersfreundlichkeit

in österr. gesundheitsfördernden KH und Gesundheitseinrichtungen

## **Ambulante zahnärztliche Versorgung demenzkranker Patienten im Pflegeheim**

*Reggentin, Heike (isqos-berlin, Berlin, GER); Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER)*

### Hintergrund und Fragestellung

Die Zahnpflege alter und pflegebedürftiger Menschen mit Demenz weist gegenüber pflegebedürftigen Personen ohne Demenz deutliche schlechtere Befunde auf. Anders als bei kognitiv rüstigen pflegebedürftigen Patienten werden bei Eintritt einer demenziellen Erkrankung selbstständig durchgeführte Alltagsaktivitäten seltener. Im Verlauf treten Gedächtnisstörungen, Wortfindungsstörungen, Einschränkungen sozialer Kompetenz bis zu Störungen bei der Nahrungsaufnahme auf. Die selbstständige Zahn- und Prothesenpflege wird zudem häufig durch eine Einschränkung manueller Fähigkeiten und einer Visusminderung erschwert.

Schwierigkeiten resultieren auch durch Verweigerung der Mundpflege, aggressives Verhalten wie schlagen oder schreien der demenzkranken Patienten.

Diese Evaluationsstudie richtete sich auf die zahnärztliche Behandlung der pflegebedürftigen Patienten/innen mit Demenz in ihrer stationären Umgebung. Wo liegen die Grenzen herkömmlicher Zahnbehandlungen? Wie werden die Schwierigkeiten in der Behandlung demenziell erkrankter Patienten gelöst? Beeinflusst die (mangelnde) Mundhygiene das Wohlbefinden der Patienten mit Demenz?

### Methode

Die Studie war als Kontrollgruppenvergleichsuntersuchung im Längsschnittdesign angelegt. Im Zusammenspiel von zahnärztlichen Daten mit sozialen Daten und Angaben zum Wohlbefinden wurden Assessments zur Mundgesundheit (DMFT-Index), mundgesundheitslichen Lebensqualität, (OHIP-G14 und EURO-Quol-5D) und zum psychischen Wohlbefinden (WHO-5) gewählt. Die soziale Situation einschl. Umgebungsfaktoren wurde der Pflegedokumentation entnommen. Fragen zum Wohlbefinden wurden in standardisierten und teilstandardisierten Fragen durch das Bezugspflegepersonal beantwortet.

### Stichprobe

Es wurden pflegebedürftige Personen in einer stationären Einrichtung N=105 einbezogen, davon 61 Personen mit Demenz. Erhebungszeitraum von November 2014 bis Juli 2016, Erhebungsort Sozialstiftung Bamberg. Die Studie wurde durch das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

### Ergebnisse

Die Mundhygiene pflegebedürftiger demenzkranker Patienten zeigte nach Erstaufnahme durch einen ambulanten Hauszahnarzt im Verlauf eine leichte Verschlechterung der Zahnreinigung. Demenzerkrankte putzten ihre Zähne deutlich weniger und seltener als Nichtdemenzerkrankte. Sie sind im Verlauf stärker auf Unterstützung angewiesen. Ihre Compliance zeigt sich im Verlauf verbessert.

## **Berührt und/oder betroffen? – Evidenzbasierter Umgang mit Privatsphäre, Intimität und Sexualität in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen**

Seper, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)

### Einleitung

Das Bedürfnis nach Intimität und Sexualität bleibt bis ins hohe Alter erhalten (Berberich, 2015). Mit voranschreitendem Alter werden Sexualität und Sexuelleben vermehrt von biologischen Faktoren, chronischen Erkrankungen und sozialen Aspekten beeinflusst (WHO, 2011). In dieser Hinsicht haben ein zunehmender Pflegebedarf und ein damit verbundener Eintritt in eine Langzeitpflegeeinrichtung wesentlichen Einfluss auf die gelebte und erlebte Sexualität (Berberich, 2015; Mahieu, Gastmas, 2011).

Diesem Bedürfnis mit Achtsamkeit zu begegnen und professionell nachzukommen haben sich zwei Langzeitpflegeeinrichtungen zum Auftrag gemacht.

### Methodik

Literaturrecherche: Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2016 und Juni bis August 2017 konnte in Datenbanken wie CINAHL und MEDLINE relevante Literatur gesichtet werden.

Fallbesprechungen: Von hauptverantwortlichen Bezugspflegepersonen wurden anlassbezogene Fallbesprechungen zur Thematik „Umgang mit Intimität und Sexualität in der Pflege“ abgehalten. Eine Pflegeberaterin und/oder ein Fachteammitglied wurde hierzu eingeladen.

Diskussionsrunden: Im Zuge der einmal pro Quartal stattfindenden Fachteamtreffen wurden Fachliteratur und Fallbespiele aus der Praxis diskutiert und reflektiert. Inputs für die Praxis wurden abgeleitet.

### Ergebnisse

Auf Basis der gesichteten Literatur wurde zum einen eine Work Place Policy zu Privatsphäre, Intimität und Sexualität (Zettl-Wiedner, 2018) erstellt, die die Bewohnerrechte, die Wahrung der Integrität der Person und den Umgang mit sexueller Belästigung/Gewalt im Fokus hat. Weiters wurde eine Leitlinie zu Privatsphäre, Intimität und Sexualität in der stationären Langzeitpflege (Seper, Zettl-Wiedner, 2018), unter Einbezug der Ergebnisse der Diskussionsrunden und der Fallbesprechungen in der Praxis, verfasst.

### Diskussion

Bei der Durchsicht der Literatur wurde deutlich, dass Angebote und Inhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildungen anzupassen sind (Koller, Spörhase, 2018). Ebenfalls werden Leitfäden, Leitbilder und ähnliche Dokumente, die dieses Thema berücksichtigen, von und für Einrichtungen gefordert (Lester, 2016; Syme et al., 2016).

Die erstellten Dokumente und geplante interne Schulungen sollen weitere Schritte bei der Bewusstmachung und der fachlichen Auseinandersetzung mit diesem Grundbedürfnis sein. Der Dialog mit BewohnerInnen und ihren Angehörigen steht im Mittelpunkt. Für Pflegende und andere Gesundheitsberufe ist die persönliche, professionelle und ethische Reflexion unumgänglich.

## **Das Potenzial neuer Technologien zur Unterstützung von Pflege und Sorge über eine räumliche Distanz**

*Jann, Pirkko (EH Ludwigsburg, Stuttgart, GER); Franke, Annette (EH Ludwigsburg, Ludwigsburg, GER)*

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 AAL (Ambient Assisted Living) 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.

## **Das Trockene Auge bei Parkinson - unterschätzt und unterdiagnostiziert**

*Csoti, Ilona (Gertrudis Klinik Biskirchen, Leun, GER); Koleva, Natalia (Gertrudis Klinik Biskirchen, Leun, GER)*

### Einleitung

Trotz häufiger Klagen über Symptome einer Keratokonjunktivitis sicca von Patienten mit Parkinson-Syndromen findet diese keine angemessene Beachtung. In der aktuell gültigen Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Trockenen Auges (TA) werden Parkinson-Patienten bei der Aufzählung von Risikopatienten nicht erwähnt. Insbesondere der seltene Lidschluss, aber auch die verminderte Tränenproduktion und die veränderte Zusammensetzung der Tränenflüssigkeit führen jedoch häufig zu einer Benetzungsstörung des Auges mit den damit verbundenen Folgen für das Sehvermögen. Da eine konsequente Therapie zu einer signifikanten Besserung des Trockenen Auges führt, sollte diese den Patienten nicht vorenthalten werden.

### Methoden

Für eine erste Analyse wurden Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom (N=10) und progressiver supranukleärer Blickparese (N=10) erfasst. Das Untersuchungsprotokoll beinhaltete neben der Erfassung allgemeiner Patientendaten die Evaluation der Parkinson-Symptomatik mit dem UPDRS (Unified-Parkinson's-Disease-Rating-Scale) Subscore Motorik, die Einteilung des Schweregrades nach Hoehn und Yahr, die Erfassung nicht-motorischer Störungen mit dem NMSQuest (Nonmotor Symptoms Questionnaire) und die Beurteilung des Trockenen Auges und seinen Einfluss auf die Lebensqualität mit dem OSDI-Score (Ocular Surface Disease Index) und dem DEQS (Dry Eye-Related Quality-of-Life core).

### Ergebnisse/Schlussfolgerung

Das trockene Auge war bei 100 % aller PSP-Patienten und bei 80 % der Parkinson-Patienten nachweisbar. Aufgrund der kleinen Fallzahl war keine Verbindung zum Schweregrad der Erkrankung nachzuweisen. Die Symptomatik hatte einen signifikant negativen Einfluss auf die Lebensqualität.

Das Trockene Auge ist bei Parkinson-Patienten eine ernstzunehmende vegetative Begleiterkrankung, welche insbesondere bei schwerem Verlauf von einer starken Beeinträchtigung der QoL über eine Visusminderung bis hin zur Erblindung führen kann. Aufgrund dieser möglichen Folgen ist eine frühzeitige Diagnosestellung von immenser Bedeutung für eine gezielte Therapie. Neben einer erhöhten neurologisch-diagnostischen Aufmerksamkeit ist eine enge Zusammenarbeit mit unseren ophthalmologischen Fachkollegen ist dafür zwingend erforderlich

**Effekte des österreichweiten Bewegungsprogrammes „Bewegung bis ins Alter“ auf die körperliche Fitness älterer Menschen**  
*Haider, Sandra (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, AUT); Pils, Katharina (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich, Wien, AUT); Wild, Monika (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich, Wien, AUT); Gröschel-Gregoritsch, Claudia (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich, Wien, AUT); Dorner, Thomas E (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Österreich, 1090, AUT)*

**Hintergrund:** Muskelmasse, -kraft und die körperliche Leistungsfähigkeit nehmen mit dem Alter ab. Durch regelmäßiges körperliches Training kann diese Entwicklung verzögert werden. Das wohnortnahe Programm „Bewegung bis ins Alter“ des Österreichischen Roten Kreuzes verfolgt seit 1970 genau dieses Ziel. In einer Studie wurden nun die Effekte auf die körperliche Fitness untersucht.

**Methode:** Das Programm findet einmal wöchentlich für zu Hause lebende ältere Menschen statt. Folgende Untersuchungen wurden zu Beginn und nach 12 Wochen durchgeführt: Der Status der Gebrechlichkeit wurde mit dem SHARE-FI erhoben. Die Mobilität wurde mit dem SPPB erfasst, die Ausdauer mit dem 2-min Step-Test. Die Handkraft wurde mit einem Dynamometer gemessen. Außerdem wurde die Sicherheit beim Gehen mit dem FES-I erhoben.

**Ergebnisse:** Es wurden 81 Personen aus 6 Bundesländern eingeschlossen. Das mittlere Alter lag bei 73 (SD: 11,9) Jahren. 91% waren Frauen; 48% hatten eine Vorstufe von Gebrechlichkeit, 5% waren gebrechlich. Durch das Programm konnte die Mobilität geringfügig, jedoch signifikant von 10,0 (SD: 2,2) auf 10,4 (SD: 1,9) Punkte gesteigert werden. Die mediane Ausdauerleistungsfähigkeit stieg von 62,0 (IQR: 30,5-84,0) auf 80,0 (IQR: 36,0-95,0) Kniehübe. Bei der maximalen Handkraft kam es zu keiner signifikanten Steigerung (Beginn: 29,4 (SD: 11,3) kg; Ende: 30,8 (SD: 13,6) kg). Die Sicherheit beim Gehen stieg signifikant von 17,1 (SD: 1,8) auf 17,6 (SD: 2,4) Punkte.

**Schlussfolgerung:** Durch die Teilnahme konnten einige Fitnessparameter verbessert werden, während andere etwas hinter den Erwartungen blieben. Mögliche Ursachen dafür könnten sein, dass die ProbandInnen ein sehr gutes Ausgangsniveau hatten oder die Einheiten bezüglich Häufigkeit und Intensität unter der trainingswirksamen Schwelle ablief.

## **Empowerment im Alter – Aus der Mitte in die Mitte**

Seidenschwann, Maria (KWP, Wien, AUT)

### Einleitung

Altersbilder existieren auch in den Köpfen von hochbetagten Menschen. Um Vergangenes, Jetziges und Zukünftiges neu bewerten zu können und Chancen zu erkennen, muss vielfach erst die Ressource erschlossen werden, die hinter schwierigen Lebenssituationen stecken kann (1-3).

Wir PsychologInnen verstehen unsere Aufgabe als Unterstützung der uns anvertrauten hochbetagten Menschen beim Erzielen der bestmöglichen Lebensqualität.

### Fragestellung

Inwieweit ist durch psychologische Interventionen Empowerment im Alter beeinflussbar?

### Methode

In einem Filmbeitrag kommen BewohnerInnen der Wiener Pensionisten-Wohnhäuser sowie die Psychologische Leitung zu Wort. Gedreht wurde der Film 2015, als Beitrag zu einer Fachtagung mit dem Titel „Ich sein dürfen unter vielen“. Anschließend werden die ressourcenorientierte Arbeitsweise und die Aufgabenstellung des Psychologischen Kompetenz Zentrums erklärt. Forschungsbeiträge von Prof. Ellen Langer sowie Ansätze der „Positiven Psychologie“ bieten Anregungen für die praktische Arbeit und neue Sichtweisen (4).

An Hand von Fallbesprechungen wird verdeutlicht, wie auch hochbetagte und psychisch erkrankte alte Menschen zu einer neuen Sichtweise ihrer Selbst sowie zu neuem Handlungsspielraum gelangen können. Mittels eines Übungsbeispiels können die TeilnehmerInnen selbst die Wirkung dieses Ansatzes erfahren (5-7).

### Conclusio

Eine ressourcenorientierte an Stelle von defizitorientierte Herangehensweise an sich selbst bringt auch im Alter neues Selbstvertrauen.

### Literatur:

1. Bucher AA. Psychologie des Glücks: Ein Handbuch. Weinheim: Beltz; 2009.
2. Engelmann B. Therapie Tools Positive Psychologie. Achtsamkeit, Glück, Mut, Weinheim. Basel: Beltz Verlag; 2012.
3. Friedrich-Hett T. Positives Altern. Neue Perspektiven für Beratung und Therapie älterer Menschen. Bielefeld: transcript Verlag; 2007.
4. Langer E. Die Uhr zurückdrehen?: Gesund alt werden durch die heilsame Wirkung der Aufmerksamkeit. Paderborn 2011.
5. Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016.
6. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen: Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: Trias; 2008.
7. Schmid B. Selbstheilung durch Vorstellungskraft. Wien: Springer Verlag; 2010.

### **GlucoTab@MobileCare – Elektronisches Diabetesmanagement für die mobile Hauskrankenpflege (Studienprotokoll)**

*Kopanz, Julia (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Libiseller, Angela (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Lichtenegger, Katharina M. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Donsa, Klaus (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Truskaller, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Augustin, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Aberer, Felix (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Pandis, Marlene (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Reinisch-Gratzer, Johanna (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark, Graz, Graz, AUT); Ambrosch, Gisela C. (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark, Graz, Graz, AUT); Sinner, Frank (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Pieber, Thomas R. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Mader, Julia K. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT)*

**Einleitung:** Die Behandlung von geriatrischen PatientInnen mit Typ 2 Diabetes mellitus kann auf Grund des erhöhten Mortalitätsrisikos sowie vorhandener Komorbiditäten und geriatrischer Syndrome, sehr komplex sein. Internationale Leitlinien empfehlen daher Basalinsulin als einfaches und mit einem geringen Hypoglykämierisiko verbundenes Therapieregime. Ein Basal- und Basal-plus Insulin Algorithmus wurden entwickelt und in ein Tablet basiertes Arbeitsablauf- und Entscheidungsunterstützungssystem (GlucoTab@MobileCare) integriert. Ziel der Studie ist es, die Akzeptanz, Benutzerfreundlichkeit, Sicherheit und Wirksamkeit von GlucoTab@MobileCare bei geriatrischen PatientInnen mit Typ 2 Diabetes in der mobilen Hauskrankenpflege zu untersuchen.

**Methode:** In dieser offenen, monozentrischen, nicht kontrollierten Studie erhalten die PatientInnen während der dreimonatigen Behandlungsperiode einmal täglich eine Basal- oder Basal-plus Insulin Therapie laut Empfehlung des GlucoTab@MobileCare Algorithmus. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission erteilt. Primärer Studienendpunkt ist der Prozentanteil der laut GlucoTab@MobileCare System Vorschlag durchgeführten Blutzuckerdokumentation und gemäß Algorithmus berechneten Insulindosisvorschläge. Sekundäre Endpunkte beinhalten Tage mit Nüchtern-Blutzuckerwerten im Zielbereich je nach Gesundheitsstatus, mittlere Blutglukose, HbA1c-Veränderungen, BenutzerInnenfreundlichkeit und AnwenderInnenzufriedenheit mit dem System.

**Ergebnisse:** Aktuell sind neun PatientInnen (5 Frauen; Alter: 83 Jahre (Bereich 63-88); initialer HbA1c-Wert: 62 mmol/mol (38-76); Vortherapie (Insulindosis/Tag): 22 E (16-93)) eingeschlossen und befinden sich gerade im letzten Studienmonat.

**Diskussion:** Im derzeitigen Studienverlauf kam es bisher zu keinen glykämischen Entgleisungen, die zu einer Hospitalisierung führten. Der Basal- und Basal-plus Insulin Algorithmus zeigt eine einfache Handhabung und die AnwenderInnen waren sehr zufrieden mit dem System. Es kann angenommen werden, dass das Diabetesmanagement bei geriatrischen PatientInnen zu Hause mit Hilfe des Arbeitsablauf- und Entscheidungsunterstützungssystems GlucoTab@MobileCare sicher durchgeführt werden kann, ohne regelmäßige hausärztliche Anweisungen zu benötigen.

**Registrierung der Studie:** DRKS00015059 (Deutsches Register Klinischer Studien).

### **Häusliches motorisches Otago-Trainings-Programm durch geschulte Peers (HOP-P)**

*Heppner, Hans (Universität Witten/Herdecke, Schwelm, GER); Kaufmann, Elke (Klinikum Nürnberg, Zentrum für Altersmedizin, Nürnberg, GER); Gosch, Markus (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER)*

Stürze (und Sturzfolgen) im Alter verschlechtern die Lebenserwartung, die Lebensqualität und Funktionalität (Gill, Murphy, Gahbauer, & Allore, 2013) signifikant. Hochaltrige Menschen mit Sturzbiographie weisen ein 3-fach höheres Risiko auf, erneut zu stürzen (Stalenhoef, Diederiks, Knottnerus, Kester, & Crebolder, 2002). Die wirksamste Maßnahme zur Sturzprävention ist motorisches Training in der Gruppe (Gillespie, et al., 2012; Tricco, et al., 2017), idealerweise durchgeführt als multi-modale Intervention (Tricco, et al., 2017; Schott & Kurz, 2008).

Das Otago Exercise Program [OEP] reduziert nachweislich Stürze und sturzbedingte Folgen bei über 80jährigen mit Sturzbiographie (Gillespie, et al., 2012; Shubert, Goto, Smith, Rudman, & Ory, 2017). Es basiert auf dem Training von Kraft und Balance und ist evaluiert für ein Face-to-Face oder Gruppenangebot, das durchgeführt wird von Physiotherapeuten oder geschulten Pflegekräften (Robertson, Devlin, Gardner, & Campbell, 2001). Mangelhafte Adhärenz schränkt jedoch die Wirksamkeit aller motorischen Trainingsmaßnahmen ein (Martins, et al., 2018; Schott & Kurz, 2008; Osho, Owoeye, & Armijo-Olivo, 2017).

Ein zugehendes Sturztrainingsangebot nach dem Klinikaufenthalt unter Mitwirkung geschulter Freiwilliger soll Kraft und Balance verbessern, sturzbedingte Wiedereinweisungen ins Krankenhaus verhindern und die 12-Monats Mortalität senken.

Geplant ist eine longitudinale, prospektive, randomisierte Interventionsstudie mit Kontroll- und Wartegruppe, um die Wirksamkeit der Umsetzung mit geschulten Freiwilligen zu überprüfen.

Personen über 75 Jahren mit Sturzbiographie, die in einer Geriatrischen Klinik oder einer Geriatrischen Rehabilitation behandelt wurden, wird nach ärztlich-therapeutischer Empfehlung bei Entlassung das Trainingsprogramm angeboten.

An Kongress präsentiert werden das Studiendesign, die Interventionsform und Ergebnisse eines Pre-Tests.

### **HbA1c und Frailty bei geriatrischen Patient\_innen**

*Ossso, Berivan (/ , Wien, AUT); Leitner, Miriam (Department of Internal Medicine III, Division of Endocrinology and Metabolism, Gender Medicine Unit, Medical University of Vienna,, / , AUT); Kautzky-Willer, Alexandra (Department of Internal Medicine III, Division of Endocrinology and Metabolism, Gender Medicine Unit, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, / , AUT)*

**Hintergrund:** Der Anteil der älteren Bevölkerung wird in den kommenden Jahren steigen. In der Medizin stellt die Betreuung von älteren Menschen eine besondere Herausforderung dar. Eine optimale Versorgung älterer Menschen ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Frailty und Diabetes sind Krankheitsbilder, die gehäuft im Alter vorkommen. Sie und ihre Folgen sind sowohl für die Patient\_innen selbst, als auch für das Gesundheitssystem relevant. Sie erhöhen Morbidität und Mortalität, verschlechtern die Lebensqualität und haben einen negativen Einfluss auf die Selbstständigkeit der Betroffenen. Außerdem weisen beide Krankheitsbilder geschlechtsspezifische Unterschiede auf.

**Material/Methoden:** In der vorliegenden Studie wurden Daten von 462 Patient\_innen, die in den Jahren 2010 bis 2016 an der Abteilung für Akutgeriatrie des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel und der Abteilung für Akutgeriatrie am Sozialmedizinischen Ost behandelt wurden, retrospektiv untersucht. Die Daten wurden mittels SPSS ausgewertet und geschlechtsspezifische Charakteristika, sowie Unterschiede in funktionalen Parametern und Medikamentenanzahl im Altersverlauf genauer betrachtet.

**Ergebnisse:** 75,32 % (n = 348) der Patient\_innen waren weiblich, 24,68 % (n = 114) männlich. Das mittlere Alter betrug 83,5 Jahre. 284 (61,5 %) waren frail und 31,1 % (n = 143,68) hatten einen bekannten Diabetes bei Aufnahme. Frailty zeigte eine Assoziation mit Handkraft (p=0,000), Alter (p = 0,000) und dem Mobilitätstest nach Tinetti (p = 0,000). Ein signifikanter Zusammenhang (p = 0,003) konnte nur zwischen dem HbA1c-Wert und der Medikamentenanzahl gezeigt werden. Ein Zusammenhang zwischen Frailty und HbA1c konnte im geriatrischen Setting nicht nachgewiesen werden (p = 0,571), jedoch konnte ein Zusammenhang zwischen Diabetes und Frailty erhoben werden (p=0,000).

**Conclusio:** Ein großer Anteil der Patient\_innen in einer geriatrischen Abteilung ist von Frailty und Diabetes betroffen. In dieser Studie konnte ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen festgestellt werden, aber nicht zwischen HbA1c und Frailty. Um den Zusammenhang zwischen Diabetes und Frailty herzustellen, sind prospektive Studien mit umfangreicher Diagnostik des Diabetes notwendig, um Ableitung zur frühzeitigen Therapie treffen zu können.

### **IBH-Lab AAL: Technische Assistenz in schon stark mobilisierten Quartieren verstärken - ein 3-Länderprojekt**

*Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, CHE); Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit Zürich, Zürich, CHE); Maier, Edith (FHS St. Gallen, St. Gallen, CHE); Kempfer, Guido (FH Vorarlberg, Dornbirn, AUT); Kofler, Andrea (Zürcher Hochschule für angew. Wissenschaften, Wädenswil, CHE); Kunze, Christophe (Hochschule Furtwangen, Furtwangen, GER)*

**AUSGANGSLAGE:** Die Expertengruppe, die das EU-AAL-Programm von 2008-13 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 Rahmenprojekt „IBH-Lab AAL“ stellt sich der Herausforderung, die AAL-Technologien und damit assoziierte 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.

**PROJEKT / USPs:** Im vorliegenden Vertiefungsprojekt 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 bürgerschaftlich 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, Careum Hochschule Gesundheit 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 Vertiefungsprojekts und seine Einbettung ins Rahmenprojekt IBH-Lab AAL dar.

**Interdisziplinäre altersmedizinische Versorgung und Wissenschaft: 5 Jahre Theo und Friedl Schöller-Preis**

*Gosch, Markus (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER); Kaufmann, Elke (Klinikum Nürnberg, Zentrum für Altersmedizin, Nürnberg, GER); Erbguth, Frank (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER)*

Wissenschaftliche Preise sind ein probates Mittel zur Forschungsförderung und Anerkennung der Leistung einzelner Forscher und Forschergruppen. Das Zentrum für Altersmedizin im Klinikum Nürnberg schreibt seit 2013 den Theo und Friedl Schöller-Preis für Altersforschung aus.

Inhaltliche Schwerpunkte des Preises sind jährlich alternierend medizinische Forschung und Projekte aus Versorgung und Pflege, sowohl im ambulanten, teilstationären oder stationären Sektor. Aus dem gesamten deutschsprachigen Raum und unterschiedlichsten Disziplinen (Medizin, Lebens-, Natur- und Ingenieurwissenschaften, Geistes-, Pflege-, Sozialwissenschaften, Gesundheitsökonomie) ist eine Bewerbung möglich.

Am Kongress werden die Ausschreibungsmodalitäten, der Prozess der Entscheidungsfindung, Fehlerquellen bei der Bewerbung sowie häufig gestellte Fragen vorgestellt.

Darüber hinaus werden die Preisträger der letzten fünf Jahre mit ihren Arbeiten präsentiert.

## ISAR Score in der Alterstraumatologie

Pinter, David (9020, AUT)

Einleitung: Hüftnahe Frakturen im Alter sind mit einer hohen Morbidität und Mortalität verbunden. Deshalb ist es sehr wichtig, ein Screeningtool wie den ISAR-Score für das Notfallsetting zu Verfügung zu haben, um PatientInnen mit einem hohen Risiko für ein "adverse outcome" schon am Beginn des stationären Aufenthaltes effektiv zu identifizieren.

Methoden: Es wurden insgesamt die Daten von 109 PatientInnen, mit einer hüftnahe Fraktur im Alterstraumazentrum des Klinikum Klagenfurt erhoben:

(Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, ISAR-Score, MNA, Anzahl der geriatrischen Funktionsstörungen, Barthel-Index, Assessment nach Tinetti und Esslinger Transfer Skala, die letzten 3 Items wurden jeweils bei der Aufnahme und bei der Entlassung aus der Abteilung für Akutgeriatrie erhoben)

Resultate:

Der ISAR-Score ist nicht signifikant geschlechtsabhängig ( $p = 0.101$ , n.s.; Chi-Quadrat-Test;  $p = 0.21$ ; U-Test).

- Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen ISAR-Score und Alter.
- Es ergibt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang, zwischen ISAR-Score und Aufenthaltsdauer.
- Es zeigt sich eine schwach signifikante Korrelation. zwischen ISAR-Score und der Verbesserung im Barthel-Indexes während des stationären Aufenthaltes.
- Beim Tinetti Test gibt es keinen signifikanten Zusammenhang mit dem ISAR-Score.
- Es gibt einen schwachen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem ISAR-Score und der Esslinger-Transfer-Skala.
- Mit einer Zunahme des ISAR-Scores steigt auch die Anzahl der Funktionsstörungen bei den PatientInnen ( $p < 0,01$  für beide Korrelationskoeffizienten)
- Es zeigt sich eine hochsignifikante ( $p < 0.01$ ), aber negative Korrelation zwischen ISAR-Score und MNA.
- Es zeigt sich eine hochsignifikante ( $p < 0.01$ ), aber negative Korrelation zwischen den Anzahl funktioneller Störungen und MNA.

Conclusio: Ein rechtzeitiges Erkennen der Risikofaktoren sichert eine umfassende Behandlung in diesem PatientInnenkollektiv. Die PatientInnen sollen ja nach Möglichkeit während des Aufenthaltes wieder ein gutes Maß an Selbständigkeit und ein möglichst prämorbidem Aktivitätsniveau wiedererlangen. Es konnte gezeigt werden; dass der ISAR-Score nicht mit der Aufenthaltsdauer korreliert, dass der ISAR-Score hochsignifikant mit der Anzahl der Funktionsstörungen korreliert, der ISAR-Score hochsignifikant mit dem Malnutrisionsrisiko der PatientInnen korreliert und dass eine das Malnutrisionsrisiko mit der Anzahl der Funktionsstörungen korreliert.

**KEYNOTE: Ageing and social health**

*Vernooij-Dassen, Myrra (Nijmegen)*

Ageing starts after birth and so does the development of social health. Social health relates to the influence of social and environmental resources in finding a balance between capacities and limitations. Social resources are usually considered to be supportive, but they have an even more important influence. They contribute to whether capacities have the opportunity to thrive and limitations to be accepted or compensated. Social resources move with people throughout life and constitute a kind of convoy. The added value of social health for scientific research and clinical practice is its emphasis on capacities rather than deficits and its potential for prevention and treatment of chronic diseases. Social resources have a differential influence in age groups on well-being, with older persons reporting less negativity than younger ones. In old age nowadays there is a change in the role of families and friends. The role of friends is becoming more prominent in an era in which the number of close family members declines. This stresses the importance of having adequate social resources and being socially engaged. Social health even seems to influence the onset and course of dementia. Here the balance between capacities and limitations is critical. In daily practice, supportive responses towards the person with dementia can help to live well with dementia. On the other hand, stigmatization and social exclusion can have a detrimental effect and cause suffering. The working mechanism of social health might be its driving force. We hypothesize that social interactions activate and stimulate the use of cognitive functions. This hypothesis is leading two new bio-psychosocial studies. Social health might be a powerful mean in enhancing well-being in ageing and in giving people resilience towards dementia. Take care of your convoy.

**Klinikclowns in der Altersmedizin: Akzeptanz und Wirksamkeit aus Sicht der Patienten und Pflegekräfte – eine Pilotstudie**  
*Gosch, Markus (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER); Nätscher, Andrea (Klinikum Nürnberg, Nürnberg, GER); Kaufmann, Elke (Klinikum Nürnberg, Zentrum für Altersmedizin, Nürnberg, GER)*

Der Einsatz von Klinikclowns und Humor werden zunehmend in ihrer Bedeutung für Versorgung und Therapie altersmedizinischer Patientinnen und Patienten erkannt (Hirsch & Ruch 2010; Hirsch, 2017; Wild 2017). Erste Arbeiten beschreiben z.B. positive Effekte im Hinblick auf das Wohlbefinden oder die Depressivität (Konradt et al. 2013; Küster 2017) und diskutieren den Einsatz bei Menschen mit Demenz (Fey 2016). Die Auswirkung auf das Pflegepersonal wurde bisher erst in wenigen Untersuchungen berücksichtigt (z.B. Sweed-Nagler et al., 2009).

Ziel der Studie war es, Anhaltspunkte zur Nutzerakzeptanz und Wirkung in der klinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten zu gewinnen, um über die Fortsetzung des Angebots entscheiden zu können.

Im Klinikum Nürnberg kamen ab Mai 2018 im zweiwöchigen Turnus Klinikclowns in drei geriatrischen und drei neurologischen Stationen, sowie einer psychiatrischen Tagesklinik für Ältere zum Einsatz.

Die Zufriedenheit und Akzeptanz des Pflegepersonals und des therapeutischen Personals sowie der Patienten wurde mit Hilfe semi-strukturierter Fragebögen anonymisiert erhoben. Das subjektive Wohlbefinden vor und nach dem Einsatz der Klinikclowns wurde mit dem WHO-5 gescreent (Brähler et al. 2007, Top et al. 2015).

35 Mitarbeitende und 123 Patienten wurden eingeschlossen.

Das Personal (N=21, 81,2% Pflegedienst, 3,0% Therapeutischer Dienst, 15,7% k.A.) ist überwiegend (75,6%) der Meinung, dass der Einsatz der Clowns keinen oder kaum Einfluss auf ihre Arbeitsabläufe habe. Lediglich eine Person der Tagesklinik berichtet negative Outcomes. Nach Einschätzung von 91,8% des Personals profitieren die Patienten zu weiten Teilen, vor allem im kognitiven und emotionalen Bereich. Eine Pflegekraft einer neurologischen Station sieht kaum Benefit für die Patienten. 46,6 % des Personals wollen das Angebot in bestehender Form aufrechterhalten, 20,0 % das Zeitfenster verändern und 33,4% die Frequenz der Besuche. Alle befragten Personen sind „eher“ oder „voll und ganz“ zufrieden mit dem Clowneeinsatz.

Die Auswertung der Patientenbefragung steht noch aus und wird auf dem Kongress ebenfalls präsentiert werden.

Die bisher bekannten Ergebnisse sprechen für eine Fortsetzung des Clowneeinsatzes auf altersmedizinischen Stationen mit modifizierten Abläufen. Einzelne abweichende Einschätzungen sollten durch weitere Erhebungen konkretisiert werden.

Es handelt sich um eine Praxisevaluation, die erste Anhaltspunkte zu Nutzerakzeptanz und Wirkung in der Altersmedizin lieferte. Weitere randomisiert-kontrollierte Interventionsstudien sollten folgen.

**Labor: Magnesium erniedrigt - was jetzt**

Schaefer, Dr. Rolf (Klinik für Geriatrie, Bergisch Gladbach, GER)

Im Vortrag sollen die Schwierigkeiten der Magnesiumbestimmung, die Interpretation des Ergebnisses und die klinische Bedeutung im Überblick dargestellt werden.

## **Neue Therapiebausteine - Für Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz im Bundesland Salzburg - Ergotherapie als Schlüssel zur Betätigungsgerechtigkeit**

Stadler, Sabine (AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, Salzburg, AUT)

### **Hintergrund**

Menschen mit leichter bis mittelschwerer demenzieller Erkrankung leben im Bundesland Salzburg derzeit hauptsächlich im häuslichen Umfeld und werden von Angehörigen unterstützt und gepflegt. Erst wenn die häusliche Pflege aufgrund multipler Probleme nicht mehr möglich ist,

wird fachliche Unterstützung bzw. die Aufnahme in ein Seniorenwohnheim in Anspruch genommen. Bereits im Anfangsstadium kann Überforderung und fehlende fachliche Unterstützung zu fortschreitender Betätigungsdeprivation der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen führen.

### **Therapieangebot**

auf die jeweiligen Bedürfnisse und Ziele individuell angepasste Ergotherapie mittels Hausbesuch unterstützt die erkrankten Personen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen, fördert deren Teilhabe und soziale Partizipation im Alltag. Angehörige erhalten durch ergotherapeutische Beratung mehr Sicherheit im Umgang mit den erkrankten Personen. Gleichzeitig werden sie dabei unterstützt, ihre eigene Gesundheit zu schützen und Auszeiten geregelt zu planen.

### **Therapieumfang**

Nach Aufnahme in das Programm sind 10-20 Therapieeinheiten á 60 Minuten vorgesehen, wobei eine Verordnung für jeweils 10 Termine gilt. Jährliche Recalls gewährleisten die Nachhaltigkeit der Erstintervention. In das Programm aufgenommene Personen haben zudem die Möglichkeit, bei Bedarf durch Selbstmeldung erneute Termine zu verlangen.

### **Nationale und internationale Vergleiche**

#### *MEMDA – Wiener Sozialdienste*

seit 5 Jahren bieten die Wiener Sozialdienste Ergotherapie für Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz und deren Angehörige

#### *Niederlande*

Maud Graff ist eine der Vorreiterinnen in der Entwicklung von ergotherapeutischen Therapieangeboten für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung

Die Arbeit richtet sich zwar an erkrankte Personen, die in Seniorenheimen untergebracht sind, der multidisziplinäre Zugang unterstützt allerdings die positiven Aspekte eines niederschweligen Therapieprogramms für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und deren Angehörige.

#### *Australien*

Du Preez geht in ihrer Arbeit der Frage nach, wie sich Betätigung und Partizipation im Alltag von Angehörigen durch die Pflege an Demenz erkrankter Personen verändern.

#### *Deutschland*

Korcak, Habermann und Braz stellten in ihrer Studie fest, dass Ergotherapie bei Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz kann Heimeinweisungen bis zu 1,5 Jahre verzögern kann.

## **Screening for dementia with the Vienna Visuo-Constructional Test 3.0 screening (VVT 3.0 screening)**

*Lehrner, Johann (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT)*

### *Background*

Visuo-constructive functions are an important cognitive domain for the diagnosis and early detection of dementia. Using the Vienna Visuo-Constructional Test 3.0 Screening (VVT 3.0 Screening), we assessed visuo-constructive performance in subjective cognitive decline (SCD), mild cognitive impairment (MCI), Alzheimer's disease (AD), and healthy control (HC) groups to determine whether VVT scores can be used to distinguish the mentioned diagnostic groups and predict disease progression to more advanced stages.

### *Methods*

We analyzed the data of 422 patients referred to the Department of Neurology, Medical University of Vienna, for assessment of neurocognitive status. We also examined 110 of these patients in a follow-up with regard to stability of performance and disease progression. We compared VVT performance across diagnostic groups and explored associations with relevant sociodemographic and clinical variables. Predictive validity was assessed using receiver operator characteristic (ROC) curves and multinomial logistic regression analyses.

### *Results*

We found that most diagnostic groups differed significantly regarding VVT scores. These were shown to reliably identify cases suffering from visuoconstructive impairment but were not sufficient for classification into all diagnostic groups. Progression to more advanced disease stages could not be reliably predicted using VVT scores, possibly because

### **Simulationstrainings in der Pflege-eine effektive Fortbildungsmethode im geriatrischen Setting?**

*Wurzinger, Robert (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Pux, Christian (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Walter, Sabrina (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Weidinger, Lisa (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Löffler, Kerstin (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Jammernegg, Sylvia (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); King, Renate (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT)*

Zahlreiche Studien zeigen, dass simulationsbasiertes Training im klinischen Setting zur Reduktion von Behandlungsfehlern und zur Steigerung der Patientensicherheit beiträgt. Effekte von Simulationen konnten vor allem in Bezug auf Wissenszuwachs sowie auf das Verhalten der teilnehmenden Personen nachgewiesen werden.

Im geriatrischen Setting finden bislang wenige Simulationstrainings statt, daher ist deren Nutzen für die Geriatrie nur rudimentär nachweisbar.

Aus diesem Grund führten die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) mit Pflegepersonen Simulationstrainings zu zwei Themenschwerpunkten (1. Aufklärung von BewohnerInnen im Pflegewohnheim zur Sturzprävention; 2. Hygienische Aspekte beim Setzen von Blasenverweilkatheter) im Jahr 2018 durch. Im Zuge der Schulungen wurden neben theoretischen Grundlagen auch praktische Simulationstrainings mit Mannequins oder simulierten PatientInnen abgehalten.

Insgesamt fanden drei Simulationen von 01/2018-05/2018 statt. Gesamt nahmen 25 Personen an den Schulungen teil. Um die Effektivität der Simulationstrainings zu überprüfen, wurden zu zwei Messzeitpunkten (vor und zwei Monate nach der Intervention) einige Parameter (Wissensstand, subjektives Sicherheitsempfinden, Einhaltung der Arbeitsschritte) im Rahmen von Audits mithilfe standardisierter Checklisten und Fragebögen erhoben und miteinander verglichen. Vorab definierte Kennzahlen wurden im Vergleich zu Werten aus 2017 analysiert.

75% der TeilnehmerInnen geben an, dass das Simulationstraining (Simulation 2) zur Steigerung des Sicherheitsempfindens beiträgt und sich bei der Handhabung eines Blasenverweilkatheters sicherer fühlen.

Die Auswertung der Wissenstests ergab eine geringfügige bis mittlere Verbesserung (5,7%-25%) im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt.

Ein Wissenszuwachs (Simulation 1) war vor allem hinsichtlich praktischer Themen wie Sturzfaktoren und Prävention oder praktischen Hilfsmitteln erkennbar. Wenig bis kein Wissenszuwachs konnte bei theoretischen Inputs wie Definitionen oder Gesetzen erzielt werden.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit Simulationstrainings wird die Methode weiterhin in den GGZ Anwendung finden. Je nach Themengebiet der Fortbildung können Simulationen zu Wissenszuwachs, einer Steigerung des Sicherheitsempfindens und Verbesserung der Pflegequalität führen.

Um den Nutzen von Simulationstrainings in der Geriatrie nachzuweisen, wird eine Evaluierung dieser Methode mit einer größeren Fallzahl über einen längeren Zeitraum empfohlen.

**Unsichtbare Arzneimittel: Medikamente, die nicht aktuell eingenommen werden, aber von aktueller Relevanz sind**  
*Böhdorfer, Birgit (Apotheke, Krankenhaus Hietzing mit NZR, Wien, AUT); Weber, Corinna (Apotheke, Landeskrankenhaus Oberwart, Oberwart, AUT)*

Hintergrund:

Um eine aktuelle Medikation angemessen beurteilen zu können, ist eine vollständige Bestandsaufnahme wichtig. Dies gilt vor allem in Nahtstellenbereichen, wie beispielsweise einer stationären Aufnahme oder einer Änderung der Betreuungssituation allgemein. Gerade alten Patienten, und Patienten mit Polypharmazie sind hier besonders vulnerabel, und es kann zu unbeabsichtigten Diskrepanzen bei der Weiterführung der Medikation kommen.

Gleichzeitig gibt es Wirkstoffe, die zB aufgrund sehr langer Halbwertszeit, ihres Wirkmechanismus', einer besonderen Galenik oder einer langdauernden Wirkung auf den Metabolismus' eine besonders lange Wirkung im Körper aufweisen. Diese werden dann allerdings unter Umständen nicht als integraler Teil der aktuellen Medikation eingestuft, obwohl sie durchaus relevante Auswirkungen haben. Ebenso können Entzugs- oder Absetzsymptomatika lange über die letzte Einnahme der Substanz hinaus einen Einfluss auf den Organismus aufweisen.

Methode:

Wir sind klinische Pharmazeutinnen. Wir präsentieren Beispiele von Arzneimitteln, die eine besonders lange Wirksamkeit im Körper aufweisen. Eine derartige Aufstellung gibt es unseren Wissens nach nicht. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, aber soll einen Denkanstoß darstellen, dass auch nicht aktuell eingenommene Medikamente einen wichtigen Einflussfaktor zB im Hinblick auf Neben- und Wechselwirkungen darstellen. Daher sollten auch daher bei jeder Nahtstelle vermeintlich „vergangene“ Medikamente konkret angesprochen, nachgefragt und dokumentiert werden.

Literatur:

Gysling E, Galeazzi RL. Kinetik für die Praxis – Halbwertszeit und Wirkungsdauer. Pharma-Kritik. 1996;18 (3):11-12

Falconer N, Liow D, Zeng I, Parsotam N, Seddon M, Nand S. Validation of the assessment of risk tool: patient prioritisation technology for clinical pharmacist interventions. Eur J Hosp Pharm 2017;24:320–326

**Wirksamkeit, Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit eines mobilen elektronischen Arbeitsablauf- und Entscheidungsunterstützungssystems (GlucoTab®) mit integriertem Basalinsulin Algorithmus für das Blutzuckermanagement bei PatientInnen mit Typ-2-Diabetes in der Akutgeriatrie**

*Libiseller, Angela (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Kopanz, Julia (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); Lichtenegger, Katharina M. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT); de Campo, Antonella (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Wiesinger, Tatjana (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Weidinger, Lisa (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Laubreiter, Lisa (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Schippinger, Walter (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT); Truskaller, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Augustin, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT); Beck, Peter (decide Clinical Software GmbH, Graz, AUT); Höll, Bernhard (decide Clinical Software GmbH, Graz, AUT); Pieber, Thomas R. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT)*

**Einleitung:**

Bis zu 1/4 aller über 70-Jährigen sind an Typ-2-Diabetes (T2D) erkrankt. Die Diabetestherapie gestaltet sich unter anderem aufgrund von Multimorbidität häufig als komplex. Diabetesleitlinien betonen die Notwendigkeit, Diabetesziele zu individualisieren und empfehlen den Einsatz von Basalinsulin aufgrund der einfachen Handhabung und des geringen Hypoglykämierisikos für geriatrische insulinpflichtige PatientInnen mit T2D. Daher wurde ein Algorithmus für die Basalinsulintherapie (inklusive Basal Plus Insulintherapie) basierend auf dem jeweiligen Gesundheitsstatus der Erkrankten entwickelt und in ein mobiles elektronisches Arbeitsablauf- und Entscheidungsunterstützungssystem (GlucoTab®) integriert. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit, Sicherheit und Benutzerfreundlichkeit des Systems bei PatientInnen mit T2D in der Akutgeriatrie zu überprüfen.

**Methode:**

Die randomisierte kontrollierte Studie wurde in der Akutgeriatrie der Albert-Schweitzer Klinik (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz) durchgeführt. Über eine Laufzeit von 1,5 Jahren wurden die PatientInnen, die den Einschlusskriterien entsprachen, der Interventionsgruppe bzw. Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventionsgruppe wurde laut GlucoTab® Basalinsulin Algorithmus (Vorschlag zur Verabreichung von Basalinsulin und bei Bedarf von kurzwirksamen Insulin; Vorschlag zur Blutzuckermessfrequenz) behandelt. Die Kontrollgruppe erhielt die Diabetestherapie laut Arztanordnung (elektronisch in GlucoTab® dokumentiert inklusive Erinnerungsfunktion von offenen Aufgaben für das Gesundheitspersonal).

**Ergebnisse:**

Die Studie wurde mit September 2018 beendet. Insgesamt konnten 60 PatientInnen randomisiert werden. Als primärer Endpunkt werden die Nüchtern-Blutzuckerwerte im individuellen Zielbereich je nach Gesundheitsstatus analysiert. Weiters werden Blutzuckerwerte in unterschiedlichen Bereichen oder das Auftreten von Hypoglykämien untersucht. Die gesamten Ergebnisse der Studie werden derzeit statistisch ausgewertet und mit Ende des Jahres vorliegen.

**Diskussion:**

Der Basalinsulin Algorithmus in GlucoTab® erwies sich während der Studiendauer als sicher. Keines der im Rahmen der Studie aufgetretenen schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse war auf die Insulintherapie zurückzuführen. Weiters zeichnete sich das System durch hohe BenutzerInnenzufriedenheit aus. Die mit dem Algorithmus behandelten PatientInnen übernahmen zum Großteil die Basalinsulintherapie als neue Therapie für die weitere häusliche Versorgung.

## Wissenschaftliche Beiträge, Poster bzw. Kurzvorträge

### Abstract / Thema: Klinische Geriatrie

**"Global Deterioration Scale" - Klinische Einstufung der Demenz, aus der Praxis für die Praxis...**

Strotzka, Stefan (Geronto Psychiatrisches Zentrum des PSD Wien, Wien, AUT)

Die Global Deterioration Scale (Reisberg et al, 1988) ist eine Fremdbeurteilungsskala, die eine Schweregradeinschätzung der Alzheimer-Demenz ermöglicht. Die Einstufung erfolgt auf der Basis eines klinischen Interviews über Alltagskompetenz und selbständige Versorgung der Person, was bei kognitiven Beeinträchtigungen die Anwesenheit von Angehörigen voraussetzt. Die Skala erfordert eine gute Kenntnis von Demenzerkrankungen und kann für die Einschätzung der Schwere der Demenz zum Beispiel bei Pflegegeldgutachten, für Verlaufsbeobachtungen und die Aufklärung von Angehörigen über die zu erwartende Entwicklung sehr hilfreich sein.

Das Verfahren bewährte sich bislang in mehr als 9000 neuropsychologischen Untersuchungen im Gerontopsychiatrischen Zentrum der Psychosozialen Dienste Wien. Stärken und Schwächen der Global Deterioration Scale werden näher beleuchtet und Korrelationen zu anderen Demenztests dargestellt. Tipps zur genauen Durchführung und aussagekräftigen Interpretation der Skala werden an KlinikerInnen weitergegeben.

Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T (1988) Global Deterioration Scale (GDS). Psychopharmacology Bulletin, 24: 661-663

**„Gestern war Heben – heute ist Bewegen!“ Mobilitätsförderung in der Langzeitbetreuung und Pflege, ein ganzheitlicher Ansatz- MH Kinaesthetics**

*Zeidler, Doris (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Mattersberger, Antonia (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)*

**Hintergrund & Fragestellung**

In der stationären Langzeitbetreuung finden sich besonders viele alte und hochaltrige Menschen, welche durch eine hohe Pflegeabhängigkeit in ihrer Mobilität und Selbstständigkeit eingeschränkt sind. Der Erhalt und die Förderung der Mobilität im fortgeschrittenen Lebensalter spielen eine wichtige Rolle bezüglich der Lebensqualität und des individuellen Wohlbefindens<sup>1</sup>. Wohingegen ein Mobilitätsverlust in vielen Fällen zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen kann.

Die Förderung der Gesundheit, die Unterstützung der weitest gehenden Selbstständigkeit der BewohnerInnen, die Nutzung ihrer Ressourcen und ein ganzheitliches Pflegeverständnis sind Hauptfaktoren in der Umsetzung der MH Kinaesthetics<sup>2</sup>.

**Methode**

Die Förderung der Mobilität und der Bewegung wird, durch die Implementierung von MH Kinaesthetics mittels eines ganzheitlichen Ansatzes, umgesetzt. Bei der Ausarbeitung von individuellen Lösung für Bewegungsmuster liegt der Fokus sowohl auf den BewohnerInnen als auch den MitarbeiterInnen.

Durch die Ausbildung und Umsetzung im interdisziplinären Team können belastende Aktivitäten bearbeitet und verändert sowie individuelle Bewegungsressourcen gefördert werden. Durch den angewandten Lernzyklus werden individuelle Situationen analysiert, Lösungen erarbeitet und gemeinsam passgenau umgesetzt.

**Ergebnisse & Diskussion**

Es zeigen sich besonders positive Ergebnisse bei den BewohnerInnen, insbesondere bei der Selbstübernahme von Bewegungsaktivitäten, in der Zunahme von kreativen, teils auch ungewöhnlichen Bewegungslösungen, der Akzeptanz von Positionierungshilfsmitteln, der Angstäußerungen bei Mobilisierungen, der schmerzärmeren Transfers und eine Zunahme der Häufigkeit der Mobilitätsaktivitäten allgemein. Durch die Förderung des eigenen Anteiles der Bewegungsmöglichkeiten der BewohnerInnen wird die Selbstständigkeit gefördert bzw. soweit als möglich erhalten. Der interdisziplinäre Blick auf den alten Menschen ist häufig eine Herausforderung um gemeinsame Ziele zu definieren und um zu setzen. Ein weiteres Verstärken der interdisziplinären Schulungen und Fallbesprechungen, sowie der gemeinsamen Dokumentation gilt es weiter zu forcieren, im Sinne der Gesundheitsförderung aller Beteiligten.

1 Metz, D.H. (2000). Mobility of older people and their quality of life. In: Transport Policy 7(2), 149-152.

2 Hatch, F. & Maietta, L. (2011). Kinaesthetics. Infant Handling (2.Auflage). Bern: Hogrefe AG.

## **“Memory Akut” – ein Versorgungskonzept für akut erkrankte und kognitiv eingeschränkte PatientInnen in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz**

*Fink, Nicole (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, ST, AUT); Setz, Eva (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT); Kerecz, Eveline (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT); Gabler, Jürgen (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT); Schippinger, Walter Martin (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT); Schmidt, Louise Jane (Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Graz, AUT); Augustin, Thomas (Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Graz, AUT); Pichler, Gerald (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT)*

### **Hintergrund:**

Aufgrund der demographischen Entwicklung stehen Akutkrankenanstalten vor der Herausforderung, immer häufiger Menschen mit Demenz versorgen zu müssen. Der Klinikalltag ist allerdings kaum auf diese Personengruppe abgestimmt, was sowohl für Betroffene als auch für Mitarbeiter negative Auswirkungen haben kann. So werden Folgen einer inadäquaten Versorgung, wie Verschlechterung physischer und kognitiver Fähigkeiten bis hin zu Therapieverzögerungen, hohes Sturzrisiko, Delir, postoperative Komplikationen oder zunehmende Verhaltensauffälligkeiten beschrieben. Dies führt zu einer längeren Hospitalisierungsdauer, erhöhter Wiederaufnahmerate und zu 19% höheren fallbezogenen Versorgungskosten.

### **Ziel:**

Auf Basis dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse konzipierten wir das Projekt „Memory akut“. Ziel dieses Pilotprojektes ist die Optimierung der Nachversorgung von Demenzpatienten nach einem Akutkrankenhausaufenthalt in einem speziell dafür angepassten AG/R-Setting. Die Hauptunterschiede liegen hierbei im neurologisch geführten und hinsichtlich Demenz speziell geschulten interdisziplinären Team sowie in der räumlichen Ausstattung der Station. Die Ergebnisse sollen begleitend auch zur Personalbedarfserhebung dienen.

### **Methoden:**

In unserer Memory Klinik wurden hierfür 2 Betten definiert. Die Patientenaufnahme erfolgt ausschließlich durch Übernahme von Akutkrankenanstalten. Die Aufnahmeentscheidung erfolgt im Rahmen des herkömmlichen AG/R-Assessments. Als Einschlussgrund gilt eine vorbestehende Demenz. Für das Pilotprojekt ist die Dauer von 08.01.2018 – 07.01.2019 vorgesehen. Die Evaluierung erfolgt extern. Als Kontrollgruppen dienen Bewohner aus vier Pflegeheimen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, sowie PatientInnen einer AG/R-Station. Die Aufenthaltsdauer im Bereich „Memory Akut“ ist mit 3-4 Wochen limitiert. Neben den Diagnosekategorien der Akuterkrankung (neurologisch, internistisch, chirurgisch) wird ein umfangreiches AG/R-Assessment zur Outcome-Messung herangezogen. Weitere Daten wie die Aufenthaltsdauer im Akutspital und die Messung der Wiederaufnahmerate ebendort sollen zu gesundheitsökonomischen Aussagen verhelfen.

### **Resultate:**

Da das Projekt erst mit Jahresbeginn abgeschlossen wird, liegen zum derzeitigen Zeitpunkt keine Resultate vor. Wir freuen uns jedoch darauf, diese im Rahmen des Geriatrie Kongresses in Wien präsentieren zu dürfen.

**Aufsuchende ambulante psychodynamische Psychotherapie bei multimorbiden Hochaltrigen mit psychischen Störungen**  
*Lindner, Reinhard (Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Kassel, GER)*

**Beitrag zum Symposium WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN**

**Problemstellung:** Trotz hoher Morbidität psychischer Störungen im Alter ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie besonders bei multimorbiden Hochbetagten noch sehr gering. Immobilität ist dabei ein wichtiger, den Zugang einschränkender Faktor. Bisher sind dieser Situation angepasste Varianten der Richtlinienpsychotherapie, wie die aufsuchende Psychotherapie noch nicht verbreitet und ihre Wirksamkeit nicht untersucht.

**Material und Methode:** In einer explorativen Studie werden die Arztbriefe, psychosomatischen Konsilberichte und Stundenprotokolle von 7 Psychotherapien mit 77–89-jährigen Patienten mit dem methodischen Zugang der Grounded Theory untersucht und das Setting, wie auch Art und Inhalt der therapeutischen Beziehung beschrieben.

**Ergebnisse:** Das Aufsuchen verändert die psychotherapeutische Beziehung erheblich, indem – im Vergleich zur herkömmlichen ambulanten Psychotherapie – eine undifferenziertere Fülle von Erfahrungen und Informationen vom Therapeuten aufgenommen und interpretiert werden müssen. Die aktuellen und früheren Beziehungen, wie auch das Erleben von Krankheit und bevorstehendem Sterben stellen wichtige thematische Felder dar. Dabei sind im Rahmen einer stützenden, abwehrstärkenden psychodynamischen Psychotherapie Klärungen, Deutungen und die Begleitung existentieller Konflikte und Entwicklungen möglich. Identitäts-, Nähe-, Distanz-, Aggressions- und Machtkonflikte können

benannt werden. Häufig werden die Themen Krankheit, Einschränkung, Sterben und Tod angesprochen. Der Therapeut wird dabei aktiver, Verstrickungen in Form von „Enactments“ treten auf, jedoch kann eine reflektierende, auf das Innenleben der Patienten ausgerichtete Haltung bewahrt werden.

**Folgerung:** Die Durchführung psychodynamischer Psychotherapie ist im Lebensumfeld der Patienten durchaus möglich. Weitere Untersuchungen der Indikationen, psychotherapeutischen Haltung, Strategien, Techniken und Wirksamkeit sind notwendig.

Literatur:

Lindner, R. , Sandner, M. (2015). Psychotherapie auf der Couch des Patienten. Aufsuchende psychodynamische Psychotherapie bei Hochbetagten. Psychother Psych Med 65: 204-212

## **Das geriatrische Syndrom**

Abel, Regina (Akutgeriatrie Kaiser Franz Josef Spital, Wien, AUT)

Einem geriatrischen Syndrom liegen meist mehrere Erkrankungen zugrunde. Multimorbidität, unspezifische klinische Symptomatik und verzögerte Genesung sind häufig beim geriatrischen Patienten zu finden.

Im Netz der Syndrome steht im Zentrum die Mobilitätsstörung und Sturzneigung, in Begleitung von Schmerzen, Arthrosen und die Fehl- und Mangelernährung, die bis zum Frailty Syndrom führen können. Inkontinenz, kognitive Störungen wie Depression, Demenz und in weiterer Folge soziale Isolation ergänzen das Krankheitsbild der geriatrischen Syndrome.

Das Frailty Syndrom bedeutet "Gebrechlichkeit". Es umfasst einen kreisförmigen Prozess, eine negative Rückkoppelung zwischen Krankheit, Polypragmasie und altersbedingter Veränderungen und begünstigt das Entstehen weiterer Krankheiten. Das Erkennen von Frailty kann in der klinischen Praxis schwierig sein, da es die typische Hauptbeschwerde nicht gibt, sondern eine Kombination von verschiedenen Problemen.

Typische Merkmale sind: Gewichtsverlust mehr als 5 Prozent, Muskelschwäche, Antriebslosigkeit, verminderte Gehgeschwindigkeit, geringe körperliche Aktivität, Inkontinenz und positive Sturzanamnese. Ergänzt wird diese Sammlung von Defiziten durch soziale und mentale Merkmale der Gebrechlichkeit.

Lt. DEGS Studie zeigen 2,8% der 65 - bis 79 - jährigen Frauen und 2,3% der gleichaltrigen Männer drei oder mehr der Kriterien der Gebrechlichkeit nach Fried et al. 2001. Die Prävalenz der "Pre-Frailty" liegt mit 38,8% deutlich höher.

Als primäre Prävention bedeutet die Reduktion entsprechender Risikofaktoren, gesunde Ernährung, Kombination aus Krafttraining und Koordinationsübungen.

Sekundäre Prävention bedeutet die Behandlung chronischer Krankheiten.

Als tertiäre Prävention werden rehabilitative Maßnahmen definiert, wie Verbesserung der Ernährung, Kraft- und Ausdauertraining, physikalische Therapie und kognitives Training.

Die Behandlung des Frailty Syndroms wird individuell unter einem ganzheitlich – geriatrischem Gesichtspunkt durchgeführt. Ziel ist es, die Lebensqualität zu steigern.

## **Der kardiale Biomarker NT-proBNP ist bei vielen geriatrischen Patienten deutlich erhöht**

*Kirchgatterer, Andreas (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Hartmann, Clara (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Tiefenthaller, Gernot (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Aigner-Hufnagl, Ingeborg (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Höftberger, Maria (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT)*

### **Einleitung**

Häufigkeit und Mortalität der Herzinsuffizienz steigen im höheren Lebensalter deutlich an (1). Als Biomarker der Herzinsuffizienz hat sich in den letzten Jahren die Bestimmung des N-terminalen natriuretischen Peptid (NT-proBNP) etabliert, wobei ein Spiegel von 400 pg/ml die Obergrenze des Normalbereichs darstellt. Geschlecht und Alter beeinflussen den Plasmaspiegel, dieser kann mit höherem Alter deutlich ansteigen (2).

### **Methodik**

Prospektive Datenerfassung von allen konsekutiven Patienten, die in einem Zeitraum von 6 Monaten (1.4.2018 – 30.9.2018) an der Akutgeriatrie Grieskirchen aufgenommen wurden. Es wurde der NT-proBNP-Spiegel bestimmt, zusätzlich biometrische Daten, Assessment-Resultate (Barthel-Index, Tinetti-Test) und die Häufigkeit kardialer Grunderkrankungen erhoben.

### **Resultate**

Es wurden im Analysezeitraum 392 Pat. (275 Frauen, 117 Männer, mittl. Alter 82,5 Jahre, Bereich 71 – 99 Jahre; mittl. BMI 26,2) an die Akutgeriatrie übernommen. Der NT-proBNP-Spiegel betrug im Mittel 2074 pg/ml (Bereich 58 – 49899 pg/ml), bei 66,6 % der Pat. war der Wert erhöht, 33,3 % der Pat. wiesen einen normalen NT-proBNP-Spiegel (unter 400 pg/ml) auf. 48 Pat. ohne kardiale Vorerkrankung hatten einen mittleren NT-proBNP-Spiegel von 420 pg/ml, 44 % dieser Pat. hatte einen erhöhten NT-proBNP-Spiegel. 46 Pat. mit klinischen Zeichen der kardialen Dekompensation hatten einen mittleren NT-proBNP-Spiegel von 5665 pg/ml, jedoch 6,5 % dieser Pat. hatte einen normalen NT-proBNP-Spiegel. Die Analyse einzelner Altersgruppen ergab, dass 212 Pat. zwischen 80 und 89 Jahren (144 Frauen, 68 Männer) einen mittleren NT-proBNP-Spiegel von 2582 pg/ml hatten, 34 % dieser Pat. wiesen einen Normalwert auf. 51 Pat. in der Altersgruppe 90 – 99 Jahre (33 Frauen, 18 Männer) hatten einen mittleren NT-proBNP-Spiegel von 2206 pg/ml, nur 17 % dieser Pat. wies einen Normalwert auf.

### **Diskussion**

In einem konsekutiven geriatrischen Patientenkollektiv wiesen zwei Drittel der Patienten einen erhöhten NT-proBNP-Spiegel auf. Fast jeder zweite Pat. ohne kardiale Grunderkrankung hatte ebenfalls einen erhöhten NT-proBNP-Spiegel, während bei Pat. mit kardialer Dekompensation nur sehr selten ein Normalwert bestand.

### **Literatur**

- (1) Diagnosis of elderly patients with heart failure. Manzano et al.; Eur J Heart Failure 2012
- (2) Age and Sex Distribution of Age-related Biomarkers in Healthy Older Adults from the Long Life Family Study. Sebastiano et al.; J Am Geriatr Assoc 2016

## **Die Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) im Kontext des MINDMAP Konsortiums**

*Dapp, Ulrike (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER); Neumann, Lili (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER); Jacobsen, Wienke (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER); von Renteln-Kruse, Wolfgang (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER)*

### **Beitrag zum Symposium WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN**

#### **Hintergrund:**

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 da zugehörigen 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 Interview-Transkripte, 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.

**Förderung:** European Commission, HORIZON 2020, grant agreement no 667661

**Gemeinsam gut entscheiden: Fünf Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, um die medizinische Versorgung älterer Menschen zu optimieren**

*Prim. Priv.-Doz. Dr. Schippingner MBA, Walter (Albert Schweitzer Klinik, Abteilung für Innere Medizin, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Österreich, Graz, AUT); Dr. Glechner, Anna (Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems, Österreich, Krems, AUT); Priv.-Doz. Dr. Horvath, Karl (Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz, Österreich, Graz, AUT); Prim. Dr. Sommeregger, Ulrike (Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, Wien, AUT); Prof. Dr. Frühwald, Thomas (Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, Wien, AUT); Prim. Dr. Dovjak, Peter (Salzkammergut-Klinikum Gmunden, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation, Gmunden, Österreich, Gmunden, AUT); Prim. Dr. Pinter, Georg (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Abteilung für Akutgeriatrie, Klagenfurt, Österreich, Klagenfurt am Wörthersee, AUT); Prim. Univ.-Prof. Dr. Iglseder, Bernhard (Uniklinikum Salzburg, Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg, Österreich, Salzburg, AUT); Prim. Dr. Mrak, Peter (LKH Weststeiermark, Standort Voitsberg, Abteilung Innere Medizin MED2, Voitsberg, Österreich, Voitsberg, AUT); DptL. Dr. Müller, Walter (Krankenhaus der Elisabethinen, Department für Akutgeriatrie & Remobilisation, Klagenfurt, Österreich, Klagenfurt am Wörthersee, AUT); Prim. Prof. Dr. Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich, Wien, AUT); Priv.-Doz. Dr. Mann, Eva (Ordination, Rankweil, Österreich, Rankweil, AUT); Mag. Dr. Böhmendorfer, Birgit (KH Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel, Anstaltsapotheke, Wien, Österreich, Wien, AUT); Univ.-Prof. Dr. Roller-Wirnsberger, Regina (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz, Österreich, Graz, AUT)*

**Einleitung.** Ein unangemessener Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist bei geriatrischen Patienten häufig zu beobachten und stellt für diese besonders vulnerable Patientengruppe ein hohes Gesundheitsrisiko dar. Im Rahmen der österreichischen „Choosing Wisely“- Initiative „Gemeinsam gut entscheiden“ definierte die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) einen Konsensus von 5 Empfehlungen für die Altersmedizin, um den unkritischen Einsatz medizinischer Interventionen zu vermeiden und die medizinische Versorgung älterer Patienten in Österreich zu verbessern.

**Methoden.** Von einem initialen Pool von 147 medizinischen Leitlinien wurden 20 in einem strukturierten Verfahren durch Experten der ÖGGG ausgewählt, welche anschließend in einen Delphi-Prozess eingebracht wurden. Ziel des Delphi-Prozesses, an dem 12 Experten aus klinischer und akademischer geriatrischer Medizin teilnahmen, war die Definition jener 5 Empfehlungen, welche die höchste klinische Relevanz für die altersmedizinische Versorgung in Österreich haben.

**Ergebnisse.** Nach Durchführung von 2 Delphi-Prozessrunden wurden folgende „Top 5 Empfehlungen“ für die medizinische Versorgung älterer Menschen in Österreich definiert:

- 1) Harnkatheter sollen nicht eingesetzt werden bei inkontinenten Patienten, ohne angemessene Indikation (z.B. nur aus Gründen der Pflegerleichterung) oder als Monitoring der Harnproduktion bei nicht kritisch kranken Patienten.
- 2) Bei Personen mit fortgeschrittener Demenz wird eine unterstützte orale Ernährung empfohlen. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz soll eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) zur Ernährung nicht empfohlen werden.
- 3) Die Behandlung einer asymptomatischen Bakteriurie wird bei älteren Erwachsenen nicht empfohlen.
- 4) Eine Antipsychotika-Therapie als erste Wahl zur Behandlung von Verhaltens- und psychischen Symptomen der Demenz wird nicht empfohlen.
- 5) Bei Empfehlungen zu Screening-Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Kolorektal-, Prostata- oder Lungenkrebs sollen die Lebenserwartung der Patienten und die Risiken dieser Tests wie Überdiagnose und Überbehandlung berücksichtigt werden.

**Conclusio.** Die 5 ausgewählten Empfehlungen haben das Potential, die medizinische Versorgung älterer Menschen zu verbessern, unnötige medizinische Interventionen zu reduzieren und Kosten im Gesundheitssystem zu sparen.

## **Geriatrische Tagesklinik und Gerontopsychiatrische Institutsambulanz - ein Kooperationsmodell**

*Becher, Klaus Friedrich (Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation, Stralsund, GER); Myllymäki, Johanna (Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, Stralsund, GER)*

### **Beitrag zum Symposium WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN**

Der Zugang zu multimorbiden älteren Menschen im Krankenhaus und in der poststationären Versorgung kann als Herausforderung für den Alltag betrachtet werden. Zwar hat sich eine bereits hochspezialisierte Versorgungslandschaft auch für gebrechliche Menschen etabliert. Diese findet sich aber fast nur für körperliche Beschwerden und damit organzentriert. Am Beispiel der Geriatrischen Tagesklinik als teilstationäre Einrichtung am Hansekrankenhaus in Stralsund und der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz (GIA) mit Tagesklinik am Standort Krankenhaus West sollen die Verzahnung und Vernetzung versorgungsrelevanter Bereiche für multimorbide, ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen beispielhaft dargestellt werden. Die strukturellen Voraussetzungen in der Geriatrischen Tagesklinik unter der Leitung eines Geriaters mit Facharzttitel für Innere Medizin und die Zusammenarbeit mit der GIA unter Leitung einer Gerontopsychiaterin und einer Psychogerontologin eröffnen in einem zwar städtisch geprägten aber strukturschwachen Umfeld einer überwiegend ländlichen Bevölkerungsstruktur die Möglichkeit, den somatischen und häufig chronifizierten Erkrankungsbildern mit den parallel einhergehenden psychischen Gebrechen zu begegnen. Im Bereich der Demenzdiagnostik kann die einerseits notwendige somatische Abklärung und Therapieplanung relevanter Risikofaktoren und Begleitmorbiditäten in der Geriatrischen Tagesklinik erfolgen und die testpsychologische Untersuchung und weitergehende Anbindung in der GIA organisiert werden. Für Patienten mit Folgezuständen nach Schlaganfall ist eine erhöhte Prävalenz von Depression bekannt. Depression als Co-morbidität insgesamt braucht eine längere und ganzheitliche Begleitung. Reine rehabilitative geriatrische Versorgung ist mit zunehmendem Maße durch zeitliche Limitierung in der stationären Versorgung nicht ausreichend verfügbar. Dies kann durch eine ergänzende oder anschließende teilstationäre geriatrische oder ambulante gerontopsychiatrische Behandlung in Form von stützender Gesprächspsychotherapie, Neujustierung sozialpsychiatrischer Versorgung, Umfeldanpassung, Beratung Mitpflegender und Anpassung medikamentöser Behandlung auch weit nach einem Akut-Stroke-Ereignis erfolgen. Weitere Fallbeispiele werden aus dem Kooperationsmodell diskutiert und Möglichkeiten telemedizinischer Erweiterungsmodule diskutiert.

## **Häufigkeit der QTc-Zeit-Verlängerung bei geriatrischen Patienten**

*Hartmann, Clara (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Kirchgatterer, Andreas (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Tiefenthaller, Gernot (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Aigner-Hufnagl, Ingeborg (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Höftberger, Maria (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT)*

### **Einleitung**

Eine verlängerte QTc-Zeit im EKG ist ein potentieller Risikofaktor für lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen, vor allem für das Auftreten von Torsade-de-Pointes-Tachykardien, die in ein Kammerflimmern degenerieren können.

Unter anderem können Medikamente eine QTc-Zeit-Verlängerung verursachen. Bei geriatrischen Patienten ist oft eine Polypharmazie vorliegend, in Assoziation mit der Multimorbidität des älteren Menschen. Das Ziel dieser Studie war zu zeigen, wie häufig eine relevante QTc-Zeit-Verlängerung bei geriatrischen Patienten vorkommt.

### **Methodik**

Eingeschlossen wurden in dieser prospektiven Datenerfassung alle Patienten (Pat.), die an der Akutgeriatrie in Grieskirchen vom 1. April bis 30. September 2018 aufgenommen wurden. Neben biometrischen Daten und Assessment-Resultaten (Barthel-Index, Tinetti-Test) wurde die Häufigkeit von kardialen Grunderkrankungen inklusive QTc-Zeit-Verlängerung (> 470 ms bei Männern, >480 ms bei Frauen) und die Anzahl der eingenommenen Medikamente sowie die Anzahl an potentiell QTc-Zeit verlängernden Medikamenten mit bekannt hohem Risiko erfasst.

### **Resultate**

Es wurden im Analysezeitraum 392 Pat. (275 Frauen, 117 Männer, mittl. Alter 82,5 Jahre, Bereich 71-99 Jahre, mittl. BMI: 26,2) auf die Akutgeriatrie aufgenommen. Insgesamt lag bei 52 Pat. (13,3 %) eine QTc-Zeit-Verlängerung vor (mittl. QTc-Zeit-Verlängerung 500 ms, Bereich: 472-584 ms), wobei diese Diagnose bei keinem Pat. zuvor bewusst wahrgenommen wurde. 26 dieser Pat. hatten einen Sinusrhythmus, 13 Pat. ein Vorhofflimmern und 13 Pat. einen Schrittmacherrhythmus. Bei lediglich 2 Pat. lag keine kardiale Grunderkrankung vor. Im Durchschnitt wurden im Gesamtkollektiv 8,85 verschiedene Wirkstoffe eingenommen, Pat. mit verlängerter QTc-Zeit hatten im Vergleich mit 8,3 verschiedenen Wirkstoffen keine gesteigerte Polypharmazie. Bei 12 Pat. (23 %) mit QTc-Zeit-Verlängerung konnte ein potentiell QTc-Zeit-verlängerndes Pharmakon detektiert werden.

### **Diskussion**

In unserem Kollektiv konnten wir bei mehr als 13 % der Patienten die neue Diagnose einer QTc-Zeit-Verlängerung nachweisen, weiters bestand auch eine begleitende Polypharmazie. Beim geriatrischen Patienten erscheint es wichtig, auf eine QTc-Zeit-Verlängerung zu achten, vor allem in Anbetracht des erhöhten Risikos für das Auftreten von lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen. Eine potentiell auslösende Medikation war nur bei knapp einem Viertel der Pat. nachweisbar.

## **Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen bei geriatrischen Patienten mit hüftnaher Fraktur**

*Kirchgatterer, Andreas (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Hartmann, Clara (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Tiefenthaller, Gernot (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT); Aigner-Hufnagl, Ingeborg (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Greiskirchen, AUT); Höftberger, Maria (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Greiskirchen, Grieskirchen, AUT)*

### **Einleitung**

Die hüftnahe Fraktur hat seit Jahrzehnten eine ungünstige Prognose. Diese ist nicht nur durch die Verletzung an sich und perioperative Komplikationen, sondern auch durch kardiovaskuläre Begleiterkrankungen maßgeblich beeinflusst. Die Häufigkeit dieser kardiovaskulären Komorbiditäten galt es zu erfassen.

### **Methodik**

Prospektive Datenerfassung von allen konsekutiven Patienten (Pat.), die in einem Zeitraum von 6 Monaten (1.4. – 30.9.2018) wegen einer hüftnahen Fraktur an die Akutgeriatrie Grieskirchen postoperativ transferiert wurden. Neben biometrischen Daten und Assessment-Resultaten (Barthel-Index, Tinetti-Test) wurden die Häufigkeit von kardialen Grunderkrankungen inklusive QTc-Verlängerung (> 470 ms bei Männern, > 480 ms bei Frauen) sowie der NT-proBNP-Spiegel (pg/ml) erfasst.

### **Resultate**

Es wurden 99 Pat. (74 Frauen, 25 Männer, mittl. Alter 84,5 Jahre, Bereich 70 – 99 Jahre; mittl. BMI 25,9) nach Operation einer hüftnahen Fraktur an die Akutgeriatrie übernommen. Lediglich 19 Pat. wiesen keine kardiale Grunderkrankung auf. Bei 70 Pat. bestand eine Hypertonie (ohne/mit Cor hypertonicum), 20 Pat. hatten ein Vorhofflimmern, 19 Pat. eine KHK, 14 Pat. eine kardiale Dekompensation zum Übernahmzeitpunkt, 3 Pat. eine Aortenstenose sowie 10 Pat. eine Verlängerung der QTc-Zeit (mehrere Diagnosen pro Patient möglich). Der NT-proBNP-Spiegel betrug im Mittel 2012 pg/ml, nur 29 Pat. wiesen einen normalen NT-proBNP-Spiegel (unter 400 pg/ml) auf.

### **Diskussion**

Geriatrische Patienten mit hüftnaher Fraktur leiden häufig unter kardiovaskulären Begleiterkrankungen. Auffällig waren in unserem Kollektiv die hohe Frequenz an Hypertonie, Vorhofflimmern und erhöhtem NT-proBNP-Spiegel.

## **Intermittent hypoxic–hyperoxic training on cognitive performance in geriatric patients**

*Bayer, Ulrike (Haus der Geriatrie Klagenfurt, Klagenfurt, AUT)*

**INTRODUCTION**, Intermittent hypoxic-hyperoxic training (IHHT) may complement a multimodal training intervention (MTI) for improving cognitive function and exercise tolerance in geriatric patients.

**METHODS**, Thirty-four patients (64 to 92 years) participated in this randomised controlled trial. Before and after the 5-7 wk intervention period (MTI + IHHT vs. MTI + ambient air) cognitive function was assessed by the Dementia-Detection Test (DemTect) and the Sunderland Clock-Drawing-Test (CDT), and functional exercise capacity by the total distance of the 6-Minute-Walk-Test (6MWT).

**RESULTS**, DemTect and CDT indicated significantly larger improvements after MTI + IHHT (+16.7% vs. -0.39%,  $p < 0.001$ ) and (+10.7% vs. -8%,  $p = 0.031$ ) which was also true for the 6MWT (+24.1% vs. +10.8%,  $p = 0.021$ ).

**DISCUSSION**, IHHT turned out to be easily applicable to and well tolerated by geriatric patients up to 92 years. IHHT contributed significantly to improvements in cognitive function and functional exercise capacity in geriatric patients performing MTI.

## **Kooperation von Akutgeriatrie (AGR) , geriatrischer Tagesklinik und Allgemeiner Interner Abteilung in einem Standardkrankenhaus.**

*Jobstmann, Roland (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT); Brand Jandl, Petra (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT); Siml Fraissler, Angelika (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT); Mrak, Peter (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT); Kollegger, Herta (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT)*

### **Einleitung:**

Die abgestufte Versorgung älterer Menschen im Krankenhaus erfordert eine individualisierende, therapeutische Betrachtungsweise und den zielgerichteten Einsatz knapper Ressourcen.

Patienten mit Frailty unterliegen im Hospitalisierungsfall unangemessenen Risiken, damit wird die Entscheidung zur Allokation essentiell und der outcome vom strukturellen Umfeld mitbestimmt.

### **Methoden:**

Die Entscheidung innerhalb der Internen Abteilung, mit einer 48 Betten umfassenden AGR , eine Geriatrische Tagesklinik mit 12 Plätzen einzurichten, erwies sich als effektiv.

Bauliche Maßnahmen und die organisatorische Logistik ermöglichen seit Inbetriebnahme im Frühjahr 2017 eine inhaltliche Verschränkung der PatientInnen mit stationärer und halbstationärer Betreuung, wobei eine elektronische Therapieplanung dem Team, wie auch den Patienten den bestmöglichen Ablauf im Tagesplan gewährleisten.

Neben definierten Arztstunden und den verschiedenen Gruppentherapien, stehen die Bereiche PHT, ET, Logopädie, klinische Psychologie, Sozialarbeit, Diabetesschulung und Ernährungstherapie nunmehr auch den tagesklinischen Patienten ebenso zur Verfügung, die Auswahl und Zuordnung von Patienten mit geriatrischem, frührehabilitativen Potential auf der Internen Abteilung wird zeitnah in geriatrisch- internistischer Kooperation getroffen . Mittlerweile beläuft sich die Rate an Direktübernahmen von der Internen auf die AGR auf ca 10%, der Patienten.

### **Ergebnisse:**

Bei Übernahme aus dem internen Patientengut der eigenen Abteilung beträgt der Grad der Selbsthilfe eingangs der stationären AGR im Durchschnitt <50 Punkte im ADL, bei Entlassung gelingt ein Zuwachs um ca 20 Pkte, womit eine deutliche Verbesserung in der Selbstständigkeit erreicht wird und die Entlassung ins häusliche Umfeld damit erst möglich macht.

Durch die Angebote der integrierten Tagesklinik kann die Aufenthaltsdauer im vollstationären Setting um 1,8 Tage verkürzt werden, dies allerdings primär für Patienten aus dem wohnortnahen Einzugsbereich.

Auch im tagesklinischen Einsatzbereich erzielen wir Verbesserungen in der Mobilität, leider sind die hohen psychosozialen Bedürfnisse dieser Patienten, bei einem dafür nicht ausreichendem Personalschlüssel, personaltechnisch nicht ausreichend zu erfüllen.

### **Conclusio:**

Die integrierte altersmedizinische Versorgung mittels differenzierter ,abgestufter Angebote im allgemein-internistischen, wie akutgeriatrischen Setting wird durch ein tagesklinische Angebot sinnvoll ergänzt.

## **Makrohämaturie als Leitsymptom bei geriatrischen Patienten in der Urologie**

Wiedemann, Andreas (Evangelisches Krankenhaus Witten, Urologie, Witten, GER)

**Einleitung:** Häufig werden hochbetagte Patienten mit dem Leitsymptom Makrohämaturie aufgenommen, die hier genauer charakterisiert werden sollten.

**Methode:** 162 Patienten, die wegen Makrohämaturie stationär aufgenommen wurden und mind. 75 Jahre alt waren, wurden in 36 Variablen eingeschlossen, z.B.: „Identification of seniors at risk“ (ISAR) – Punktwert oder Blasenverweilkatheter (BVK) und retrospektiv betrachtet.

**Ergebnisse:** Die Zahl der Patienten mit BVK vor Aufnahme war signifikant höher als in einer historischen Vergleichsgruppe (Bootsma, AM; Urinary incontinence and indwelling urinary catheters in acutely admitted elderly patients. 2013). Ein Großteil dieser Patienten erlitt die Makrohämaturie im Rahmen einer Autodislokation. Der Nachweis einer bakteriellen Zystitis war nicht signifikant höher als bei Patienten ohne BVK. 75,3 % der Patienten nahmen gerinnungsaktive Medikamente 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.

**Diskussion:** 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 entgegen. Bei BVK und gleichzeitiger Gerinnungshemmung besteht kein zusätzlich erhöhtes Blutungsrisiko. Bei der OAK mit Phenprocoumon war überraschenderweise 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.

## **Mobilität und Kontinenz: 2 Seiten einer Medaille**

Ege, Sigrid (Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart, Stuttgart, GER)

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 %. 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.

## **Möglichkeiten zur Optimierung der geriatrischen Versorgung am Beispiel des Ärztekundendienstes**

*Krach, Gerlinde (KWP, Wien, AUT)*

Die Zahl der multimorbiden BewohnerInnen in den Pensionistenwohnhäusern steigt. Krankenhausaufenthalte von BewohnerInnen aus Pensionistenwohnhäusern sind sehr häufig (1). Die Transfers sind für die BewohnerInnen sehr belastend und oft vermeidbar (2). Die Maßnahmen vor Ort mit dem zur Verfügung stehenden Personal zur Verringerung von Krankenhaustransfers sind begrenzt (3). Im vorliegenden Projekt wird als Intervention zur Reduktion akuter Hospitalisierungen das Konzept der geriatrischen Versorgung am Wochenende mit dem Ärztekundendienst (ÄFD) ausgearbeitet und umgesetzt.

### **Fragestellung**

Inwieweit konnten die Krankenhauseinweisungen der PatientInnen in den Pensionistenwohnhäusern durch den Einsatz von geriatrisch geschulten ÄrztInnen beim ÄFD gesenkt werden?

### **Methode**

Die medizinische Akutversorgung an Wochenenden und Feiertagen wurde im Zeitraum von 2010 bis 2014 in Kooperation mit Ärztekundendienst, Ärztekammer für Wien und der Wiener Rettung, ÄrztInnen des Kuratoriums der Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) durchgeführt. Jährlich erfolgte eine Evaluierung der Maßnahme, die die Versorgungsoptimierung der BewohnerInnen zum Ziel hatte.

### **Ergebnisse**

Der geriatrische ÄFD visitierte hauptsächlich in den 31 Häusern des KWP und in anderen geriatrischen Einrichtungen. Pro Jahr wurde das Einsatzfahrzeug für das KWP durchschnittlich (bei 8.000 BewohnerInnen) 4.500 Mal für notfallmedizinische Einsätze angefordert. Es zeigte sich eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen von BewohnerInnen des KWP von 50% auf 9%.

### **Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit des Einsatzes von geriatrisch geschulten ÄrztInnen im Kundendienstbereich hin. Ein zukünftiges Projekt sollte auf die Nachtstunden ausgeweitet werden.

### **Literatur**

1. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*. 2014;43:759-66.
2. Innovationen der Versorgungsoptimierung in Pflegeheimen – Eine Projektübersicht [Internet]. 2015 [cited 09.10.2018]. Available from: <http://ffhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/407/1/FFH2015-GW2-3.pdf>.
3. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014;14.

### **Proximal Periprosthetic Femoral Fracture: The “new” common fracture in the “old” patient?**

*Kanovsky, Amelie (Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt, AUT); Müller, Ernst (Klinikum Klagenfurt Unfallchirurgie, Klagenfurt, AUT)*

**Introduction:** Hip joint arthroplasties (THA) are increasing in frequency as the number of geriatric patients grows. Periprosthetic fractures around hip implants are therefore encountered more often and most patients need to be managed surgically to maintain mobility and joint stability. We prospectively report about the encountered complications after surgical revision of proximal periprosthetic femoral fractures and the post-surgical mobility outcome.

**Methods:** Our prospective observational study includes 52 patients (age range: 53-96 yrs; mean: 82 yrs) from Jan. 2016-Oct. 2018 that presented with a proximal periprosthetic femoral fracture. 32 patients were treated with open reduction and internal plate fixation, 4 patients with a cerclage wiring technique, 12 patients with a Brehm shaft revision arthroplasty, 2 patients with an intramedullary nail and 2 patients with internal plate fixation and acetabula cup and prosthetic head change. We prospectively followed up on all patients (Follow up time: 1 months to 2 years) and collected data on the clinical course, post-surgical mobility and post-surgical complications including revision surgeries.

**Results:** 2/32 patients (6%) with internal plate fixation encountered a plate breakage due to a fall and had to be surgically revised. Overall 3 patients died in this group within 7 months after initial surgical revision and 7 patients (24%) could not regain their pre-fracture mobility. 2/4 patients (50%) treated with wiring cerclage had to be surgically revised: One patient did not show any consolidation after 6 months clinically and on X-ray and the other patient combated 3 weeks post-surgery a hip luxation with acetabula cup and head change. After re-luxation, an anti-luxation double mobility cup was implanted. 1/12 patients (8%) with the Brehm shaft arthroplasty developed a wound infect, but 83% reached their pre-fracture mobility. No surgical revisions needed to be carried out in patients treated with an intramedullary nail and with internal plate fixation and acetabula cup and prosthetic head change of which 2 patients (100%) did not regain full mobility.

**Conclusion:** Overall, 10% of proximal periprosthetic femoral fractures had to be revised with the highest revision rate in patients treated initially with a wiring cerclage technique and the lowest treated with internal plate fixation. Most patients who attained their pre-fracture mobility were treated with a Brehm shaft arthroplasty.

## **Pulswellenanalyse - diagnostischer Stellenwert bei geriatrischen Patienten**

Willschrei, Peter (MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen, GER)

"A man is as old as his arteries" (Th. Sydenham) - der Hintergrund ist eine zunehmende Versteifung der Blutgefäße mit zunehmendem Lebensalter. Im Rahmen eines physiologischen Prozesses werden hierbei elastische Fasern (Elastin) durch Kollagen ersetzt. Dieser Prozeß der Gefäßversteifung kann durch die bekannten kardiovaskulären Risikofaktoren erheblich beschleunigt werden. Das hieraus resultierende Gefäßalter spiegelt dann das individuelle Risiko für mögliche kardiovaskuläre Ereignisse - wie Myokardinfarkt, Stroke, pAVK - wider.

Der Gefäßzustand und damit das "biologische" Gefäßalter kann heute u.a. mittels Pulswellenanalyse (PWA) leicht und nicht invasiv ermittelt werden. Hierbei wird die arterielle Gefäßsteifigkeit durch die aortale Pulswellengeschwindigkeit ermittelt. Sie gilt als ein eigenständiger und unabhängiger "Biomarker" für Gefäßschädigung und ist prognostisch bedeutsam zwecks Ermittlung eines individuellen kardiovaskulären Risikos.

Im Sinne von "Man ist so alt wie seine Gefäße" (in Anlehnung an Th. Sydenham) können nach durchgeführter PWA-Diagnostik in einer Primär- oder Sekundärprävention dann weitere diagnostische und therapeutische Entscheidungen getroffen und ggf. Konsequenzen eingeleitet werden.

Es sollen bei diesem Vortrag sowohl die Methode als auch die diagnostischen Möglichkeiten der Pulswellenanalyse vorgestellt und über die Ergebnisse einer eigenen Studie an mehr als 120 geriatrischen Patienten berichtet werden. Hierbei wurden neben Labordaten auch Parameter eines durchgeführten geriatrischen Assessments berücksichtigt.

## **Update 2019: S2e Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten**

*Becher, Klaus (Helios Hansekllinikum Stralsund, Stralsund, GER)*

**Einleitung:** Das Update der S2e Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie, eingestellt bei der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) mit seinen neu überarbeiteten Kapiteln ist für das Jahr 2019 vorgesehen. Die Leitlinie wurde erstmals 2005 und 2008 publiziert und 2009 bei der AWMF eingestellt (Leitlinien-Nr. 84-001). Nach einem update im Jahr 2014 liegt nun ein erneutes update nach Ablauf der Gültigkeit für I/2019 vor.

**Material und Methode:** Mit Ausnahme der Kapitel „operative Therapie“, „Duloxetin“, „Parasympathomimetika“ (hier keine aktuellen Entwicklungen) wurden alle Kapitel überarbeitet. Das Kapitel „psychosomatische Aspekte“ wurde wegen der mangelnden Expertise der momentanen Mitglieder der Leitliniengruppe aus dem update 2019 entfernt. Mit dem Kapitel „instrumentelle Harnblasenlangzeitdrainage“ wurde ein neues, relevantes Kapitel eingefügt. Primäre Berücksichtigung fanden randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studien sowie bereits vorhandene Leitlinien zum Thema. Wo keine randomisierten, plazebokontrollierten Untersuchungen vorlagen oder aus methodischen Gründen prinzipiell nicht durchführbar sind, wurden auch Publikationen anderen Designs (nicht randomisierte Untersuchungen, Fallkontrollstudien) zur Leitlinienerstellung herangezogen. Die Bewertung erfolgte unter dem besonderen Blickwinkel des multimorbiden, multimedizierten, vulnerablen und von Chronifizierung sowie Autonomieverlust bedrohten geriatrischen Patienten. Dies erklärt eine u. U. andere Gewichtung der getroffenen Aussagen bzw. auch andere Schlussfolgerungen für den geriatrischen Patienten.

**Ergebnisse:** Empfehlungen zum Themenkomplex Assessment und Fragebögen zur Detektion und Quantifizierung von Harninkontinenz werden dargestellt wie auch zum Kapitel instrumentelle Harnblasenlangzeitdrainage.

## **Vitamin C-Mangel: heute noch ein Problem in den Industrieländern?**

Willschrei, Peter (MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen, GER)

Trotz ausreichendem Vitamin C-Angebot in den industrialisierten Ländern wird nicht von allen Bewohnern die empfohlene tägliche Aufnahmemenge erreicht. So zeigte sich z.B. in der Deutschen Verzehrsstudie II (2008), dass zwar im Durchschnitt eine deutlich über den Empfehlungen liegende tägliche Vitamin C-Aufnahme bei den Untersuchten erreicht wurde, aber bei Männern 32% und bei Frauen 29% den D-A-CH-Referenzwert von 100mg/Tag nicht erreichten. Auch in einer aktuellen deutschen Studie zeigte sich bei 17,4% der Untersuchten ein erniedrigter Plasmaspiegel und bei 3,3% ein schwerer Vitamin C-Mangel.

Erniedrigte Vitamin C-Spiegel sind mit Allgemeinsymptomen wie Schwächegefühl, Müdigkeit, Muskelschwäche und Infektanfälligkeit und bei schwerem Mangel mit scorbuttypischen Erscheinungsbildern wie perifollikulären Hyperkeratosen, Petechien, Hämatomen (im Ober- und Unterschenkelbereich und den aufliegenden Körperregionen) sowie einer schweren Gingivitis assoziiert.

Risikogruppen für Mangelzustände sind z.B. Raucher, schwangere und stillende Frauen, Personen mit chronischen Infekten sowie Dialysepatienten. Eine besonders prädisponierte Risikogruppe stellen geriatrische Patienten dar; hier steht ursächlich eine unzureichende tägliche Vitamin C-Aufnahme durch eine unzureichende Nahrungsaufnahme, z.B. auf Grund einer mangelnden Unterstützung bei den Mahlzeiten, einer vorliegenden dementiellen oder depressiven Stimmungslage im Vordergrund.

In dem Vortrag sollen sowohl die wesentlichen Funktionen und Aufgaben von Vitamin C, die Risikogruppen für einen Mangel als auch die typischen klinischen Symptome und dermatologischen Erscheinungsbilder aufgezeigt werden.

Nach Erkennen eines Vitamin C-Mangels ist eine (orale bzw. parenterale) Substitution kostengünstig und einfach durchzuführen.

### **Vitamin D Prophylaxe in der Langzeit- Geriatrie - was lässt sich erreichen?**

*Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT); Gambal, Marie Cris (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT)*

Hintergrund: Viele ältere Personen und nahezu alle geriatrischen Patienten, insbesondere in Pflegeeinrichtungen bedürfen einer regelmäßigen Vitamin D Medikation. Dabei kommt der Applikationsart – Tropfen, Plastikbecher, Löffel oder Kapsel – große Bedeutung zu.

So konnten wir in einem Pflegekrankenhaus durch die Gabe von Vitamin D Tropfen mittels Teelöffel - und nicht mehr durch abgezählte Tropfen in einem Plastikbecher - nicht nur deutlich bessere Vitaminspiegel, sondern auch viele Personenstunden einsparen.

Der Anteil der Patienten mit Vitamin D Spiegel (25-OH) < 30ng verringerte sich von 51,9% nach einem Jahr auf 30,7%. Werte <15ng waren nur noch Neuaufnahmen zu finden.

Fragestellung: Lässt sich eine weitere Erleichterung für die Pflegepersonen durch die regelmäßige Vitamin D Gabe in 14-tägigen Intervallen in Form einer kleinen Kapsel erzielen, ohne dass die bereits bestehenden zufriedenstellenden Vitamin-D Spiegel darunter leiden.

Methode: In einem geriatrischen Pflegekrankenhaus mit 350 Betten und 12 Stationen stellten wir die Vitamin D Gabe von der wöchentlichen Teelöffelgabe auf eine 14-tägige Verabreichung durch eine Vitamin D Kapsel bei vier Stationen zur Gänze um. Mittels Interviews erhoben wir die Akzeptanz dieser Umstellung bei den Pflegepersonen. Die halbjährlich vorgenommenen Routineblutabnahmen mit den Vitamin D Spiegel bei den Patienten dienten als Qualitätskontrolle.

Ergebnis: Wir berichten über die Ergebnisse aus qualitativer und ökonomischer Sicht.

Schlussfolgerung: Durch eine wohlüberlegte Applikationsform der Vitamin D Prophylaxe in der Langzeitgeriatrie lassen sich sowohl suffiziente Vitamin D Spiegel erzielen als auch Personalstunden einsparen.

**Von der Theorie (LUCAS) in die Praxis (PIA/GIA): Zugang und Behandlungsplanung in einer Komm-Struktur für noch nicht institutionalisierte, psychisch erkrankte Patienten**

*Anders, Jennifer (Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, GER)*

**Beitrag zum Symposium: WEGE ZU PSYCHISCH ERKRANKTEN, ÄLTEREN PATIENTEN**

**Hintergrund:** LUCAS erforschte intensiv den Graubereich funktioneller Alterung innerhalb einer 2000 ausgehobenen Langzeitkohorte in der Metropole Hamburg (Anders et. al.: ZGG 2002). Nach der Entwicklung neuer Screening-Verfahren mit hoher prognostischer Aussagekraft (Anders et al. ZGG 2005; Dapp et al., Gerontology 2014) wurde das geriatrische Basis-Assessment zum Erweiterten-Gerontologisch-Geriatrischen Assessment (EGGA) ausgebaut und mit neuartigen Performanceverfahren wie technischen Ganganalysen ergänzt (European GAITRite-Network Group).

**Material und Methoden:**

Randomisiert gezogene Stichproben (EGGA) aus der LUCAS-Langzeitkohorte (je 10% eines Jahrganges zw. 2007 und 2011 in den Funktionsklassen Robust, Post-Robust, Pre-frail und Frail sowie aktuelle Daten (EGGA in 2018) von älteren Patienten mit vergleichbarem Funktionsindex in der Reihenfolge ihres Kommens in die Psychiatrische Institutsambulanz des Bethesda-Krankenhauses in Hamburg.

**Ergebnisse:**

In fast ein Drittel der Fälle von plötzlich den Status Robust verlassenden, älteren Personen fanden sich psychogene Auslöser einer beschleunigten, funktionellen Alterung. Dabei wurde der pathophysiologische Frailty-Prozess ausgelöst, mit den Indikatoren Gangunsicherheit, Erschöpfung (Vermeidungsverhalten), Malnutrition (bis hin zum Gewichtsverlust) und Kraftmangel (Sarkopenie). Ausgehend von dieser unterwartet hohen Prävalenz wird anhand der aktuellen Kasuistiken die Machbarkeit, der Aufwand und die Durchführung der Assessments ebenso dargestellt wie die aufwendige Behandlungsplanung.

**Schlussfolgerung:**

Die Ergebnisse zeigen nicht nur die Machbarkeit, sondern die Notwendigkeit, trotz erheblichen Aufwands (Kompetenz, Zeit, Geld, Planung) einer Komm-Struktur für ältere Patienten mit psychogener Frailty. Anhand der gesetzlichen Neuordnung der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland seit 2012 (§118 a und b des SGB V) wird kritisch diskutiert, welcher Zugang sowohl strukturell von Seiten der Leistungsträger und Kostenträger (Psychiatrische oder Geriatrische Institutsambulanz) als auch von Seiten der Patienten (Akzeptanz, psychodynamische Beweggründe) geeignet erscheint.

**Förderung:** European Commission, BMFSFJ, Robert-Bosch Stiftung, BMBF.

## Abstract / Thema: Klinische Gerontologie

### **Belastungen und Arbeitsqualität der Pflegepersonen in der Pflege von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen mit und ohne Demenzstation**

*Adlbrecht, Laura (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Mayer, Hanna (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)*

#### Einleitung

In der stationären Langzeitpflege werden Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Wohnformen betreut. Neben den traditionellen Pflegeheimen haben sich in den letzten Jahren Demenzstationen etabliert, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Im Rahmen eines größeren Projekts zur Evaluation einer Demenzstation ist die Zielsetzung der vorliegenden Studie, die Belastungen und die Arbeitsqualität von Pflegepersonen auf Demenzstationen im Vergleich mit Pflegepersonen in Pflegeheimen ohne Demenzstation zu untersuchen.

#### Methode

Die Befragung der Pflegepersonen wurde im Frühjahr 2017 in drei Pflegeheimen durchgeführt, wovon eines zwei Demenzstationen hat. Der Fragebogen beinhaltete die *Strain in Dementia Care Scale* (Edberg et al., 2015), Fragen zu verbalen, körperlich unruhigen, passiven, aggressiv verbalen und aggressiven Verhaltensweisen aus dem Fragebogen der Studie *InDemA* (Bartholomeyczik et al., 2010) und den *Leiden Quality of Work Questionnaire – Nurses* (van der Doef & Maes, 1999)<sup>1</sup>.

#### Ergebnisse

Insgesamt nahmen 85 Pflegepersonen (61,9 %) an der Befragung teil und stuften die Stärke der Belastungen im mittleren Skalenbereich ein. Die Unterschiede zwischen den teilnehmenden Institutionen sind nicht signifikant. Verbale und körperlich unruhige sowie passive Verhaltensweisen kommen besonders häufig vor, wobei die beiden erstgenannten auch als stark belastend erlebt werden. Aggressives Verhalten kommt weniger oft vor, wird dann aber als besonders stark belastend erlebt. Die Subskalen zum Thema Arbeitsqualität werden von den Teilnehmenden tendenziell gleich eingestuft, wobei einzelne Skalen eher positiv und andere eher negativ bewertet werden. Eine Ausnahme dazu bildet die Arbeitszufriedenheit, die auf den Demenzstationen signifikant höher ist.

#### Diskussion

Bei annähernd gleicher Belastung in der Pflege von Menschen mit Demenz ist die Arbeitszufriedenheit auf Demenzstationen höher. In weiteren Studien soll untersucht werden, welche Faktoren mit diesem Zusammenhang in Verbindung stehen.

<sup>1</sup> Literatur bei den Autorinnen

## **Better Safe than Sorry? Herausforderungen in der logopädischen Behandlung von Schluckstörungen im fortgeschrittenen Alter**

Javorszky, Susanne Maria (Der Rederaum- Logopädische Praxis, Purkersdorf, AUT)

Aspirationspneumonie gilt als die gravierendste Folge von Dysphagien. Gerade im hohen Alter, bei multimorbiden Menschen und in Kombination mit Frailty zählt sie zu den häufigsten Todesursachen. Um dem Auftreten einer Aspirationspneumonie vorzubeugen, kommen logopädische Übungstherapien, posturale Manöver sowie die Bolusmodifikation zum Einsatz. Jegliche Kost einschränkung stellt jedoch eine Einschränkung der Autonomie dar und wirkt sich daher negativ auf die Lebensqualität aus. Außerdem ist insbesondere pürierte Kost mit Malnutrition bei pflegebedürftigen Menschen assoziiert, da der Vorgang des Pürierens die Nährstoffdichte reduziert und die dargebotenen Speisen wenig sensorischen Reiz bieten<sup>1</sup>. Malnutrition im Alter führt häufig zu raschem Gewichtsverlust, welcher wiederum das Auftreten von Sarkopenie, einem der Kernelemente der Frailty, begünstigt<sup>2</sup>. In der Behandlung von Schluckstörungen bei alten Menschen muss daher immer im Spannungsfeld zwischen Aspirationsprophylaxe und ausreichendem Ernährungs- und Hydrationszustand entschieden werden. Da Aspirationspneumonien neben dem Eintreten von Boli in die Atemwege weitere Faktoren wie Pathogene, insuffizienten Hustenstoß und herabgesetzte Immunität als auslösende Faktoren haben, ist ein Fokus auf diese Faktoren in manchen Fällen einer restriktiven Kost einschränkung vorzuziehen<sup>3</sup>. So können beispielsweise eine sanierte Mundflora und gut sitzende Zahnprothesen sowie eine rigoros durchgeführte Mundhygiene das Risiko für das Auftreten von Malnutrition und Aspirationspneumonie deutlich herabsetzen<sup>4</sup>.

### **Literatur**

**1** Cichero J. Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty: Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. *Geriatrics*. 2018;3(4):69. doi:10.3390/geriatrics3040069

**2** Keller HH, Carrier N, Slaughter S, et al. Making the Most of Mealtimes (M3): protocol of a multi-centre cross-sectional study of food intake and its determinants in older adults living in long term care homes. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):15. doi:10.1186/s12877-016-0401-4.

**3** Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly : epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. 2005;22(2):115-130.

**4** Izumi M, Takeuchi K, Ganaha S, Akifusa S, Yamashita Y. Effects of oral care with tongue cleaning on coughing ability in geriatric care facilities: a randomised controlled trial. *J Oral Rehabil*. 2016;43(12):953-959. doi:10.1111/joor.12451.

**Das Pool Activity Level (PAL) Instrument for Occupational Profiling als Basis für ergotherapeutische Interventionen mit Menschen mit Demenz und ihren betreuenden Angehörigen – Übersetzung und Anwendung in der Praxis**

*Brosche, Marion (Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH, Mobile Ergotherapie, Wien, AUT); Frass, Charlotte (Rehaklinik Wien Baumgarten, Wien, AUT); Tatzler, Verena C. (Fachhochschule Wiener Neustadt GmbH, Wiener Neustadt, AUT)*

**Problemhintergrund:** Laut aktuellen Schätzungen leben rund 130.000 Menschen mit einer Form der Demenz in Österreich. 70-80% davon leben lange Jahre im häuslichen Bereich. Fehlende Unterstützung und Überforderung kann zu großen Belastungen der pflegenden Angehörigen und in Folge zur Erkrankung an Depression führen.

Menschen mit Demenz erleben Schwierigkeiten an bedeutungsvollen Aktivitäten teilzuhaben und benötigen ein ihren Fertigkeiten entsprechendes Aktivitätsangebot (Regier, Hodgson, & Gitlin, 2016).

Das Pool Activity Level (PAL) Instrument for Occupational Profiling (Pool, 2012) ist ein ressourcenorientiertes Instrument für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, das in den NICE-Guidelines aus Großbritannien empfohlen wird. Das elektronische Format des PAL-Instruments, das Digital-PAL, liegt noch nicht in deutscher Sprache vor.

**Ziele** des Projekts waren einerseits ergotherapeutische Interventionen aufzuzeigen, welche die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen verbessern können, und andererseits erste Schritte für die Übersetzung und Anpassung des Digital-PAL durchzuführen.

**Methode:** Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die digitale Version des PAL-Instruments wurde mittels strukturierter Vorgehensweise, angelehnt an die Methode nach Nida und Taber (2003), auf Deutsch übersetzt.

**Ergebnisse:** Das Anpassen von Betätigungen, der Kommunikation und der Umwelt, kann die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen positiv beeinflussen. Das Pool Activity Level (PAL) Instrument for Occupational Profiling bietet Anleitungen zur Anpassung dieser drei Bereiche für alle Stadien der Demenz und andere kognitiven Einschränkungen. Ein Vorgehen für die Weiterbearbeitung der Übersetzung wurde von den Autorinnen ausgearbeitet und empfohlen.

**Conclusio:** Die kulturelle Anpassung und Validierung für den deutschsprachigen Raum wird empfohlen, um einen evidenzbasierten Einsatz des Instruments zu gewährleisten.

Nida, E. A., & Taber, C. R. (2003). *The Theory and Practice of Translation*. Leiden: Brill.

Pool, J. (2012). *The Pool Activity Level (PAL) Instrument for Occupational Profiling*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Regier, N. G., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2016). Characteristics of Activities for Persons With Dementia at the Mild, Moderate, and Severe Stages. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnw133

**Die Rolle der gerontopsychiatrischen Behandlung und Betreuung im Allgemeinkrankenhaus – Das Krankenhaus der Regelversorgung – „Das Akutkrankenhaus als ‚window of opportunity‘ für nachhaltige Demenzbehandlung“ – „lernt Demenz“**

Schlauß, Eckehard (Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Berlin, GER)

**Kurzinhalt**

**Vorbemerkungen (Zielsetzung / Fragestellung):**

Das innovative Ziel des Projektes ist es, dass nicht nur die Risiken und Belastungen für Patienten mit Demenz durch die Etablierung von umfassenden Behandlungs- und Betreuungskonzepten im Akutkrankenhaus reduziert werden, sondern der Aufenthalt kann als eine Chance genutzt werden, die Kranken auch wegen der Demenz zu behandeln um eine nachhaltige Verbesserung der sozialen Teilhabe in der Häuslichkeit zu erreichen. Zugleich soll die Zusammenarbeit des Hauses mit den lokalen Versorgungsakteuren weiter ausgebaut werden, um eine an den individuellen Bedarfen ausgerichtete, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von Demenzkranken vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt zu sichern. Dafür sind u. a. folgende Maßnahmen vorgesehen: Implementierung der Selbsterhaltungstherapie basierten Behandlungs- und Betreuungskonzepten, Schulungen für am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen, Angehörige, freiwillige Helfer sowie für Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk, Etablierung von Liaisondiensten, Integration von Angehörigen und soweit möglich der Patienten selbst in die Behandlung. Dies erfolgt aus der Sicht des Initiators und langjährigen Leiters des Projektes.

**Diskussion (Materialien / Methoden):**

Im Vortrag werden diese strukturellen Veränderungen sowie die speziellen Behandlungs- und Betreuungskonzepte in Bezug auf die Fragen der allgemeinen Umsetzbarkeit in der Krankenhauslandschaft hinterfragt. Welche Voraussetzungen sind unverzichtbar? Wie steht es um das Verhältnis von allgemeinen Rahmenbedingungen und der eigenen Krankenhausphilosophie? D. h. es werden sowohl wichtige Voraussetzungen, notwendige Ziele und wichtige Akteure als auch zu erwartende Hindernisse benannt.

**Ergebnisse:**

Es werden Fragen an die Machbarkeit und Wichtigkeit im Rahmen des Projektmanagements gestellt, und Antworten gegeben.

**Schlussfolgerung:**

Ein Kulturwandel ist unerlässlich, aber wie kann er gelingen?

## **Erfahrungen und Einschätzungen älterer Menschen zum Thema Leben mit Demenz**

*Plunger, Petra (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Heimerl, Katharina (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Tatzler, Verena (Fachhochschule Wiener Neustadt, Wiener Neustadt, AUT); Reitingger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)*

### **Hintergrund**

Im Rahmen des Projekts „AGIL – Aktiv und gesund im Leben bleiben“ entwickeln styria vitalis und das Institut für Pflegewissenschaft gemeinsam mit AkteurInnen aus fünf steirischen Gemeinden gesundheitsförderliche Maßnahmen für ein gutes Älterwerden. Ein gutes Leben mit Demenz zu fördern ist dabei ein Querschnittsthema. Im Rahmen der Bedürfniserhebung wurden ältere Menschen zu Ihren Erfahrungen mit und Erwartungen an ein gutes Älterwerden in ihren Gemeinden befragt. Im Rahmen dieser Erhebungen wurden auch Erfahrungen und Einschätzungen älterer Menschen zum Thema Leben mit Demenz diskutiert.

### **Methoden**

Das Projekt wurde in allen fünf Gemeinden den lokalen Projektgruppen vorgestellt, u.a. auch die Bedürfniserhebung und die Methode der Gruppendiskussion. Die Einladung interessierter älterer Menschen aus den jeweiligen Gemeinden erfolgte durch die Mitglieder der Projektgruppen. Die Einladung richtete sich an Menschen im Alter von 70+, und es sollten gezielt Menschen mit Betreuungserfahrungen eingeladen werden. Die Gruppendiskussionen wurden von 2 Personen durchgeführt und dauerten im Durchschnitt 1,5 Stunden. Es haben sich insgesamt 39 Personen beteiligt: 24 Frauen, davon sechs mit Betreuungserfahrungen, und 15 Männer, davon vier mit Betreuungserfahrungen.

### **Ergebnisse**

Ein gutes Älterwerden ist für die TeilnehmerInnen eng mit der Möglichkeit selbstständiger Lebensführung verknüpft: Aktiv zu bleiben, an Aktivitäten und Vereinsangeboten teilzunehmen, dabei soziale Kontakte zu pflegen. Im Alter auf Betreuung angewiesen zu sein, bzw. nicht mehr für sich selbst sorgen zu können wurde als besorgniserregend geschildert. Eine mögliche Betreuung im familialen Umfeld erscheint unsicher, da sich tradierte Familienbeziehungen ändern. Auch nachbarschaftliche Beziehungen, eine wichtige Ressource für Unterstützung im Alltag, ändern sich und neue Formen der (gegenseitigen) Unterstützung und Sorge sind noch wenig greifbar. Mit Erwartungen und Erfahrungen zum eigenen Älterwerden verbunden erscheinen Aussagen zum Thema Leben mit Demenz: Personen ohne Betreuungserfahrungen sprechen ausschließlich über fortgeschrittene Phasen, damit einhergehende kognitive Einschränkungen und die Sorge, abhängig von und eine Belastung für andere zu werden. Die differenzierten Schilderungen von Menschen mit Betreuungserfahrungen, u.a. zum Umgang mit Stigmatisierung, bleiben vielfach unkommentiert.

**Erkannt! Benannt! Gebannt! Eine quantitative Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir an einem Bezirkskrankenhaus und einer auf die Ergebnisse aufbauende Projektarbeit. Die Implementierung eines Delirmanagements auf ausgewählten Pilotstationen ist das Ziel.**

Höpperger, Elisabeth (BKH-Schwaz, tirol kliniken, Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Pill, AUT)

## Einleitung

Das Delir ist die häufigste somatisch bedingte, akut oder subakut auftretende neuropsychiatrische Störung. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten werden schätzungsweise 30 - 60 % der Delire nicht diagnostiziert. Die demographische Entwicklung bedingt eine Steigerung der Anzahl dieser vulnerablen Personen. Der Zusammenhang bei der Entstehung eines Delirs zwischen somatischen und psychischen Aspekten ist evident. Die meist multifaktorielle Pathogenese stellt eine Herausforderung für die Diagnostik dar. Die Folgen sind weitreichend bis hin zu einer erhöhten Mortalität.

## Methode

Die Ist-Situation zur Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir wird mittels des adaptierten quantitativen Fragebogens des deutschen Institutes für Pflegeforschung an einem Bezirkskrankenhaus erfasst.

Bei einer Gesamtrücklaufquote von 75,8 % (n=141) werden die Ergebnisse von der Abteilung der Internen (n=53) den operativen Abteilungen von Unfall/Orthopädie und Allgemeinchirurgie (n=54) gegenübergestellt.

## Ergebnisse

Die Risikogruppe der Demenzerkrankten wird unzureichend identifiziert. Demenzspezifische Maßnahmen werden kaum als umgesetzt bewertet. Spezielle Schmerzeinschätzungsinstrumente werden kaum eingesetzt.

Die angegebenen Zahlen zu Demenz und/oder Delir unterscheiden sich bei den Vergleichsgruppen hoch signifikant ( $p < 0,001$ ). Dennoch wird die Belastung vom Pflegepersonal ähnlich hoch eingeschätzt.

Die Pflegenden sind nicht zum Delir geschult und es findet keine Einschätzung zur Früherkennung eines Delirs statt. Die Wichtigkeit "Menschen mit Delir" wird auf einer Skala von 0 -10 mit einem Mittelwert von 9 auf den Stationen der Internen bzw. 8,1 auf den operativen Stationen eingeschätzt.

## Diskussion

Um eine effektive Prävention durchführen zu können, müssen die potentiellen Auslöser erkannt und ihnen vorgebeugt werden. Durch Organisationsentwicklung und einem gezielten Gestalten des Settings wird die Delirwahrscheinlichkeit gesenkt.

Der Workflow mit einer Risikoerfassung ab einem Alter von 70 Jahren, dem Screening für mindestens drei Tage und der systematisierten Diagnostik mittels Confusion Assessment Method (CAM) ermöglicht eine Früherkennung und Frühtherapie.

Unumgänglich ist ein Bekenntnis aller Professionen auf allen Entscheidungsebenen, um ein Delirmanagement im Krankenhaus umsetzen zu können.

Durch die Implementierung eines Delirmanagements kann dieses Krankheitsbild strukturiert und erfolgversprechend zum Wohle aller Betroffenen bearbeitet werden.

## **Interdisziplinarität - leere Floskel oder lebbare Vision?**

Grundner, Eva (KAV Wilhelminenspital, Wien, AUT)

Theoretisch scheint die Definition von Interdisziplinarität als fächerübergreifende Zusammenarbeit klar. Gelingt es uns im Arbeitsalltag genauso, regelmäßigen Austausch über Therapieziele und therapeutisches Vorgehen in die Praxis umzusetzen?

Am Beispiel von ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Zusammenarbeit auf einer Akutgeriatrie soll das Vorgehen aufgezeigt werden.

Den Überlegungen zugrunde liegen sowohl der ergotherapeutische als auch der physiotherapeutische Prozess - beginnend mit der Befunderstellung nach den ICF-Kontextfaktoren Struktur, Funktion, Umwelt und Psyche.

Die Ausnutzung von Synergien wird zur Beantwortung folgender Fragen herangezogen:

- WER erhebt WANN WELCHE Informationen?
- WO laufen diese für alle verfügbar zusammen?

Als Mittel der Wahl für die Kommunikation hat sich ein Whiteboard als ideal erwiesen, an dem täglich Ziele sowohl ergo- als auch physiotherapeutisch angepasst werden.

Weiters findet man darauf den klaren therapeutischen Prozess der jeweiligen Berufsgruppe. (welche Maßnahmen arbeiten auf welche Ziele hin?)

Zusammenfassend lässt sich feststellen - interdisziplinäre Zusammenarbeit ist lebbar, wenn:

- wir eine gemeinsame Sprache sprechen,
- ein definiertes Befundungsinstrumentarium verwenden,
- Informationen laufend anpassen und diese einfach einsehbar machen und
- man sich eine programmierte Vorgehensweise erarbeitet hat, welche man konsequent bei jedem Patienten anwendet.

### **Lebensqualität nach dem Einzug in ein Pflegeheim. Eine qualitative Längsschnittstudie**

*Holbura, Diana (Fachhochschule Kärnten Gemeinnützige Privatstiftung, Spittal an der Drau, AUT); Kada, Olivia (Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen, AUT); Matilainen, Irmeli (JAMK University of Applied Sciences, Jyväskylä)*

### **Lebensqualität nach dem Einzug in ein Pflegeheim. Eine qualitative Längsschnittstudie**

Diana Holbura, Olivia Kada, Irmeli Matilainen

Der Einzug ins Pflegeheim (PH) gilt als ein kritisches Ereignis (Saup, 1990) dessen negative Folgen als relocation stress beschrieben werden. Studien zeigten, dass eine erfolgreiche Eingewöhnung mit Kontrolle über den Einzug und Akzeptanz von Verlusten einhergeht (Castle, 2001; Heckhausen und Schulz, 1995;). Als Ressourcen haben sich der eigene Gesundheitszustand, Zufriedenheit, Autonomie, Sicherheit sowie regelmäßige Kontakt mit Angehörigen erwiesen (Baumann et al, 2000; Saup, 1984). Dennoch ist aufgrund des Mangels an längsschnittlichen Studien wenig über den Verlauf der Eingewöhnungsphase bekannt sowie darüber welche Strategien PflegeheimbewohnerInnen dabei einsetzen. Die vorliegende Studie wird der Prozess der Eingewöhnung im PH im Längsschnitt betrachtet, der zwischen ca. 4 Wochen bis ein halbes Jahr dauern kann (Baumann et al., 2002).

Hierbei werden sowohl Ressourcen für eine erfolgreiche Relokation wie z.B. Zufriedenheit, Autonomie, subjektives Wohlbefinden, etc. als auch negativen Faktoren die z.B. Unfreiwilligkeit, Sehnsucht nach dem verlorenen Zuhause, soziale Isolation (vor- und nach dem Einzug), Autonomieverlust, die zu einem „relocation stress syndrom“ (RSS) führen könnten, untersucht. Insgesamt zehn SeniorInnen aus 4 PH in Kärnten wurden mittels Leitfadeninterviews, einmal ca. eine Woche nach dem Einzug und ein zweites Mal ca. 9 Wochen später, befragt.

Die Auswertungen erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die Befragten werden im Sinne skalierender Strukturierung nach dem Grad des Relocation Stress eingeordnet. In weiterer Folge werden Verläufe im Stressleben vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt analysiert, ebenso die individuellen Ressourcen. Theoriegeleitet werden zwei deduktiven Kategoriensysteme „Akzeptanz von Verlusten“ und "Vergleich mit Nachteilen des unabhängigen Wohnens in der letzten Wohnung vor dem Einzug“ entwickelt. Die Ergebnisse sollen zu einem tieferen Verständnis der Bedürfnisse von SeniorInnen nach dem Einzug im PH, dienen.

## **Moral Distress im Pflegeheim – Erfahrungen und Ressourcen bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen**

*Kada, Olivia (Fachhochschule Kärnten, Gemeinnützige Privatstiftung, Spital an der Drau, KA, AUT); Lesnik, Tanja (Klinikum Klagenfurt am WS, Klagenfurt, AUT)*

Das Setting Pflegeheim weist einige Besonderheiten auf, die in Hinblick auf die Entstehung von Moral Distress (MD) von Bedeutung sind, u.a. die fragmentarische ärztliche Präsenz und die häufige Konfrontation mit Tod und Sterben (Kada, 2017). Insbesondere nutzlose und belastende Therapien am Lebensende wurden oftmals als Auslöser von MD beschrieben. Dennoch wurde das Phänomen MD bis jetzt kaum im Setting Pflegeheim untersucht (Kada, 2018). In seiner ursprünglichen Definition (Jameton, 1984) bezeichnet MD die Stressreaktion, die entsteht, wenn eine Pflegeperson die moralisch richtige Handlungsweise identifiziert hat, durch Barrieren jedoch an der Umsetzung gehindert werden. Einige Autoren, insbesondere Fourie (2017), plädieren für eine breitere Definition, die neben diesem „constraint MD“ (cMD) auch Stressreaktionen in Situationen moralischer Unsicherheit, Dilemmata und Konflikte umfasst („uncertainty MD“, uMD). Ziel der vorliegenden qualitativen Studie ist die Exploration von MD in Pflegeheimen in Kärnten. Zu diesem Zwecke wurde ein theoriegeleiteter Interviewleitfaden mit erzählstimulierenden Fragen entwickelt. Die Stichprobe umfasst 21 Pflegepersonen aus 5 Pflegeheimen. In der Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wurde im Sinne deduktiver Kategorienanwendung eine inhaltliche Strukturierung des Materials nach der Form von MD vorgenommen und eine skalierende Strukturierung nach Stressestärke. Eine Kombination deduktiver und induktiver Techniken wurde zur Analyse der auslösenden Situationen und Ursachen bzw. Barrieren angewendet, während die Ressourcen mittels induktiver Kategorienbildung ausgewertet wurden. Es zeigte sich, dass im Setting Pflegeheim beide Formen von MD erlebt werden: 20 von 21 Befragten beschrieben mindestens eine Situation von cMD, und 17 von 21 mindestens eine Situation von uMD. cMD war am häufigsten mit unnötigen/falschen Therapien am Lebensende assoziiert (n = 16), uMD wurde am häufigsten in der End of Life Care erlebt (n = 12). Zwölf Befragte wurden anhand von Frequenz und Intensität des Erlebens von MD der Ausprägung „mäßiger MD“ zugeordnet, je 5 den Ausprägungen „gering“ und „hoch“. Rückhalt im Pflgeteam und gute Zusammenarbeit mit Ärzten zählen zu den meist genannten vorhandenen Ressourcen, Fortbildungen und Advance Care Planning gehören zu den meist gewünschten Ressourcen. MD in beiden Formen scheint in Pflegeheimen häufig vorzukommen, Interventionen z.B. in Form von Ethikcafés sind vonnöten.

## Presbyphagie und Dysphagie in der Geriatrie - Diagnostische und therapeutische Besonderheiten von Schluckstörungen im Alter

Javorszky, Susanne Maria (Der Rederaum- Logopädische Praxis, Purkersdorf, AUT)

### Presbyphagie und Dysphagie in der Geriatrie

Diagnostische und therapeutische Besonderheiten von Schluckstörungen im Alter

Die Begriffe „primäre Presbyphagie“ und „sekundäre Presbyphagie“ sind eine ungenaue und überholte Bezeichnung für Schluckstörung bei alten Menschen. Im Zeitalter der rasant alternden Gesellschaft wird eine neue Nomenklatur benötigt, um genau diagnostizieren und therapieren zu können. Hierfür werden die Begriffe *Presbyphagie* und *Sarkopene Dysphagie* vorgeschlagen. Im Rahmen physiologischer Alterungsprozesse verändert sich der Schluckablauf. Sämtliche Schluckphasen sind verlängert, da die am Schluckakt beteiligten Strukturen aufgrund des Muskelabbaus, der vermehrten Einlagerung von Fettgewebe und dem damit einhergehenden Kraftverlust in ihrer Funktion eingeschränkt werden und sich morphologisch verändern(1). Auch sensorineuronale Prozesse wie erhöhte Wahrnehmungsschwellen und nach kaudal verlagerte Triggerpunkte für die Auslösung des Schluckreflexes tragen dazu bei, dass Prozesse, welche bei jungen Erwachsenen als pathologisch gelten bei alten Menschen im Rahmen der Presbyphagie als normal gewertet werden(2). Schluckstörungen im Alter, welche als Kernelement den Muskelabbau haben, werden als *Sarkopene Dysphagie* bezeichnet(3). Oropharyngeale Dysphagien, allen voran die sarkopene Dysphagie gelten als geriatrisches Syndrom und haben Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Ernährungszustand, in weiterer Folge also direkt auf den Allgemeinzustand alter Menschen, da insbesondere Pneumonien im höheren Lebensalter zu den häufigsten Todesursachen zählen. Eine Ernährungseinschränkung mit eingedickten Flüssigkeiten und Breikost am Lebensende zur Aspirationsprophylaxe ist nur in wenigen Fällen notwendig, zu bevorzugen sind adaptive und kompensatorische Methoden.

### Literatur

- 1 Nishikubo K, Mise K, Ameya M, Hirose K, Kobayashi T, Hyodo M. Quantitative evaluation of age-related alteration of swallowing function: Videofluoroscopic and manometric studies. *Auris Nasus Larynx*. 2015;42(2):134-138. doi:10.1016/j.anl.2014.07.002.
- 2 Molfenter SM, Amin MR, Branski RC, et al. Age-Related Changes in Pharyngeal Lumen Size: A Restrospective MRI Analysis. *Dysphagia*. 2015;30(3):321-327.
- 3 Wakabayashi H. Presbyphagia and Sarcopenic Dysphagia: Association between Aging, Sarcopenia, and Deglutition Disorders. *The Journal of Frailty & Aging*. 2014;3(2):97-103.

## **Sterben in Würde - Implementierung eines Schulungsprogramms zur palliativen Versorgung, Betreuung und Pflege im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser**

Lengauer-Schrenk, Carina (KWP, Wien, AUT)

Es ist dringend notwendig Maßnahmen zur Verbesserung der Palliativversorgung in Pflegeheimen aufzubauen (1). Das Wissen vom klinischen Personal bezogen auf grundlegende Aspekte der Palliativversorgung ist suboptimal (2). Um die Qualität der palliativen Versorgung der Bewohner\*innen des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) zu steigern, wurde ein organisationsweites Schulungsprogramm implementiert. Im Fokus steht die langfristig gesicherte würdevolle Pflege und Betreuung, insbesondere unter Berücksichtigung der Wünsche von Bewohner\*innen mit multimorbiden Erkrankungen in ihrer letzten Lebensphase.

### Fragestellung

Inwieweit können Mitarbeiter\*innen die erlernten Inhalte in ihre praktische Arbeit transferieren?

### Methode

Im Schulungszeitraum von Mai 2016 bis Dezember 2017 wurden insgesamt 1859 Mitarbeiter\*innen des KWP geschult. Für die Datenerhebung wurden 30 Mitarbeiter\*innen mittels Leitfadeninterviews befragt. Die Leitfadeninterviews wurden anschließend anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

### Ergebnisse

Nach Schulungsende waren die Hauptprozesse der Palliativen Betreuung und Pflege im KWP implementiert. In jedem Pensionisten-Wohnhaus stehen seither, speziell ausgebildete Palliativbeauftragte, die für hausinterne Beratungstätigkeiten zuständig sind, zur Verfügung. Hervorzuheben ist, dass nach begonnen Schulungsmaßnahmen der Anteil an Bewohner\*innen, die im KWP in der eigenen Wohnung verstarben von 56,16% im Jahr 2015 auf 61,72% im Jahr 2017, anstieg.

### Schlussfolgerung

Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit der Schulungsmaßnahmen hin. Die wesentlichsten Veränderungen sehen die Mitarbeiter\*innen in der bewussten Auseinandersetzung mit palliativer Versorgung und in der gesteigerten Sicherheit im Umgang mit Menschen in der Sterbephase. Dies wird benötigt, um einen Menschen ganzheitlich und sorgsam versorgen zu können.

### Literatur

1. Van den Block L, Smets T, van Dop N, Adang E, Andreassen P, Collingridge Moore D, et al. Comparing Palliative Care in Care Homes Across Europe (PACE): Protocol of a Cross-sectional Study of Deceased Residents in 6 EU Countries. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016;17:566.e1-7.
2. Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman H, Engels Y, Szczerbińska K, et al. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliative Medicine*. 2018;32:1487-97.

## Abstract / Thema: Sozialgerontologie

### **Akzeptanz technischer Assistenzsysteme bei Seniorinnen und Senioren**

*Esslinger, Adelheid Susanne (Hochschule Fulda, Fulda, GER); Prof. Dr. Truckenbrodt, Holger (Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, GER)*

Der Einsatz technischer Assistenzsysteme kann in Zeiten der Digitalisierung die Lebensqualität im Alter und allgemein insbesondere im ländlichen Raum steigern bzw. erhalten. Zukünftige Generationen werden zunehmend weniger Vorbehalte vor technischen Unterstützungsleistungen haben und selbstverständlicher in der Lage sein, die Technik zu bedienen und zu nutzen. Bis dahin aber werden dennoch noch einige Jahre vergehen. Dementsprechend stellt sich die Frage, welche Aspekte die Akzeptanz möglicher Assistenzsysteme bereits heute fördern oder in umgekehrter Weise behindern.

Um die Frage zu beantworten, werden im Februar des folgenden Jahres Seniorinnen und Senioren aus dem Raum Fulda im Rahmen des „Osthessischen Gesundheitstages“ (eine Messe, deren Besucherzahlen im letzten Jahr bei 12.000 Personen lag) zur Teilnahme an einer quantitativen Befragung gebeten. Ebenso werden ihnen Prototypen von i.w.S. „Smart home-Lösungen“ präsentiert, die am Fachbereich Angewandte Informatik der Hochschule Fulda entwickelt wurden und sie werden gebeten, hierzu auch qualitativ, im Rahmen von Interviews, Antworten zur Akzeptanz zu geben.

Es ist davon auszugehen, dass eine prinzipielle Offenheit für technische Assistenzsysteme besteht, aber dennoch die endgültige Entscheidung für eine Anschaffung noch immer oftmals negativ ausfällt. Diese Lücke zu ergründen steht somit im Zentrum der Erhebungen

## **Altern und Sozialraum - Ergebnisse einer sozialräumlichen Studie in neun Wiener Gemeindebezirken**

*Resch, Katharina (Postgraduate Center, Wien, AUT); Demmer, Julia (Universität Wien, Wien, AUT)*

Die Stadt Wien hat über 1,8 Mio. EinwohnerInnen und ist die 7. größte Stadt der EU. 22% der in Wien lebenden Menschen sind bereits über 60 Jahre alt. Je nach Wohnbezirk ergeben sich Unterschiede in der Lebensqualität und der sozialräumlichen Nutzung der Stadt durch Ältere – etwa in Bezug auf vorhandene Infrastruktur, Grünflächen oder das subjektive Sicherheitsempfinden (Troger & Gielge 2016).

Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse einer von der Stadt Wien finanzierten Studie des Projekts „Gesund älter werden in Wien“ (2017-2020) präsentiert und neue Erkenntnisse zum Thema Altern und Sozialraum aus neun ausgewählten Wiener Gemeindebezirken thematisiert. Wir gehen der Frage nach, wie sich ältere BewohnerInnen sozial und sozialräumlich in Wien verorten.

Zur Erforschung der städtischen Lebenswelt und lebensweltlichen Erfahrungen von älteren BewohnerInnen wurden sozialräumliche Forschungsmethoden herangezogen, insbesondere die mobile methods (Büscher & Urry 2009). Stadtteilbegehungen ermöglichten es, Eindrücke und Wahrnehmungen der älteren StudienteilnehmerInnen zu sammeln und verschiedene „Qualitäten von Orten wahrzunehmen“ (Deinet, 2009, S. 66). Die BewohnerInnen gaben während der Stadtteilerhebungen und parallelen Interviews Auskunft über ihr Raumerleben im Bezirk. Zusätzlich fanden Fokusgruppendifkussionen statt, die im Unterschied zu Einzelinterviews eine große Varietät an Perspektiven und Erfahrungen sichtbar gemacht haben (Morgan & Hoffman 2018).

Die Ergebnisse aus insgesamt 30 Stadtteilbegehungen und Fokusgruppendifkussionen mit 54 Älteren zeigen deutliche Unterschiede in den Alltagswegen Älterer. Entlang der mittels Runtastic oder Google Maps aufgezeichneten Routen konnten Alltags- und Expertenwege unterschieden werden. Die Studienautorinnen gelangen letztendlich mittels Typenbildung (nach Kluge, 2000) zu einer Typisierung der StudienteilnehmerInnen in insgesamt vier Aktivitätstypen: 1) Vollaktivität, 2) erweiterbare Aktivität, 3) Aktivität trotz Belastung und 4) Verlust der Aktivität.

### Literatur

Büscher, M. & Urry, J. (2009). Mobile Methods and the Empirical. *European Journal of Social Theory*, 12 (1), 99–116.

Deinet, U. (2009). Analyse und Beteiligungsmethoden. In U. Deinet (Hrsg.), *Methodenbuch Sozialraum*. (S. 65–86). Wiesbaden: VS.

Troger, T. & Gielge, J. (2016). Lebensqualität in 91 Wiener Bezirksteilen. Bezirksprofile der Zufriedenheit mit der Wohnumgebung. In *Stadt Wien, MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung: Werkstattbericht 157*.

## **Biographiebezogene tiergestützte Intervention– Aktivierung in der Betreuung im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser**

*Troch, Alexandra (KWP, Wien, AUT); May, Ursula (KWP, Wien, AUT)*

Für Menschen, die in einem Pensionisten-Wohnhaus leben, ist die biographiebezogene und alltagsnormale Aktivierung ein wesentlicher Teil des Wohlbefindens und einer hohen Lebensqualität im Alter. Ziel ist es, die Ressourcen der BewohnerInnen so lange als möglich zu erhalten und Einsamkeit und Entstehung von Depressionen vorzubeugen (1, 3).

Der Zugang durch die tiergestützte biographiebezogene Intervention wirkt sich positiv auf den gesundheitlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Status aus und kann in allen 4 Stadien der Demenzerkrankung eingesetzt werden (2). Die Tiere müssen sozialisiert sein, z.B. eine grundlegende Ausbildung haben bzw. den Kontakt mit Menschen und Berührungen gewöhnt sein (1).

### **Fragestellung**

Wie kann bei SeniorInnen durch tiergestützte Interventionen erreicht werden, dass sie wieder einen Zugang zu ihren Erinnerungen finden?

### **Methode**

Anhand verschiedener Fallbeispiele wird einerseits die Aktivierung von demenzkranken BewohnerInnen durch die Biographiearbeit und andererseits die tiergestützte Aktivierung gezeigt. Durch die interdisziplinär erhobene Biographiearbeit werden spezifische, auf die Biographie ausgerichtete Aktivitäten im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt.

### **Ergebnisse**

Die positive Wirkung von Tieren auf die BewohnerInnen wurde beobachtet. Es zeigt sich, dass die Beschäftigung mit Tieren, das Berühren dieser sowie der Geruch bei Menschen mit Demenz Erinnerungen an vergangene Zeiten wach werden lassen. Das Tier wirkt als sozialer Katalysator und Stabilisator zur eigenen Person und zur Umwelt und verschafft den Betroffenen Orientierung. Dadurch wird es den BewohnerInnen möglich, Zugang zu ihren Emotionen zu finden und Stress abzubauen. Geeignete Tiere im KWP sind Hunde, Hühner und Alpakas. Die Einbindung von Tieren in den Betreuungsalltag mit sinnstiftende Aufgaben wie füttern, ausmisten, streicheln etc bewährt sich.

### **Schlussfolgerung**

Biographiebezogene tiergestützte Interventionen nehmen einen hohen Stellenwert im Betreuungsalltag im KWP ein. Es ist wünschenswert, dass vermehrt die Arbeit mit Tieren in das bereits bestehende, biographiebezogene Betreuungskonzept integriert wird.

1. Otterstedt C. Demenz - Ein neuer Weg der Aktivierung: Tiergestützte Intervention. Hannover: Vincentz Network; 2013.
2. Kitwood T. Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber; 2008.
3. Feil N, de Klerk-Rubin V. Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2017.

## **Die Zurückgezogenen - nicht allein und doch einsam? Die Heterogenität des Altererlebens dargestellt an Beispielen aus der Betreuungspraxis.**

Unger, Eva Maria (Albert-Schweitzer-Klinik Graz ( Geriatisches Gesundheitszentrum Graz), AUT)

**Hintergrund:** Derzeit werden in Pflegeheimen und öffentlichen Bereichen viele Beschäftigungsaktivitäten für ältere Menschen angeboten. Sie dienen vorrangig der Vermeidung von Einsamkeit im Alter. Wie kam es zur Annahme, dass Menschen in Einrichtungen einsam sind? Sind Beschäftigungsaktivitäten ein Weg, damit ältere Menschen Zufriedenheit erlangen und bei ihnen Einsamkeit vermieden werden kann? Mittels Interviews mit Menschen im Pensionsalter zu ihren Vorstellungen von Alter, Selbsterlebtes und Geschichten darüber, wurden Antworten auf die gestellten Fragen gefunden. Ziel: Ziel der Arbeit war, die Themenfelder Einsamkeit, Individualisierung und Aktivität im Alter zu beschreiben und zu untersuchen. Es sollte geklärt werden, ob ein selbstbestimmter individueller Rückzug aus der Gesellschaft mit der Aktivität eines älteren Menschen zu tun hat und folglich auch zu Einsamkeit führen kann. Zudem lag das Forschungsinteresse auch darin, ob angebotene Aktivitätsprogramme diesen Faktoren entgegensteuern können.

**Methode:** Es wurde eine Literaturrecherche an der Bibliothek der Universität Wien in den Fachbereichen Gerontologie, Geriatrie, Pflegewissenschaft, Soziologie, Psychologie und Pädagogik durchgeführt. Weiters wurde in Onlinedatenbanken recherchiert. Vier erhobene problemzentrierte Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Das Alterserleben in Bezug auf Aktivität, Individualisierung und Einsamkeit ist heterogen. Demnach kann auch keine allgemein gültige Aussage zur Verhinderung von Einsamkeit und Etablierung von Zufriedenheit im Alter getroffen werden. Altern und Empfindung von Einsamkeit sind individuell. Je selbstbestimmter Menschen im Alter sind, desto zufriedener agieren sie in ihrer Umgebung und desto leichter ist es auch gegenüber der Gesellschaft zu argumentieren, wenn ein sozialer selbstbestimmter Rückzug erfolgt.

**Fazit:** Beschäftigungsaktivitäten sollten in Pflegeeinrichtungen überdacht werden. Ob dahinter wirklich der Sinn von Aktivierung im Alter steht, oder nur die Beschäftigung, bleibt derzeit eine offene Frage. Um Einsamkeit im Alter zu verringern, müsste die Selbstbestimmtheit der alten Menschen ernst genommen werden und deren Meinung eine höhere Wertigkeit erhalten. Schlagworte: Einsamkeit, Aktivität, Individualisierung, Selbstbestimmtheit, Alter.

## **Erfolgskritische Faktoren für die nachhaltige Umsetzung von Mehrgenerationen-Wohnen im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP)**

Heissenberger, Christine (KWP, 1090, AUT)

Generationensolidarität wird durch gemeinschaftliches Zusammenleben mehrerer Generationen besonders gefördert (1). Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) stellt mehreren Generationen Raum zur Verfügung:

- Wohnraum für Student\*innen und Lehrlinge
- Wohngemeinschaftsformen für betagte Eltern mit ihren behinderten Kindern
- Räumlich angegliederte Kindergarten- und Hortgruppen
- Raum für Aktivitäten zur Grätzelkooperation mit Schulen

Ziel dieser Angebote ist, dass verschiedene Generationen sich begegnen, austauschen und voneinander lernen. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass folgende Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige Umsetzung essentiell sind: (a) Identität als Mehrgenerationenhaus durch gemeinsame Aufgaben und Ziele, (b) verbindliche Vereinbarungen in der Kommunikation und im Zusammenleben und (c) Bedarfe vor Ort erkennen und Kooperation leben (2).

### Fragestellung

Welche Rolle spielen die genannten Erfolgsfaktoren von Mehrgenerationen-Wohnen für Bewohner\*innen und Student\*innen in Häusern des KWP?

### Methode

In Pensionisten-Wohnhäusern im KWP in denen Mehrgenerationen-Wohnen gelebt wird, wurden teilstrukturierte Interviews durchgeführt. Der Fokus liegt hierbei auf der Interaktion von Bewohner\*innen und Student\*innen. Für die Datenerhebung wurden je Zielgruppe 10 Personen befragt und deren Antworten anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

### Ergebnisse

Alle Befragten empfinden das generationenübergreifende Zusammenleben als überaus bereichernd und identitätsstiftend. Wichtig ist für Bewohner\*innen, das sie selbst entscheiden, welches Angebot sie in welchem Umfang wahrnehmen. Verbindliche Kommunikationsstrukturen unterstützen Studierende bei der Kommunikation mit Bewohner\*innen und vice versa.

Ein zusätzlicher wichtiger Erfolgsfaktor ist es, sogenannte „perfect moments“ zu finden, also Situationen, aber auch Orte, die als „kleines Glück“ erlebt und empfunden werden.

### Schlussfolgerung

Wesentlich ist, dass Mehrgenerationen-Wohnen einer ständigen Begleitung und Adaptierung bedarf, um die positiven Auswirkungen für alle Beteiligten nachhaltig generieren zu können.

### Literatur:

1. Majce, Gerhard / Rosenmayr, Leopold: Generationensolidarität in Österreich, 2005. Empirisch-soziologische Untersuchung der Altersforschung in Österreich, Wien 2005.
2. Eva Kremshuber: MehrGenerationenWohnen – Altersgemischtes gemeinschaftliches Wohnen als eine Möglichkeit der Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen – Beispiele in Österreich; 2011.

## **Evaluation des Pilotprojekts "Demenz-Service Niederösterreich"**

*Mattes, Melanie (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Koller, Martina (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Schneider, Andreas (NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle, St. Pölten, AUT); Gabler-Mostler, Renate (NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle, St. Pölten, AUT); Mayer, Hanna (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)*

## **Evaluation des Pilotprojekts „Demenz-Service Niederösterreich“ Hintergrund**

In Niederösterreich sind etwa 22.000 Personen an Demenz erkrankt, bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl vermutlich verdoppeln. Im Rahmen der niederösterreichischen Demenzstrategie wurde das Pilotprojekt „Demenz-Service - NÖ“ entwickelt und im Januar 2018 gestartet. Menschen mit Demenz und deren Angehörige in der Pilotregion können sich bei Bedarf an den kostenlosen, niederschweligen Service wenden. Zentrale Komponenten sind Beratungen und Vorträge zum Thema Demenz, die von Pflegepersonen mit demenzspezifischen Ausbildungen durchgeführt werden. Der Ablauf wird durch eine Demenz-Koordinatorin gesteuert. Das Ziel der Evaluation ist die Generierung von Empfehlungen für die wissenschaftliche Fundierung des Programms und für eine höhere Machbarkeit im Hinblick auf die geplante Ausrollung auf ganz Niederösterreich.

### **Methoden**

Das Hauptaugenmerk der Evaluation liegt auf den Beratungen. Sie erfolgt quantitativ mittels Fragebogen, entwickelt aus einer Kombination bestehender Instrumente

(Schacke & Zank, 2009; Wancata et al., 2005; Petry et al., 2014<sup>[1]</sup>) und qualitativ durch leitfadengestützte Interviews, die inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Die Befragungen richten sich an Angehörige von Menschen mit Demenz, daher war das Einholen eines Ethikvotums gemäß lokalen Richtlinien nicht erforderlich. In Bezug auf die Vorträge werden BesucherInnenzahlen erfasst und Feedbackkarten zur Einschätzung verwendet.

### **Ergebnisse**

Bis Ende September haben 141 Beratungen stattgefunden. Themen waren u. a. „krankheitsbedingte Verhaltensweisen“, „medizinische Abklärung“ und „Belastungen der Angehörigen“. An 22 Vorträgen nahmen 732 Personen teil. Zwischenergebnisse zeigen (Ende Datenerhebung im November), dass die Beratungen zu einer Problemreduktion bei den Angehörigen führen. Die Beratungsqualität und die Vorträge der ExpertInnen werden äußerst positiv wahrgenommen.

### **<Diskussion**

Den ersten Ergebnissen zufolge ist das niederschwellige Angebot sinnvoll und wird gut angenommen. Wichtige Informationen und Hilfestellungen können erteilt werden und eine Vermittlung an andere Services im Gesundheitssystem kann erfolgen. Ein einheitliches und leitliniengestütztes Vorgehen ist notwendig.

### **Schlussfolgerungen**

Der Demenz-Service NÖ trägt dazu bei, eine Lücke im regionalen Versorgungssystem zu schließen. Erste Empfehlungen können in Bezug auf strukturelle und inhaltliche Aspekte ausgesprochen werden.

---

<sup>[1]</sup> Literatur bei den AutorInnen.

## **Exergaming: Wie konstruiert eine digitale Spieleplattform Altersbilder?**

*Joqi, Ines (Institut für Soziologie, AUT); Mayer, Thomas (Institut für Soziologie, AUT)*

Die Nutzung und Entwicklung von digitalen Bewegungsspielen bzw. Exergames ist mittlerweile (auch) in der gerontologischen Arbeit und Forschung insbesondere im Kontext von Active and Assisted Living (AAL) weit verbreitet. Zum einen werden die Spiele gezielt eingesetzt um motorische oder kognitive Fertigkeiten älterer Menschen zu trainieren und zu verbessern, zum anderen ersetzen sie teilweise gängige Gesellschaftsspiele bzw. können als soziales Medium bei Familienfeiern fungieren (De Schutter 2010; Allaire et. al 2013; Chua et. al 2013). Der vorliegende empirische Beitrag untersucht die Herstellung von Altersbildern durch die Nutzung einer Exergaming Spieleplattform, die im Rahmen eines AAL Projektes weiterentwickelt wurde.

Wie bisherige Studien gezeigt haben, stellt die Entwicklung von Technologien für ältere Zielgruppen oftmals eine Herausforderung dar, bei dem Altersbilder in der Technikentwicklung von mehreren StakeholderInnen (TechnikerInnen, wissenschaftliche PartnerInnen, Unternehmen...) verhandelt und in die entwickelte Technik eingeschrieben werden (Neven, 2011; Peine et al. 2014). Das „scripting age“ Konzept beschreibt diese sogenannten „Skripte“ (Latour, 2005), d.h. bestimmte Nutzungspraktiken, die Technologien beinhalten.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Akzeptanz und NutzerInnenfreundlichkeit einer Exergaming Spieleplattform. Die Ergebnisse zeigen eine kritische Haltung vom Großteil der TestnutzerInnen in Bezug auf die fehlende Autonomie und Selbstbestimmtheit. Beispiele hierfür sind etwa das Auswählen der einzelnen Spiele, sowie des Schwierigkeitsgrades.

Empirisch ausgewertetes Material umfasst mehrmalige Interviews mit den insgesamt 40 Testpersonen, Fokusgruppendifkussionen, sowie teilnehmende Beobachtungen bei der erstmaligen Installation der Spieleplattform bei den Personen zuhause. Das Material wurde im Laufe einer 10-monatigen Testphase in Österreich und in den Niederlanden erhoben.

**Geschlechtsspezifische Mobilität und Lebenssituation im Alter: Aussagen der über 75-Jährigen in einer süddeutschen Stadt**  
*Kenkmann, Andrea (Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern, GER); Sing, Dorit (Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern, GER); Wagner, Ellen (Caritas Bad Tölz- Wolfrathshausen, Bad Tölz, GER); Späth, Franz J. (Stadt Bad Tölz, Bad Tölz, GER); Ebersberger, Armin (Dorfleben Walchensee, Walchensee, GER)*

**Hintergrund:** Um den Bedürfnissen der rapid zunehmenden Zahl von älteren Menschen gerecht zu werden, bedarf es einer differenzierten Analyse von deren Lebens- und Gesundheitssituation. Da hier ältere Menschen als Partner in der Sozialplanung angesehen werden, war es Ziel dieser Studie, die eigene Einschätzung der Menschen über ihre Gesundheit, Lebenssituation und ihr Umfeld zu erfassen und analysieren.

**Methoden:** Daten wurden mittels einer repräsentativen standardisierten schriftlichen Befragung der über 75-Jährigen in Bad Tölz (Deutschland) erhoben (n=122).

**Ergebnisse:** Während die zu Fuß erreichbare Distanz der Frauen mit zunehmendem Alter abnimmt, bleibt die von Männern besser erhalten ( $p < 0,05$ ). Aufgaben des täglichen Lebens, wie z.B. Treppensteigen, gestalten sich für ältere Frauen schwieriger als für Männer ( $p < 0,005$ ). Männer fahren häufiger Auto ( $p < 0,005$ ) und haben mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung ( $p < 0,05$ ). Der mit zunehmendem Alter ansteigende Bedarf an häuslicher und pflegerischer Unterstützung zeigt sich bei Frauen im Durchschnitt früher als bei Männern. Geschlechtsspezifische Mobilität und finanzielle Ressourcen wirken sich aber nicht auf soziale Aktivitäten im Alltag und den Wunsch nach sozialen Kontakten aus.

**Schlussfolgerungen:** Während ältere Frauen Hauptzielgruppe von Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und Mobilitätserhaltung sein sollten, ist eine genderspezifische Ausrichtung von Angeboten für soziale Aktivitäten nicht notwendig.

#### **GGV 4.0 - Gemeinsam Gut Versorgen–auf dem Weg in die altersgerechte Kommune**

Schlauß, Eckehard (Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Berlin, GER)

Der Geriatriisch-Gerontopsychiatrische Verbund Lichtenberg versucht die eigene Arbeit nachhaltig zu professionalisieren und ein wichtiger Ansprechpartner auch für das Bezirksamt und die politischen Entscheidungsträger zu sein. Die Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg ist der inhaltliche Antreiber, um die Versorgung demenziell erkrankter Menschen im Stadtbezirk spürbar zu verbessern. Gerade die Sorge um diese Menschen und ihre Angehörigen bzw. „Kümmerer“ soll wesentlich stärker in den Focus gerückt werden. Es geht um: Kooperation, Koordination und Orientierung und schnelle Hilfe für Betroffene

Wir möchten alle Leistungserbringer auffordern, die Ziele, die Ausrichtung und die konkreten Angebote des GGV-Lichtenberg mitzugestalten. Dabei sind wir offen für weitere Fragen:

Welche Rolle soll der GGV-Lichtenberg einnehmen und welche Ziele sich setzen?

Wie können wir von dem Austausch und der Zusammenarbeit als Organisation profitieren (z. B Thema Qualifikation).

Wie können wir, auch in einer schwierigen Marktlage, qualitative Verbesserung in der Versorgung erreichen?

Wo macht Koordination Sinn und wie können wir sie umsetzen?

Wie möchten wir die Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt gestalten?

Wie können wir die Arbeit der GGV-Lichtenberg nachhaltig finanzieren?

Was sollte die Internetseite leisten? Welche Angebote sollte es für Mitglieder geben?

Die Antworten auf diese Fragen werden wir Ihnen präzentieren und diskutieren.

## **Perspektiven der Scham**

*Moser-Siegmeth, Verena (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Archan, Tamara (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Zettl-Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Tarnawski, Ulrike (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Metzzenbauer, Daniela (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Fida, Claudia (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)*

In Pflegesituationen lassen sich intensive Schamgefühle, sowohl bei den Betroffenen selbst, wie auch bei den betreuenden Fachkräften selten vermeiden. Menschen die nicht mehr in der Lage sind selbständig zu essen, sich zu waschen oder zur Toilette zu gehen sind abhängig. Diese Abhängigkeit konfrontiert hilfsbedürftige Menschen mit Gefühlen wie Angst, dem Erleben von Machtlosigkeit und Scham (Flieder 2016). Professionell Pflegende sind eine Berufsgruppe mit einer sehr körperbezogenen Tätigkeit. Sie sind bei ihrer Arbeit mit Gefühlen wie Scham, Ekel oder Angst konfrontiert - darüber gesprochen wird wenig.

Aus diesem Grund, war es das Ziel dieses Forschungsprojektes, die zwei Perspektiven der Scham, also die Perspektive der BewohnerInnen und die der Pflegefachkräfte abzubilden.

Das Projekt fand in einer Langzeitpflegeeinrichtung, für ältere und pflegebedürftige Menschen in Wien statt, wo 350 hochbetagte BewohnerInnen versorgt werden. Ethische Aspekte (Mayer 2011), wurden sowohl bei der Auswahl der TeilnehmerInnen, wie auch bei der Durchführung und Auswertung berücksichtigt.

In einem ersten Schritt wurde im Rahmen von leitfadenorientierten Interviews mit BewohnerInnen exploriert, in welcher Weise sie mit Scham konfrontiert sind und wie ihr Umgang damit ist. Die daraus gewonnenen Ergebnisse, wurden transkribiert (Kuckartz 2008) und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009) unterzogen.

Die Ergebnisse dieser Interviews dienten als Ausgangspunkt für den zweiten Schritt, in welchem zwei Fokusgruppen mit ExpertInnen der Pflege die Erkenntnisse der Interviews diskutierten und reflektierten.

Aus der Auswertung, welche im Rahmen einer qualitativen Within-Method-Triangulation (Flick 2016) erfolgte, lässt sich schließen, dass bei BewohnerInnen einer Langzeitpflegeeinrichtung, trotz längerer Aufenthaltsdauer, Gefühle von Scham auftreten, sie aber Strategien im Umgang mit der eigenen Scham entwickelt haben. Für ExpertInnen aus Pflege und Therapie war es hilfreich die kritisch-konstruktive Haltung zu diesem Thema zu schärfen. Ebenfalls ergaben sich spannende Umgangs- und Handlungsempfehlungen, damit schambesetzte Situationen noch professioneller mit Würde und Respekt gestaltet werden können.

## **Umwandlung einer stationären Einrichtung: Versorgungswechsel von „all inclusiv“ in selbstständiges Wohnen**

*Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER); Reggentin, Heike (isgob-berlin, Berlin, GER)*

### Hintergrund und Fragestellung

Eine stationäre Pflegeeinrichtung mit allumfassender Vollversorgung wird umgewandelt in eine Wohnform mit Kleinappartements und wählbaren Betreuungsleistungen. Die bisherigen Bewohner müssen nun in ihren umgewandelten Räumen ihr Alltagsleben selbst gestalten.

Wie gehen sie damit um und wie kommen sie in ihrem „neuen Leben“ zurecht? Sie haben bis zur Umwandlung im Mittel 7 Jahre im Heimstatus verbracht, sind allesamt pflegebedürftig und im Durchschnitt 78 Jahre alt. Gelingt es ihnen, ihre Kräfte auf eine selbstgestaltete und selbstbestimmte Lebensgestaltung zu konzentrieren?

Dieses Umwandlungsmodell soll die Bewohner stärker in ihren Fähigkeiten unterstützen und überflüssige Fremdleistungen vermeiden.

### Methode

Die Studie ist als Kontrollgruppenuntersuchung im Längsschnittdesign angelegt. Es wurden die Sozial- und Pflegedaten aus den Dokumentationen gezogen bzw. eingeschätzt (Demenz nach Reisberg, Selbstständigkeit mit Barthel-Index, IADL nach Lawfort/Brody, Wohlbefinden mit WHO 5, soziale Netzwerke nach Kahn u.a.) Die Unterstützungsleistungen, Gesundheitsdaten und Wohlbefindlichkeitsdaten wurden weiter fortgeschrieben. Die persönliche Einschätzung wurde mit teilstandardisierten Erhebungsbögen in Interviews mit dem Pflegepersonal ermittelt.

### Stichprobe

Es wurden 28 pflegebedürftige Personen Altbewohner und 24 pflegebedürftige Bewohner Neubewohner im Erhebungszeitraum von Oktober 2016 bis November 2018 einbezogen. Erhebungsort Sozialstiftung Bamberg Nordbayern. Die Studie wurde durch das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

### Ergebnisse

Bereits im ersten Jahr nach der Umstellung konnten deutliche Selbstständigkeitstendenzen an Hand der IADL-Skala belegt werden. Das Wohlbefinden (WHO-5) der Altbewohner erreichte ebenfalls erheblich verbesserte Werte.

### Perspektive

Das Modell der „Ambulantisierung“ von vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht es, auf die Nutzer/Bewohner bezogene Unterstützungsleistungen zu erbringen. Die Bewohner bestimmen den Grad der Hilfen selbst und erhalten ihre Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung. Während der Umstellung und auch im weiteren Verlauf ist jedoch eine begleitende Betreuung notwendig.

## **Untersuchung assistiver Technologien im Wohnumfeld älterer Menschen**

*Pallauf, Martin (UMIT, Hall in Tirol, AUT)*

### **Einleitung:**

Das eigene Heim stellt für viele SeniorInnen das Zentrum ihrer Mensch-Umwelt-Beziehung dar. Daher ist der Verbleib in der eigenen Wohnung für viele ältere Menschen von sehr hoher Bedeutung. Neue, innovative Technologien im Wohnumfeld können dazu beitragen, ein sicheres und unabhängiges Leben im Alter zu unterstützen. Diese Technologien für ein aktives Leben im Alter wurden im Rahmen des österreichischen Forschungsprojekts West-AAL (Active and Assisted Living) über einen Zeitraum von 1,5 Jahren in verschiedenen Testsettings mit über 71 Testhaushalten selbständiger älterer Personen in Tirol und Vorarlberg erprobt und evaluiert.

### **Methodik:**

In einem mehrstufigen Verfahren wurden marktfähige AAL-Produkte identifiziert und anschließend von den Testpersonen nach deren jeweiligen Bedürfnissen ausgewählt. Nach Installation der ausgewählten Lösungen folgte eine Testphase im realen Wohnumfeld. Im Projektverlauf wurde eine Evaluierungsstrategie entwickelt, die sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte beinhaltet. Verschiedene Methoden zur Datenerhebung, wie Fragebögen und Interviews, fanden dabei Anwendung. Diese wurden entweder einmalig (z.B. als Eingangs- und Abschlussfragebogen, Abschlussgespräch) oder auch regelmäßig (als regelmäßige Fragebögen) eingesetzt.

### **Ergebnisse:**

Im Rahmen des Vortrags werden Auszüge aus den Ergebnissen der Testphase vorgestellt. Dabei werden die Erwartungen vor dem Einsatz der Technologien, der subjektiv wahrgenommene Einfluss der Technologien auf ausgewählte Bereiche der Lebensqualität, sowie die Erfahrungen der NutzerInnen nach Ende der Testphase präsentiert. Es zeigte sich, dass die Erwartungen der Testpersonen an die Bedienbarkeit, Steigerung der Unabhängigkeit und Erleichterung des Alltags durch die Technologien höher sind als die tatsächlichen Erfahrungen. Technologien aus der Kategorie Sicherheit und Schutz sowie Wohnen und Gebäude wurden als besonders relevant eingestuft und positive Auswirkungen der AAL-Technologien auf einige Aspekte der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität (z.B. Sicherheitsempfinden, Komfort, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit) konnten festgestellt werden.

### **Diskussion:**

Die Ergebnisse zeigen, dass das Potential von AAL-Technologien für ein sicheres und unabhängiges Leben noch nicht ausgeschöpft ist. Gründe dafür sind eine nach wie vor erschwerte Nutzung sowie umfassender Unterstützungs- und Begleitungsbedarf der älteren Menschen.

## **Viele Zuhauses als «Versuchslabor» grenzüberschreitend skalieren – IBH-Living Lab »Active & Assisted Living«**

*Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE); Kaspar, Heidi (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE); Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit, Forschungsinstitut, Zürich, CHE); Kofler, Andrea (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Institute of Facility Management, Wädenswil, CHE); Kunze, Christophe (Hochschule Furtwangen, Institut Mensch, Technik Teilhabe, Furtwangen, GER); Kempter, Guido (Fachhochschule Vorarlberg, Forschungszentrum Nutzerzentrierte Technologien, Dornbirn, AUT)*

### **Ausgangslage**

«Active & Assisted Living» (AAL) will die Autonomie von assistenzbedürftigen Menschen unterstützen, sodass sie möglichst selbstständig leben können. Nach 10 Jahren europäischer AAL-Projekte bestehen zwar gute Fortschritte im Bereich F+E und Innovation, die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen sowie eine breite Marktdurchdringung lassen aber noch auf sich warten. Das fordert F+E-Konzepte sehr grundsätzlich heraus.

### **Projekt / USPs**

In diesem Kontext stellt sich das IBH-Lab AAL (Drittmittel: EU-Interreg, 12 Hochschulen und über 15 Umsetzungspartner; Laufzeit 11/2016 – 10/2020) der Herausforderung, die AAL-Technologien und die angeschlossenen humanen Hilfsdienste (Technik-Service Kombinationen) in der Bodenseeregion grenzüberschreitend und im Einklang mit den länderspezifischen Versorgungssystemen und technischen Standards einer nachhaltigen Nutzung zuzuführen. Die Konfrontation mit Realbedingungen ist zentral: In vier Kombi-Projekten werden die Benutzenden-, Technik-, Netzwerk- und Marktbarrieren identifiziert und Überwindungsmassnahmen ausgearbeitet und getestet.

### **Projektziele**

AAL-Entwicklungen soll durch Living Labs eine nachhaltige und realitätsorientierte Erprobungs- und Entwicklungsumgebung geboten werden. Sie bieten eine ganzheitliche Infrastruktur für F+E, damit Innovation und Evaluation unter realen Bedingungen stattfinden kann. Berücksichtigt werden die Anforderungen aller Stakeholder, die technische Umgebung sowie psychophysiologische, kulturelle, organisatorische, gesetzliche und marktrelevante Aspekte.

### **Das Poster**

stellt das ambitionierte Projektdesign, das F+E-Vorgehen und die Teilprojekte dar.

## **Wer fragt wen und wer misst was? Interviewervarianz und -bias bei der Schmerzerfassung im Altenheim**

*Kutschar, Patrick (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und Praxis, Salzburg, AUT)*

### **Hintergrund und Ziele**

Bei der Forschung mit AltenheimbewohnerInnen (AHB) werden face-to-face Erhebungsmodi häufig eingesetzt. Spezifische Eigenschaften von Interviewern (INT) können Antworteffekte induzieren und Ergebnisse substantiell beeinflussen. Im Beitrag wird mit Daten aus der Altenheimstudie „PIASMA“ (2016-2018) analysiert, ob einrichtungsinterne und -externe INT unterschiedliche Antworteffekte produzieren und die Präzision von Schätzern beeinflusst wird. Zudem wird getestet, ob sich Schmerzoutcomes nach internen, externen, männlichen oder weiblichen INT unterscheiden.

### **Methoden**

Mehr als 500 AHB wurden von 32 einrichtungsinternen und -externen INT zur Schmerzsituation (BPI), zu Depression (GDS) und zur Lebensqualität (EQ-5D) befragt bzw. beobachtet (BESD). Die Interviewervarianz wurde per Variationskoeffizient ( $\rho$ INT) operationalisiert. Nicht korrigierte Konfidenzintervalle (VI 95%) wurden mit per Designfaktor (deftINT) adjustierten VI verglichen. Potentielle Interviewerbiases (Geschlecht, intern/extern) bei den Primärouitcomes wurden mittels ANCOVA getestet.

### **Ergebnisse**

Die Itemstreuungen werden zu 21,3% durch die Interviewerheterogenität erklärt. Die Variationskoeffizienten sind bei internen INT ( $\rho=0,28$ ) signifikant höher als bei externen INT ( $\rho=0,15$ ). Zudem sind Präzisionsverluste bei Schätzern ohne deftINT-Korrektur festzumachen (z.B. Maximalschmerz: VI [5,9; 7,0] vs. deftVI [5,4; 7,5]). Die ANCOVA zeigt Interaktionen zwischen Interviewergeschlecht und internen bzw. externen INT auf die Schmerzintensität ( $p=0,002$ ;  $\eta^2=7,6\%$ ): AHB, die von internen Männern (AM=3,8) bzw. externen Frauen (AM=3,9) befragt werden, berichten die niedrigsten Schmerzen. Die höchsten Schmerzen werden angegeben, wenn AHB von internen Frauen (AM=5,1) oder externen Männern (AM=4,9) untersucht werden. Ein signifikanter Effekt tritt auch beim BESD-Score auf ( $p=0,034$ ;  $\eta^2=3,2\%$ ): von internen INT (AM=2,3) beobachtete AHB werden deutlich niedriger eingeschätzt als jene, die von externen INT (AM=3,0) beobachtet werden.

### **Diskussion**

Die berichteten Schmerzintensitäten und beobachteten Schmerzzeichen der AHB variieren deutlich danach, von wem diese erfasst werden. Das Interviewergeschlecht und ob interne oder externe INT erheben, scheint genderspezifische wie autoritätsbezogene Deutungsmuster hervorzurufen. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit einer systematischen methodologischen Beforschung zur Qualität erfasster Daten bei standardisierten Befragungen von BewohnerInnen im Altenheim.

## **Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen zur Lebensgestaltung in innovativen Wohnformen - Wohnen im Alter** Hausenbiegl, Angelika ((sucht neue Herausforderung), .., AUT)

Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen zur Lebensgestaltung  
in innovativen Wohnformen

"Wohnen im Alter"

Im Rahmen des freien Vortrags – Präsentation meiner wissenschaftliche Arbeit\*.

### Überblick

Die altersgerechte Gestaltung von Wohnmöglichkeiten zählt zu den großen Herausforderungen des Bevölkerungswandels in den kommenden Jahrzehnten. Wie bereits bekannt, beschränken sich die Wohnmöglichkeiten für ältere und hochaltrige Menschen sich heute nicht mehr auf die Entscheidung, entweder im Eigenheim zu leben oder, wenn es nicht mehr anders geht, in eine Alteneinrichtung zu ziehen.

Das Forschungsinteresse der Autorin bestand, der Suche nach alternativen Wohnmodellen, die die Individualität und die Autonomie des alten Menschen in den Vordergrund stellen.

Durchgeführt wurde eine Erhebung in drei unterschiedlichen Wohnformen, im deutschsprachigen Raum: 1. christlich-spirituelle Wohnform/Hausgemeinschaftsform; 2. SeniorInnen wohnen mit Alleinerziehenden und deren Kindern; 3. Frauenwohnprojekt/für SeniorInnen bzw. altersübergreifend.

Forschungslenkend war für die gesamte Arbeit das Ziel, jene Personen zu Wort kommen zu lassen, die es betrifft: die alten Menschen, die sich für innovatives Wohnen entschieden haben – die Sichtweisen und Meinungen der Personen darzulegen, zu beschreiben und deren Einstellungen zu wichtigen Themenstellungen aufzuzeigen.

Ausgehend von den Ergebnissen wurde ein Interviewleitfaden für ExpertInneninterviews erstellt um einerseits Erkenntnisse im Rahmen der aktuellen Entwicklungen im Wohnbau zu beleuchten und des Weiteren Zukunftsperspektiven für das Wohnen im Alter darzustellen.

Ziel war es, zeitgemäße gestalterische und architektonische Lösungen durch die ExpertInnenbefragung bezüglich des Wohnens im Alter für die praktische Umsetzung zu finden. Somit konnten gemeinsame und unterschiedliche Sichtweisen der Stakeholder herausgearbeitet werden.

In dieser Arbeit wird der Begriff postmoderne Wohnform, für die gleichsam neuen Wohnformen im Alter, über die Attribute einzigartig, basisdemokratisch, alternativ, partizipativ, keine Heimleitung, Nachbarschaftshilfe und Versorgungsverbund, etc.\*, charakterisiert.

Am Ende des empirischen Teils sind abschließend weiterführende Aspekte, Fragestellungen und Erkenntnisse in einem Ausblick für die Weiterentwicklung aufgezeigt.

\*\*Zutreffende Charakteristik, durch die Autorin zugeordnet.

\*Hausenbiegl, Angelika (2017): Postmodernes Wohnen im Alter. Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen zur Lebensgestaltung in innovativen Wohnformen. Unveröffentlichte Dissertation. Juni 2017

## **Zufriedenheitsdimensionen von Silver Workern**

Gerlich, Regina (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE)

Mit den Daten der größten deutschen Haushaltsbefragung (SOEP) lässt sich zeigen, dass Personen, die über ihr reguläres Renteneintrittsalter hinaus in Vollzeit arbeiten (Silver Worker), signifikant zufriedener sind als Vollzeitarbeitende im regulären erwerbsfähigen Alter. Dies gilt für verschiedene Bereiche der Zufriedenheit wie: Arbeit, Einkommen, Gesundheit und Schlaf sowie für das „Dachkonstrukt“ Lebenszufriedenheit. Eine signifikant geringere Zufriedenheit weisen Silver Worker im Vergleich zu regulären Vollzeitarbeitenden bei der Dimension Freizeit auf. Hier erreichen Silver Worker sogar den niedrigsten Wert innerhalb der verfügbaren Zufriedenheitsdimensionen.

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Freizeit abfällt, sobald der Zustand des Silver Working eintritt – dies scheint jedoch durch die anderen Bereiche kompensiert zu werden.

Wenngleich Silver Worker insgesamt höhere Werte in meisten Zufriedenheitsdimensionen aufweisen, so kann kaum davon ausgegangen werden, dass Silver Working pauschal zufriedener macht. Vielmehr handelt es sich nach ersten Berechnungen um einen Effekt der Selbstselektion: Ältere Personen, die zufriedener mit ihrem Leben, ihrer Arbeit und ihrem Einkommen sind, sind auch eher bereit, über das reguläre Renteneintrittsalter hinaus weiterhin Vollzeit zu arbeiten.

## **Zwei Jahre integrierte Altersversorgung im Kanton Zürich: Ergebnisse der KlientInnen und Angehörigenbefragungen**

*Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit, Forschungsinstitut, Zürich, CHE); Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE); Gschwend, Eva (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE); Trageser, Judith (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE); von Stokar, Thomas (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE)*

### **Einleitung**

Um den Herausforderungen der alternden Bevölkerung und der zunehmenden Komplexität von gesundheitlichen und sozialen Problemen älterer Menschen zu begegnen, hat die Pro Senectute Kanton Zürich im Jahr 2016 das Pilotprojekt CareNet<sup>+</sup> lanciert. Das Kernelement von CareNet<sup>+</sup> besteht darin, die fallbezogene Zusammenarbeit unter den bestehenden Leistungserbringern und Kostenträgern aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich entlang des individuellen Bedarfs der Betroffenen zu koordinieren.

### **Methode**

Die zweijährige Pilotphase von CareNet<sup>+</sup> wurde evaluiert. Neben einer Dokumentenanalyse, qualitativen Interviews und Fokusgruppengesprächen, wurden Fallanalysen durchgeführt – einerseits auf Grundlage der Falldaten/-dokumente und andererseits durch Befragung von KlientInnen und Angehörige. Dieser Vortrag berichtet von den Ergebnissen der KlientInnen und Angehörigenbefragungen. Diese wurden zu Beginn von CareNet<sup>+</sup> (t0), nach vier Monaten (t1) und nach Abschluss (tA) durchgeführt. Neben standardisierten Fragebögen zu sozialer Unterstützung (F-SozU) und Belastung Angehöriger (COPE-Index), geschlossenen Fragen (Gesundheitszustand, Unterstützungsbedarf, Inanspruchnahme) kamen auch offene Fragen (Erwartungen, soziale Situation) zum Einsatz. Die Antworten wurden protokolliert und mit statistischen und inhaltsanalytischen Methoden ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Insgesamt konnten 26 von 40 KlientInnen befragt werden. Für 22 Fälle sind Befragung zu t0 und tA verfügbar. Die Analyse zeigt, dass CareNet<sup>+</sup> die drei häufigsten Erwartungen der KlientInnen (Übernahme der Koordination, Entlastung und Unterstützung bei der Finanzierung) mehrheitlich erfüllt hat. CareNet<sup>+</sup> deckte den Bedarf rund um die Finanzierung und Organisation von Hilfe und Pflege und entlastet KlientInnen und Angehörige im Hinblick auf die finanzielle Situation, dem Informationsbedarf, administrativen Aufgaben und auch emotionale. Zusätzlich geht deutlich hervor, dass nach CareNet<sup>+</sup> mehr AkteurInnen in die Versorgung/Unterstützung der KlientInnen involviert sind und dass sich der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand der KlientInnen im Verlauf der CareNet<sup>+</sup>-Koordination verbessert hatte.

### **Schlussfolgerung**

Nach Auslaufen der Pilotphase Ende 2018 soll CareNet<sup>+</sup> zunächst in eine Konsolidierungsphase und später in einen regulären Betrieb zu überführt werden. Trotz der positiven Tendenzen, die die Evaluation aufgezeigt hat, ist es schwierig die Finanzierung des Angebots durch Beiträge der Versicherer und Gemeinden zu sichern.

# Abstract / Thema: Interdisziplinär

## Essen und Trinken in steirischen Pflegeheimen (EUTIP) – Evaluierung der steirischen Mindeststandards am Beispiel der Speiseplananalyse

*Hatz, Manuela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Lampl, Christina (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Aufschnaiter, Anna Lena (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Gunzer, Wolfgang (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Fuchs-Neuhold, Bianca (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT)*

### Hintergrund

Die demografische Entwicklung in Österreich zeigt einen klaren Anstieg der Anteile an der älteren Bevölkerung [1]. Dies resultiert in mehr pflegebedürftigen Menschen, die in Pflegeheimen versorgt werden müssen. Ernährungsstandards in Pflegeheimen sind essentiell für die Qualitätssicherung der Versorgung. Im Zuge der Initiative GEMEINSAM G´UND GENIESSEN des Gesundheitsfonds Steiermark wurden 2016 Mindeststandards für die Gemeinschaftsverpflegung in der Steiermark veröffentlicht [2]. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Umsetzung dieser Mindeststandards in steirischen Pflegeheimen erhoben.

### Methodik

Im Zeitraum von April 2017 bis April 2018 wurden mittels eines „Mixed-Methods“-Ansatzes aus 24 systematisch ausgewählten Pflegeheimen 169 Speiseplanwochen (Mittagessen und Abendessen) analysiert. Dazu wurden das Speisenangebot und die Speiseplangestaltung hinsichtlich der Erfüllung der Mindeststandards untersucht.

### Ergebnisse

Von 54 erhobenen Mindeststandards konnten 25 Standards (46,3 %) mittels Speiseplananalyse überprüft werden. Davon wurden 14 Standards (56 %) erfüllt und sieben Standards (28 %) eher erfüllt. Ein Standard (4 %) wurde eher nicht erfüllt und drei Standards (12 %) wurden gar nicht erfüllt.

Folgende Mindeststandards werden besonders gut erfüllt:

- „Es gibt täglich mind. 2 Mittagsmenüs zur Auswahl. Auch abends werden Alternativen angeboten.“
- „Die Gestaltung unseres Speiseplans ist einfach und altersgerecht.“
- „Allgemeine Bezeichnungen wie ‚Tagessuppe‘ oder ‚Dessert‘ sind in unserem Speiseplan genauer definiert.“
- „Die Speisenauswahl erfolgt nach der Saison.“
- „Wir bieten keine Mehlspeisen aus Plunder- oder Blätterteig an.“
- „Wir setzen Kohlenhydratkomponenten wie (Pseudo-)Getreide, Getreideprodukte und Erdäpfel täglich ein.“
- „Wir bieten max. 1 x/Woche ein frittiertes Produkt an.“

Das Anbieten von Hülsenfrüchten mind. 1x/Woche wird in den untersuchten Pflegeheimen weniger erfüllt. Ebenso werden Alkohol und Alkoholaromen wenig bis gar nicht auf den Speiseplänen gekennzeichnet. Des Weiteren bieten die Pflegeheime häufig mehr als maximal 4x/Woche Fleisch- oder Wurstgerichte an.’

## **Conclusio**

Die Speiseplananalyse macht deutlich, dass die Mindeststandards in den steirischen Pflegeheimen größtenteils erfüllt werden. Den sichtbar werdenden Herausforderungen kann mit konkreten Unterstützungsmaßnahmen für die Pflegeheime begegnet werden.

## **„Quo vadis“ – oder aus der Forschung auf den Teller**

*Bayer, Susanne (KWP, Wien, AUT); Meier, Arno (KWP, 1090, AUT)*

Die körperlichen Möglichkeiten werden im Alter zunehmend weniger, die Beweglichkeit, Ausdauer und Energie lassen nach. Um bei Kräften und möglichst lange unabhängig zu bleiben, ist auf eine ausgewogene Ernährung zu achten (1). Nährstoffdichte, Zubereitung und Darbietung der Speisen spielen dabei eine große Rolle. Beim Essen können zunehmend Schwierigkeiten auftreten, wie Probleme beim Kauen und Schlucken oder Appetitlosigkeit (2). Die Rezepturen und Konsistenzen von Speisen können nicht immer übernommen werden, vielmehr ist es erforderlich eigene Lösungen zu finden.

### **Fragestellungen**

Inwieweit verbessert sich das Genusserlebnis unserer Bewohner\*innen, welche an Presbyphagie (Schluckstörungen im Alter) leiden, durch speziell entwickelte Kuchen für Kau- und Schluckstörungen?

### **Methode**

Um sich ernährungswissenschaftlichen Themenstellungen anzunehmen und die gastronomische Versorgung laufend weiterzuentwickeln, wurde im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser eine „Forschungsküche“ gegründet. Unterschiedliche Professionen aus dem gastronomischen Bereich, dem Pflege- und Betreuungsbereich, der Ernährungswissenschaft und der Diätologie haben in mehreren Workshops praxisorientierte Konzepte und Rezepte zur Fragestellung erarbeitet. Unter Einbeziehung von Bewohner\*innen und An- und Zugehörigen wurden diese geprüft und umgesetzt.

### **Ergebnisse**

Es ist gelungen spezielle Kuchen mit ansprechender Optik für Kau- und Schluckstörungen zu entwickeln. Sie zeichnen sich durch eine homogene Konsistenz ohne stückige Bestandteile aus. Diese sind kalorien- und eiweißreicher als herkömmliche Mehlspeisen und daher eine wertvolle Maßnahme in der Prävention von Mangelernährungen. Mittlerweile werden monatlich 4000 Portionen dieser Kuchenvarianten („Sachermasse“, „Topfen-Weiße-Schokolade“ und „Erdbeerkuchen“) genossen. Die hohe Akzeptanz und das gesteigerte Genusserlebnis werden vor allem auf die erfolgreiche Beteiligung Betroffener im Entwicklungsprozess zurückgeführt.

### **Schlussfolgerung**

Von Schluckstörungen Betroffene können durch die neuen gastronomischen Entwicklungen eine geschmacklich und optisch ansprechende Mehlspeise im Kreise von Freunden oder Familie einnehmen, ohne offensichtlich erkennbare Breikost zu konsumieren. Letzteres fördert die Teilhabe und soziale Interaktion im Pensionistenwohnhaus.

1. Nuphaus D, Hellmann O, Schröter G, Schürmann M, Kwiatkowski B. Passierte Kost im Pflegeheim. Heilberufe. 2011;62:16-7.
2. Lichtenstein S. Kostanpassung bei Dysphagie. Heilberufe. 2016;68:14-7.

## **“Ich wusste gar nicht, dass das Spiritualität ist.” Eine Hermeneutik der spirituellen Sorge um Menschen mit Demenz im Kontext von Palliative Care**

*Birkholz, Carmen (Institut für Lebensbegleitung, Essen, GER)*

### **Hintergrund**

Die spirituelle Sorge (Spiritual Care) um Menschen mit Demenz ist bisher in der Palliative Care und Dementia Care-Forschung wenig untersucht. Vier Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft mit diversen religiösen und weltanschaulichen Hintergründen nahmen an einer qualitativen Studie teil. Die Studiengruppe umfasste 23 Teilnehmer\*innen.

### **Forschungsfragen**

Wie erleben Sorgepersonen Spiritualität in ihren Sorgebeziehungen zu Menschen mit Demenz? Welche Herausforderungen stellen für sie dementierende Erscheinungen dar und wie helfen ihnen diverse Spiritualitätskonstruktionen

### **Methoden**

Der Vortrag soll eine interpretative Studie darstellen, die über Logbücher und Gruppendiskussionen Forschungsdaten generierte. Die 61 Logbücher wurden zunächst inhaltsanalytisch und dann vertieft wissenssoziologisch hermeneutisch ausgewertet. Auf diese Weise konnte der subjektive Sinn der Pflegepersonen in Bezug auf ihr Verständnis spiritueller Sorge rekonstruiert werden. Dieses Forschungsvorgehen ist bisher einzigartig in Bezug auf spirituelle Sorge und Demenz.

### **Ergebnisse**

Es konnte eine Typologie spiritueller Sorge herausgearbeitet werden, die acht Typen unterscheidet. Dabei zeigte sich, dass die subjektiven Spiritualitätskonstruktionen unabhängig von der religiösen Zugehörigkeit der Studienteilnehmer\*innen ist. Sie korrespondieren mehr mit der Rolle und dem Handlungsspielraum der Sorgepersonen.

Spirituelle Sorge (Spiritual Care) zeigt sich als grundsätzlich reziproker Beziehungsprozess. Je person-zentrierter die Haltung desto wechselseitiger die Kommunikation.

### **Diskussion**

Die Ergebnisse zeigen in der Reziprozität das Gegenteil von Spiritual Care Forschung, die mit Dualismen arbeitet: sorgen versus umsorgt werden oder Bedürfnisse erfüllen versus Bedürfnisse haben.

Die entwickelte Typologie ermöglicht, die Rolle von Spiritualitätskonzeptionen für die Sorge um Menschen mit Demenz in ihrer Diversität sichtbar und diskursfähig zu machen. Ebenso lassen sich an ihr die Diversität von Demenzbildern in konkreten Sorgebeziehungen beschreiben. Neben der „Erfindung der Demenz“ zeigt sich so in person-zentriertem Sorgehandeln die Dekonstruktion von herrschenden Demenzparadigmen. Ebenso zeigt sich, dass die Organisationslogik von Pflegeeinrichtungen der Logik von Palliative Care und Dementia Care vielfältig widerspricht und als relevantes Spannungsfeld für ein gutes Leben mit Demenz in der Forschung und Praxis diskutiert werden muss.

## **Aging Services Management Bachelor – Erfahrungen mit einem interdisziplinären Fernstudienangebot**

*Adamcik, Tanja (Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, AUT); Waldherr, Karin (Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, AUT)*

Der gesellschaftliche Altersstrukturwandel, veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie die Diversität des Alterns und des Alters erfordern die Entwicklung neuer flexiblerer Konzepte für alter(n)sgerechte Lebensräume und höhere Lebensqualität im Alter. Maßnahmen dazu sind in allen Lebensbereichen erforderlich, jedoch kommt dem Gesundheits- und Sozialwesen eine besondere Bedeutung für die Lebensqualität im Alter zu. Aufgrund des Kostendrucks rücken hier neben Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität auch Effektivität und Effizienz immer mehr in den Vordergrund. Neben der verstärkten Integration von Sozial- und Krankenversorgungsdiensten gewinnen außerdem Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Einsatz von modernen Technologien zur Förderung der Lebensqualität im Alter immer mehr an Bedeutung.

Bei der Umsetzung entsprechender Konzepte und Reformansätze handelt es sich um komplexe Entwicklungs- bzw. Veränderungsprojekte. Hierbei sind meistens stark interprofessionell und interorganisatorisch vernetzte und ineinander verzahnte Teilprozesse abzuwickeln. Der Fokus der professionellen Arbeit sollte dabei auf der Unterstützung von älteren Menschen und deren Angehörigen liegen, wobei die vielfältigen Lebenslagen und Bedürfnisse der betroffenen Personen berücksichtigt werden müssen und nicht gegenüber wirtschaftlichen Interessen in den Hintergrund geraten dürfen. Für das Management solcher Entwicklungen bedarf es Personen, die Interesse an den Bedürfnissen älterer Menschen, analytische und strategische Fähigkeiten, Wirtschafts- und Rechtskenntnisse sowie Kenntnisse zu Pflegekonzepten und neuen Technologien haben. Diese sollen durch den interdisziplinär angelegten berufsbegleitenden Bachelorstudiengang „Aging Services Management“ hervorgehen. Wissenschaftlich ist der Studiengang im Schnittbereich zwischen Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Gerontologie und Gesundheitswissenschaften angesiedelt und beschäftigt sich mit den Fragen des Gesundheits- und Sozialmanagements, die sich aus dem Älterwerden der Bevölkerung ergeben.

Der Studiengang „Aging Services Management“ startete im Wintersemester 2014/15, hat bisher 30 AbsolventInnen und derzeit 117 aktiv Studierende. Die Präsentation zeigt bisherige Erfahrungen mit dem Studiengang, welche Berufsgruppen sich für dieses Studium entscheiden, Karrierewege nach dem Studium, Möglichkeiten die Themengebiete des Curriculums mittels eines Distance Learning Ansatzes zu vermitteln sowie Evaluierungsergebnisse.

## **Altersbilder und die Möglichkeit der Partizipation am Beispiel der 30 Häuser zum Leben in Wien**

*Stephan, Duursma (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, Wien, AUT); Stieb, Heinz (KWP, 1090, AUT)*

### Einleitung

Der Mensch im vierten Lebensalter befindet sich in unserer Gesellschaft im Spannungsfeld. Bestehende Altersbilder und der damit einhergehende Druck erschweren in der Praxis der SeniorInnenbetreuung die Förderung der Partizipation (1,2). Im Spannungsdreiklang Individualität, Erwartung und Ökonomie versucht das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) den BewohnerInnen, Angehörigen sowie MitarbeiterInnen zu ermöglichen, ihre/seine Kompetenzen und Fähigkeiten auszuleben.

### Thesen

Die individuellen sowie institutionellen Ansprüche der Partizipation werden davon beeinträchtigt, dass

1. ein direktives Arbeitsverständnis hauptamtlicher MitarbeiterInnen den Arbeitsalltag einfacher macht;
2. es keine Vorgabe gibt, in welcher Form/Ausmaß Partizipation im KWP ausgestaltet werden kann. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Gesellschaft – es herrschen unterschiedliche Auffassungen von Partizipation.

### Methodische Vorgehensweise

Erkenntnisse und Strategien zum gelungenen Informationstransfer wurden anhand von Beobachtungen und Befragungen in den 30 Pensionisten-Wohnhäusern gewonnen.

1. Verständnis der BewohnerInnen von, Ansprüche an und Erfahrungen mit Partizipation
2. Verständnis der MitarbeiterInnen von und Ansprüche an und Erfahrungen mit Partizipation im Abgleich mit Ausbildungsinhalten und unternehmensinternen Regelwerken

Der Methodenmix setzt sich aus teilstrukturierten Interviews und einer quantitativer Fragebogenerhebung zusammen.

### Ergebnisse

Durch vermehrtes Wissen um Abläufe und Entscheidungsgrundlagen sowie die Identifikation mit der Einrichtung wird die Partizipation von BewohnerInnen erhöht.

Eine Beschreibung und Wahrnehmung des Angebotes ("All-Inclusive"-Charakter) wirkt partizipationshindernd – Darstellung der Lösungsmöglichkeiten

1. Abhängigkeit macht machtlos, Sicherheit und Professionalität erscheinen wichtiger als Partizipation
2. Einrichtungen der stationären Altenbetreuung funktionieren nur gut/effizient als quasi-totalitäre Institution? Ein Weg zur Abkehr von Partizipation verhindernden Routinen und Annahmen anhand von praktischen Beispielen aus 30 Pensionisten-Wohnhäusern

### Literatur

1. Masterarbeit: Partizipation im Seniorenwohnhaus, Mag. Emily Drechsler, bakk.phil., 2011
2. Referat: Partizipation alter Menschen in der professionellen Altersarbeit: Rhetorik oder Realität? Ueli Schwarzmann, 2007

### **Barrierefreie Darstellung von Abläufen im Qualitätsmanagement**

*Hengstberger, Marianne (Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste, Wien, AUT); Lederle, Jochen (Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste, Wien, AUT)*

Die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Zusammenhang mit psychischen Belastungen in der Pflege und Betreuung braucht klar definierte Prozesse und Zuständigkeiten. Mit diesem Ziel erstellte eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Jahr 2013 Leitlinien zum Umgang mit Ausnahmesituationen im Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen der Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH. Es stellte sich in der Folge heraus, dass die Leitlinien nicht in wünschenswertem Ausmaß angewendet wurden.

Die Organisation identifizierte zwei Hauptgründe für die mangelnde Resonanz: Darstellung und Inhalt der Dokumente schienen zu komplex. Das Management entschied daraufhin, eine auf barrierefreie Gestaltung von Texten spezialisierte Firma in die Neukonzeptionierung der Leitlinien einzubinden. Des Weiteren wurde eine Prüfgruppe aus MitarbeiterInnen der Organisation konstituiert und dabei besonders auf Multiprofessionalität, Multiethnizität und Diversität hinsichtlich des Ausbildungsstandes geachtet.

Die Entwicklung durchlief mehrere Phasen, deren Ergebnisse jeweils durch die Prüfgruppe evaluiert wurden. Praxisnahe Verbesserungsvorschläge flossen in die jeweils neue Dokumentenversion ein. Die Leitlinien wurden schließlich zu einem gut transportablen und verständlich formulierten Booklet umgestaltet. Nach der organisationsweiten Einführung und Kommunikation der neuen Leitlinien stieg die Anzahl der durch Pflege- und Betreuungspersonen gemeldeten psychisch belastenden Situationen deutlich an. Ein zeitnahes Eingreifen des Unternehmens im Sinne des Arbeitnehmerschutzgesetzes unterstützt durch die Arbeitspsychologie ist somit aktuell in weit mehr Fällen möglich als vor Einführung der neu entwickelten Dokumente.

Da die ansprechende und barrierefreie Gestaltung der Leitlinien größere Akzeptanz und leichtere Umsetzung ihrer Inhalte ermöglicht, entschied das Unternehmen, weitere wichtige Dokumente nach dem gleichen Prinzip neu zu gestalten. Bei der Erarbeitung werden externe ExpertInnen hinzugezogen und vor allem auf die enge Einbindung der MitarbeiterInnen geachtet, die als interne ExpertInnen zu sehen sind.

**Behandlung nach Befund – konservative (nicht medikamentöse) Therapie der Inkontinenz beim geriatrischen Patienten**  
*von der Heide, Silke (Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Göttingen, GER)*

**Einleitung:** Von in Deutschland mit einer behandlungs- und versorgungsbedürftiger Harninkontinenz lebenden Menschen sind mehr als 2 Millionen älter als 60 Jahre, bei den über 80 jährigen sind es nahezu 80 % (Welz-Barth 2007). Bei Erwachsenen rechnet man mit einer Prävalenz von Harntraktsymptomen bei etwa 17%, bei über 80jährigen mit mehr als 75% (Goepel et. al 2002). Eine frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung sollte dieser Entwicklung vorausgehen. Es wird beleuchtet, welche Möglichkeiten insbesondere beim geriatrischen Patienten möglich sind. Die geriatrische Leitlinie zeigt weniger Optionen auf als die Leitlinien bei nicht geriatrischen Patienten. Aber ist es eine Frage des Alters? **Methode:** Die Palpation und Inspektion des Beckenbodens, der sonographische Befund und das Miktionsprotokoll stellen wichtige diagnostische Optionen dar, um einen strukturellen und funktionellen Befund am Beckenboden und auf der Verhaltensebene zu erheben. Dieser Befund stellt die Grundlage einer physikalisch-rehabilitativen konservativen Behandlungsstrategie dar. **Ergebnis:** Je nach Untersuchungsergebnis können unterschiedlich Behandlungsansätze wirksam eingesetzt werden. Auch für den geriatrischen Patienten stehen Methoden zur Verfügung, die im Kontext der Leitlinien für (prä-) geriatrische Patienten Bedeutung haben. Inwieweit das Phänomen des Alterns eine Einschränkung für gewisse Behandlungsmethoden darstellt wird dargelegt. **Schlussfolgerung und Ausblick:** Gerade im Kontext der Prävalenz im Alter ist eine frühzeitige konservative Therapie von großer Bedeutung, um die Symptome zu reduzieren und weitere Folgen zu minimieren. Auch präventive Strategien sollten in das Gesundheitssystem implementiert werden. Wer kann dies leisten? Wo und wann sollte die Prävention ansetzen?

**Literatur:** Welz-Barth A: Inkontinenz im Alter. Ein soziales und ökonomisches Problem. Urologie 2007; 46: 363-4.

Goepel M, Hoffmann JA, Piro M, Rübben H, Michel MC: Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction. Eur Urol 2002; 41: 234-9.

## **Das Langenloiser-Modell 2.0. - Möglichkeiten und Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Geriatrie** Binder-Kriegelstein, Cornelia (FOQUS, Wien, AUT)

Seit über 10 Jahren arbeiten diverse Pflegeeinrichtungen nach dem Langenloiser Modell. Dieses versteht sich als die symbiotische Verbindung der Disziplinen Psychologie, Pflege und Medizin.

### **Warm, satt und sauber war einmal**

War vor nicht allzu langer Zeit noch das Motto „warm, satt und sauer“ ein Richtmaß für adäquate Pflege, ist inzwischen klar, dass zum Wohlbefinden wesentlich mehr nötig ist. Die Notwendigkeit der angewandten Verbindung von Psychologie und Pflege leitet sich schon alleine aus dem natürlichen Wunsch nach Lebensqualität und Würde ab.

### **Eckpfeiler des Langenloiser Modells**

Das *psychologische Assessment* bei der Aufnahme dient als Basis der weiteren Pflege und Betreuung. In einem diagnostischen Prozess werden der kognitive und emotionale Zustand erhoben und abgeleitet welche Maßnahmen, in Absprache mit der Pflege, gesetzt werden. Basierend auf dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel können so die AEDLs den jeweiligen Disziplinen zugeordnet werden – durch eine Verflechtung kommt es zu einer optimalen Betreuung. Mitunter spielt auch die klinisch-psychologische *Diagnostik* eine Rolle, insbesondere bei Fragestellungen, die einer differentialdiagnostischen Abklärung bedürfen. Der *psychologische Behandlungsplan* und der Erfolg der umgesetzten Maßnahmen wird in regelmäßigen *interdisziplinären Besprechungen* sowie der *psychologischen Visite* evaluiert.

### **Beitrag zum Kongress**

Wir möchten in unserem Case-Report Einblick geben in die gängige Praxis der interdisziplinären Arbeit. Neben den Ausführungen zur Umsetzung des Langenloiser Modells erfolgt auch die Demonstration eines Best-Practice-Beispiels, sowie das Aufzeigen der Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Lebendige Geriatrie verstehen wir als kooperatives Projekt; Die „Erfindung des Alters“ kann nur miteinander gelingen. In diesem Kontext ist es wünschenswert, dass die immer noch existierenden Vorbehalte zwischen den Disziplinen im Sinne gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung der jeweiligen fachlichen Beiträge zur ganzheitlichen und professionellen Betreuung pflegebedürftiger Menschen und in der gemeinsamen Umsetzung des Langenloiser Modells nachhaltig abgebaut werden könnten – dafür möchten wir uns mit unserem Beitrag einsetzen.

## **Dementia services in the Danube region - A comparative analysis of supply and demand**

*Schober, Christian (Wirtschaftsuniversität Wien NPO Kompetenzzentrum, Wien, AUT); Beeck, Constanze (Wirtschaftsuniversität Wien NPO Kompetenzzentrum, Wien, AUT)*

As a consequence of demographic change, dementia is a major societal challenge in Danubian countries. Prevalence rates among people aged 60 years and over range from 5 % in Bulgaria, Slovakia, and Romania to 7 % and above in Austria, Germany, and Ukraine (E. Stefanova, T. Pekmezovic, D. Nalic, V. S. Kostic 2004; OECD 2012). Due to an increase in life expectancy, the number of people with dementia is predicted to rise by 50 % from 2015 to 2030 in eastern and southern Europe (A. Wimo, L. Jönsson, A. Gustavsson, Alzheimer Europe 2009). Some regions are not optimally prepared for this growing challenge. The most frequent shortcomings include insufficient knowledge and poor cooperation among occupational groups involved in dementia care, as well as a lack of dementia-specific facilities such as day care centres.

To tackle these challenges, a better understanding of service provision in dementia related health care is necessary. Therefore, the following research question is examined: “How is the supply and demand of dementia services in the Danube region structured in the fields of diagnosis, therapy and care?” Within the Interreg project INDEED – an international and interdisciplinary project, which pursues an improvement of dementia care in the Danube region – a survey on the supply of dementia services is carried out in 14 CEE countries in October 2018.

Based on the results, a comprehensive overview of service provision and current challenges in the field of dementia is given. For the first time, a comparison of different types of service providers demonstrates how much demand is met by non-profit organisations, for-profit enterprises, social enterprises, self-employed and family caregivers. In addition, an analysis of the geographical distribution of dementia-specific services determines growing needs in certain areas of the Danube region. By means of the results, opportunities to build up services and support schemes are identified, focusing on the possible role of social entrepreneurship. By using innovative business models, social entrepreneurs primarily aim to meet social need, thus generating social value in a financially sustainable way (H. Schneider, F. Maier 2013; P. Vandor et al. 2015). Case examples like the “Dementia Dogs” or the therapeutic gaming „Retrobrain MemoreBox” show how innovative business models can have a powerful impact on the well-being of people living with dementia (E. Ógáin, K. Mountain 2015).

### **Demenzfreundliche Apotheke - ein partizipatives Forschungsprojekt**

*Heimerl, Katharina (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Plunger, Petra (Universität Wien, Wien, AUT); Pichler, Barbara (Universität Wien, Wien, AUT); Tatzler, Verena (Fachhochschule Wiener Neustadt, Wiener Neustadt, AUT); Reitingner, Elisabeth (Universität Wien, Wien, AUT)*

Hintergrund: 80% der Menschen mit Demenz leben zuhause und werden dort von Angehörigen, teilweise unterstützt von Pflegepersonen, versorgt. Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist anspruchsvoll und für die Angehörigen u.U. mit psychischen und körperlichen Belastungen verbunden.

Zielsetzung und Fragestellung: Das Projekt „Demenzfreundliche Apotheke“ beruht auf der Annahme, dass Apotheken als niederschwellig zugängliche Gesundheitseinrichtungen potentiell eine erste Anlaufstelle für Personen sind, die Unterstützung in gesundheitlichen Fragestellungen suchen. So suchen betreuende Angehörige und Menschen mit Demenz, aber auch Personen, die Anzeichen von Vergesslichkeit bemerken, Rat und Hilfe in Apotheken. Bezugnehmend auf die Prinzipien von Palliative Care und Gesundheitsförderung setzte sich das Projekt zum Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer betreuenden Angehörigen durch eine bedürfnisgerechte Versorgung zu fördern.

Maßnahmen und Ergebnisse: Das Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik der IFF Wien/Universität Klagenfurt hat gemeinsam mit der Österreichischen Apothekerkammer und der Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria in Wien und Niederösterreich ein partizipativ angelegtes Forschungsprojekt als Pilot durchgeführt. Dieses wurde vom Fonds Gesundes Österreich FGÖ, von der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und vom Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) gefördert. In öffentlichen Apotheken als niederschwellig zugänglichen Gesundheitseinrichtungen konnten Wissen und Handlungskompetenzen von MitarbeiterInnen zu den Themen Demenz, person-zentrierte Kommunikation mit Menschen mit Demenz und zur Vernetzung mit Beratungs- und Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gestärkt werden. Darüber hinaus wurde das Thema Demenz durch Maßnahmen im regionalen Setting enttabuisiert. Die gemeinsam mit den ProjektpartnerInnen erarbeiteten Maßnahmen beruhen auf dem Ansatz der partizipativen Forschung, in dessen Zentrum das zyklische Arbeiten in wiederkehrenden Schleifen von Aktion und Reflexion steht. Das Pilotprojekt wurde in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Salzburg umgesetzt und laufend evaluiert. Eine Toolbox wurde entwickelt und ein Netzwerk als Maßnahme der Nachhaltigkeit gegründet.

## **Der Grazer Bratapfeltest- GRABAT - Die Entwicklung und Evaluierung eines Geruchsschwellentests für geriatrische Patienten**

*Sturtzel, Baerbel (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT); Gunzer, Wolfgang (FH JOANNEUM GmbH, Institut Diätologie, Bad Gleichenberg, AUT); Zettl-Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT); Aufschnaiter, Anna-Lena (FH JOANNEUM GmbH, Institut für Diätologie, Bad Gleichenberg, AUT); Pilz, Rene (FH JOANNEUM GmbH, Bad Gleichenberg, AUT); Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT)*

Hintergrund: Bei geriatrischen Patienten ist die Geruchswahrnehmung oftmals eingeschränkt. Der Appetit sowie Lebensqualität können darunter leiden. Um die Geruchswahrnehmung trainieren und den angestrebten Erfolg messen zu können, werden geeignete Geruchsschwellentests benötigt. Da bereits bestehenden Geruchstests zu komplex, zu kostspielig oder zu zeitaufwendig sind, um im geriatrisch-klinischen Alltag bestehen zu können, wurde an der FH JOANNEUM, Institut Diätologie gemeinsam mit dem Haus der Barmherzigkeit der Grazer Bratapfeltest- GRABAT- zur Bestimmung der Geruchsschwelle entwickelt. Um seine Einsatzfähigkeit zu überprüfen wurde dieser Test mit einem bereits etablierten, validierten Test (Sniffin-Sticks-Geruchsschwellentest) verglichen.

Fragestellung: Ist bezüglich der Geruchsschwelle die Aussagekraft des GRABAT genauso valid wie die Aussagekraft des geläufigen, validierten Sniffin'-Sticks-Geruchsschwellentest.

Studiendesign: Pilotstudie

Probanden: 105 MitarbeiterInnen der geriatrischen Krankenhäuser „Seeböckgasse“ und „Tokiostraße“ der Institution „Haus der Barmherzigkeit“ (79% weiblich/21 % männlich) mit einem mittleren Alter von 39,4 ( $\pm 11,47$ ) Jahren und 74 MitarbeiterInnen und Studierende der FH JOANNEUM (85% weiblich/ 15% männlich) mit einem mittleren Alter von 32,5 ( $\pm 11,2$ ) Jahren nahmen an der Untersuchung teil. Der Anteil an RaucherInnen innerhalb der Stichprobe betrug 23% im Haus der Barmherzigkeit und 13% in der FH JOANNEUM.

Methode: Die durchführenden Testerinnen wurden geschult. Getestet wurde in einem geruchsneutralen Raum. Der Sniffin'-Stick-Geruchsschwellentest wurde anhand vom standardisierten Protokoll der Herstellerfirma (Burghardt Medizintechnik) und der GRABAT gemäß einer erarbeiteten standardisierten Instruktion der FH JOANNEUM und Haus der Barmherzigkeit durchgeführt.

Ergebnis: Bei den ProbandInnen, die nicht rauchten, konnte eine signifikante Korrelation zwischen der Geruchsschwelle beim Grabat und dem Sniffin-Sticks-Geruchstest ( $p < 0.037$ ) gezeigt werden.

Schlussfolgerung: Der Raucherstatus scheint die Vergleichbarkeit von Geruchsschwellen zu beeinflussen. Bei Nichtrauchern findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Geruchsschwellentests Grabat und Sniffin-Test. Es erscheint, dass der einfach durchzuführende Grabat-Test geeignet ist, die Geruchsschwelle auch bei älteren Menschen zu bestimmen. Eine Folgestudie bei geriatrischen Patienten ist bereits in Planung.

### **Der Jenga-Score – über die Entwicklung eines neuen, schnell anzuwendenden Frailty-Messinstruments**

*Rautinger, Tamara (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Sturtzel, Bärbel (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT); Zettl- Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)*

**Hintergrund:** Der Begriff Frailty ist vielschichtig und umfasst viele Merkmale, wie Krankheiten, Defizite oder Einschränkungen. Der Zuordnung von PatientInnen zu, robust –prefrail – frail kommt große therapeutische Bedeutung zu.

Jenga ist ein Geschicklichkeitsspiel bei dem zu Beginn ein komplett zusammengebauter, ‚robuster‘ Turm aus Bauklötzchen steht. Während des Spiels wird der Turm immer weiter ausgehöhlt, ‚prefrail‘ gemacht und geschwächt bis er wegen Instabilität droht zusammenzubrechen, ‚frail‘ wird und dann tatsächlich umfällt.

Der Hintergrund dieser Untersuchung war daher der Gedanke, ob man die Gebrechlichkeit eines Patienten mit dem Grad der Aushöhlung eines Jenga-Türmchens abbilden und vergleichbar machen kann.

**Fragestellung:** Können 4 Stufen, modifizierter Jenga-Türmchen als unkompliziertes Messinstrument das Frailty Stadium von PatientInnen abbilden und spiegelt sich diese Beurteilung, unter anderem in den Laborparametern und Assessments der betreuenden Berufsgruppen (Medizin, Pflege und Therapie) wieder.

**Methode und Studiendesign:** Prospektive Befragungsstudie in einer geriatrischen Langzeiteinrichtung (Haus der Barmherzigkeit, Seeböckgasse). Dem Ärzte-, Pflege- und Therapie-Team wurden vier verschiedene Abbildungen mit Jenga-Türmchen (ganzes Türmchen bis instabiles Türmchen) zur Einschätzung vom Grad der Gebrechlichkeit der Patienten vorgelegt. 233 PatientInnen wurden einem Türmchen zugewiesen. Anhand dieser Bewertungen (Einteilung) wurden die aus den routinemäßig stattfindenden Blutabnahmen bestimmten Laborparametern wie z.B. CRP, Hämoglobin (MW ( $\pm$ SD)) ... miteinander verglichen und getestet ob signifikante Unterschiede bestehen.

**Statistik:** Die Daten wurden anhand der SPSS 24.0 Software (IBM-SPSS, Inc., Chicago) analysiert. Zur Hypothesentestung wurden die unabhängigen Variablen einem nicht parametrischer Kruskal- Wallis- Test unterzogen. Ein Unterschied wurde als signifikant angesehen, wenn  $p < 0.05$ .

**Ergebnis:** PatientInnen die vom Ärzte Team dem vollständigem Jenga Türmchen zugeordnet wurden, hatten ein signifikant niedrigeres CRP (mg/ dl) (MW: 2,8; SD: +/- 4,6) als Jene mit einem wenig (MW: 4,7; SD: +/- 5,3), mittel (MW: 8,1; SD: 7,9) bzw. stark (MW:13,8; SD:10,5) lückenhaftem Türmchen.

**Schlussfolgerung:** Jenga veranschaulicht auf unkomplizierte aber zuverlässige Weise, wie frail, ein/e PatientIn ist. Jenga macht den komplexen Begriff Frailty ‚greifbarer‘.

## **Die Entdeckung des Alters - Unbegrenzte Potenzialität des Geistes und Intergenerationeller Gewinn**

*Ehret, Sonja (Institut für Gerontologie, Heidelberg, GER)*

Was ist Alter? Was ist Kindheit? Nur zwei unterschiedliche Lebensphasen in der Symmetrie des Lebenslaufs? Im Interaktionsfeld von Jung und Alt entbirgt sich, was Alter ist, sein kann: Eine eigene Lebensphase, die unabhängig von Kindheit und Erwachsenenalter existiert und einen phylogenetischen Sinn in sich trägt. Belege hierzu finden sich schon bei Piaget, C.G. Jung, Goethe, Bollnow. Die Frage ist nur, wann Alter beginnt in der Weise, wie wir es auch von der Kindheit kennen, in der sich klar definierte Entwicklungsphasen des Gehirns und strukturelle kognitive und psychosoziale Entwicklungsprozesse nachweisen lassen.

Ausgehend von einer Ordnung des Lebens anhand von Zahlengesetzen sollen einige multi- und transdisziplinäre Belege herangeführt werden, die Altern als eigene Lebensphase um das Alter 90 konzeptualisieren. Die Überwindung einer mehrere Jahre vorausgehenden Alterskrise spielt dabei eine große Rolle für den idealtypischen Verlauf.

Wem wird die Kompetenz des hohen Alters schneller sichtbar als den Jungen, die sich in entwicklungsgesetzlicher Symmetrie zu den Hochbetagten befinden. In deren Selbstreflexionen spiegelt sich Weisheit des Alters: „Ich war fasziniert und inspiriert von den vielen Wegen, in die sich der menschliche Geist entwickeln kann.“ „Präzision und Pragmatismus waren zwei Hauptmerkmale, die die gesamte Konversation mit Hochbetagten auszeichnete.“ „Viele der Werte, die in unserer Gesellschaft teilweise in Vergessenheit geraten sind, konnte ich im Dialog mit den Hochbetagten wieder hautnah erleben und es macht mich glücklich zu sehen, dass auch wir Jungen diese nicht verlernt haben.“ „Bemerkenswert fand ich die Frische der Geister, welche nach so vielen Jahren die Welt doch noch oder schon so klar durchblickten und immer wieder einen Raum für neues Wissen öffneten.“

Der Vortrag versucht dreierlei: Zum ersten Beweise für die Potenzialität des Geistes im hohen Alter anzuführen, bevorzugt durch die Methode des Dialogs. Dabei wird auch auf die Morphologie des echten Dialogs eingegangen. Zum zweiten soll gezeigt werden, dass gerade der intergenerationelle Zugang als Königsweg zu Erkenntnis und Universalien zu verstehen ist. Der dritte Aspekt geht von entwicklungspsychologischen Aspekten aus und widmet sich der Frage, wie nun diese ontogenetischen und phylogenetischen Gewinne dem Gemeinwohl einer guten Gesellschaft von Nutzen sein können.

**Die MINT Studie - eine Mikronährstoff-Intervention- mit nährstoffreichen Lebensmitteln in traditionellen Gerichten Kann dadurch die Anämie Häufigkeit von geriatrischen Patienten verbessert werden?**

*Baerbel, Sturtzel (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT); Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT)*

**Hintergrund:** Anämie kommt bei geriatrischen Patienten gehäuft vor. Neben einer chronischen Inflammation werden auch Nährstoffdefizite und Mangelernährung mit dem Entstehen einer Anämie in Verbindung gebracht.

Alte Menschen essen oftmals wenig. Zudem treffen sie oft eine nicht geeignete Lebensmittelauswahl um Nährstoffdefizite zu vermeiden und eine Mangelernährung ist somit vorprogrammiert. Um dies zu vermeiden sollte alten Menschen die Nahrung angeboten werden, die sie gerne essen und ihren Ernährungsgewohnheiten entspricht.

**Fragestellung:** Kann durch das vermehrte Angebot von traditionellen Gerichten mit nährstoffreichen Lebensmitteln auf dem Speisplan einer geriatrischen Institution die Anämie Häufigkeit von geriatrischen Patienten verbessert werden.

**Methode und Studiendesign:** Prospektive Interventionsstudie (EK-13-043-0513). Für die Dauer von sechs Monaten wurden im Speisplan einer geriatrischen Institution gehäuft Gerichte mit protein- und eisenreichen Lebensmitteln (Blunzngröstl, Leberknödelsuppe, Linsenaufstrich, Glacierte Leber etc.) angeboten. Die Patienten konnten selbst zwischen diesem oder einem alternativen Angebot auswählen. 97 Patienten mit einem mittleren Alter von 84.8 ( $\pm$ SD 7.91) und einem GNRI (Geriatric Nutritional Risk Index) von 93.5 ( $SD \pm 6.31$ ) gaben ihr Einverständnis zur Evaluierung ihrer Daten. 86% der Patienten waren Frauen und 14% Männer. Zu Beginn (Monat 1) und am Ende (Monat 6) wurden 2-tägige Wiegeprotokolle durchgeführt und die Labordaten aus den routinemäßigen durchgeführten Ernährungs-Assessments dokumentiert.

**Ergebnis:** Während des Interventionszeitraumes verbesserte sich die Energie-, Protein- und Eisenaufnahme der Patienten signifikant. Die Anämie Häufigkeit sank von 29% (n=28) auf 19% (n=19). Bei den anämischen Patienten konnte die Hämoglobin-, die Albumin- und die Gesamteiweißkonzentration signifikant verbessert werden. Bei den Eisenabhängigen Parametern (Eisen im Blut, Transferrin, Transferrin Prozent und Ferritin) zeigten sich keine Unterschiede.

**Schlussfolgerung:** Gerichte mit Lebensmitteln die reich an Protein und Eisen sind und den Ernährungsgewohnheiten von geriatrischen Patienten entsprechen sind dazu geeignet die Anämie Häufigkeit bei geriatrischen Patienten zu verbessern.

## **Die soziale Konstruktion des Alters und ihre Messung**

Künemund, Harald (Universität Vechta, Vechta, GER)

Menschliches Alter ist eine soziale Konstruktion, bei dessen Bestimmung soziale, psychische und biologische Veränderungen in ein Verhältnis zu den Bewegungen der Himmelskörper gesetzt werden. Die Unangemessenheit dieser Messlatte wird deutlich, wenn man auf den Entstehungszusammenhang der Messinstrumente blickt. Der Kalender und auch das Konzept der Zeit selbst sind über sehr viele Generationen hinweg (weiter-)entwickelt worden, um soziale Interaktionen koordinieren zu können (Elias 1984). Dabei hat man sich zunächst an beobachtbaren Veränderungen in der Umwelt – Tag und Nacht, Ebbe und Flut, Wechsel der Jahreszeiten usw. – orientiert. Erst relativ spät in der Menschheitsgeschichte gelang es, einen Kalender so zu konstruieren, dass er mit diesen wahrnehmbaren Veränderungen weitgehend übereinstimmte, und mit der mechanischen Uhr mit Hemmung ein standardisiertes Messinstrument für die Zeit zu entwickeln, dass den früheren Wasser-, Sand- und Kerzenuhren usw. im Hinblick auf die präzise Koordination von sozialen Interaktionen überlegen war (Wendorff 1980). Bei der Entwicklung dieser Messinstrumente stand aber nie die Bestimmung des biologischen, psychologischen oder sozialen Alters von Menschen im Zentrum des Interesses. Insofern überrascht die breite Verwendung dieses Messinstruments – die Anwendung eines für diese Prozesse unzuverlässigen und somit nicht validen Messinstruments birgt einige Risiken. Der Beitrag verweist exemplarisch auf solche Risiken (Altersgrenzen, Biomarker des Alterns; vgl. auch Künemund 2015 und Künemund/Vogel 2018) und fragt nach alternativen Denkmöglichkeiten.

### Literatur

Elias N (1984) Über die Zeit. Arbeiten zur Wissenssoziologie II. Suhrkamp, Frankfurt

Künemund H (2014): Soziologische Perspektiven. In: Schumpelick V, Vogel B (Hrsg.): Demographischer Wandel und Gesundheit. Herder, Freiburg, 189-206

Künemund H, Vogel C (2018) Altersgrenzen – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Beendigung von Erwerbsarbeit und Ehrenamt. In: Scherger S, Vogel C (Hrsg.): Arbeit im Alter. Springer VS, Wiesbaden, 75-98

Wendorff R (1980) Zeit und Kultur. Geschichte des Zeitbewußtseins in Europa. Westdeutscher Verlag, Opladen

## **Doing Age – Doing Place**

Smetazko, Geraldine (KWP, 1090, AUT)

In der Entwicklung einer Wohneinrichtung, in der individuelle Alterskonzepte gelebt werden können, ist die bewusste Wahrnehmung der Differenz zwischen Alt und Jung wesentlich. Menschen jeden Alters performieren und inszenieren das ihre laufend: „Doing Age“ (1). Dieselben Kategorien von Performance und Inszenierung treffen auch auf Raum zu (2). So gibt es eine grundlegende Zuschreibung aufgrund inhärenter Merkmale, jedoch auch eine codierte Befüllung und Bespielung dieses Raumes. Man kann demnach auch von einer Produktion oder Konstruktion von Raum, einem „Doing Place“ sprechen. Der Raum im Pensionisten-Wohnhaus muss als Zuhause der Bewohner\*innen deren besonderen Anforderungen genügen und sie bestmöglich unterstützen. Im KWP gibt es daher einen eigenen Bereich, der sich mit bewohner\*innenzentrierten Fragestellungen zu Bau und Infrastruktur auseinandersetzt.

### **Fragestellung**

Welche raumgestalterischen und baulichen Maßnahmen gewährleisten eine hohe Wohn- und damit Lebensqualität für die Bewohner\*innen?

### **Methode**

Laufende Fachliteratur-Recherche, Beobachtung von Bewohner\*innen durch Fachexpert\*innen sowie Befragung einer Fokusgruppe (>79 Jahre) zeigen, wie entsprechende bauliche Gegebenheiten zur kontinuierlichen Verbesserung der Wohnqualität beitragen.

### **Ergebnisse**

Mittels technischer und baulicher Maßnahmen konnte ein zentraler Beitrag zur einfacheren Orientierung, Verhinderung von Unfällen, Vereinfachung des täglichen Lebens, Unterstützung bei dementiellen Erkrankungen, Erhöhung der Mobilität, Minderung von Isolation und Steigerung der allgemeinen Wohnqualität von Bewohner\*innen geleistet werden

### **Resümee**

Mit laufender Optimierung und Flexibilität im Raumdenken trägt das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser maßgeblich dazu bei, Wohnen für die Bewohner\*innen hochqualitativ und individuell erlebbar zu machen.

### **Schlagwörter**

Seniorenwohnen, Betreutes Wohnen, Barrierefreiheit, Alterswohnekonzepte

### **Literatur**

1. Schroeter, Klaus R.: Korporales Kapital und korporale Performanzen im Alter. Der alternde Körper im Fokus von "consumer culture" und Biopolitik. In: Rehberg, Karl-Siegbert; Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hg.): Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2008. S. 961-973.
2. Fischer-Lichte, Erika: Theatralität und Inszenierung. In: Dies.; Pflug, Isabel (Hg.): Inszenierung von Authentizität. Tübingen, Basel: Francke, 2000. S. 11-27.

## **Entwicklung und Evaluierung eines computergestützten und physiotherapiebasierten Trainingsprogramms für ältere Menschen**

*Oppenauer, Claudia (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT); Kropf, Johannes (Austrian Institute of Technology, Wr. Neustadt, AUT); Heller, Mario (Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten, AUT); Lampel, Kerstin (Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten, AUT); Sandner, Emanuel (Austrian Institute of Technology, Wr. Neustadt, AUT); Kumpf, Andreas (WPU GmbH, Baden, AUT); Stamm, Tanja (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT)*

**Hintergrund:** Körperliche Aktivität und Fitness sind wesentliche protektive Faktoren für ein gesundes Altern und eine hohe Lebensqualität. Ältere Menschen, die regelmäßig körperlich aktiv sind, haben ein geringeres Risiko zu stürzen und leben länger selbstständig zu Hause. Digitale Technologien haben das Potential, körperliche Trainingsprogramme an die Bedürfnisse älterer Personen anzupassen und bieten zudem die Möglichkeit, selbstständig in den eigenen vier Wänden zu trainieren. Direkte Trainingsrückmeldungen und die Anwendung spieltypischer Elemente (Gamification) können die Trainingsmotivation und Bereitschaft steigern, regelmäßiger zu trainieren. Im Rahmen des von der FFG geförderten Forschungsprojekts „Train and Win“ wurde in Kooperation mit PhysiotherapeutInnen ein Prototyp für ein Heimtrainingsprogramm für ältere Menschen unter Einbindung des eigenen TV-Gerätes und einer Microsoft-Kinect-Tiefenkamera für die Bewegungsanalyse entwickelt. Ziel der Studie war es einen benutzerfreundlichen Prototypen zu entwickeln und, die körperliche Fitness sowie Lebensqualität der TeilnehmerInnen zu erhöhen.

**Methoden:** Insgesamt nahmen 35 ältere Personen an der Longitudinalstudie teil. Die körperliche Fitness sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Daten wurden zu drei Testzeitpunkten anhand objektiver Messverfahren (Grip Strength Messung, Short Physical Performance Battery) bzw. subjektiver Fragebögen (Gesundheitsverhalten, Lebensqualität, Sturzrisiko) erhoben. Während der gesamten Studie (jeweils 8-wöchige Kontroll- und Testphase) wurde die körperliche Aktivität mittels Schrittzählmessung erfasst. Außerdem wurde am Ende der Studie die Benutzerfreundlichkeit des Trainingsprogramms erfragt.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich, dass die körperliche Fitness und Lebensqualität der inkludierten TeilnehmerInnen bereits zu Beginn höher waren als bei vergleichbaren Datensätzen von älteren Personen. Insgesamt konnten keine Veränderungen über den Verlauf beobachtet werden. Die Benutzerfreundlichkeit des Trainingsprogramms wurde als gut eingeschätzt.

**Diskussion:** Die hohe Teilnahmebereitschaft und Trainingsmotivation der TeilnehmerInnen waren entscheidende Kriterien, um einen erfolgreichen Prototypen entwickeln zu können. Für die wissenschaftliche Evaluierung von Veränderungen der körperlichen Fitness und gesundheitsbezogenen Einstellungen stellten diese Eigenschaften der Stichprobe Limitationen der Studie dar.

## **Ernährungsrelevante Probleme in der häuslichen Pflege - Eine Erhebung zum Weiterbildungsbedarf von pflegenden Angehörigen**

*Marterer, Teresa (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Pail, Elisabeth (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Gmeindl-Tscherner, Daniela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT); Hatz, Manuela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT)*

### Zielsetzung & Forschungsdesign

Gemäß österreichischem Pflegevorsorgebericht werden ca. 80 % der Pflegebedürftigen durch Familie bzw. Angehörige in verschiedenen Pflegesettings betreut (1). Das aktuelle Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für pflegende Angehörige ist generell bzw. im Bereich Ernährung sehr begrenzt vorhanden und stark von regionalen Wohltätigkeitsorganisationen abhängig (2, 3, 4). Zudem bestehen inhaltlich als auch in Bezug auf die zeitliche, örtliche und didaktische Umsetzung große Unterschiede (5). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den aktuellen Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Ernährung für pflegende Angehörige geriatrischer Menschen im ländlichen Raum der Südoststeiermark zu erheben.

### Material und Methoden

Die Fragebogenerhebung (Paper-Pencil-Methode) wurde unter pflegenden Angehörigen (n=23) und qualifizierten Pflegefachkräften mobiler Pflegedienste (n=42) in den Bezirken Weiz, Südoststeiermark, Hartberg-Fürstenfeld und Graz-Umgebung im Zeitraum von 19. April bis 15. Mai 2018 durchgeführt.

### Ergebnisse

Im informellen Pflegealltag treten zahlreiche ernährungsassoziierte Problemstellungen in unterschiedlicher Häufigkeit bzw. Regelmäßigkeit auf. Pflegende Angehörige benannten im Schnitt nur knapp halb so viele ernährungsassoziierte Probleme (MW=3,91) wie die mobilen Pflegefachkräfte (MW=8,57). 88 % der Pflegefachkräfte erachten eine Schulung für Angehörige als notwendig (55 % „ja“, 33 % „eher ja“). Dadurch wird die Relevanz von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ernährungstherapeutischen Handlungsmöglichkeiten im häuslichen Pflegeumfeld verdeutlicht. In Bezug auf die organisatorischen Bedingungen spielen ein Durchführungsort in naher bzw. unmittelbarer Umgebung zum Wohn-/Betreuungsort sowie ein geringer Zeitaufwand eine große Rolle für die pflegenden Angehörigen.

### Conclusio

Die Ergebnisse machen den Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für pflegende Angehörige im Bereich Ernährung deutlich. Die informelle Pflege ist für Diätologen und Diätologinnen ein noch unerschlossenes Tätigkeitsfeld. Fachkundige Ernährungsinterventionen spielen jedoch besonders hinsichtlich der Kompetenz- und Qualitätssteigerung im häuslichen Pflegeumfeld sowie einer nachhaltigen Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle. Das dafür erforderliche gesellschaftliche und politische Bewusstsein gilt es künftig zu stärken.

### **Evaluation of uv-induced actinic (solar) elastosis of the skin**

*Kopera, Daisy (MedUni Graz, Graz, AUT); Riegler, Margaretha Johanna (MedUniGraz, Graz, AUT); Mannweiler, Sebastian (MedUniGraz, Graz, AUT)*

Background: Skin aging occurs with time chronologically (intrinsic aging). Cumulative external factors contribute to skin aging accelerating the change of texture represented by decrease in elasticity and developing a leathery appearance showing wrinkles and rhytides. The most impressive change in the histological appearance of uv-damaged skin is „clumping“ of elastic fibres in upper dermal layers, so called actinic elastosis. Objective: This clinical study aims to prove that UV-light represents the essential external influence on skin aging by examination of skin biopsies from uv-exposed skin areas versus non-uv-exposed areas. Material and Methods: Biopsies were taken from the neck (uv-exposed) and the buttocks (non-uv-exposed) of eleven under 25-year-old and 30 over 80year-old corpses within a day after death. In histological slides dermal thickness and presence of elastosis were measured and compared. Histopathological examination of HE and Elastica-vanGiesson-stained slides was performed measuring dermal thickness and using a new metric score for graduation of actinic elastosis (RiKoMa-score). Results: We found statistically significant more actinic elastosis in the skin of the necks of over-80-year-olds compared to their buttocks and the skin of under 25-year old skin wether uv-exposed or not.

Discussion: This result paves the way for fundamental discussion on the added value of preventive actions against visible signs of aging skin like wrinkles and rhytides by application of various kinds of uv-protection to exposed skin from early age on.

## **G-For-J „Geriatrics for Juniors“**

Müller-Eggenberger, Eva (KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, AUT)

### Hintergrund

Insbesondere junge Professionelle in medizinischen und pflegerischen Berufen sehen sich zunehmend mit einer wachsenden Anzahl an betagten und hochbetagten PatientInnen. Gerade am Anfang einer Karriere in den Gesundheitsberufen scheint eine Wissens- Erfahrungs- und Kompetenzgenerierung im Bereich geriatrischer Themenkreise als unabdingbar für gelingendes pflegerisches und ärztliches Handeln im Umgang mit alten Menschen.

### Ziele

Ziel ist es, die Versorgungsqualität von hochbetagten PatientInnen zu verbessern und jungen KollegInnen geriatrisches und gerontologisches Basiswissen für Ihren klinischen Alltag im Sinne integrierter Nachwuchsförderung zu vermitteln.

### Methoden

G-For-J „Geriatrics for Juniors“ ist eine aus England kommende Fortbildungsinitiative die aktuell mit Unterstützung mehrerer Fachgesellschaften auf europäischer Ebene erstmals in Österreich disseminiert werden soll. Konkret wird jungen ÄrztInnen in der Ausbildung - sowie dem interdisziplinären Charakter der Geriatrie entsprechend - in Ausbildung befindlichen Pflegenden ein „Ein Tages Hands- on Workshop“ über die Kernthemen der Geriatrie angeboten. Der Charakter der Veranstaltung ist multiprofessionell, interaktiv und in der Zusammenstellung der didaktischen Methoden kreativ erlebensorientiert gestaltet. So können die Teilnehmenden am Nachmittag einen Geroparcour in Kleingruppen durchlaufen. Damit soll vermittelt werden, was die moderne Geriatrie täglich für und mit den hochbetagten PatientInnen leistet. Die Teilnahme ist kostenfrei. Kinderbetreuung und Verköstigung sind inkludiert. Die Veranstaltung ist über die Österreichische Ärztekammer DFP zertifiziert und wird mittels Begleitforschung in ihrer Effektivität evaluiert.

### Ergebnis

Die Veranstaltung wird an initial voraussichtlich zwei Standorten in Österreich im Frühling 2019 erstmals angeboten werden (Klinikum Klagenfurt am Haus der Geriatrie, Kärnten und an der Medizinischen Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Steiermark). Die Veranstaltung wird mittels Online Fragebogen evaluiert werden.

### Diskussion

Durch den Hands- on Charakter der Veranstaltung soll vermittelt werden, was die moderne Geriatrie täglich für und mit den hochbetagten PatientInnen leistet. Die Veranstaltung sieht sich auch als Möglichkeit der Eröffnung von Karrierechancen in der Geriatrie.

## **Gut unterwegs mit Demenz - Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts**

*Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Pichler, Barbara (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Egger, Barbara (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Knoll, Bente (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT); Hofleitner, Birgit (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT); Renkin, Agnes (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT); Heimerl, Katharina (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Plunger, Petra (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)*

### Hintergrund

Außerhäusliche Mobilität von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen ist eine wichtige Voraussetzung für soziale Teilhabe. Oftmals kommt es bei von Demenz Betroffenen und ihren betreuenden Angehörigen jedoch zu einem sozialen Rückzug. Eine Vielfalt von Unterstützungsmaßnahmen ist notwendig, um das Unterwegssein im öffentlichen Raum und in öffentlichen Verkehrsmitteln zu erhalten. Besondere Herausforderungen ergeben sich im großstädtischen Raum, auf den das Projekt fokussiert.

### Fragestellungen und Zielsetzungen

Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen: Welche Faktoren ermöglichen es Menschen mit Demenz, weiterhin außer Haus unterwegs zu sein? Welche Strategien entwickeln Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen für außerhäusliche Mobilität? Darauf aufbauend setzte sich das Projektteam das Ziel, Empfehlungen für unterschiedliche Stakeholder zu formulieren: Öffentliche Verkehrsunternehmen, Stadtplaner\_innen und Soziale Dienste.

### Methodischer Zugang

Im Rahmen eines partizipativen Forschungsdesigns führten wir 24 narrative Interviews mit Menschen mit Demenz und 15 Begehungsstudien durch. Darüber hinaus erfolgten 15 Usability Tests mit ausgewählten technischen Hilfsmitteln. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurden insgesamt 4 validierende Fokusgruppen mit Expert\_innen sowie von Demenz Betroffenen organisiert, in denen auch Empfehlungen diskutiert wurden. Datenanalyse erfolgte sowohl mittels der dokumentarischen Methode als auch inhaltsanalytisch.

### Ergebnisse

Um öffentlichen Raum und öffentliche Verkehrsmittel demenzfreundlich zu gestalten, braucht es sehr unterschiedliche Beteiligte und Gruppen. Die Analyse der narrativen Interviews ergab eine Typologie, in der eine stärkere „soziale Orientierung“ von einer stärker „individuellen Orientierung“ unterschieden werden kann. Auch die Strategien des Unterwegs-Seins ergaben ein vielfältiges Bild. Wichtig erscheint vor allem auch, dass ein soziales Verständnis von Demenz hilfreich im Alltag ist und Begleitung in manchen Situationen notwendig wird.

### Diskussion und Empfehlungen

Die spezifischen Anforderungen an barrierefreie Gestaltung von öffentlichem Raum und öffentlichen Verkehrsmitteln für Menschen mit Demenz erfordern ein ganzheitliches Verständnis von Demenz. Viele Betroffene leben aufgrund des höheren Alters mit unterschiedlichen Erkrankungen und es braucht daher sowohl alters- als auch demenzfreundliche Anpassungen.

Projektförderung durch die Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft (FFG)

## **L'âge révolté – Das Alter zwischen Erfindung und Abschaffung**

Stronegger, Willibald J. (Institut für Sozialmedizin u. Epidemiologie, Med. Univ. Graz, Graz, AUT)

Sichtbar zu altern oder die Attribute des Altseins aufzuweisen ist heute so etwas wie schlechtes Benehmen. Es gehört sich nicht. Tritt es dennoch ein, wurde etwas versäumt, muss der/die Betroffene sich rechtfertigen für seinen/ihren Zustand. Gefordert wird „ein Paradigmenwechsel hin zu längeren Tätigkeitsbiografien in allen Lebensbereichen“, um den „Herausforderungen auf dem Weg in eine Tätigkeitsgesellschaft, in der Menschen auch im fortgeschrittenen Alter ihre Potenziale entfalten und eine aktive Rolle in Wirtschaft und Gesellschaft wahrnehmen können, gerecht zu werden (Prager & Schleiter, 2010). Das Alter erscheint als bislang unzureichend genützter Lebensraum, der für die optimierte individuelle und gesellschaftliche Nutzung seiner Ressourcen erst noch erobert werden muss. Altern und Alter werden so zu einer Frage der Moral, sie sind zu verantworten. Aber welcher Moral? Wer hat die neue Moral des Alters erfunden, was ist ihre Grundlage?

Albert Camus' „Mensch in der Revolte“ (L'Homme révolté, 1951) ist „ein Mensch, der nein sagt“, aber er ist „auch ein Mensch, der ja sagt aus erster Regung heraus“. Eine vergleichbare Haltung scheint in den westlichen Gesellschaften für das Alter zu gelten: Es sagt nein zu sich,

denn diese Gesellschaften der Revolution setzen „eine Verneinung und eine Gewissheit voraus: die Gewissheit der unendlichen Formbarkeit des Menschen und die Verneinung der menschlichen Natur“. Aber der Mensch der Revolte (nicht der Revolution!) sagt auch ja aus der Weigerung heraus, „als Ding behandelt und auf die bloße Geschichte zurückgeführt zu werden“: Er setzt der Geschichte eine Grenze und bekräftigt eine allen Menschen gemeinsame Natur. An dieser Grenze steigt das Versprechen eines Werts, die „dunkle Gewissheit eines guten Rechts“, auf: *l'âge révolté*.

Eine „Erfindung“ des Alters oder exakter gesprochen von Altersbildern und ihrer Wertungen geschieht immer auf der Grundlage von Wissensformen. Eine Betrachtung von Altersbildern sollte bei einer Reflexion der gesellschaftlich wirksamen Wissensformen ansetzen, welche den Diskursen über Alter und Altern zugrunde liegen. Ausgehend von den grundlegenden Wissensformen bei Max Scheler vergleichen wir an drei Beispielen drei unterschiedliche Zugänge zum Alter, mit einem Schwerpunkt auf dem heutigen Altersdiskurs.

## **Literary Gerontology: Understanding Aging as a Lifelong Process through Cultural Representation**

*Kriebernegg, Ulla (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT)*

With the narrative turn, film and fiction have been functionalized by gerontologists to achieve a better understanding of growing old. Literary texts have been included in textbooks for students of sociology, nursing, or medicine in order to bring, as Cole, Carlin, and Carson (2014) put it, 'humanities to students in order to evoke the humanity of students.' Yet gerontologists have been hesitant to acknowledge the relevance of the study of film and fiction as a method in interdisciplinary gerontological collaboration.

In this paper, I will focus on the specific contribution humanities scholars can make to an interdisciplinary and collaborative gerontology: I will discuss how a critical analysis of fictional representations of the life course can contribute to a better understanding of the aging process. Because literary gerontology does not focus on why we grow older, but on what growing older means culturally, socially, and politically, it can contribute to fostering productive interdisciplinary dialogue on how aging as a lifelong process is understood and experienced.

## **Menschen mit Demenz im öffentlichen Verkehr**

*Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Egger, Barbara (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Knoll, Bente (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT); Heimerl, Katharina (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT); Hellmer, Silvia (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)*

### Hintergrund

Mobilität von Menschen mit Demenz ist eine wichtige Voraussetzung für soziale Teilhabe. Diese ist in der österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ ein zentrales Ziel. Insbesondere für öffentliche Verkehrsunternehmen in ganz Österreich ergeben sich daraus neue Anforderungen.

### Fragestellen und Zielsetzungen

Der Frage danach, wie außerhäusliche Mobilität durch soziale, organisationale und technische Umwelten – insbesondere durch öffentliche Verkehrsunternehmen - so gestaltet werden kann, dass ein selbständiges Unterwegs sein von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen so lange wie möglich unterstützt werden kann, kommt in diesem Kontext hohe Bedeutung zu.

### Methodischer Zugang

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsdesigns führten wir 4 Fokusgruppen mit Mitarbeitenden aus Verkehrsbetrieben, 3 Fokusgruppen mit Angehörigen und 3 Interviews mit von Demenz betroffenen Personen durch. Die Erhebungen erfolgten in Kärnten, Niederösterreich und Salzburg sowie einer bundesländerübergreifenden Fokusgruppe. Die Datenanalyse wurde inhaltsanalytisch durchgeführt.

### Ergebnisse

Auf Basis der Erzählungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Unternehmen des öffentlichen Verkehrs, Angehörigen und Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen konnten folgende Themenschwerpunkte identifiziert werden: (0) Erkennen von Menschen mit Demenz (1) „Am Schalter“ und beim Fahrkartenautomat (2) Schwierigkeiten beim Ein- und Aussteigen (3) Unterwegs mit dem Bus (4) Unterwegs mit dem Zug (5) Ohne Fahrschein oder Geld (6) Haltestellen oder Ausstiegsstelle suchen (7) Sicherheit für Menschen mit Demenz und alle Beteiligten (8) Coping Strategien.

### Diskussion und Empfehlungen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von öffentlichen Verkehrsunternehmen verfügen über zahlreiche Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz. Sie können dazu beitragen, dass Betroffene so lange wie möglich in ihrer außerhäuslichen Mobilität unterstützt und gefördert werden. Dadurch kann auch die weitere Sensibilisierung der gesamten Bevölkerung für das Thema Demenz erhöht werden.

Projektförderung durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (ehemals BM für Gesundheit und Frauen und BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)

### **Mobilitätsfördernde Pflege im Pflegeheim - Welche Kompetenz benötigen Pflegendende?**

*Gattinger, Heidrun (Institute of Applied Nursing Science FHS St.Gallen, St. Gallen, CHE); Senn, Beate (Institute of Applied Nursing Science FHS St.Gallen, St. Gallen, CHE); Leino-Kilpi, Helena (University of Turku, Faculty of Medicine, Department of Nursing Science, Turku)*

The majority of care-dependent persons living in nursing homes have mobility impairment which negatively affects the physical and social aspects of the persons' lives. Limited mobility also frequently leads to an increasing loss of autonomy and influences care-dependent persons' general wellbeing. Nursing staff are in a key position to provide mobility enhancing strategies while supporting care-dependent persons with their daily activities. Therefore, nursing staff requires competence (knowledge, skills and appropriate attitude). The comprehensive training approach Kinaesthetics aims to develop this competence.

This study aimed to assess the self-reported and observed competence of nursing home staff in mobility care based on Kinaesthetics.

A cross-sectional study design involving a survey and an observational study was employed in three Swiss nursing homes. Survey data were collected using the Kinaesthetics Competence Self-Evaluation (KCSE) scale (sum score from 4 to 16). For the observational study, data were collected with a video camera and rated using the Kinaesthetics Competence Observation (KCO) instrument (sum score from 4 to 16). Data were analysed using descriptive statistics, correlation methods and a generalized linear model.

From the nursing staff asked to participate in the survey (n=214), 180 returned the questionnaire (84.1%). The majority of survey participants indicated their competence in mobility care as very good (mean sum score 13, SD 1.44). In the observational study 40 nursing staff members were included. The observed competence of nursing staff was good (mean score 10.8, SD 2.44). Positive correlations were found between self-reported or observed competence in mobility care and employment rate, work experience in nursing home care and Kinaesthetics training.

The assessment of nursing staffs' competence in mobility care is an efficient way to determine areas that require further attention and training. Based on this assessment, the nurse management can take action regarding attitude and dynamic state in mobility care while Kinaesthetics trainers can tailor the content of training courses to increase skills in mobility care. Since the self-assessment is subjective and "blind spots" may prevent nursing staff members from accurately reporting their strengths and areas for growth, the observation method should be used alongside the self-evaluation.

## **Smart Companion – Evaluierung eines Sprachinteraktions-Prototypen für ältere Personen**

*Jesenko, Max (Haus der Barmherzigkeit, Wien, ST, AUT)*

### **Problemstellung**

Aufgrund von Alterung der Gesellschaft wird die Verbesserung der Pflegemethoden für ältere Personen immer wichtiger. Forschung im Bereich Ambient Assisted Living (AAL) zeigt das Potential der Nutzung von digitalen Technologien zur Erleichterung der Pflege durch die Bereitstellung smarter Assistenzsysteme auf.

Intelligente technische Systeme wie Sprachassistenten, Smart TVs, Haushaltsroboter oder Wearables können uns dabei helfen, Aufgaben schneller und bequemer durchzuführen. Aus diesem Grund verbreiten sie sich zunehmend in unserem Lebensraum. Beispielsweise besitzen laut einer Umfrage bereits 32% der AmerikanerInnen einen smarten Lautsprecher.

Diese Geräte könnten älteren Personen einen großen Nutzen bieten. Allerdings stellen intelligente Geräte wie Sprachassistenten und Roboter gerade für ältere Generationen in Hinblick auf Interaktion und Kommunikation eine Herausforderung dar.

Das Smart Companion Konzept setzt sich zum Ziel, sich diesen Herausforderungen durch den Einsatz von Staubsaug-Robotern, welche unter der älteren Generation ein hohes Akzeptanz-Level besitzen, und durch die Implementierung von bidirektionaler Sprachinteraktion zur Vereinfachung von Kommunikation zwischen Mensch und Maschine zu stellen.

Das Thema wird im Rahmen einer Masterthesis im Studiengang Digital Healthcare der FH St. Pölten bearbeitet. Es wird damit ein Sondierungsprojekt der FH St. Pölten aufgegriffen.

Im Vortrag wird einerseits das geplante Gesamtkonzept von Smart Companion von Andreas Jakl, MSc (Dozent der FH St. Pölten) vorgestellt und andererseits die Ergebnisse aus der im Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße durchgeführten Studie von Max Jesenko, BSc präsentiert.

### **Hauptfragestellung**

Nehmen ältere Personen die Kommunikation mit einem assistiven Sprachinteraktionssystem als nützlich wahr?

### **Methodik**

Im Rahmen der Studie werden 5-10 BewohnerInnen des Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße als ProbandInnen rekrutiert.

Die Hauptmethode, um die Fragestellung zu beantworten, ist die Evaluation von Vorführmodellen durch die Bewertung vordefinierter Szenarien im Rahmen von Wizard of Oz (WOz) Experimenten und strukturierter Interviews mit den ProbandInnen. Obwohl das komplette Smart Companion Konzept die Kombination eines Sprachinteraktionssystems mit einem Staubsaug-Roboter vorsieht, wird aus Zeit- und Kostengründen für die Masterthesis nur ein spezifischer Prototyp des Sprachinteraktionssystems erstellt. Die Vorführmodelle werden in einem nutzerorientierten Gestaltungsprozess mit den ProbandInnen erstellt. Zusätzlich beantworten die ProbandInnen vor und nach der Beschäftigung mit den Vorführmodellen einen Fragebogen zur Einstellung gegenüber Technologie. Diese Ergebnisse bieten wertvolle Einblicke in die Nützlichkeit und Akzeptanz von Sprachassistenz-Technologien in der Zielgruppe. Damit bilden sie eine gute Basis für zukünftige Projekte im AAL-Umfeld.

### **University related geronto-education in Hungary**

*Ágnes, Bene (University of Debrecen, Debrecen, HUN); Balázs, Katalin (University of Debrecen, HUN); Móri, Mariann (University of Debrecen, HUN); Zombory, Júlia (Moholy-Nagy University of Art and Design Budapest, HUN)*

In the topic of active aging our survey began in 2017 and its result aims to reveal University related platforms of geronto-education in Hungary. Some aspects and specialties, which were reviewed, can play a role in founding and operating a Senior University as well as present new directions for the coming years to operate it in a satisfactory way.

*Results:* Hungarian universities, as the driving force of academic life, are increasingly involved in higher geronto-education. In recent years, the number of courses specifically targeted the 60+ generation (mostly 50+ are also welcomed) is growing steadily, with increasing interest among its participants. The majority of Hungarian universities have been being involved in some form of old-age education. Their role can be categorized according to varied organizational frameworks. Although in some cases donations or funds, as financial resources, can be available, generally, the contribution of participants in the presented initiatives are performed on a voluntary basis.

Universities generally treated their senior academies as CSR (Corporate Social Responsibility) activities. There is also an example that series of senior events are integrated in a research project, such as on ELTE (Eötvös Lorand University) in Budapest. A number of age-specific and practical factors need to be taken into account when creating a University for the elderly and successfully running it.

Three regional centers were identified in Hungary. In Transdanubia, the University of Pécs has been being the main catalyst in recent years. By providing the professional background they set up senior academies in four additional cities. In the capital and its surroundings, although the work of ELTE is remarkable, it is undisputed that Milton Friedman University (formerly King Zsigmond University) is the most important initiator in the field of geronto-education. Their activity inspires many other institutions across the country. Over the Tisza, which means East part of Hungary, the University of Debrecen provides the professional background and its Faculty of Health is leading the geronto-education.

Our research revealed that in the interest of older education, new co-operations emerge with the participation of higher education institutions, local governments, civil society and the various sectors of the business sector. The assurance of sustainability at these bottom-up initiatives means a constant challenge for the organizers.



„SUPPORTED BY THE ÚNKP-18-3 NEW NATIONAL EXCELLENCE PROGRAM OF THE MINISTRY OF HUMAN CAPACITIES”

**Virtual Trip – Entwicklung einer Applikation für Virtual Reality Ausflüge pflegebedürftiger älterer Menschen für therapeutische Zwecke**

Mühlegger, Victoria (Akademie für Altersforschung, Vienna, AUT)

Für ältere und pflegebedürftige Menschen stellt bereits das Verlassen des Gebäudes häufig eine große Herausforderung dar, an einen Museumsbesuch oder einen Ausflug in die Berge ist für sie kaum zu denken. Bei Virtueller Realität handelt es sich um eine Computertechnologie, die eine immersive Empfindung von physischer Präsenz in dreidimensionalen Umgebungen ermöglicht. Mit Hilfe der VR-Brille können realistische oder künstlich erschaffene Umgebungen und 360-Grad-Bilder visuell besucht werden, ohne den Raum zu verlassen.

Die Nutzung dieser Technologie ist besonders für Menschen, die in Langzeitpflege-Einrichtungen eine interessante, abwechslungsreiche Möglichkeit, da die BewohnerInnen so Orte besuchen können, die für sie in ungreifbare Ferne gerückt sind. Auch für ältere, pflegebedürftige Menschen stellt die virtuelle Erkundung einer Ausstellung eine Möglichkeit dar, wieder einmal "hinaus zu kommen" und etwas Neues zu erleben. Jedoch sind bereits verfügbare virtuelle Touren für ältere Menschen nicht unbedingt "barrierefrei", verfügen sie eben nicht über die gleiche Technologie-Biographie wie die heutigen SchülerInnen. Daher ist das Ziel dieses Projekts die Gestaltung einer seniorInnen-geeigneten Virtual Reality Anwendung für therapeutische Settings.

**ZahnRad – Mundgesundheit pflegebedürftiger Patienten in Privathaushalten durch den aufsuchenden Zahnarzt**  
*Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER); Göbel, Volkmar (Praxis für Alterszahnmedizin, Marktheidenfeld, GER); Reggentin, Heike (isgos-berlin, Berlin, GER)*

#### Hintergrund und Fragestellung

Der Zahnstatus alter und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten weist gegenüber nicht pflegebedürftigen Personen deutliche schlechtere Befunde auf. Ursächlich werden hierfür personenbezogene Beeinträchtigungen, mangelnde Interessen dieses Personenkreises, aufwändige Transporte zu einer Zahnarztpraxis wie auch fehlende Barrierefreiheit der Praxen aber auch Kostenaspekte angeführt.

Die Fragestellung dieser Evaluationsstudie richtete sich demgemäß auf die zahnärztliche Behandlung der pflegebedürftigen Patienten in Privathaushalten und in Pflegeheimen (KG). Wo liegen die Grenzen herkömmlicher Zahnbehandlungen in der eigenen Häuslichkeit Pflegebedürftiger? Welche Umgebungsfaktoren sind förderlich für die Erhaltung der Mundhygiene und somit der Zahngesundheit.

#### Methode

Die Studie war als Kontrollgruppenuntersuchung im Längsschnittdesign angelegt. Es wurde ein Zusammenspiel von zahnärztlichen mit sozialen Daten, sowie Angaben zum Wohlbefinden gewählt. Zum Einsatz kamen Assessments zur Mundgesundheit (DMFT-Index), mundgesundheitslichen Lebensqualität, (EURO-Quol-5D) und zum psychischen Wohlbefinden (WHO-5).

#### Stichprobe

Es wurden 50 pflegebedürftige Personen in Privathaushalten und 50 pflegebedürftige Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (KG) aufgenommen.

Erhebungszeitraum Oktober 2014 bis März 2016, Erhebungsort ländliche Regionen in Nordbayern, Spessart. Die Studie wurde durch das Bayerische Ministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

#### Ergebnisse

Die Mundhygiene pflegebedürftiger Patienten in ambulanter häuslicher Behandlung konnte nach Erstaufnahme und weiterer regelmäßiger Kontrolle und Behandlung durch einen ambulanten Hauszahnarzt einen höchstsignifikanten positiven Verlauf aufzeigen. Ebenfalls konnte die Bedeutung des sozialen Umfeldes auf das mundgesundheitsliche Wohlbefinden der Patienten belegt werden.

Angehörige pflegebedürftiger älterer Patienten in häuslicher Versorgung erfuhren durch die Hauszahnarztbesuche eine deutliche Entlastung.

#### Perspektive

Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Patienten ist eine Behandlung durch den ambulanten Hauszahnarzt wünschenswert. Für sie bedeutet die flächendeckende Verbreitung dieser Behandlungsform, insbesondere für Alleinlebende, eine ganz erhebliche Verbesserung des mundgesundheitslichen Wohlbefindens. Auch Angehörige partizipieren von den Hausbesuchen.

## Autoren-Index

### A

<u>Abel, Regina (Akutgeriatrie Kaiser Franz Josef Spital, Wien, AUT)</u> .....	40
Aberer, Felix (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT).....	22
<u>Adamcik, Tanja (Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, AUT)</u> .....	90
<u>Aldbrecht, Laura (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)</u> .....	58
<u>Ágnes, Bene (University of Debrecen, Debrecen, HUN)</u> ..	113
Aigner-Hufnagl, Ingeborg (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....	46
Aigner-Hufnagl, Ingeborg (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....	41, 45
Ambrosch, Gisela C. (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark, Graz, Graz, AUT).....	22
<u>Anders, Jennifer (Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, GER)</u> .....	11, 57
Archan, Tamara (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)....	78
Aufschnaiter, Anna Lena (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT).....	86
Aufschnaiter, Anna-Lena (FH JOANNEUM GmbH, Institut für Diätologie, Bad Gleichenberg, AUT).....	97
Augustin, Thomas (Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Graz, AUT).....	38
Augustin, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT).....	22, 35

### B

<u>Baerbel, Sturtzel (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT)</u> .....	100
Balázs, Katalin (University of Debrecen, HUN).....	113
Bales, Gabriele (Felix Platter-Spital, Basel, CHE).....	6
<u>Bayer, Susanne (KWP, Wien, AUT)</u> .....	88
<u>Bayer, Ulrike (Haus der Geriatrie Klagenfurt, Klagenfurt, AUT)</u> .....	47
<u>Becher, Klaus (Helios Hansekllinikum Stralsund, Stralsund, GER)</u> .....	54
<u>Becher, Klaus Friedrich (Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation, Stralsund, GER)</u> .....	44
Becher, Klaus Friedrich (Abteilung Geriatrie und Frührehabilitation, Stralsund, GER).....	11
<u>Becher, Klaus Friedrich (Helios Hansekllinikum Stralsund, Stralsund, GER)</u> .....	10
Bechtold, Paul (Wiener Krankenanstaltenverbund, Wien, AUT).....	7
Beck, Matthias (Universität Wien, Wien, AUT).....	9
Beck, Peter (decide Clinical Software GmbH, Graz, AUT) .	35
Beeck, Constanze (Wirtschaftsuniversität Wien NPO Kompetenzzentrum, Wien, AUT).....	95
Bernet, Niklaus (Bernere Fachhochschule, Bern, CHE).....	7
<u>Binder-Krieglstein, Cornel (FOQUS, Wien, AUT)</u> .....	94
<u>Birkholz, Carmen (Institut für Lebensbegleitung, Essen, GER)</u> .....	89
<u>Böhmendorfer, Birgit (Apotheke, Krankenhaus Hietzing mit NZR, Wien, AUT)</u> .....	34
Brand Jandl, Petra (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT)48	

Brosche, Marion (Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH, Mobile Ergotherapie, Wien, AUT) ... 60

### C

Csoti, Ilona (Gertrudis Klinik Biskirchen, Leun, GER) ..... 19

### D

Dapp, Ulrike (Forschung, Albertinen-Haus, Hamburg, GER).....	11
<u>Dapp, Ulrike (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER)</u> .....	42
de Campo, Antonella (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	35
Demmer, Julia (Universität Wien, Wien, AUT).....	70
Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER).....	16
<u>Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER)</u> .....	79
<u>Dettbarn-Reggentin, Jürgen (Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, Berlin, GER)</u> .....	115
Donsa, Klaus (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT).....	22
Dorner, Thomas E (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Österreich., 1090, AUT)20	
DptL. Dr. Müller, Walter (Krankenhaus der Elisabethinen, Department für Akutgeriatrie & Remobilisation, Klagenfurt, Österreich, Klagenfurt am Wörthersee, AUT).....	43
Dr. Glechner, Anna (Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems, Österreich, Krems, AUT).....	43
Dr. Mauthner, Oliver (Felix Platter-Spital, Basel, CHE).....	6
Dr. Santy-Tomlinson, Julie (University of Manchester, Manchester, GBR).....	6

### E

Ebersberger, Armin (Dorfleben Walchensee, Walchensee, GER).....	76
<u>Ege, Sigrid (Robert-Bosch Krankenhaus Stuttgart, Stuttgart, GER)</u> .....	50
Ege, Sigrid (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, GER) .	10
Egger, Barbara (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT).....	107, 110
Eglseer, Doris (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT) .	7
<u>Ehret, Sonja (Institut für Gerontologie, Heidelberg, GER)</u> ..	99
Erbguth, Frank (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER).....	26
<u>Esslinger, Adelheid Susanne (Hochschule Fulda, Fulda, GER)</u> .....	69

### F

Fida, Claudia (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT).....	78
<u>Fink, Nicole (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, ST, AUT)</u> .....	38
<u>Franke, Annette (EH Ludwigsburg, Ludwigsburg, GER)</u> ....	18
Frass, Charlotte (Rehaklinik Wien Baumgarten, Wien, AUT).....	60

Friedl, Astrid Maria (Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am SMZ X der Stadt Wien, Wien, AUT). 13  
Fuchs-Neuhold, Bianca (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT) .....86

## G

Gabler, Jürgen (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT) .....38  
Gabler-Mostler, Renate (NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle, St. Pölten, AUT).....74  
Gambal, Marie Cris (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT) .....56  
Gattinger, Heidrun (Institute of Applied Nursing Science FHS St.Gallen, St. Gallen, CHE)..... 111  
Gerlich, Regina (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE).....84  
Gmeindl-Tscherner, Daniela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT)..... 104  
Göbel, Volkmär (Praxis für Alterszahnmedizin, Marktheidenfeld, GER) ..... 115  
Gosch, Markus (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER).....26, 29  
Gosch, Markus (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, GER).....23  
Gröschel-Gregoritsch, Claudia (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich., Wien, AUT) .....20  
Großschädl, Franziska (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT) ..... 1  
Grundner, Eva (KAV Wilhelminenspital, Wien, AUT).....64  
Gschwend, Eva (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE).....85  
Gunzer, Wolfgang (FH JOANNEUM GmbH, Institut Diätologie, Bad Gleichenberg, AUT) .....97  
Gunzer, Wolfgang (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT) .....86

## H

Haider, Sandra (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, AUT).....20  
Hardt, Prof. Dr. med. Roland (Universitätsmedizin Mainz, Mainz, GER) ..... 5  
Hartmann, Clara (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT)..... 41, 46  
Hartmann, Clara (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....45  
Hatz, Manuela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT).....104  
Hatz, Manuela (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT).....86  
Hausenbiegl, Angelika ((sucht neue Herausforderung), .. AUT) .....83  
Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit Zürich, Zürich, CHE).....25  
Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit, Forschungsinstitut, Zürich, CHE) .....81  
Hegedüs, Anna (Careum Hochschule Gesundheit, Forschungsinstitut, Zürich, CHE) .....85  
Heimerl, Katharina (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT).....2, 96  
Heimerl, Katharina (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) ..... 62, 107, 110  
Heissenberger, Christine (KWP, 1090, AUT) .....73  
Heller, Mario (Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten, AUT) .....103

Hellmer, Silvia (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) ..... 110  
Hengstberger, Marianne (Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste, Wien, AUT) ..... 92  
Heppner, Hans (Universität Witten/Herdecke, Schwelm, GER).....23  
Hertz, Karen (Royal Stroke University Hospital, Stoke-on-Trent, GBR)..... 6  
Hödl, Manuela (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT). 7  
Hofleitner, Birgit (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT) ..... 107  
Höftberger, Maria (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT) ..... 46  
Höftberger, Maria (V.Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT) ..... 41, 45  
Holbura, Diana (Fachhochschule Kärnten Gemeinnützige Privatstiftung, Spittal an der Drau, AUT) ..... 65  
Höll, Bernhard (decide Clinical Software GmbH, Graz, AUT) ..... 35  
Höpperger, Elisabeth (BKH-Schwaz, tirol kliniken, Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Püll, AUT) ..... 63

## J

Jacobsen, Wienke (Medizinisch-Geriatrie Klinik, Hamburg, GER) ..... 42  
Jammernegg, Sylvia (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT) ..... 33  
Janhsen, Anna (Universität zu Köln, Köln, GER)..... 9  
Jann, Pirkko (EH Ludwigsburg, Stuttgart, GER) ..... 18  
Javorszky, Susanne Maria (Der Rederaum- Logopädische Praxis, Purkersdorf, AUT)..... 59, 67  
Jesenko, Max (Haus der Barmherzigkeit, Wien, ST, AUT) ..... 112  
Jobstmann, Roland (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT) ..... 48  
Jogl, Ines (Institut für Soziologie, AUT).....75

## K

Kada, Olivia (Fachhochschule Kärnten, Feldkirchen, AUT) 65  
Kada, Olivia (Fachhochschule Kärnten, Gemeinnützige Privatstiftung, Spital an der Drau, KA, AUT) ..... 66  
Kainradl, Anna (Universität Graz, Graz, AUT) ..... 1  
Kaminska, Magdalena (Pomeranian Medical University, Szczecin, POL) ..... 6  
Kanovsky, Amelie (Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt, AUT). 52  
Kaspar, Heidi (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE) ..... 81  
Kaspar, Heidi (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, AUT)..... 3  
Kaufmann, Elke (Klinikum Nürnberg, Zentrum für Altersmedizin, Nürnberg, GER) .....23, 26, 29  
Kautzky-Willer, Alexandra (Department of Internal Medicine III, Division of Endocrinology and Metabolism, Gender Medicine Unit, Medical University of Vienna, Vienna, Austria, /, AUT)..... 24  
Kempter, Guido (Fachhochschule Vorarlberg, Forschungszentrum Nutzerzentrierte Technologien, Dornbirn, AUT)..... 81  
Kempter, Guido (FH Vorarlberg, Dornbirn, AUT) ..... 25  
Kenkmann, Andrea (Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern, GER)..... 76  
Kerecz, Eveline (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT) ..... 38  
Kerschbaum, Werner (Österreichisches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Wien, AUT)..... 3

King, Renate (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	33
Kirchgatterer, Andreas (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....	45
<u>Kirchgatterer, Andreas (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....</u>	41
<u>Kirchgatterer, Andreas (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....</u>	46
Knoll, Bente (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT) .....	107, 110
Kofler, Andrea (Zürcher Hochschule für angew. Wissenschaften, Wädenswil, CHE).....	25
Kofler, Andrea (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Institute of Facility Management, Wädenswil, CHE).....	81
Koleva, Natalia (Gertrudis Klinik Biskirchen, Leun, GER)...	19
Kollegger, Herta (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT) ...	48
Koller, Martina (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....	74
Kopanz, Julia (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT).....	35
<u>Kopanz, Julia (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT).....</u>	22
Kopera, Daisy (MedUni Graz, Graz, AUT) .....	105
<u>Krach, Gerlinde (KWP, Wien, AUT) .....</u>	51
<u>Kriebernegg, Ulla (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT).....</u>	1, 109
Kriegseisen-Peruzzi, Melanie (Ergotherapeutische Fachpraxis für Handlungskompetenz im Alter, Göming, AUT).....	14
Kropf, Johannes (Austrian Institute of Technology, Wr. Neustadt, AUT).....	103
Kumpf, Andreas (WPU GmbH, Baden, AUT) .....	103
<u>Künemund, Harald (Universität Vechta, Vechta, GER) ....</u>	101
Kunz, Roland (Stadtspital Waid, Zürich, CHE) .....	2
Kunze, Christophe (Hochschule Furtwangen, Furtwangen, GER) .....	25
Kunze, Christophe (Hochschule Furtwangen, Institut Mensch, Technik Teilhabe, Furtwangen, GER).....	81
<u>Kutschar, Patrick (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und Praxis, Salzburg, AUT) .....</u>	82

## L

Lampel, Kerstin (Fachhochschule St. Pölten, St. Pölten, AUT).....	103
Lampl, Christina (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT).....	86
Laubreiter, Lisa (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	35
Lederle, Jochen (Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste, Wien, AUT).....	92
<u>Lehrner, Johann (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT) .....</u>	32
Leino-Kilpi, Helena (University of Turku, Faculty of Medicine, Department of Nursing Science, Turku) .....	111
Leitner, Miriam (Department of Internal Medicine III, Division of Endocrinology and Metabolism, Gender Medicine Unit, Medical University of Vienna, /, AUT).....	24
<u>Lengauer-Schrenk, Carina (KWP, Wien, AUT).....</u>	68
Lesnik, Tanja (Klinikum Klagenfurt am WS, Klagenfurt, AUT) .....	66
Libiseller, Angela (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT).....	22

<u>Libiseller, Angela (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT) .....</u>	35
Lichtenegger, Katharina M. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT) ...	22, 35
Lindner, Reinhard (Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Kassel, GER).....	11
<u>Lindner, Reinhard (Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Kassel, GER).....</u>	39
<u>Löffler, Kerstin (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT) .....</u>	33
Lohrmann, Christa (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT) .....	1

## M

Mader, Julia K. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT) .....	22
Mag. Dr. Böhmendorfer, Birgit (KH Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel, Anstaltsapotheke, Wien, Österreich, Wien, AUT) .....	43
Maier, Edith (FHS St. Gallen, St. Gallen, CHE) .....	25
Mannweiler, Sebastian (MedUni Graz, Graz, AUT) .....	105
Marques, Andrea (Serviço de Reumatologia, Coimbra).....	6
<u>Marterer, Teresa (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT) .....</u>	104
Matilainen, Irmeli (JAMK University of Applied Sciences, Jyväskylä) .....	65
Mattersberger, Antonia (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT) .....	37
<u>Mattes, Melanie (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....</u>	74
<u>May, Ursula (KWP, Wien, AUT) .....</u>	71
Mayer, Hanna (Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT).....	74
Mayer, Hanna (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....	58
Mayer, Thomas (Institut für Soziologie, AUT) .....	75
Meier, Arno (KWP, 1090, AUT) .....	88
Metzenbauer, Daniela (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT) .....	78
Metzler, B. (GÖG, V. Quehenberger, AUT) .....	15
<u>Mohr, Dr. med. Michael (Universitätsmedizin Mainz, Mainz, GER).....</u>	5
Móré, Mariann (University of Debrecen, HUN) .....	113
<u>Moser-Siegmeth, Verena (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT) .....</u>	78
Mrak, Peter (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT) .....	48
<u>Mrak, Peter (QIGG, Voitsberg, AUT) .....</u>	8
<u>Mühlegger, Victoria (Akademie für Altersforschung, Vienna, AUT) .....</u>	114
Müller, Claudia (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, AUT).....	3
Müller, Dirk (UNIONHILFSWRK, Berlin, AUT) .....	2
Müller, Ernst (Klinikum Klagenfurt Unfallchirurgie, Klagenfurt, AUT) .....	52
<u>Müller-Eggenberger, Eva (KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, AUT) .....</u>	106
Myllymäki, Johanna (Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, Stralsund, GER).....	44

## N

Nätscher, Andrea (Klinikum Nürnberg, Nürnberg, GER)....	29
Neumann, Lili (Medizinisch-Geriatriische Klinik, Hamburg, GER).....	42

## O

Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT) .....	97, 100
<u>Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT)</u> .....	56
<u>Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)</u> .....	98
<u>Oppenauer, Claudia (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT)</u> .....	103
Osmancevic, Selvedina (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT) .....	7
<u>Oso, Berivan (/, Wien, AUT)</u> .....	24
Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE) .....	85
Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, CHE) .....	81
Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, CHE) .....	3
<u>Otto, Ulrich (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Zürich, CHE)</u> .....	25

## P

Pail, Elisabeth (FH JOANNEUM, Institut Diätologie, Graz, AUT) .....	104
<u>Pallauf, Martin (UMIT, Hall in Tirol, AUT)</u> .....	80
Pandis, Marlene (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT) .....	22
Pichler, Barbara (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....	107
Pichler, Barbara (Universität Wien, Wien, AUT) .....	96
Pichler, Gerald (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT) .....	38
Pieber, Thomas R. (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Graz, AUT) .....	22, 35
Pils, Katharina (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich, Wien, AUT) .....	20
Pilz, Rene (FH JOANNEUM GmbH, Bad Gleichenberg, AUT) .....	97
<u>Pinter, David (9020, AUT)</u> .....	27
Plunger, Petra (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....	107
<u>Plunger, Petra (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)</u> .....	62
Plunger, Petra (Universität Wien, Wien, AUT) .....	96
Prim. Dr. Dovjak, Peter (Salzkammergut-Klinikum Gmunden, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation, Gmunden, Österreich, Gmunden, AUT) .....	43
Prim. Dr. Mrak, Peter (LKH Weststeiermark, Standort Voitsberg, Abteilung Innere Medizin MED2, Voitsberg, Österreich, Voitsberg, AUT) .....	43
Prim. Dr. Pinter, Georg (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Abteilung für Akutgeriatrie, Klagenfurt, Österreich, Klagenfurt am Wörthersee, AUT) .....	43
Prim. Dr. Sommeregger, Ulrike (Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, Wien, AUT) .....	15, 43
<u>Prim. Priv.-Doz. Dr. Schippinger MBA, Walter (Albert Schweitzer Klinik, Abteilung für Innere Medizin, Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Österreich, Graz, AUT)</u> .....	43
Prim. Prof. Dr. Ohrenberger, Gerald (Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich, Wien, AUT) .....	43
Prim. Univ.-Prof. Dr. Iglseder, Bernhard (Uniklinikum Salzburg, Universitätsklinik für Geriatrie der PMU,	

Christian-Doppler-Klinik, Salzburg, Österreich, Salzburg, AUT) .....	43
Priv.-Doz. Dr. Horvath, Karl (Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz, Österreich, Graz, AUT) ..	43
Priv.-Doz. Dr. Mann, Eva (Ordination, Rankweil, Österreich, Rankweil, AUT) .....	43
Prof. Dr. Frühwald, Thomas (Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, Wien, AUT) .....	43
Prof. Dr. Truckenbrodt, Holger (Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Würzburg, GER) .....	69
<u>Puric, Natasa (FH Gesundheitsberufe OÖ, Salzburg, AUT)</u> .....	14
Pux, Christian (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT) .....	33

## Q

Queirós, Carmen (Centro Hospitalar do Porto, Porto) .....	6
---	---

## R

Rautinger, Tamara (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT) ..	98
Reggentin, Heike (isgos-berlin, Berlin, GER) .....	79, 115
<u>Reggentin, Heike (isgos-berlin, Berlin, GER)</u> .....	16
Reinisch-Gratzer, Johanna (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark, Graz, Graz, AUT) .....	22
Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT) .....	62
<u>Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)</u> .....	107
<u>Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, AUT)</u> .....	110
Reitinger, Elisabeth (Universität Wien, Wien, AUT) .....	2, 96
Renkin, Agnes (Büro für nachhaltige Kompetenz, Wien, AUT) .....	107
<u>Resch, Katharina (Postgraduate Center, Wien, AUT)</u> .....	70
<u>Riegler, Margaretha Johanna (MedUniGraz, Graz, AUT)</u> ..	105
<u>Roigk, Patrick (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, GER)</u> .....	6

## S

Sandner, Emanuel (Austrian Institute of Technology, Wr. Neustadt, AUT) .....	103
<u>Schaefer, Dr. Rolf (Klinik für Geriatrie, Bergisch Gladbach, GER)</u> .....	30
Scherzer, Manfred (Wiener Krankenanstaltenverbund, Wien, AUT) .....	7
Schippinger, Walter (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT) .....	35
Schippinger, Walter Martin (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT) .....	38
<u>Schlauß, Eckehard (Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Berlin, GER)</u> .....	61, 77
Schmidt, Louise Jane (Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Graz, AUT) .....	38
Schneider, Andreas (NÖ Psychiatrie-Koordinationsstelle, St. Pölten, AUT) .....	74
<u>Schober, Christian (Wirtschaftsuniversität Wien NPO Kompetenzzentrum, Wien, AUT)</u> .....	95
Schuchter, Patrick (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT) .....	1
Schuchter, Patrick (Universität Graz, Graz, AUT) .....	3
Schüttengruber, Gerhilde (Medizinische Universität Graz, Graz, AUT) .....	1
<u>Seidenschwann, Maria (KWP, Wien, AUT)</u> .....	4, 21

Senn, Beate (Institute of Applied Nursing Science FHS St.Gallen, St. Gallen, CHE).....	111
Seper, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT).....	17
Setz, Eva (GGZ- Albert Schweitzer Klinik, Graz, AUT).....	38
Siml Fraissler, Angelika (LKH Weststeiermark, Voitsberg, AUT).....	48
Sing, Dorit (Katholische Stiftungshochschule München, Benediktbeuern, GER).....	76
Sinner, Frank (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT).....	22
Smetazko, Geraldine (KWP, 1090, AUT).....	102
Späth, Franz J. (Stadt Bad Tölz, Bad Tölz, GER).....	76
Speerin, Robyn (Musculoskeletal Network, Chatswood, AUS).....	6
Stadler, Sabine (AVOS Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, Salzburg, AUT).....	31
Stamm, Tanja (Medizinische Universität Wien, Wien, AUT).....	103
Stephan, Duursma (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, Wien, AUT).....	91
Stieb, Heinz (KWP, 1090, AUT).....	91
Stronegger, Willibald J. (Institut für Sozialmedizin u. Epidemiologie, Med. Univ. Graz, Graz, AUT).....	108
Strotzka, Stefan (Geronto Psychiatrisches Zentrum des PSD Wien, Wien, AUT).....	36
Sturtzel, Baerbel (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT).....	97
Sturtzel, Bärbel (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT).....	98
<b>T</b>	
Tarnawski, Ulrike (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT) ..	78
Tatzer, Verena (Fachhochschule Wiener Neustadt, Wiener Neustadt, AUT).....	62, 96
Tatzer, Verena C. (Fachhochschule Wiener Neustadt GmbH, Wiener Neustadt, AUT).....	60
Tiefenthaller, Gernot (V. Interne Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen, Grieskirchen, AUT).....	41, 45, 46
Tochon-Laruz, Ana Cruz (Fracture Liaison Service, Genève, CHE).....	6
Trageser, Judith (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE).....	85
Troch, Alexandra (KWP, Wien, AUT).....	71
Truskaller, Thomas (JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, HEALTH, Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften, Graz, AUT).....	22, 35
<b>U</b>	
Unger, Eva Maria (Albert-Schweitzer-Klinik Graz ( Geriatrisches Gesundheitszentrum Graz), AUT).....	72
Univ.-Prof. Dr. Roller-Wirnsberger, Regina (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz, Österreich, Graz, AUT).....	43
<b>V</b>	
van Oostwaard, Marsha (Osteoporosis-Endocrinology, Veldhoven).....	6

Verhovsek, Sigrid (Technische Universität Graz, Graz, AUT).....	1
Vernooij-Dassen, Myrra (Nijmegen).....	28
<u>von der Heide, Silke (Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Göttingen, GER)</u> .....	93
von der Heide, Silke (Praxis Promotio gmbH, Göttingen, GER).....	10
von Renteln-Kruse, Wolfgang (Medizinisch-Geriatrie Klinik, Hamburg, GER).....	42
von Stokar, Thomas (INFRAS Forschung und Beratung, Zürich, CHE).....	85
<b>W</b>	
Wagner, Ellen (Caritas Bad Tölz- Wolfrathshausen, Bad Tölz, GER).....	76
Waldherr, Karin (Ferdinand Porsche FernFH, Wiener Neustadt, AUT).....	90
Walter, Sabrina (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	33
Weber, Corinna (Apotheke, Landeskrankenhaus Oberwart, Oberwart, AUT).....	34
Wegleitner, Klaus (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT).....	1
<u>Wegleitner, Klaus (Universität Graz, Graz, AUT)</u> .....	3
Weidinger, Lisa (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	33, 35
Wernicke, Florian (AGP sozialforschung, Freiburg, GER) .	12
Wiedemann, Andreas (Evangelisches Krankenhaus Witten, Urologie, Witten, GER).....	49
Wiedemann, Andreas (Universität Witten Lehrstuhl für Geriatrie, Witten, GER).....	10
Wiesinger, Tatjana (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	35
Wild, Monika (Österreichisches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Wien, AUT).....	3
Wild, Monika (Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und soziale Dienste, Österreich, Wien, AUT).....	20
<u>Willschrei, Peter (MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen, GER)</u> .....	53, 55
Woopen, Christiane (Universität zu Köln, Köln, GER).....	9
Wurzinger, Robert (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, AUT).....	33
<b>Z</b>	
<u>Zeidler, Doris (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT)</u> .....	37
Zettl- Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT).....	98
Zettl- Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, geriatrisches Krankenhaus, Wien, AUT).....	97
Zettl- Wiedner, Karin (Haus der Barmherzigkeit, Wien, AUT).....	78
Zombory, Júlia (Moholy-Nagy University of Art and Design Budapest, HUN).....	113
Zwanzger, Katharina (Karl-Franzens-Universität Graz, Graz, AUT).....	1