

Zeitschrift für  
**Gerontologie+Geriatric**

mit **European Journal of Geriatrics**

Abstracts der  
Jahrestagung der  
Österreichischen  
Gesellschaft für  
Geriatric und  
Gerontologie

„Altsein war gestern,  
Altwerden ist morgen“

9.–11. April 2026, Universität  
Wien



- S1      **Abstracts**  
**Abstracts der Jahrestagung der Österreichischen**  
**Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. „Altsein**  
**war gestern, Altwerden ist morgen“**
- Verschiedenes**  
          **Impressum**

This supplement is not sponsored by industry.

Titelbild: © Johannes Plank

+++ alle Beiträge online lesen unter [www.springermedizin.de/zgg](http://www.springermedizin.de/zgg) +++

**Herausgeberinnen und Herausgeber/Editors****Sektion Biogerontologie**

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

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

**Sektion Geriatrische Medizin**

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

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

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

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

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

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

**Sektion Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie**

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

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

**Sektion Soziale Gerontologie/Altenarbeit**

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

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

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

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

**Sektion Gerontopsychiatrie**

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

**Sektion Alter, Technik, Digitalisierung**

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

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

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

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

**Journal Club**

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

OÄ Dr. Lejla Sacic, MSc – Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation, Klinikum Klagenfurt, Österreich.

**Mitteilungen/Notifications****BV Geriatrie**

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

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

**DGGG**

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

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

**DGG**

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

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

**ÖGGG**

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

**Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PD Dr. med. Werner Hofmann – Reclin – Deutschland

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

**Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board**

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. rer. physiol. Dr. med. habil. Gerald Kolb – Praxis für Geriatrie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, Lingen – Deutschland

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Abstracts der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

„Altsein war gestern, Altwerden ist morgen“

9.–11. April 2026, Universität Wien

## Inhalt

- S8 FV-01  
Demenz und Migration in Wien
- S8 FV-02  
Gemeinsam gestalten: Co-Design als methodologischer Ansatz zu altersinklusive Lebenslangen Lernen
- S8 FV-03  
Nutrition therapy prevents decline in ADL after hospital discharge in older adults
- S8 FV-04  
Adjunct supplementation in sarcopenia and frailty management: An evidence update
- S9 FV-05  
Anticholinerge Belastung bei älteren Erwachsenen und ihre Assoziation mit Patientenmerkmalen in der deutschen Primärversorgung: Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie über fünf Jahre
- S9 FV-06  
(Zukünftige) Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum
- S10 FV-07  
Vergleich der Geriatriischen Remobilisierung im N. ö. Krankenhaus Abtenau mit dem Geriatriischen Jahresreport 2024: Versorgungskomplexität und funktionaler Outcome
- S10 FV-08  
Unter gesundheitsfördernden Verhältnissen alt werden: Beteiligung von älteren Menschen stärken
- S11 FV-09  
Positive Aspekte der Pflege von Menschen mit Demenz aus der Perspektive von Berufseinsteiger\*innen in der Gesundheits- und Krankenpflege: Eine qualitative Studie
- S11 FV-10  
Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schlafförderung geriatrischer Bewohner:innen. Eine Mixed-Methods Studie
- S11 FV-11  
Anwendung der FORTA-Liste bei geriatrischen Patient\*innen im Vergleich zwischen geriatrischer Akutbehandlung und Geriatriischer Frührehabitativer Komplexbehandlung

- S12 FV-12  
Eltern-Kind-Kontakt im Übergang zur Verwitwung im höheren Alter: Langzeitunterschiede nach Geschlecht und Beziehungsqualität
- S12 FV-13  
The international neurocognitive profile (INCP): Differences between cognitively healthy and cognitively impaired participants in subtests assessing the domains of memory and language—A retrospective study
- S12 FV-14  
Empowerment im Gesundheits- und Sozialwesen: Digitale Lernangebote für Klimaanpassung und Resilienz
- S13 FV-15  
Der Geriatriche Delirpass (GeDePa): Entwicklung eines Instruments zur intersektoralen und interprofessionellen Delirrisiko-Identifikation
- S13 FV-16  
Prävention eines postoperativen Delirs durch Daridorexant bei älteren Klinikpatienten mit hohem Delirrisiko
- S14 FV-17  
Korrelation der Qualität der Pharmakotherapie mit der Funktionalität geriatrischer Patient\*innen

### Klinische Geriatrie

- S14 P01-01  
Wenn der Darm die Kilos schluckt: Gewichtsverlust aufgrund einer Durchblutungsstörung
- S14 P01-02  
Der Transferfaktor des Barthel-Index als prädiktiver Wert in der poststationären Versorgung orthogeriatrischer Patienten nach proximaler Femurfraktur
- S15 P01-03  
Der GN-HAND: Ein kombinierter Ernährungs- und Muskelkraftparameter als Indikator für inflammatorische Belastung in der Langzeitpflege
- S15 P01-04  
Promoting resilience in geriatric care
- S16 P01-05  
Aufbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich am Beispiel LK Waidhofen an der Thaya: Erkenntnisse aus einem ländlichen Pilotstandort
- S16 P01-06  
Vergleich und Umrechnung gebräuchlicher Mobilitätstests in der Geriatrie: die MobiTest-Studie
- S16 P01-07  
Ausdauerorientierte körperliche Aktivität und chronische Erkrankungen bei Österreicher:innen ab 65 Jahren: eine modell-basierte Population Attributable Fraction Studie

### Altersbilder und Identität

- S17 P02-01  
Job Crafting und subjektive berufliche Zukunftsperspektiven aus Sicht langjähriger Pflegekräfte
- S17 P02-02  
Die generationenfreundliche Stadt (GESTA). Intergenerationell und transdisziplinär forschen MIT Jugendlichen und älteren Menschen
- S18 P02-03  
Intersektionen von Gesundheit und Alter in den Zukunfts-Narrativen älterer Menschen mit Migrationsbiografie aus Rumänien und Kroatien

- S18 P02-04  
Übergang in den Ruhestand an Hochschulen – wer kümmert sich?

### **Ernährung**

- S18 P03-01  
Nutrition therapy emphasizing adequate energy and protein intake reduces the progression of incontinence after hospital discharge in older adults
- S19 P03-02  
Ernährungszustand und Ernährungszufriedenheit in der stationären Pflegeeinrichtung: Vergleich zweier Versorgungssysteme

### **Geriatrische Syndrome/Frailty**

- S19 P04-01  
Der Einfluss ätherischer Öle auf agitiertes Verhalten im pflegerischen Setting

### **Palliative Geriatrie**

- S20 P05-01  
Sterben zu Hause, die Rolle des Arztes

### **Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze**

- S20 P06-01  
Umsetzung eines Good Practice Portals für gesundes Altern
- S20 P06-02  
MOOC „Gesundes Altern“ – Interdisziplinäre Entwicklung eines innovativen Lernangebots

### **Lebensräume und Infrastruktur**

- S21 P07-01  
Relevanz von Nachbarschaftsmerkmalen für die körperliche Aktivität von Österreicher:innen ab 65 Jahren
- S21 P07-02  
Altern im Quartier – Stadt-Land-Vergleich im Praxisforschungsprojekt Algele Qua

### **Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter**

- S21 P08-01  
Cross-sectional and longitudinal associations between self-reported financial hardship, quality of life, and depressive symptoms in older Icelandic adults after hospital discharge
- S22 P08-02  
Prävention von moralischem Stress in der stationären Langzeitpflege: Ein Scoping Review zu Maßnahmen auf Individuum-, Team- und Organisations-ebene
- S22 P08-03  
Einsamkeit und Technologieakzeptanz bei Personen zwischen 65 und 85 Jahren: Ergebnisse eines Web-basierten Surveys

### Vortragsabstracts

- S23 01  
Community mobility and participation in old age
- S23 02  
Das unfallchirurgische Setting in der Notaufnahme am Beispiel der hüftnahen Fraktur
- S23 03  
Die anästhesiologische Sicht auf die alterstraumatologischen Patient\*innen (Prämedikation, Risikostratifikation, Intubationsnarkose)
- S23 04  
Präoperative Vorbereitung aus kardiologischer Sicht (inkl. Antikoagulation)
- S23 05  
Therapiezieländerung bei Patienten mit hüftnahen Frakturen
- S24 06  
Kommunikation und Altersvorsorge in romantischen Partnerschaften
- S24 07  
Irregeleitete interzelluläre Kommunikation, chronische Entzündungen und Altern
- S24 08  
Sprache im Fokus
- S24 09  
Von der deutschen S3-Leitlinie zum CGA zur europäischen Guideline: ein internationaler Überblick
- S25 10  
Von der Theorie in die Praxis – erste Daten aus dem Benchmarking System QiGG zum Assessment
- S25 11  
Woran denken bei der Einführung von Assessments in die klinische Praxis?
- S25 12  
Ändert sich die soziale Interaktionswelt älterer Menschen durch die Nutzung einer App zur Steigerung sozialer Partizipation? Ergebnisse des SMART-AGE RCT
- S26 13  
Alleinsein, Einsamkeit und Mediennutzung im Alltag
- S26 14  
Was passiert, wenn KI-Technologien Teil des sozialen Netzwerks werden? Beiträge der materiellen Gerontologie zur Erforschung sozialer Beziehungen im Alter
- S26 15  
Hitzeepisoden, soziale Isolation und digitale Chancen: Neue Perspektiven für soziale Interaktion im Alter
- S26 16  
Frailty und das intestinale Mikrobiom: Assoziationen mit den pathogenetischen Faktoren in der geriatrischen Langzeitpflege
- S27 17  
Kachexie und Therapieansätze
- S27 18  
„State of the ART zum Thema Sturz in der Geriatrie“
- S27 19  
Evidenz für multimodale Interventionen bei Sturzrisiko
- S27 20  
Sicher mobil statt immobil sicher – Sturzprävention bei Menschen mit Demenz
- S28 21  
Mobilität im Alter: Sicher, selbständig, vernetzt

S28	22	Die Rolle der Geriatrischen Rehabilitation in der Zukunft
S28	23	Update 2026: Anti-Aging Medicine in der Schweiz
S28	24	Relevanz und Aufgabe von Pflegekrankenhäusern in der Langzeitbetreuung
S28	25	Medikationsmanagement bei Mobilitätseinschränkungen und Sturzneigung
S28	26	AI und Machine Learning in der Medizin
S29	27	Impfempfehlung gegen Pneumokokken: Neuer Impfstoff gegen eine altbekannte Erkrankung
S29	28	Influenza: Welcher Impfstoff hat die beste Wirksamkeit?
S29	29	Wie lange hält eigentlich der Impfschutz: Herpes zoster und RSV
S29	30	GERIATRICS FOR JUNIORS (G4J) New ways to teach new professionals about older people
S30	31	Ambulante Altersmedizin – oder Erfahrungsbericht über ein einzigartiges Angebot aus der Schweiz
S30	32	Gewalt im Alter
S30	33	Die neue Schmerzleitlinie Geripain
S30	34	Schmerz und Psyche im Alter
S30	35	Schmerz als integraler Bestandteil eines Pflegekonzepts
S31	36	Soziale Teilhabe mit Oberschenkelamputation im Alter
S31	37	Die Generationenfreundliche Stadt. Intergenerationelle Erzählcafés über Begegnungen zwischen Generationen
S31	38	Herzinsuffizienz im Alter
S31	39	Chronische Niereninsuffizienz im Alter – Core Curriculum: Häufige Erkrankungen des Alters – ein Update
S32	40	Elektrolytstörungen im Alter
S32	41	Medizinische Folgen von Hitzewellen und Gegenmaßnahmen
S32	42	Nurse-led in-home assessments and nursing home visits with point-of-care technology and telemedicine for decision support during heat events
S33	43	Bauliche Hitzeresilienz für Pflegeheime – Mensch-Raum-Klima als interdisziplinärer Ansatz
S33	44	Richtungsweisende Pflege für die Neukonzeption von Palliative Care im Alter
S33	45	Rehabilitation in der Palliative Care

- S33 46  
Ärztliche Perspektiven und interprofessionelle Synergien in der Palliativen Geriatrie
- S33 47  
Seminar Lungenfunktion und Behandlung mit Inhalativa bei geriatrischen Patienten
- S34 48  
Projekt MARTHA – Telerehabilitation nach Schlaganfall
- S34 49  
Erfolgsfaktoren digitaler Transformation in der Langzeitpflege – Lessons Learned aus dem EU-Projekt DigiCare4CE
- S35 50  
Projekt „futureCare“ – Automatisierte Sturzerkennung im Real-Betrieb in Pflegeheimen
- S35 51  
Generationenmanagement in der Langzeitpflege
- S35 52  
Generationenbeziehungen an Orten der post-industriellen Transformation
- S36 53  
Pflege und Unterstützung über Altersgrenzen hinweg: Herausforderungen und Potenziale
- S36 54  
Schlaf und Schlafstörungen im höheren Lebensalter
- S36 55  
Altwerden ist morgen, in der Klimakrise
- S36 56  
Personenzentrierte Pflege – vom Schlagwort zur Realität: Indikatoren für die Analyse und Bewertung von Gesundheitssystemen
- S36 57  
Autonomierisiken in Pflgetransitionen
- S37 58  
Soziale Ungleichheiten in der integrierten Pflege: Risiken und Ausschlüsse bei Versorgungsübergängen
- S37 59  
Die Interaktion von Altern, Umwelteinflüssen und Infektionsanfälligkeit
- S37 60  
Mikroplastik – ein neues Risiko für den Alterungsprozess?
- S37 61  
Altern und Hitze
- S38 62  
Die Herausforderung an die Organisationsstruktur einer Zentralen Notfallaufnahme für ältere Patient\*innen
- S38 63  
Geriatrische Intensivmedizin – ein Widerspruch?
- S39 64  
Geschichte des Benchmarking Systems
- S39 65  
Funktionsstörungen und Versorgungsrealität: Ergebnisse aus dem österreichischen Therapie-Monitoring-System (TMS)
- S39 66  
Systematische Analyse österreichischer Akutgeriatrien 2024: Versorgungssituation, klinische Ergebnisse und Potenzial für zukünftige Versorgungsstrukturen
- S40 67  
Entwicklung zweier einfach anzuwendender Scores zur Vorhersage des Rehabilitationserfolgs in der Akutgeriatrie

---

S40	68	Delir – Berichte von Betroffenen – oder wenn Sand im kognitiven Getriebe ist
S40	69	Warum Geriatrie das coolste Fach ist – oder ein Tag im Leben eines geriatrischen Assistenzarztes
S41		Autorenverzeichnis

### FV-01 Demenz und Migration in Wien

Stefan Strotzka\*

Gerontopsychiatrisches Zentrum des PSD Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Im Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ) der Psychosozialen Dienste Wien war im Kalenderjahr 2002 nur 1 % der untersuchten Menschen in einem anderen Land aufgewachsen. Derzeit kommen etwa 20 % Migrantinnen und Migranten zu den neuropsychologischen Untersuchungen.

**Patient/en und Methoden:** Auswahl geeigneter Testverfahren und Untersuchung der Frage, ob Migrantinnen und Migranten in den Tests anders abschneiden, als in Österreich geborene Menschen. Die Daten von etwa 3000 an einer Demenz erkrankten PatientInnen des GPZ wurden ausgewertet.

**Ergebnisse:** Als Testverfahren bewähren sich der bildungs- und kulturunabhängige „Schnelle Uhren-Dreier“, die „Mini Mental State Examination“ und der „Zehn-Wort-Test mit Einspeicherhilfe“. Obwohl MigrantInnen bei der Erstuntersuchung im Gerontopsychiatrischen Zentrum im Durchschnitt einige Jahre jünger sind als in Österreich aufgewachsene Menschen, kommen sie in einem deutlich fortgeschritteneren Demenzstadium zur Abklärung.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Bei Migrantinnen und Migranten der 1. Generation kommt es aufgrund migrationspezifischer Belastungen, traumatischer Erfahrungen, mangelhafter finanzieller Ressourcen und unerfüllter Erwartungen früher zu Alterungsprozessen mit einem höheren Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Das kognitive Assessment für MigrantInnen wird in Zukunft eine immer größere Bedeutung erlangen.

#### Literatur

1. Strotzka S (2015) Kognitives Assessment für Migrantinnen und Migranten. Z Gerontol Geriat 48:10–14

### FV-02 Gemeinsam gestalten: Co-Design als methodologischer Ansatz zu altersinklusive Lebenslangem Lernen

Christine Dullnig-Pichler\*, Manuela Perchtaler, Birgit Aigner-Walder, Stephanie Putz

Fachhochschule Kärnten, Villach, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

**Einleitung:** Das Erasmus+-Projekt AliVe verfolgt das Ziel, Barrieren für altersinklusive Bildung abzubauen und nachhaltige Strukturen für die Beteiligung älterer Erwachsener (55+) an Bildung zu schaffen. Kernstück ist die Entwicklung von Micro-Credentials, die flexibel, kontextsensitiv und gemeinsam mit der Zielgruppe gestaltet werden. Dieser Beitrag stellt den Co-Design-Prozess in den Fokus, der das Ziel hatte, Pilot-Micro-Credentials in vier europäischen Ländern (Finnland, Irland, Österreich, Tschechische Republik) zu entwickeln.

**Patient/en und Methoden:** Der Co-Design-Prozess zu den Micro-Credentials umfasste drei Schritte: (1) Workshop 1 mit älteren Erwachsenen in urbanen und ländlichen Kontexten zur Erhebung von Bedürfnissen, Motivationen und Barrieren; (2) Mapping der Designs mittels Konzeptkarten zur Strukturierung der Ergebnisse und Ableitung zentraler Design-Elemente; (3) Workshop 2 zur Validierung und Verfeinerung der Entwürfe gemeinsam mit der Zielgruppe ältere Erwachsene 55+. Die partizipative Methodik ermöglichte eine iterative Entwicklung, bei der die Perspektiven der Teilnehmenden in allen Phasen berücksichtigt wurden. Insgesamt nahmen in jedem Land 5–10 Personen pro Workshoprunde teil.

**Ergebnisse:** Die Workshops zeigten neben länderspezifischen Unterschieden auch Gemeinsamkeiten: Bevorzugt wurden kurze, flexible Kurse ohne formale Prüfungen, mit starkem Fokus auf soziale Interaktion und Alltagsnähe. Ländliche Gruppen betonten die Notwendigkeit von Online-For-

maten und lokaler Vernetzung, während urbane Gruppen stärker digitale Kompetenzen und vielfältige Inhalte einforderten. Für beide Gruppen stand aber auch der persönliche Kontakt sowie das Einbringen der eigenen Erfahrungen und Expertisen im Fokus. Barrieren wie Transport, Kosten und digitale Zugänge wurden in allen Ländern als entscheidende Faktoren von Lebenslangem Lernen identifiziert.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Co-Design-Ansatz erwies sich als wirkungsvolles Instrument zur Gestaltung altersgerechter Lernangebote. Die partizipative Einbindung stärkte die Relevanz und Akzeptanz der Micro-Credentials und adressierte zentrale Herausforderungen wie Zugänglichkeit und Motivation. Die Ergebnisse sowie Pilotierung der Micro-Credentials liefern praxisnahe Empfehlungen für Bildungsanbieter zur Entwicklung inklusiver Weiterbildungsformate und zeigen, wie Co-Design zur Förderung von aktiver Teilhabe und Lebenslangem Lernen beitragen kann.

### FV-03 Nutrition therapy prevents decline in ADL after hospital discharge in older adults

Alfons Ramel\*

University of Iceland, Reykjavik, Iceland

**Topic:** Ernährung

**Introduction:** Activities of Daily Living (ADL) are basic self-care tasks required for independent living. Protein–energy malnutrition has been associated with lower ADL performance in observational studies. The aim of this study was to examine the effect of nutrition therapy on ADL among older adults following hospital discharge.

**Patients and methods:** This secondary analysis of the HOMEFOOD dietary intervention trial ( $N=106$ ) included community-dwelling older adults (Mini-Mental State Examination  $\geq 20$ ; age 66–95 years) who had been discharged from hospital and were at risk of malnutrition. Participants received either 6 months of nutrition therapy or standard care without any nutrition intervention. ADL were assessed using seven self-care questions (score range 0–7; lower scores indicate poorer ADL).

**Results:** Due to one death in each group shortly after discharge, 104 participants were included in the analysis. At discharge, both groups had identical ADL scores ( $4.1 \pm 1.8$ ). Six months later, 79 % of the control group had lost body weight ( $-3.5 \pm 3.9$  kg), whereas the intervention group had gained weight ( $1.7 \pm 2.5$  kg;  $P < 0.001$ ).

During this period, ADL remained largely stable in the intervention group ( $4.0 \pm 1.8$ ;  $P=0.667$  vs. baseline) but declined significantly in the control group ( $3.1 \pm 2.1$ ;  $P=0.007$  vs. baseline). Weight loss accounted for only part of the effect of nutrition therapy on ADL change over time. Additional adjustment for potential confounders in multivariate analyses did not alter the findings.

Subgroup analyses suggest that women, participants with higher physical function, and participants with lower cognitive function may benefit the most from nutrition therapy.

**Conclusion/Discussion:** ADL are moderate among older Icelandic adults discharged from a geriatric ward. Without nutrition therapy, these individuals tend to lose weight and experience a significant decline in ADL. Nutrition therapy appears to protect against this functional decline.

### FV-04 Adjunct supplementation in sarcopenia and frailty management: An evidence update

Felix Karsten\*

N. ö. Krankenhaus Abtenau, Abtenau, Austria. EMCO Privatklinik, Bad Dürnborg, Austria

**Topic:** Ernährung

**Introduction:** Sarcopenia and frailty are highly prevalent geriatric syndromes linked to falls, functional decline, hospitalization, need for long-

This supplement is not sponsored by industry.

term care, and increased mortality—threatening autonomy and increasing health-system burdens. Progressive resistance training, multicomponent exercise, adequate protein intake, and overall dietary quality are established cornerstones, yet clinicians and patients increasingly ask whether supplements can meaningfully augment these strategies. This talk appraises supplementation evidence using patient-relevant outcomes (all-cause mortality/major events) and frailty-/muscle-related endpoints (frailty status/transitions, strength, physical performance, lean mass).

**Patients and methods:** A targeted evidence synthesis prioritized randomized controlled trials (RCTs), systematic reviews, and meta-analyses in adults  $\geq 60$  years and geriatric-relevant high-risk populations. Evidence was weighted by endpoint relevance, baseline deficiency status, co-interventions (exercise/nutrition), dose/formulation, study duration, generalizability, and safety (comorbidities, interactions, adverse events).

**Results:** Across supplements, benefits are most plausible as adjuncts to exercise, nutrition and are typically responder-dependent. Protein supplementation is most relevant when dietary intake is insufficient and can improve lean mass and, variably, strength/performance—particularly when combined with resistance training. Creatine shows the most consistent training-amplifier signal for strength (often lean mass), while robust data on frailty transitions and mortality remain limited. Vitamin D does not reliably reduce mortality in unselected populations; the most plausible benefit is targeted supplementation in those with deficiency or high risk, with additional signals for selected metabolic outcomes. Omega-3 shows mixed results for all-cause mortality in broad populations, whereas newer evidence in defined high-risk groups suggests relevance for major clinical events. Coenzyme Q10 shows potential benefit as an adjunct to guideline-based therapy in heart failure. For many other approaches, evidence remains heterogeneous.

**Conclusion/Discussion:** Lifestyle interventions remain first-line; supplements should be targeted add-ons rather than substitutes. The most defensible approaches correct documented gaps (protein, vitamin D) and complement training where RCT signals are consistent (creatine). Omega-3 appears most suitable for clearly defined high-risk patient groups; for routine recommendations, more reliable data on frailty-related outcomes are required, whereas coenzyme Q10 is particularly relevant when heart failure is a major driver of frailty. Future pragmatic geriatric RCTs should prioritize frailty transitions, falls, hospitalization, need for long-term care, and mortality, using standardized protocols and prespecified responder subgroups.

## FV-05

### Anticholinerge Belastung bei älteren Erwachsenen und ihre Assoziation mit Patientenmerkmalen in der deutschen Primärversorgung: Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie über fünf Jahre

Daniel Tajdar\*, Juliane Westphal, Dagmar Lühmann, Martin Scherer, Ingmar Schäfer

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

**Topic:** Polypharmazie

**Einleitung:** Mit dem demografischen Wandel steigt die Zahl multimorbider älterer Patienten, die häufig mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, was als Polypharmazie bezeichnet wird. Etwa die Hälfte erhält Präparate mit anticholinergen Eigenschaften, die das Risiko für kognitive Einschränkungen, Stürze und Hospitalisierungen erhöhen. Der kumulative Effekt solcher Präparate wird als anticholinerge Belastung (ACB) bezeichnet und ist mit reduzierter körperlicher und geistiger Funktion assoziiert. Frühere Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenz der anticholinergen Medikamenteneinnahme in den letzten Jahren zugenommen hat und dass insbesondere von Hausärzten verschriebene Medikamente maßgeblich zur kumulativen ACB beitragen. Ziel dieser Studie war es, Veränderungen der ACB über fünf Jahre zu untersuchen und deren Zu-

sammenhang mit zentralen Gesundheitsmerkmalen älterer Erwachsener zu analysieren.

**Patient/en und Methoden:** Die Analysen basieren auf Daten der Multi-Care-Kohortenstudie (2008–2013), einer prospektiven Beobachtungsstudie mit Beteiligung von 158 Hausarztpraxen in Deutschland. Eingeschlossen wurden 3189 multimorbide Erwachsener im Alter von 65 bis 85 Jahren. Die ACB wurde mithilfe des deutschen Anticholinerg Burden Scores berechnet. Als Kovariablen wurden Alter, Geschlecht, Bildungsniveau (CASMIN), depressive Symptome (GDS), kognitive Leistungsfähigkeit (LDST), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D-3L) sowie die krankheitsgewichtete Morbidität berücksichtigt. Für die Auswertung kamen multilevel-gemischte lineare Regressionsmodelle zum Einsatz.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 7068 Beobachtungen aus drei Follow-ups ausgewertet. Das mittlere Alter der Teilnehmenden lag bei  $74,4 \pm 5,2$  Jahren, 59,3 % waren Frauen. Der durchschnittliche ACB-Score betrug zu Studienbeginn  $1,5 \pm 1,7$  Punkte und blieb im Beobachtungszeitraum stabil. Dagegen waren eine höhere Anzahl von Krankheiten (Koeffizient: 0,08, 95 % CI: 0,05/0,10,  $p < 0,001$ ), eine höhere Anzahl von depressiven Symptomen (0,04, 0,004/0,08,  $p = 0,030$ ), eine schlechtere kognitive Funktion ( $-0,03$  bis  $-0,06$ / $-0,001$ ,  $p = 0,044$ ) und eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $-0,05$  bis  $-0,08$ / $-0,01$ ,  $p = 0,006$ ) mit einem im Laufe der Zeit steigenden ACB-Score assoziiert.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Verschreibung von Anticholinergika nimmt trotz des sich verschlechternden Gesundheitszustands älterer Patienten zu, was zu erhöhten Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten führen kann. Neue Praxisempfehlungen für Hausärzte könnten hilfreich sein, um sie für die kumulative ACB zu sensibilisieren und sie dabei zu unterstützen, gezielt Anticholinergika abzusetzen oder deren Dosis zu reduzieren. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um die Auswirkungen unserer Ergebnisse auf das Verschreibungsverhalten in der Primärversorgung zu bewerten.

## FV-06

### (Zukünftige) Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum

Svenja Wirries\*

Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

**Einleitung:** Der Beitrag setzt sich aus einer praxisorientierten Forschungsperspektive mit der Frage auseinander, wie Pflege im ländlichen Raum (auch zukünftig) sichergestellt werden kann. Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ist dort mit besonderen Herausforderungen verbunden (räumlich, sozial, pflegerisch-medizinisch-infrastrukturell). So werden unzureichende pflegerisch-formelle Angebote im ländlichen Raum derzeit (noch) durch informell Pflegende kompensiert, allerdings wird vor allem hier das informelle Unterstützungspotential im nächsten Jahrzehnt stärker abnehmen. Um die pflegerische Versorgung (auch zukünftig) sicherstellen zu können, werden innovative, dezentrale und integrierte pflegerisch-medizinische Versorgungskonzepte benötigt, die die besonderen Bedingungen sowie pflegerischen und medizinischen Bedarfe im ländlichen Raum berücksichtigen. Aus einer praxisorientierten Forschungsperspektive werden im Beitrag die Voraussetzungen von innovativen Versorgungskonzepten für die Sicherstellung von Pflege im ländlichen Raum diskutiert.

**Patient/en und Methoden:** Die empirische Literaturrecherche erfolgte mit den Datenbanken SSOAR und Google Scholar. Folgende Schlüsselwörter wurden verwendet: Sicherstellung Pflege ländlicher Raum, Pflege im ländlichen Raum. Es wurden folgende Pflege-Versorgungskonzepte in das Datenmaterial einbezogen: wissenschaftlich-evaluierte innovative Modellprojekte sowie etablierte innovative Versorgungsangebote im ländlichen Raum. Die weitere Vorgehensweise bestand aus zwei Schritten: 1. Vergleich der Versorgungskonzepte, 2. Herausarbeiten der Kriterien der Versorgungskonzepte, die a) einen Einfluss auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort haben (Pflegeinfrastruktur) und b) die

(flächendeckend) etabliert worden sind und damit eine nachhaltige Wirkung auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort haben.

**Ergebnisse:** Innovative, dezentrale pflegerisch-medizinische Versorgungskonzepte können zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung beitragen. Innovative Pflege-Versorgungskonzepte müssen drei Voraussetzungen erfüllen, um zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (zukünftig) beitragen zu können: 1. Das Zusammenführen von Case-Management- und Care-Management-Funktionen im Rahmen eines Versorgungskonzepts. 2. Die dezentrale Gestaltung von Pflege-Versorgungskonzepten. 3. Die kommunale Anbindung von innovativen Pflege-Versorgungskonzepten.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Das Zusammenführen von Case-Management- und Care-Management-Funktionen im Rahmen eines Versorgungskonzeptes sowie die kommunale Anbindung von Pflegeversorgungskonzepten ermöglichen eine kontinuierliche Verzahnung der Analyse und gezielten Weiterentwicklung der Pflegeversorgungsstruktur vor Ort. Die dezentrale Gestaltung von Pflegeversorgungskonzepten stärkt den Zugang zu professioneller Unterstützung (Beratung, Vermittlung und Koordination von Hilfen) für ältere (pflegebedürftige) Menschen und (pflegende) Angehörige im ländlichen Raum. So können innovative Pflege-Versorgungskonzepte zur Sicherstellung von Pflege im ländlichen Raum beitragen.

### FV-07

#### Vergleich der Geriatrischen Remobilisierung im N.ö. Krankenhaus Abtenau mit dem Geriatrischen Jahresreport 2024: Versorgungskomplexität und funktioneller Outcome

Felix Karsten<sup>1,2\*</sup>, Erich Grünwald<sup>1</sup>, Daniela Steinbruckner<sup>1</sup>, Alexander Hornegger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>N.ö. Krankenhaus Abtenau, Abtenau, Österreich; <sup>2</sup>EMCO Privatklinik, Bad Dürrenberg, Österreich

**Topic:** Rehabilitation interprofessionell betrachtet/Geriatrische Rehabilitation

**Einleitung:** Die Geriatrische Remobilisierung (GR) soll nach akuten Erkrankungen oder Verletzungen Funktion, Selbstständigkeit und Versorgungsfähigkeit älterer Menschen rasch verbessern und Komplikationen reduzieren. Ziel war es, zentrale Ergebnisindikatoren der GR Abtenau mit dem Geriatrischen Jahresreport 2024 zu vergleichen und Unterschiede im Kontext der Versorgungskomplexität zu interpretieren.

**Patient/en und Methoden:** Retrospektive Auswertung der Routinedaten der GR Abtenau (2024) und Vergleich mit aggregierten Referenzwerten des Jahresreports. Analysiert wurden Fallzahl, Alter/Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Ernährungsstatus (MNA), Barthel-Index (Aufnahme; Anteil mit Verbesserung), Mortalität sowie Entlassungsdestinationen; geplante Prozessoptimierungen (z. B. PRISMA-7, Handkraft, FRAX, Tinetti, GDS, kognitive Kurztests) und digitale Unterstützung (Dokumentations-/Briefassistenz, patient:innennahe Apps) wurden ergänzend beschrieben.

**Ergebnisse:** 2024 wurden in Abtenau 222 Fälle behandelt (Jahresreport: 7545). Ø-Alter 82,4 Jahre (81,0), w/m 66,2/33,8 % (66,3/33,7 %). Aufenthaltsdauer 26,4 Tage (Jahresreport 15–21). MNA 8,1 (8,0). Barthel bei Aufnahme 54,3 (52,5); Barthel-Verbesserung 83,3 % (~85 %). Mortalität 3,2 % (~2–3 %). Entlassung nach Hause 66,8 % (90,5 %), in Pflegeeinrichtungen 20,5 % (im Jahresreport deutlich niedriger), andere Einrichtung/Akuttransfer 9,5 % (niedriger).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Bei vergleichbarem funktionellem Outcome weisen die längere Verweildauer und die deutlich niedrigere Rate an Heimentlassungen auf einen höheren Anteil versorgungsaufwendiger Patient:innen hin. Erklärend sind einerseits komplexere Fälle im Rahmen des lokalen Versorgungsauftrags, inklusive Patient:innen mit teils unklarer bzw. instabiler Versorgungssituation. Andererseits besteht der Eindruck eines Zuweisungsbias zugunsten pflegeaufwendigerer Fälle und zulasten „fitterer“ Patient:innen, obwohl auch diese vom Präventions- und

Optimierungspotenzial (Sturz-/Frailty-/Sarkopenie-Interventionen, Medikationsoptimierung sowie Osteoporose-Abklärung und Sekundärprävention) erheblich profitieren könnten. Daraus leiten sich als Konsequenzen die Etablierung klarerer Indikationskriterien, die Standardisierung geriatrischer Risikoassessments sowie digitale Prozessunterstützung zur verbesserten sektorenübergreifenden Outcome-Messung und Versorgungskontinuität ab.

### FV-08

#### Unter gesundheitsfördernden Verhältnissen alt werden: Beteiligung von älteren Menschen stärken

Michelle Baus\*, Patricia Tollmann, Eike Quilling

Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Die demografische Entwicklung zeigt eine zunehmende Alterung der Bevölkerung. Im fortgeschrittenen Lebensalter steigt das Risiko von sozialer Isolation und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Ziel ist es, die subjektive Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten und gleichzeitig ihre aktive gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen. Doch wie kann Altwerden nachhaltig gesundheitsförderlich gestaltet und Chancengerechtigkeit dabei unterstützt werden? Beteiligung kann ein Schlüssel sein, damit Interessen älterer Menschen adressiert und verantwortungsvoll gehandelt wird. Durch Beteiligung werden zum Beispiel Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung und soziale Beziehungen nachhaltig gestärkt.

Damit Beteiligung von älteren Menschen unterstützt wird, verfolgt ein von der Gesundheit Österreich GmbH gefördertes Projekt das Ziel, Akteur\*innen in Kommunen und Wissenschaft praktische Hilfen, in Form von Tools und Good-Practice-Beispielen auf einer Online-Plattform zur Verfügung zu stellen.

**Patient/en und Methoden:** Das Projekt fokussiert sich auf ältere Menschen ab 65 Jahren. Im Rahmen der Analyse von Good-Practice-Beispielen werden zudem generationenübergreifende Initiativen berücksichtigt. Die Beteiligungs-Tools und Good-Practice-Beispiele werden anhand einer Literaturrecherche in den Datenbanken Web of Science, PubMed und SocINDEX sowie einer Handsuche in Online-Suchmaschinen identifiziert. Ergänzend werden Expert\*inneninterviews geführt.

**Ergebnisse:** Die Recherche ergab insgesamt neun Tools und drei Good-Practice-Beispiele, die sich auf die Förderung der Beteiligung älterer Menschen konzentrieren. Zusammenfassend werden in diesen interprofessionell Bewegungsförderung, soziale Teilhabe sowie die zukunftsfähige Gestaltung von Kommunen unter Beteiligung älterer Menschen thematisiert und verantwortungsvolles Handeln fokussiert.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Voraussetzung zur Beteiligung älterer Menschen ist die Grundhaltung, Adressat\*innen als Expert\*innen ihrer eigenen Lebenswelt anzusehen. Tools bieten eine nützliche Hilfestellung, um bei der Planung, Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen oder Projekten ältere Menschen zu beteiligen sowie gesundheitsfördernde Verhältnisse zu gestalten. Zudem bieten Good-Practice-Beispiele Orientierung, wie Beteiligung älterer Menschen in anderen Vorhaben erfolgreich gestärkt werden konnte.

Mit den Teilnehmenden soll interdisziplinär diskutiert werden, wie die Nutzung der Tools sowie Good-Practice-Beispiele unterstützt werden kann, um durch Beteiligung ein gerechtes und nachhaltiges Altwerden zu fördern.

## FV-09

### Positive Aspekte der Pflege von Menschen mit Demenz aus der Perspektive von Berufseinsteiger\*innen in der Gesundheits- und Krankenpflege: Eine qualitative Studie

Melanie Karrer\*, Ursula Halbmayr-Kubicsek

FH Gesundheitsberufe OÖ, Linz, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Trotz des steigenden Bedarfs an qualifizierten Pflegefachpersonen im Bereich der Demenzpflege haben Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege geringe Präferenzen für eine Tätigkeit in diesem Bereich. Das vorherrschende negative Bild erschwert Rekrutierung und Bindung von Pflegefachpersonen. Gleichzeitig gibt es Berufseinsteiger\*innen, die sich für eine Karriere im Bereich der Demenzpflege entscheiden. Ihre positiven Erfahrungen und die Einflussfaktoren für ihre Entscheidung sind bislang kaum erforscht, obwohl sie wertvolle Impulse für Ausbildung und Personalentwicklung liefern können. Ziel der Studie war es, die von Berufseinsteiger\*innen wahrgenommenen positiven Aspekte der Pflege von Menschen mit Demenz, sowie die Einflussfaktoren ihrer Berufswahl zu untersuchen.

**Patient/en und Methoden:** Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Einzelinterviews und offenen schriftlichen Fragen. Eingeschlossen wurden diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen (DGKP) in Österreich mit maximal fünf Jahren Berufserfahrung. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels thematischer Analyse nach Braun & Clarke. Die Ergebnisse wurden mit den Teilnehmer\*innen in einem Fokusgruppeninterview diskutiert.

**Ergebnisse:** Es wurden Interviews mit 13 DGKP geführt, die eine durchschnittlichen Berufserfahrung von 26 Monaten im Bereich der Demenzpflege aufwiesen. Relevante Einflussfaktoren für die Entscheidung in der Demenzpflege zu arbeiten waren (1) Rahmenbedingungen, die zur persönlichen Situation passen, (2) die Wahrnehmung, dass persönliche Haltung und Ressourcen zur Demenzpflege passen, sowie (3) prägende Erfahrungen vor oder während der Ausbildung. Die positiv erlebten Aspekte können in drei ineinandergreifenden Themen beschrieben werden: (1) Investieren: Hohe Ansprüche als positive Herausforderung begreifen, (2) Bewirken: Mit der Pflege per se etwas bewirken können, (3) Ernten: Positive Resonanz, Sinn und Freude im Tun erleben.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Demenzpflege wird als komplexes Tätigkeitsfeld beschrieben mit hohen Anforderungen an die DGKP. Durch das zunehmende Erfüllen dieser Anforderungen, bspw. durch Erweiterung der fachlichen und psychosozialen Kompetenzen, gelingt es, für die Menschen mit Demenz positive Outcomes zu bewirken und Freude und Sinn im Tun zu erleben. Für Ausbildung und Praxis erscheint es zentral, die komplexen Anforderungen sichtbar zu machen und DGKP dabei zu unterstützen, diese erfüllen zu können. Dies erfordert geeignete Rahmenbedingungen in der Praxis, wie z. B. kontinuierliche Weiterbildung, Möglichkeit für flexibles Handeln und Fallbesprechungen. Für die Ausbildung gilt das Praktikum als eine wichtige Stellschraube, da hier prägende Erfahrungen gesammelt werden.

## FV-10

### Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schlafförderung geriatrischer Bewohner:innen. Eine Mixed-Methods Studie

Verena Moser-Siegmeth\*, Petra Walter, Eva-Maria Rudorfer, Suzana Tuna, Ireneusz Swietalski, Beata Prytek, Tamara Archan, Daniela Metzenbauer

Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Die zentralen Aufgaben des Schlafes sind Erholung und Regeneration (Joechner et al., 2019). Schlechter Schlaf erhöht das Risiko der

Morbidität und Mortalität (Crowley, 2011) und kann Folgen wie psychische Leiden, Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, Krebs sowie kardiovaskuläre Erkrankungen und eine beeinträchtigte Leistungsfähigkeit haben (Joechner et al., 2019). Studien empfehlen für ältere Menschen nicht-pharmakologische Interventionen für einen erholsamen Schlaf einzusetzen (Surani & Bopparaju, 2011).

**Patient/en und Methoden:** Diese Forschung gliederte sich in drei Phasen: (1) Bedarfsanalyse, (2) Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs und (3) Implementierung und Evaluation. Die Datenerhebung zur Bedarfsanalyse erfolgte in einem Mixed-Methods-Ansatz. Anhand leitfadengestützter Interviews ( $n=9$ ) mit Bewohner:innen wurden Informationen zum Erleben von Schlaf erfasst. In der quantitativen Prä-Erhebung ( $n=55$ ) wurden mit dem Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI) Daten zur Qualität des Schlafes von Bewohner:innen erhoben. Anschließend wurde mit einer Fokusgruppe, mit Teilnehmenden aus dem Bereich der Pflege ( $n=13$ ), ein Katalog mit nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schlafförderung erstellt und auf zwei Stationen implementiert. Im Rahmen der Evaluation erfolgte die Post-Erhebung mittels PSQI ( $n=24$ ) um die gesetzten Maßnahmen zu überprüfen.

**Ergebnisse:** Die Bedarfsanalyse basierte auf der Grundlage eines konvergenten Mixed Methods Designs (Kuckartz, 2014). In den Ergebnissen der qualitativen Daten zeigte sich, dass Schlafen vor dem Einzug in die Langzeitpflegeeinrichtung keine Probleme bereitete und erst mit dem Umzug an Bedeutung gewann. In der quantitativen Auswertung des PSQI ergab sich in der Prä-Erhebung ein Mittelwert von 8,1 ( $SD=0,8$ ), was auf ein schlechtes Schlafverhalten hinweist. In der Post-Erhebung konnte ein Mittelwert von 5,9 ( $SD=0,8$ ) ermittelt werden, was einem gesunden Schlafverhalten entspricht.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Bezogen auf den Maßnahmenkatalog zeigen die Reviews von Shang et al. (2019) und Capezuti et al. (2018) eine große Heterogenität bezüglich der Wirksamkeit der untersuchten nicht-medikamentösen Interventionen. In beiden Arbeiten wurden diese auf mehreren Ebenen implementiert. Daraus lässt sich schließen, dass ein umfangreiches nicht-medikamentöses Interventionsspektrum zielführend sein könnte. Da die angewendeten Interventionen in vorliegender Arbeit zu einer Verbesserung des Schlafverhaltens der Bewohner:innen führten, könnte ein Einbinden der betreuenden Pflegepersonen in den Auswahlprozess nicht-medikamentöser Maßnahmen einen positiven Einfluss auf die Umsetzung im Stationsalltag gehabt haben.

## FV-11

### Anwendung der FORTA-Liste bei geriatrischen Patient\*innen im Vergleich zwischen geriatrischer Akutbehandlung und Geriatrischer Frührehabitativer Komplexbehandlung

Sandra Wocheslander, Lena Seeber\*, Markus Gosch

Klinikum Nürnberg, Klinik für Innere Medizin 2, Schwerpunkt Geriatrie, Nürnberg, Deutschland

**Topic:** Polypharmazie

**Einleitung:** Polypharmazie bei geriatrischen Patient\*innen stellt eine große Herausforderung im klinischen Alltag dar. Durch den demographischen Wandel und die zunehmend hohe Anzahl an multimorbiden geriatrischen Patient\*innen nehmen aufgrund von Polypharmazie medikamentöse Nebenwirkungen und Wechselwirkungen zu. Die FORTA-Liste stellt ein Klassifikationssystem zur Bewertung der Qualität von Medikamenten bei geriatrischen Patient\*innen dar.

**Patient/en und Methoden:** Die Studie ist eine retrospektive Datenanalyse von geriatrischen Patient\*innen im Alter über 70 Jahre, die sich im Zeitraum zwischen 18.11.2022 und 31.05.2023 stationär in der Geriatrie am Klinikum Nürnberg Nord befanden. Eingeschlossen waren 344 Patient\*innen, 217 Patient\*innen in der geriatrischen Akutbehandlung und 127 in der geriatrischen frührehabitativen Komplexbehandlung. Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Qualität der Pharmakotherapie vergli-

chen, indem die Differenz des FORTA-Scores zwischen Aufnahme und Entlassung zwischen den beiden Gruppen in einen Vergleich gesetzt wurde.

**Ergebnisse:** In der Gruppe der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergab sich ein Delta FORTA-Score von  $-0,88$  und damit eine Verbesserung des FORTA-Scores im Vergleich von Aufnahme zu Entlassung. In der Gruppe der geriatrischen Akutbehandlung betrug der Delta FORTA-Score  $-0,89$  und ergab ebenfalls eine Verbesserung. Zwischen den beiden Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die verbesserten FORTA-Scores ergaben bei beiden Gruppen einzeln betrachtet eine signifikante Verbesserung der Pharmakotherapie im zeitlichen Vergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Ein signifikanter Unterschied zwischen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der geriatrischen Akutbehandlung hinsichtlich der Qualität der Pharmakotherapie konnte zwar nicht festgestellt werden. Bei beiden Gruppen ergab sich jedoch eine signifikante Verbesserung der medikamentösen Versorgung während des Aufenthaltes in der Geriatrie am Klinikum Nürnberg im betreffenden Zeitraum. Weitere Studien in Zukunft wären sinnvoll, um diese Thematik weiter zu erforschen.

### FV-12

#### Eltern-Kind-Kontakt im Übergang zur Verwitwung im höheren Alter: Langzeitunterschiede nach Geschlecht und Beziehungsqualität

Henrik Laumert\*, Alina Schmitz

Technische Universität Dortmund, Dortmund, Deutschland

**Topic:** Altersbilder und Identität

**Einleitung:** Verwitwung stellt im höheren Alter einen biografischen Wendepunkt dar, der emotionale und verhaltensbezogene Anpassungen erfordert und die soziale Einbettung älterer Menschen verändert. Besonders die Beziehung zu erwachsenen Kindern ist häufig von einer Neuaushandlung familiärer Rollen und Unterstützungsverhältnisse geprägt. Bisherige Studien dokumentieren eine steigende praktische und emotionale Unterstützung in den ersten Monaten nach dem Verlust eines Elternteils, während wenig darüber bekannt ist, wie sich Kontaktmuster im weiteren Verlauf der Witwenschaft entwickeln. Unklar bleibt insbesondere, wann Kontaktzunahmen einsetzen, wie lange sie anhalten und wie sich unterschiedliche Kontaktformen über die Zeit verändern. Da Eltern-Kind-Beziehungen geschlechtsspezifisch variieren und Theorien intergenerationaler Solidarität und Ambivalenz nahelegen, dass die Beziehungsqualität die Bereitschaft und Fähigkeit erwachsener Kinder beeinflusst, den Kontakt zu einem trauernden Elternteil zu intensivieren, wird eine Heterogenität der Effekte erwartet.

Der Beitrag untersucht Veränderungen im Eltern-Kind-Kontakt vor, während und nach der Verwitwung und differenziert zwischen verschiedenen Kontaktmodalitäten (persönlich versus telefonisch und schriftlich). Um zu analysieren, für wen sich Kontaktmuster über die Zeit am stärksten verändern, werden Unterschiede nach Geschlecht des verbliebenen Elternteils und nach Beziehungsqualität berücksichtigt.

**Patient/en und Methoden:** Auf Basis von Längsschnittdaten der English Longitudinal Study of Ageing (ELSA; 2002–2019) verfolgen wir antizipative und anhaltende intraindividuelle Veränderungen im Eltern-Kind-Kontakt bis zu acht Jahre nach dem Verlust des Ehepartners. Hierfür werden lineare Regressionsmodelle mit Fixed Effects auf Basis einer Stichprobe von Eltern der Altersgruppe 50+ geschätzt. Neben geschlechtergetrennten Modellen beziehen wir die Beziehungsqualität als Moderator ein. Dazu unterscheiden wir zwischen unterstützenden, ambivalenten, indifferenten und zurückweisenden Eltern-Kind-Beziehungen.

**Ergebnisse:** Es zeigen sich deutliche Veränderungen im Eltern-Kind-Kontakt nach dem Tod eines Elternteils. Persönliche Interaktionen steigen unmittelbar stark an, während telefonische Kontakte allmählich, aber dauerhaft zunehmen. Die Muster unterscheiden sich nach Geschlecht: Männer verzeichnen einen ausgeprägten, aber kurzlebigen Kontakthanstieg, Frau-

en einen moderateren, dafür länger anhaltenden. Auch die Beziehungsqualität prägt die Dynamik wesentlich: In unterstützenden Beziehungen ist der Zuwachs stark und dauerhaft, in ambivalenten und indifferenten Beziehungen gibt es nur kurzfristige Anpassungen und in zurückweisenden Beziehungen bleiben Veränderungen aus.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Witwenschaft aktiviert die Eltern-Kind-Interaktion nicht einheitlich; vielmehr sind Kontaktmuster stark im Beziehungskontext eingebettet. Dies unterstreicht die Bedeutung, sowohl Geschlecht als auch Beziehungsqualität zu berücksichtigen, um familiäre Reaktionen auf einschneidende Lebensübergänge im höheren Alter angemessen zu verstehen.

### FV-13

#### The international neurocognitive profile (INCP): Differences between cognitively healthy and cognitively impaired participants in subtests assessing the domains of memory and language—A retrospective study

Christina Herndl\*, Julia Linke, Beatrice Beck, Johann Lehrner

Medizinische Universität Wien, Wien, Austria

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

**Introduction:** Research indicates that due to improved longevity and increased risk factors, the number of people affected by dementia will continue to rise. Alongside personal and societal effects, dementia has an enormous influence on financial and economic resources. With the implementation of digital tools in the early detection of cognitive impairments, efficiency and applicability of diagnostic processes could be improved. To address this growing research interest, the International Neurocognitive Profile (INCP) was developed. It is a self-monitoring, internet-based instrument and therefore meets significant advantages.

**Patients and methods:** The present study is a preliminary investigation in the development of the INCP. It examines the discriminatory power of the INCP subtests assessing the cognitive domains of memory (FPT, MMT) and language (AVT, VVT, INT). Participants were classified as cognitively healthy (CH) or cognitively impaired (CI) ( $N=626$ ; CH=555, CI=71). All data was collected from June 2022 to December 2025. Performance differences across groups were assessed using independent samples t-tests.

**Results:** The results show significant differences in test performance between groups for the INT ( $t(61.23)=3.72$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.65$ ) as well as for all three subtests of the FPT (FPT-FCTAIR ( $t(548)=8.58$ ,  $p<0.001$ ,  $d=1.28$ ), FPT-FCSADR ( $t(532)=6.38$ ,  $p<0.001$ ,  $d=1.01$ ), FPT-REC ( $t(528)=6.72$ ,  $p<0.001$ ,  $d=1.07$ )), with lower performance scores for the CI group than the CH group. No significant differences in test performance between groups were found for the AVT ( $t(531)=-0.68$ ,  $p=0.500$ ,  $d=-0.11$ ), the VVT ( $t(73.06)=1.23$ ,  $p=0.221$ ,  $d=0.20$ ), and in any of the three subtests of the MMT (MMT-FCTAIR ( $t(118)=0.41$ ,  $p=0.686$ ,  $d=0.14$ ), MMT-FCSADR ( $t(113)=0.26$ ,  $p=0.798$ ,  $d=0.10$ ), MMT-REC ( $t(109)=0.84$ ,  $p=0.400$ ,  $d=0.33$ )).

**Conclusion/Diskussion:** The results revealed significant performance differences between groups for the subtests INT and FPT, however no significant differences could be shown for the subtests AVT, VVT, and MMT. Studies with larger and more balanced samples are needed.

### FV-14

#### Empowerment im Gesundheits- und Sozialwesen: Digitale Lernangebote für Klimaanpassung und Resilienz

Romina Marie Graier\*, Christine Dullnig-Pichler, Daniela Elisabeth Ströckl, Eleni Zografou, Maja Cetić

FH Kärnten, Villach, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

**Einleitung:** Die Auswirkungen des Klimawandels stellen das Gesundheits- und Sozialwesen vor neue Herausforderungen, insbesondere in der Versorgung älterer Menschen. Das Erasmus+ Projekt chAnGE verfolgt das Ziel, Inklusion zu fördern und Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich zu befähigen, Klimaanpassungsmaßnahmen in ihre Arbeit zu integrieren. Indirekt profitieren ältere Menschen und ihre Familien durch eine verbesserte Resilienz der Versorgungssysteme. Der Beitrag fokussiert die Entwicklung eines Micro Credential zur Stärkung von Kompetenzen und zur Förderung von Empowerment und Inklusion.

**Patient/en und Methoden:** Die Inhalte wurden in „Living Labs“ ko-kreativ entwickelt, in denen Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Bildungseinrichtungen, Organisationen und ältere Menschen zusammenarbeiteten. Auf Basis der Gespräche und Sammlung von Inhalten wurden die Inhalte des Micro Credentials „Promoting Inclusion and Empowering Individuals, Families & Groups“ entwickelt. Die Online-Micro-Credentials sollen flexible Zugänge ermöglichen und digitale sowie „grüne“ Kompetenzen fördern. Die Pilotierung und Evaluation werden in den europäischen Partnerländern durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die ko-kreative Entwicklung führte zu Inhalten dieses Micro Credentials, die praxisnahe sind sowie Kompetenzen im Bereich Inklusion, Empowerment und systemisches Verständnis entwickeln. Dieser Micro Credentials, wie auch die anderen die im Zuge des Projektes entstanden sind, sind auf unterschiedliche Qualifikationsniveaus (EQF 4–6) zugeschnitten und ermöglichen damit individuelle Lernpfade in unterschiedlicher Länge. Niederschwellig und barrierearm wirken die Online-Formate, indem sie geografische und zeitliche Hürden abbauen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Das Projekt demonstriert, wie partizipative Bildungsansätze zur Stärkung von Fachkräften und zur indirekten Unterstützung von Individuen, Familien und Gruppen beitragen können. Die Verbindung von Klimaanpassung, digitaler Bildung und Empowerment eröffnet neue Perspektiven für eine nachhaltige und gerechte Gesundheitsversorgung auf Basis eines systemischen Verständnisses. Die Ergebnisse liefern Impulse für die Weiterentwicklung von Bildungsstrategien im Gesundheits- und Sozialwesen und zeigen, wie Bildung als Hebel für gesellschaftliche Resilienz genutzt werden kann. Gleichzeitig bedarf es aber auch einer nationalen und internationalen Diskussion rund um Anrechnung und Anerkennung von Micro Credential Zertifikaten.

## FV-15

### Der Geriatrische Delirpass (GeDePa): Entwicklung eines Instruments zur intersektoralen und interprofessionellen Delirrisiko-Identifikation

Simon Krutter<sup>4,5</sup>, Chiara Muzzana<sup>1,2\*</sup>, Dietmar Ausserhofer<sup>1,3</sup>, Ingrid Ruffini<sup>6</sup>, Bernhard Iglseder<sup>7</sup>, Giuliano Piccoliori<sup>3</sup>, Maria Flamm<sup>8,5</sup>, Patrick Kutschar<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Claudiana Research, Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe „Claudiana“, Bozen, Italien; <sup>2</sup>Programm am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich; <sup>3</sup>Institut für Allgemeinmedizin und Public Health „Claudiana“, Bozen, Italien; <sup>4</sup>Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich; <sup>5</sup>Zentrum für Public Health und Versorgungsforschung, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich; <sup>6</sup>Abteilung für Geriatrie, Krankenhaus Meran, Südtiroler Sanitätsbetrieb, Meran, Italien; <sup>7</sup>Universitätsklinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Salzburg, Christian Doppler Klinik, Salzburg, Österreich; <sup>8</sup>Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Das postoperative Delir (POD) ist eine häufige Komplikation bei älteren Patient:innen nach orthopädischen und chirurgischen Eingriffen, gekennzeichnet durch eine akute Veränderung des mentalen Zustands sowie verminderter Aufmerksamkeit und Wahrnehmung. Die intersektorale Identifikation und interprofessionelle Kommunikation von Risikofaktoren (RF) für POD kann die Sicherheit und Qualität der perioperativen Versorgung bei älteren Patient:innen verbessern.

**Patient/en und Methoden:** Diese Studie verwendete ein mehrphasiges, multizentrisches (Salzburg, Südtirol) Multi-Methoden-Design zur Entwicklung und Überprüfung des *Geriatrischen Delirpass (GeDePa)*: 1) systematische Literaturrecherche zur Identifikation von RF; 2) semi-strukturierte Experteninterviews und inhaltsanalytische Analyse zur Einschätzung der Praktikabilität des GeDePa und der RF; 3) quantitative Online-Befragung unter Anwendung der RAND/UCLA Appropriateness Method zur Einschätzung von Relevanz und Machbarkeit der einzelnen RF; 4) Integration und Finalisierung des GeDePa. Insgesamt wurden 21 Gesundheitsfachpersonen aus stationären und ambulanten Einrichtungen eingeschlossen. Die Rekrutierung der am perioperativen Versorgungsprozess beteiligten Expert:innen aus den Disziplinen Allgemeinmedizin, Geriatrie, Anästhesie, Chirurgie und Pflege erfolgte mittels gezielter und Convenience-Sampling-Strategien. Die Teilnehmenden waren sowohl in die qualitative als auch in die quantitative Phase eingebunden. Am Poster wird die Entwicklung und Überprüfung des GeDePa entlang der 4 Phasen und die aktuelle Version vorgestellt.

**Ergebnisse:** Von 115 identifizierten RF wurden 38 für die Konstruktion des vorläufigen GeDePa (zwei A4-Seiten, Checklistenformat) berücksichtigt. Aus den Experteninterviews emergierten fünf zentrale Themen: Früherkennung von Risikopatient:innen; intersektorale Strukturen und Prozesse zur Delirprävention; Informationsaustausch im perioperativen Versorgungspfad; Herausforderungen im perioperativen Versorgungspfad; gewünschte Prozesse für intersektorale Versorgung. Im Online-Rating bewerteten die Expert:innen insgesamt 45 RF hinsichtlich Relevanz und Machbarkeit, wovon 9 RF mit unsicherem Konsens wurden aufgrund starker Evidenz beibehalten, und 2 RF aufgrund fehlender Machbarkeit ausgeschlossen. Letztlich wurden 38 RF in fünf Abschnitte integriert: Allgemeinzustand, Laborparameter, Diagnosen und Komorbiditäten, medikamenten- und suchtbegleitende Faktoren, intra- und postoperative Faktoren. Die deutsche Version des GeDePa wurde überarbeitet und als zweiseitige Checkliste finalisiert, einschließlich der Möglichkeit zur Dokumentation von POD. Eine Vorwärts-Rückwärts-Übersetzung erfolgt zur Entwicklung der italienischen Version für den klinischen Einsatz in Südtirol.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der GeDePa bietet eine kurze, papierbasierte Checkliste zur intersektoralen Identifikation und interprofessionellen Kommunikation von RF für das POD, die von den Expert:innen als praktikabel eingeschätzt wurde und nun in die Praxis implementiert und evaluiert wird.

## FV-16

### Prävention eines postoperativen Delirs durch Daridorexant bei älteren Klinikpatienten mit hohem Delirrisiko

Carla Stenmanns<sup>1\*</sup>, Henriette-Sophie Möllmann<sup>1</sup>, Helmut Frohnhofen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; <sup>2</sup>Universität Witten-Herdecke, Witten, Deutschland

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

**Einleitung:** Das Delir tritt häufig bei älteren Patienten auf und ist mit vielen negativen Folgen verbunden. Präventive Strategien umfassen neben der Risikobewertung die Durchführung von allgemeinmaßnahmen. Es gibt Hinweise, die Orexin-Antagonisten ein Delir verhindern könnten. Diese Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen der präventiven Anwendung von Daridorexant und der Delirinzidenz bei älteren Traumapatienten mit hohem Risiko für ein Delir.

**Patient/en und Methoden:** Wir führten eine Sekundäranalyse einer prospektiven Beobachtungsstudie durch, die in der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt wurde. Eingeschlossen wurden Patienten über 70 Jahre mit einem DRAT-Score (Delirium Risk Assessment Tool)  $\geq 5$ . Die Delirinzidenz wurde zwischen Patienten mit und ohne präoperative Daridorexant-Gabe verglichen. Die präventive Gabe von Daridorexant war nicht vorgegeben,

war nicht randomisiert und unterlag der Entscheidung des behandelnden Arztes. Den mit Daridorexant präventiv behandelten Patienten wurden Patienten mit vergleichbarem Risikoprofil und ohne Daridorexantgabe zugeordnet. Mittels multivariabler logistischer Regression wurde für Einflussfaktoren adjustiert.

**Ergebnisse:** Von 96 Patienten (63 % weiblich; medianes Alter 86 Jahre) erhielten 21 (22 %) präventiv Daridorexant. Die beiden Gruppen waren hinsichtlich des DRAT-Scores, Alter, Geschlecht und Frailty (CFS) vergleichbar, obwohl in der Daridorexant-Gruppe häufiger chirurgische Eingriffe durchgeführt wurden (81 % vs. 74 %,  $p < 0,05$ ). Die Delirinzidenz betrug 5 % unter Daridorexant gegenüber 48 % ohne Daridorexant ( $p < 0,001$ ). Nach Adjustierung für Kovariaten blieb die Anwendung von Daridorexant signifikant mit einem reduzierten Delirrisiko assoziiert (OR 26,2; 95 %-KI 4,6–149,2;  $p < 0,003$ ). Die Gabe von Daridorexant wurde gut vertragen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Anwendung von Daridorexant war bei älteren Traumatopatienten mit hohem Risiko mit einer deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit für ein Delir verbunden. Randomisierte kontrollierte Studien sind erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen.

### FV-17

#### Korrelation der Qualität der Pharmakotherapie mit der Funktionalität geriatrischer Patient\*innen

Lena Seeber\*, Sandra Wocheslander, Markus Gosch

Klinikum Nürnberg, Klinik für Innere Medizin 2, Schwerpunkt Geriatrie, Nürnberg, Deutschland

**Topic:** Polypharmazie

**Einleitung:** Polypharmazie bei geriatrischen Patient\*innen stellt im klinischen Alltag eine große Herausforderung dar. Die FORTA-Liste ist ein modernes Klassifikationssystem, um die Qualität der Pharmakotherapie geriatrischer Patient\*innen zu verbessern.

**Patient/en und Methoden:** Für eine retrospektive single-center Studie wurden die Daten von 400 Patient\*innen am Klinikum Nürnberg Schwerpunkt Geriatrie ausgewertet. Diese wurden auf Zusammenhänge zwischen der Qualität der Pharmakotherapie, gemessen am FORTA-Score, und der Funktionalität, gemessen an den Assessments Clinical Frailty Scale (CFS), Barthel Index (BI), Erweiterter Barthel Index (EBI), Parker Mobility Score (PMS), Mini-Mental-Status-Test (MMST), Geriatrische Depressionsskala (GDS), Timed Up and Go Test (TUG) sowie der A1 Einstufung der Pflege-Personalregelung (ABP), getestet. Dafür wurden univariate und multivariate Korrelationen sowie ein Vergleich zwischen einer guten (FORTA-Score  $\leq 3$ ) und einer schlechten Qualität (FORTA Score  $> 3$ ) der Pharmakotherapie durchgeführt.

**Ergebnisse:** Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem FORTA-Score und den Assessments mit Hilfe der Spearman Korrelation und der Multiplen Linearen Regression nachgewiesen werden. Beim Vergleich der Assessments mit einem hohen (FORTA-Score  $> 3$ ) bzw. niedrigen (FORTA-Score  $\leq 3$ ) FORTA-Score gab es keine signifikanten Unterschiede. Die CFS korreliert mit der Gesamtzahl ( $p = 0,05$ ,  $r = 0,11$ ) und der Zahl der FORTA-Medikamente ( $p = 0,02$ ,  $r = 0,13$ ), der PMS mit der Anzahl der FORTA-Medikamente ( $p = 0,03$ ,  $r = -0,12$ ), die Allgemeine Behandlungspflege mit der Gesamtzahl ( $p = 0,01$ ,  $r = 0,13$ ) und der Zahl der FORTA-Medikamente ( $p = 0,003$ ,  $r = 0,15$ ). Es liegen schwache, positive Korrelationen des FORTA-Scores mit der Verweildauer ( $p = 0,04$ ,  $r = 0,11$ ) und dem CCI ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,25$ ) vor. Bei einem hohen FORTA-Score ist der CCI signifikant höher ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Qualität der Pharmakotherapie und der Funktionalität der Patient\*innen. Die CFS, PMS und ABP korrelieren mit der Anzahl der FORTA-gelisteten Medikamente. Der FORTA-Score korreliert mit der Verweildauer und der Mortalität.

## Klinische Geriatrie

### P01-01

#### Wenn der Darm die Kilos schluckt: Gewichtsverlust aufgrund einer Durchblutungsstörung

Pavol Mikula\*, Hans Jürgen Heppner

Klinik für Geriatrie und Geriatrische Tagesklinik, Klinikum Bayreuth, Medizincampus Oberfranken Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Bayreuth, Deutschland

**Einleitung:** Dieser Bericht beschreibt den Fall eines geriatrischen Patienten, dessen progressive, ungewollte Gewichtsabnahme ab dem 85. Lebensjahr schleichend auftrat. Die Symptomatik war subjektiv mild, der Zustand war jedoch im Nachhinein vollständig reversibel.

**Patient/en und Methoden:** Im Mai 2021 wurde ein 88-jähriger Patient wegen einer ungewollten Gewichtsabnahme von fast 40 kg über drei Jahre stationär aufgenommen. Er litt unter Durchfällen und Inappetenz. Vorstationäre Abklärungen, einschließlich Sonographie, Stuhldiagnostik, Gastro- und Koloskopie, hatten außer einer exokrinen Pankreasinsuffizienz (erfolglos mit Enzymsubstitution behandelt) keine klare Ursache ergeben.

Bei Aufnahme war der Patient stark kachektisch (Gewicht 50,5 kg, BMI 17,9). Aufgrund einer Anämie und positivem okkulten Blut im Stuhl wurden eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) und eine Koloskopie durchgeführt. Die ÖGD war unauffällig. Die Koloskopie zeigte im Kolon und terminalen Ileum blasse, hypoperfundierte Areale sowie erosive Veränderungen und ein a. e. ischämisches Ulkus im Colon ascendens.

Ein anschließendes CT Abdomen/Thorax schloss Malignität aus, detektierte aber als Nebenbefund eine mittelgradige Stenose des Truncus coeliacus und eine kurzstreckige hochgradige Stenose der Arteria mesenterica superior (AMS) proximal. Dies führte zur Indikation für eine Angiographie, bei der die hochgradige AMS-Stenose mittels perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA) und Stentimplantation erfolgreich rekanalisiert wurde, was postinterventionell eine kräftige Perfusion zeigte.

**Ergebnisse:** Zwei Jahre nach der Intervention, Ende August 2023, wurde der Patient erneut aufgenommen. Bei diesem Aufenthalt wurde ein Gewicht von 70 kg (BMI 24,8) dokumentiert, was einer Gewichtszunahme von 20 kg entsprach. Die Kachexiezeichen hatten sich zurückgebildet, und die Sonographie zeigte ein unauffälliges Flussprofil der AMS. Im Oktober 2024, drei Jahre nach dem Eingriff, betrug das Gewicht des mittlerweile 91-jährigen Patienten weiterhin stabile 70 kg, was ein nachhaltig stabiles Langzeitergebnis belegt.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Ungewollter Gewichtsverlust bei geriatrischen Patienten ist ein ernstes Warnsignal. Obwohl eine vollständige Reversibilität nicht immer zu garantieren ist, sind eine frühzeitige Diagnose und multimodale Therapie, wie in diesem Fall die erfolgreiche Revascularisation der AMS, entscheidend, um die Lebensqualität zu verbessern, Komplikationen zu verhindern und die körperliche Funktion wiederherzustellen.

### P01-02

#### Der Transferfaktor des Barthel-Index als prädiktiver Wert in der poststationären Versorgung orthogeriatrischer Patienten nach proximaler Femurfraktur

Iva Mikula<sup>1</sup>, Hans Jürgen Heppner<sup>2</sup>, Pavol Mikula<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Nephrologie, Hypertensiologie, Angiologie und Rheumatologie, Klinikum Bayreuth, Medizincampus Oberfranken Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Bayreuth, Deutschland; <sup>2</sup>Klinik für Geriatrie und Geriatrische Tagesklinik, Klinikum Bayreuth, Medizincampus Oberfranken Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Bayreuth, Deutschland

**Einleitung:** Die steigende Zahl hochaltriger Patienten mit proximalen Femurfrakturen erfordert einen komplexen Versorgungsansatz. Die postoperative stationäre Phase ist kurz, und die obersten Ziele der Behand-

lung sind die schnellstmögliche Rückkehr in die Häuslichkeit und die Wiederherstellung der ursprünglichen Selbsthilfefähigkeit. Zur quantitativen Beurteilung der Selbstständigkeit dient der Barthel-Index (BI). Dessen Schwäche liegt jedoch darin, dass die reine BI-Gesamtpunktzahl nicht zwischen professioneller und unprofessioneller Hilfsbedürftigkeit differenziert. Daher untersucht diese Analyse, inwieweit der Transfer-Faktor als funktioneller Prädiktor isoliert werden kann.

**Patient/en und Methoden:** Die Studie führte eine retrospektive Datenanalyse von insgesamt 329 Patienten durch, die im Zeitraum 2020 bis 2025 behandelt wurden. Als zentrales Einschlusskriterium galt die operativ versorgte proximale Femurfraktur mit anschließender geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung. Im Rahmen der Datenerhebung wurden neben demografischen Daten (Alter, MMSE) auch Komorbiditäten (Charlson-Index) sowie der Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung dokumentiert. Die Homogenität der Kohorte wurde mittels t-Tests geprüft. Der Nachweis der Kausalität erfolgte primär durch Logistische Regression (Entlassungsdestination versus Transfer-Score), ergänzt durch Korrelations- und Trendanalysen.

**Ergebnisse:** Der durchschnittliche postoperative Patient startete mit 28,5 Punkten im Barthel-Index. Der mittlere Zugewinn während der komplexen Behandlung betrug 14,5 Punkte. Die Logistische Regression identifizierte den Transfer-Subscore bei Entlassung als den stärksten kausalen Prädiktor für die Entlassung nach Hause ( $P < 0,001$ ).

Im demografischen Vergleich der Outcome-Gruppen war die Transfer-Schwellengruppe ( $T \geq 10$ ) signifikant jünger ( $P = 0,002$ ), kognitiv fitter ( $P < 0,001$ ) und wies weniger Komorbidität auf ( $P = 0,006$ ). Diese Fokussierung führte zur Herleitung des kombinierten Minimalziels: Die Analyse belegte, dass Patienten, die  $T \geq 10$  erreichten, gleichzeitig datengestützt mindestens eine BI-Gesamtpunktzahl von 45 ( $BI \geq 45$ ) aufwiesen. Patienten, die diesen Schwellenwert erreichten, hatten eine Entlassungssicherheit nach Hause von 87,6 %, während Patienten mit schlechtem Transfer ( $T < 10$ ) ein Risiko von über 50 % für eine Pflegeheimunterbringung trugen. Das Erreichen des Transfer-Schwellenwerts reduzierte die Odds für eine Pflegeheimunterbringung um 71,6 % ( $OR = 0,284$ , 95 % KI: 0,187 bis 0,430). Die Homogenitätsprüfung über die Jahre bestätigte, dass Alter, Komorbidität und Kognition der Gesamtkohorte stabil blieben ( $P > 0,6$ ), was eine Selektion leichterer Patienten ausschließt.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Transfer-Subscore bei Entlassung ist der stärkste Prädiktor für die Entlassung nach Hause. Das therapeutische Ziel von  $BI \geq 60$  kann auf das ökonomisch und klinisch präzisere Kriterium  $Transfer \geq 10$  und  $BI \geq 45$  Punkte gesenkt werden, ohne die Wahrscheinlichkeit der Entlassung nach Hause zu beeinträchtigen.

## P01-03

### Der GN-HAND: Ein kombinierter Ernährungs- und Muskelkraftparameter als Indikator für inflammatorische Belastung in der Langzeitpflege

Baerbel Sturtzel\*, Elisabeth Zeilinger, Alexa Meyer, Gerlinde Berger, Karin Zettl-Wiedner, Matthias Unsel

Abteilung für Klinische Forschung SBG, Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich

**Einleitung:** Hintergrund: Eine Mangelernährung steht bei geriatrischen Patienten/innen in engem Zusammenhang mit der Muskelkraft und der funktionellen Leistungsfähigkeit. Beide Parameter bilden gemeinsam den funktionellen Gesamtstatus ab. In der rezenten Literatur werden sie häufig mit inflammatorischen Markern in Verbindung gebracht. Die Handkraftmessung stellt ein einfaches, rasch durchführbares und objektives Verfahren zur Beurteilung der Muskelkraft dar. Der Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) ist ein praktikables und validiertes Instrument zur Einschätzung des ernährungsbezogenen Risikos.

Fragestellung: Kann durch die Bildung eines kombinierten Indexes aus GNRI und Handkraftmessung ein funktioneller Gesamtparameter abgeleitet werden, der eine Assoziation zum inflammatorischen Surrogatmar-

ker CRP bei multimorbiden geriatrischen Patientinnen und Patienten aufweist?

**Patient/en und Methoden:** Methodik, Ethik und Statistik: Prospektiven Datensammlung der ersten Stichprobenziehung der KACAO Studie (EK 25-089-0625). Analysiert wurden die Daten der Handkraftmessung, des GNRI und des CRP (C-reactive Protein). Ein Index wurde gebildet. Der gebildete Index wurde mit den CRP-Daten korreliert (Pearson Korrelation) um mögliche Assoziationen festzustellen. Anhand der deskriptiven Datenanalyse (Mittelwert, Standardabweichung) und Prüfung der Signifikanz mit dem nicht parametrischen Mann-Whitney-U Test für unabhängige Stichproben wurden mögliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten überprüft.

Probanden: 84 multimorbide geriatrische Patienten (56 weiblich; 66,7 % und 28 männlich; 33,3 %).

**Ergebnisse:** Ein neuer funktioneller Parameter (GN-HAND) wurde durch die Bildung des Indexes aus GNRI und Handkraftmessung entwickelt. Bei männlichen Probanden wurde eine signifikante Assoziation zum CRP gefunden (Pearson 0,764;  $p < 0,001$ ). Weibliche und männliche Patienten zeigten keine Unterschiede zwischen den Mittelwerten ( $\pm SD$ ) bei GNRI und CRP. Signifikante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten fanden sich bei der Handkraftmessung ( $p < 0,001$ ) und dem GNRI/Handkraft-Index (GN-HAND;  $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Mit dem Index GNRI/Handkraftmessung (GN-HAND) wurde aus dem Ernährungsparameter „GNRI“ und dem Muskelfunktionsparameter „Handkraft“ ein möglicher funktioneller Parameter entwickelt. Anhand dieses funktionellen Parameters konnte ein Zusammenhang zwischen dem funktionellen Status sowie dem inflammatorischen Parameter CRP bei männlichen geriatrischen Patienten festgestellt werden. Dieser gefundene Zusammenhang lässt auf mögliche kausale Interaktionen zwischen funktionellen und inflammatorischen Parametern schließen. Weitere tiefergehenden Datenerhebungen sind notwendig, um die Zusammenhänge ursächlich festzustellen.

## P01-04

### Promoting resilience in geriatric care

Manuel Leitner<sup>1\*</sup>, Lisa-Theresa Almbauer<sup>1</sup>, Anna Wastian<sup>1</sup>, Anita Stöckl<sup>2</sup>, Walter Schippinger<sup>2</sup>, Jolana Wagner-Skacel<sup>1</sup>, Daniela Theresia Pinter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Universität Graz, Graz, Austria; <sup>2</sup>Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, Austria

**Introduction:** This pilot randomized controlled trial examined whether a 5-week video intervention featuring psychological strategies positively influences resilience of older adults and strengthens mental health in geriatric care patients.

**Patients and methods:** Participants ( $M_{age} = 80$  years, 78.4 % female) were randomly assigned to either an intervention ( $n$  after dropout = 18) or a control group ( $n$  after dropout = 19) during their 6-weeks stay at a geriatric day clinic in Graz, Austria. The intervention group received a 5-week training program (two videos with exercises each week) aimed at enhancing psychological resilience and other mental health outcomes (stress, anxiety, depression, physical and mental health, life satisfaction, well-being, self-image), while the control group was given access to the training after the study had ended. We hypothesized that a five-week resilience training would improve patients' mental health and resilience. Analyses of variance (ANOVAs) were conducted to assess potential training effects.

**Results:** The results show that the intervention led to a significant reduction in perceived stress ( $p = 0.042$ ) compared to the control group (group  $\times$  time interaction). However, it did not lead to a significant increase in resilience ( $p = 0.900$ ), perceived physical health ( $p = 0.913$ ), life satisfaction ( $p = 0.414$ ), well-being ( $p = 0.680$ ) or self-image ( $p = 0.818$ ). Both groups showed a reduction in anxiety ( $p < 0.001$ ), depression ( $p = 0.012$ ) and improved psychological health ( $p = 0.002$ ).

**Conclusion/Discussion:** Our findings indicate that the resilience intervention led to a reduction in stress among geriatric patients, while, overall, the stay at the day clinic was associated with improvements in psychologi-

cal health, including reductions in anxiety and depression. These findings highlight the value of comprehensive geriatric day care, which could further benefit from video-based interventions.

Future studies should incorporate qualitative methods to better capture participants' health and needs and explore whether providing the intervention in-person would be more beneficial. Additionally, both interindividual differences among patients and the risk of overburdening should be considered (e.g., offering fewer exercises when appropriate). Moreover, recruiting a larger sample to ensure sufficient power to detect smaller effects, as well as assessing compliance with the exercises, will provide important insights.

P01-05

### Aufbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich am Beispiel LK Waidhofen an der Thaya: Erkenntnisse aus einem ländlichen Pilotstandort

Elke Maurer\*

LK Waidhofen an der Thaya, LK Waidhofen an der Thaya, Österreich

**Einleitung:** Die Einführung der Akutgeriatrie und Remobilisation AGR in Niederösterreich markiert einen wesentlichen Entwicklungsschritt im regionalen Versorgungssystem. Mit der Eröffnung der ersten Einheit am Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya im Oktober 2022 wurde ein Pilotstandort etabliert, der inzwischen auf vierzig Betten ausgebaut wurde. Bis 2030 ist eine sukzessive Erweiterung der akutgeriatrischen Kapazitäten an mehreren Standorten auf insgesamt 273 Betten vorgesehen.

**Patient/en und Methoden:** Bei einer Bettenkapazität von 40 Betten in der Vollausbaustufe können bei einer Auslastung von über 95 % mehr als 500 PatientInnen jährlich stationär akutgeriatrisch betreut werden, wobei diese ein Durchschnittsalter von 81 bis 85 Jahre aufweisen.

Waidhofen an der Thaya weist besondere regionale Herausforderungen auf, darunter große Entfernungen, mangelnde öffentliche Verkehrsverbindungen, strukturelle Versorgungslücken sowie eine ausgeprägte soziale Isolation älterer Menschen. Vor diesem Hintergrund stehen die Verbesserung und Sicherung der Mobilität als zentrale Voraussetzung für ein selbstständiges Leben zuhause im Fokus der therapeutischen Arbeit.

**Ergebnisse:** Am Standort wurde ein innovatives Versorgungskonzept entwickelt, das gezielt auf die regionalen Bedingungen reagiert. Gruppentherapien stärken Kommunikation, Soziale Teilhabe und gesellschaftliche Teilhabe, während standardisierte Assessments eine bedarfsorientierte Zuordnung ermöglichen. Interdisziplinär werden vielfach tabuisierte Themen wie Angst, Vereinsamung oder fehlende Unterstützungssysteme adressiert. Outdoortrainings erweitern das Mobilitätsangebot, und ergotherapeutische Maßnahmen unterstützen insbesondere dort, wo alltagspraktische Hilfen fehlen. Kooperationen mit regionalen Organisationen fördern zusätzlich die soziale Integration und den Mut zur aktiven gesellschaftlichen Teilhabe.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die am Pilotstandort gewonnenen Erkenntnisse bieten wichtige Impulse für den weiteren Ausbau der Akutgeriatrie in Niederösterreich und unterstreichen die Bedeutung regional adaptierter, interdisziplinärer Versorgungskonzepte.

P01-06

### Vergleich und Umrechnung gebräuchlicher Mobilitätstests in der Geriatrie: die MobiTest-Studie

Filippo Maria Verri<sup>1,2\*</sup>, Christoph Leinert<sup>1,2</sup>, Michael Denking<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Geriatrie Forschung der Uniklinik Ulm, Ulm, Deutschland; <sup>2</sup>Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, Deutschland

**Einleitung:** Innerhalb und zwischen Gesundheitssystemen werden unterschiedliche Mobilitätstests eingesetzt; die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist dadurch begrenzt. Ziel dieser prospektiven Beobachtungsstudie

war es, die Vergleichbarkeit und psychometrischen Eigenschaften von vier Mobilitätstests bei geriatrischen Patient:innen zu untersuchen: zwei fremdbeurteilte Instrumente (Charité Mobility Index [CHARMI], de Morton Mobility Index [DEMMI]) und zwei performancebasierte Tests (Short Physical Performance Battery [SPPB], Timed Up and Go [TUG]).

**Patient/en und Methoden:** Über sechs Monate wurden 97 Patient:innen aus der Akutgeriatrie sowie aus ambulanter/stationärer geriatrischer Rehabilitation rekrutiert. Die Erhebung erfolgte innerhalb von vier Tagen nach Aufnahme (T1), vor Entlassung (T2) sowie als telefonisches Follow-up nach vier Monaten (T3). Zur Erstellung einer gemeinsamen, vergleichbaren Skala wurden die Testergebnisse mittels Äquiperzentil-Methode (equipercentile test equating) ineinander überführt. Die Qualität der Umrechnungen wurde mittels Spearman-Rangkorrelation und Konkordanzkorrelationskoeffizient (Concordance Correlation Coefficient, CCC) unter Verwendung des DEMMI als Referenzinstrument bewertet.

**Ergebnisse:** Für die Äquivalenzanalyse standen für T1 und T2 insgesamt 177 Messwerte zur Verfügung. Die Skalen von CHARMI, DEMMI, SPPB und TUG konnten grundsätzlich aufeinander abgebildet werden und zeigten starke Korrelationen. Aufgrund von Bodeneffekten im TUG konnten jedoch nicht für alle Tests über den gesamten Wertebereich äquivalente Werte bestimmt werden. Die höchste Übereinstimmung zeigte sich zwischen CHARMI und DEMMI ( $\rho = 0,92$ ). Die SPPB korrelierte mit beiden fremdbeurteilten Instrumenten besser als der TUG (SPPB  $\times$  DEMMI  $\rho = 0,90$ ; SPPB  $\times$  TUG  $\rho = 0,48$ ).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Wir zeigen einen praxisnahen Ansatz, um unterschiedliche Mobilitätstests in der Geriatrie zu vergleichen und in eine gemeinsame Skala zu überführen. Dies kann zur Harmonisierung von Mobilitätsdaten beitragen und Vergleiche des funktionellen Status über Einrichtungen, Versorgungssektoren und Instrumente hinweg erleichtern. Die Umrechnungstabellen werden am Kongress bereitgestellt.

P01-07

### Ausdauerorientierte körperliche Aktivität und chronische Erkrankungen bei Österreicher:innen ab 65 Jahren: eine modell-basierte Population Attributable Fraction Studie

Christina Fastl<sup>1,2\*</sup>, K. Viktoria Stein<sup>3</sup>, Willi Haas<sup>4,2</sup>, Thomas E. Dorner<sup>1,3,2</sup>

<sup>1</sup>Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich;

<sup>2</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Österreich; <sup>3</sup>Karl-Landsteiner Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Kirchstetten, Österreich; <sup>4</sup>Universität für Bodenkultur Wien, Department für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Soziale Ökologie, Wien, Österreich

**Einleitung:** Mangel an körperlicher Aktivität ist ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung von chronischen Krankheiten, die besonders häufig im höheren Alter vorkommen. Dennoch erreicht ein großer Teil der älteren Bevölkerung in Österreich die Bewegungsempfehlungen nicht. Das Bewegungsverhalten wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, darunter auch eine bewegungsfreundliche Umgebungsqualität und Umweltbedingungen wie Wetter oder Luftqualität. Vor dem Hintergrund des Projekts KlimAte, das ältere Menschen dabei unterstützt, die Bewegungsempfehlungen auch unter belastenden Rahmenbedingungen zu erreichen, zielte diese Studie darauf ab, den Anteil ausgewählter chronischer Erkrankungen in Österreich zu schätzen, der theoretisch vermeidbar wäre, wenn alle älteren Erwachsenen ausreichend körperlich aktiv wären.

**Patient/en und Methoden:** Daten von 3995 Personen im Alter von  $\geq 65$  Jahren aus der national repräsentativen Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 wurden analysiert. Ausreichende Bewegung wurde als mindestens 150 min ausdauerorientierte körperliche Aktivität moderater Intensität pro Woche definiert und mit dem European Health Interview Survey Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) erfasst. Selbstberichtete Endpunkte waren Myokardinfarkt oder assoziierte Erkrankungen, Schlaganfall oder assoziierte Erkrankungen, Diabetes mellitus, und Krebs-erkrankungen. Es wurden modellbasierten Population Attributable Fractions (PAFs) berechnet. Hierfür wurden beobachtete und kontrafaktische

Risiken mittels survey-gewichteter logistischer Regressionsmodelle geschätzt, die nach Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Einkommen, Rauchstatus sowie täglichen Obst- und Gemüseverzehr adjustiert wurden.

**Ergebnisse:** Insgesamt erfüllten 31 % der Teilnehmenden die Empfehlungen; in der Altersgruppe 65–74 Jahre waren es 42,7 %, bei den über 75-Jährigen 18,6 %. Personen, die die Empfehlungen erfüllten, wiesen außerdem im Durchschnitt einen höheren Bildungs- und Einkommensstatus auf und konsumierten häufiger Obst und Gemüse. Unter der Annahme, dass alle Teilnehmenden die ausdauerorientierten Bewegungsempfehlungen erfüllen würden, könnten bis zu 40,4 % (95 %-KI: 15,3–63,7 %) der Schlaganfälle, 40,1 % (95 %-KI: 28,4–51,7 %) der Diabetes-mellitus-Erkrankungen, 35,3 % (95 %-KI: 13,8–54,7 %) der Krebserkrankungen sowie 24,9 % (95 %-KI: –4,0–53,5 %) der Myokardinfarkte potenziell verhindert werden.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Unzureichende ausdauerorientierte körperliche Aktivität trägt wesentlich zur Krankheitslast chronischer Erkrankungen bei älteren Österreichern bei. Auch wenn aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden sollten und die Schätzungen eher als hypothetische Obergrenzen zu interpretieren sind, unterstreichen die Ergebnisse dieser Studie die große Bedeutung der Bewegungsförderung in der Gerontologie und Geriatrie.

## Altersbilder und Identität

### P02-01

#### Job Crafting und subjektive berufliche Zukunftsperspektiven aus Sicht langjähriger Pflegekräfte

Tanja Lesnik<sup>1\*</sup>, Olivia Kada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universität Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich; <sup>2</sup>FH Kärnten, Feldkirchen, Österreich

**Einleitung:** Pflegekräfte sind nicht nur passiv von Arbeitsbedingungen betroffen, sondern gestalten ihre berufliche Situation und Zukunftsperspektiven aktiv mit, vor allem hinsichtlich ihrer fortschreitenden beruflichen Laufbahn. In diesem Kontext gewinnen Konzepte wie Job Crafting (JC) und Occupational Future Time Perspective (OFTP), auch als berufliche Zukunftsperspektiven bekannt, zunehmend an Bedeutung. Beide Konzepte bieten die Möglichkeit, jenseits klassischer struktureller Faktoren zu verstehen, wie Pflegekräfte ihren Verbleib im Beruf über Jahrzehnte hinweg selbst beeinflussen und gestalten.

**Patient/en und Methoden:** Ziel der Studie ist es, differenzierte Einblicke in subjektive Deutungsmuster, wahrgenommene Gestaltungsspielräume und -grenzen sowie in retentionsfördernde Prozesse zu erhalten. Daraus wird folgende zentrale Forschungsfrage abgeleitet: „Wie erleben und beschreiben erfahrene Pflegekräfte das Zusammenspiel zwischen ihrem Job-Crafting-Verhalten (JC) und ihren beruflichen Zukunftsperspektiven (OFTP), und welchen Einfluss haben diese Dynamiken auf ihre Entscheidung, im Beruf zu verbleiben?“

In Teilstudie 1 wurden 15 ältere Pflegekräfte aus dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege zu ihrer subjektiven Zukunftsperspektive befragt. Die wörtlich transkribierten Leitfadentexte werden derzeit mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) analysiert, wobei die Technik der inhaltlichen Strukturierung zur Anwendung kommt. Darauf aufbauend werden in Teilstudie 2 weitere Pflegekräfte aus stationären Settings (geplante Stichprobengröße:  $n = 20$ ) zu ihren Job Crafting Strategien und der damit einhergehenden beruflichen Zukunftsperspektiven befragt. Ziel der Analyse ist es zudem, sogenannte *Craftingtypen* herauszuarbeiten. Diese Typen sollen typische Muster im Zusammenspiel von Job Crafting, beruflicher Zukunftsperspektive (OFTP) und Retentionsabsicht abbilden, um ein vertieftes Verständnis subjektiver Verbleibsdynamiken im Pflegeberuf zu ermöglichen.

**Ergebnisse:** Erste Befunde aus Teilstudie 1 zeigen, dass ältere Pflegekräfte sich stark in ihrer Wahrnehmung der verbleibenden beruflichen Mög-

lichkeiten und Limitationen unterscheiden, was wiederum eng mit der Absicht zum Verbleib verknüpft ist. Welche Rolle Job Crafting in der Entwicklung positiver Zukunftsperspektiven spielt und wie langjährige Pflegekräfte ihren Verbleib im Beruf deuten, soll mit Teilstudie 2 exploriert werden.

### Literatur

1. Rudolph C, Kooij D, Rauvola R, Zacher H (2017) Occupational future time perspective: A meta-analysis of antecedents and outcomes. *J Organ Behavior* 39:229–248
2. Wrzesniewski A, Dutton J (2001) Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work. *Acad Manag Rev* 26(2):179–201

### P02-02

#### Die generationenfreundliche Stadt (GESTA). Intergenerationell und transdisziplinär forschen MIT Jugendlichen und älteren Menschen

Barbara Pichler<sup>1\*</sup>, Katharina Heimerl<sup>2</sup>, Maja Kevdzija<sup>3</sup>, Birgit Moser<sup>3</sup>, Elisabeth Reitingner<sup>2</sup>, Thomas Morgenthaler<sup>1</sup>, Stefan Dressler-Stross<sup>4</sup>, Isabel Margot-Cattin<sup>5</sup>, Verena C. Tatzert-Hanten<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FH Wiener Neustadt, Studiengang Ergotherapie, Wiener Neustadt, Österreich;

<sup>2</sup>Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, Österreich; <sup>3</sup>TU Wien, Institut für Architektur und Entwerfen, Wien, Österreich; <sup>4</sup>FH Wiener Neustadt, Institut für Wissenschaftsmethodik und Marktforschung, Wiener Neustadt, Österreich; <sup>5</sup>University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HETSL | HES-SO) Faculty of Social Work & Lausanne, Schweiz

**Einleitung:** Junge und ältere Menschen nehmen im gesellschaftlichen Machtgefüge eine marginalisierte Position ein, welche sich in der Raumplanung und den Möglichkeiten sozialer Teilhabe widerspiegelt. Initiativen und Studien behandeln die Perspektiven der jungen und älteren Menschen zumeist getrennt. Im Projekt GESTA wird diese Trennung aufgehoben. Ziel ist es, die Generationenfreundlichkeit einer Stadt am Beispiel von Wiener Neustadt zu erforschen. Dabei geht es einerseits um die Frage nach den Generationenverhältnissen und -beziehungen und andererseits um die Erforschung von konkreten Interaktionsmöglichkeiten von Jugendlichen und älteren Menschen mit ihrer sozialen und räumlichen Umwelt.

**Patient/en und Methoden:** Der Forschungszugang ist inter- und transdisziplinär. Unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen (Ergotherapie, Sozial- und Pflegewissenschaft, Architektur) forschen gemeinsam mit Stakeholdern aus der Gesellschaft, insbesondere mit der Caritas Schule Wiener Neustadt (Partnerschule des Sparkling-Science-Projekts). Das Forschungsdesign ist aktionsorientiert und partizipativ, d. h. Jugendliche und ältere Erwachsene sind als Citizen Scientists in den Forschungsprozessen involviert, welche auch intergenerationell organisiert sind. Erhebungsmethoden: Erzählcafés, „Act-OUT“-Interviewmethode zur Erfassung von Partizipation außer Haus, und partizipative visuelle Erhebungsmethoden (Shadowing, Photovoice und Go-along-Interviews). Die Auswertung erfolgt qualitativ und quantitativ (Mixed Methods).

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse der Auswertung der transkribierten Erzählcafés sowie der Durchführung der Act-OUT-Interviews (Datenerhebung noch nicht abgeschlossen) sind:

- Intergenerationelle Erfahrungen sind vielfach positiv (z. B. Großelternbeziehung, wechselseitiges Sorgen – familiär und außerfamiliär), aber vereinzelt auch negativ (z. B. Vorurteile gegenüber Jugendlichen, sexistische Erfahrungen).
- Außerhalb der Familie gibt es wenig intergenerationelle Begegnungsmöglichkeiten, am ehesten in öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei den Jugendlichen im Rahmen eines Praktikums bzw. Jobs.
- Das Zusammenkommen von Jung und Alt bei der Datenerhebung ermöglicht intergenerationale Erfahrungen. Bilder voneinander konnten sich ausdifferenzieren und auch ins Positive gewandelt werden. Damit wird auch der Interventionscharakter partizipativer Forschung deutlich.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die innerfamiliären Beziehungen zwischen Jung und Alt werden Großteils als positiv beschrieben. Außerhalb der Familie begegnen sich die Generationen nicht selbstverständlich in einer Weise, dass sie auch in Beziehung miteinander treten können. Um als Stadt generationenfreundlicher zu werden, bedarf es der Organisation und Planung von sozialen und baulichen Begegnungsräume. Eine Möglichkeit ist die Kooperation städtischer Institutionen, wie z. B. Praktikumsplätze von Schüler\*innen in Pflegeheimen. Eine Empfehlung ist, bestehende Kooperationen zu stärken und noch weiter auszubauen.

### P02-03

#### Intersektionen von Gesundheit und Alter in den Zukunfts-Narrativen älterer Menschen mit Migrationsbiografie aus Rumänien und Kroatien

Anna-Christina Kainradl<sup>1,2\*</sup>, Ulla Kribernegg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Center for Interdisciplinary Research on Aging and Care (CIRAC), University of Graz, Graz, Österreich; <sup>2</sup>Center for Interdisciplinary Research on Aging and Care, University of Graz, Graz, Österreich

**Einleitung:** Der vorliegende Beitrag untersucht, wie ältere Menschen (60+) mit Migrationsbiografie aus Rumänien und Kroatien zukünftige Gesundheit und zukünftiges Altern in ihren Narrativen aushandeln und auf Vorstellungen eines guten Lebens beziehen.

**Patient/en und Methoden:** Der Beitrag basiert auf 12 qualitativen, semi-strukturierten Leitfaden-Interviews, die im Rahmen des Projekts „Transforming Anxieties of Ageing in Southeastern Europe: Political, Social, and Cultural Narratives of Demographic Change“ im Herbst 2025 durchgeführt wurden. Die biografischen Erzählungen der teilnehmenden Personen wurden inhaltsanalytisch (Kuckartz 2018) auf intersektionale Wechselwirkungen von Alter und Gesundheit aus einer Lebenslaufperspektive untersucht.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass in den Zukunftsvorstellungen vielfältige gesellschaftliche wie individuelle Vorstellungen von Alter und Gesundheit miteinander in oftmals widersprüchlichen Wechselwirkungen stehen. Dabei spiegeln diese Erzählungen nicht nur gesellschaftliche Vorstellungen von Alter und Gesundheit wider, sondern auch Ambivalenzen im Sprechen über die Zukunft älterer Menschen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Beitrag zeigt die Vielfalt innerhalb der Gruppe älterer Menschen mit Migrationsbiografie, aber auch innerhalb der individuellen Erzählungen auf und erweitert forschersche Perspektiven auf die Vorstellungen des guten Lebens im Alter. Darüber hinaus leistet die Diskussion einen Beitrag dazu, gesellschaftlich vorherrschende Zukunfts-Narrative von Gesundheit und Alter zu hinterfragen und zu erweitern.

### P02-04

#### Übergang in den Ruhestand an Hochschulen – wer kümmert sich?

Mathilde Niehaus\*, Kathrin Staufenberg

Universität Köln, Köln, Deutschland

**Einleitung:** Gesellschaftliche Altersbilder und die eigene Altersidentität beeinflussen den Rollenwechsel von Beschäftigten in den Ruhestand. Berufliche Karriereübergänge können entscheidende Veränderungsphasen für die persönliche Identität sein. Personen, die sich auf einen Übergang vorbereiten, fragen sich, wie man sich neu erfinden muss, wenn man den Beruf oder gar die Karriere beendet und wie danach etwas Neues beginnen kann, soll und muss. Der Abschied aus der Organisation und die Transition in eine neue Lebensrealität stellen kritische Lebensereignisse dar, die begleitet werden sollten. Wie bereitet man sich vor auf eine solche Zäsur und wer unterstützt in der Arbeit organisational einen Ausstieg und Abschied? Die Herausforderungen beruflicher Transitionen betreffen auch

Personen und Organisationen, die zurückbleiben, und fordern sie auf, eine würdige Abschiedskultur zu entwickeln, begleitende Prozesse für einen Übergang zu standardisieren, und Angebote für eine fortführende Verbundenheit anzudenken. Die Relevanz von Offboarding ist in Unternehmen angekommen, aber wie gestalten wissenschaftliche Organisationen und Hochschulen Prozesse zum Übergang in den Ruhestand ihrer Führungskräfte?

**Patient/en und Methoden:** Die internationale Literatur zur Gestaltung des Übergangs von Führungskräften und Professor\*innen in Hochschulen aus Perspektive der Betroffenen und der Organisation wurde gesichtet. Auf Basis der Literaturrecherche wurden im Jahr 2025 Workshops mit angehenden Ruheständler\*innen und Fokusgruppendifkussionen mit HR-Vertreter\*innen mehrerer Hochschulen entwickelt und durchgeführt.

**Ergebnisse:** In der internationalen Literatur wird die Relevanz des Themas der individuellen Übergangsgestaltung und des organisationalen Offboardings an Hochschulen herausgestellt. Die Workshops und Fokusgruppen zeigen, dass in der Praxis im deutschsprachigen Hochschul-Raum die Umsetzung von Offboarding-Prozessen und die Begleitung der angehenden Ruheständler\*innen noch sehr unzureichend ausgeprägt ist. Ein Achtpunkte-Programm mit best practice (ZB BOKU Wien, ETH Zürich) wird vorgestellt.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Hochschulen werden in wenigen Jahren eine Vielzahl von Übergängen meistern müssen. Mit dem vermehrten Aufkommen einer aktiven und gesunden Ruheständler\*innen-Generation verändern sich die Altersbilder, der Ruhestand verliert seinen Charakter der Rückzugsphase und gewinnt neue Erwartungshorizonte, die auch die „abgebenden“ wissenschaftlichen Organisationen und Hochschulen herausfordern werden.

### Literatur

1. Niehaus M, Staufenberg K (2026) Professional offboarding processes for sustainable and future-oriented universities. Beiträge Zur Hochschulforsch (Special Issue: The Future of the University: Global, Sustainable and Inclusive)

## Ernährung

### P03-01

#### Nutrition therapy emphasizing adequate energy and protein intake reduces the progression of incontinence after hospital discharge in older adults

Alfons Ramel\*

University of Iceland, Reykjavik, Iceland

**Introduction:** Incontinence is frequently reported by older adults and may be exacerbated by insufficient energy and protein intake. Observational evidence suggests a link between protein–energy malnutrition and higher incontinence risk.

This study examined whether a structured nutrition therapy program could influence the development of incontinence in older adults during the months following hospital discharge.

**Patients and methods:** We conducted a secondary analysis of the HOMEFOOD randomized dietary intervention trial ( $N=106$ ). Participants were community-dwelling adults aged 66–95 years (Mini-Mental State Examination  $\geq 20$ ) who had recently been discharged from hospital and were identified as being at risk for malnutrition. They were assigned to receive either individualized nutrition therapy for 6 months or standard care without nutritional support. Urinary and/or faecal incontinence was evaluated using self-report questionnaires.

**Results:** After excluding two early post-discharge deaths (one per group), data from 104 individuals were analyzed. At baseline, 32.7% ( $n=34$ ) reported incontinence, with similar rates across groups. During the 6-month follow-up, most control participants lost weight ( $-3.5 \pm 3.9$  kg), whereas those receiving nutrition therapy gained weight ( $1.7 \pm 2.5$  kg;  $P < 0.001$ ).

Over the same period, incontinence increased modestly in the nutrition therapy group (38.5%,  $n=20$ ) but rose sharply in the control group (67.3%,  $n=35$ ;  $P=0.003$ ).

At the study endpoint, malnutrition risk was strongly associated with incontinence prevalence: 44.2% in the low-risk group, 48.4% in those with some risk, and 81.0% in those at high risk ( $P=0.015$ ).

**Conclusion/Discussion:** Incontinence affects a substantial proportion of older adults after hospital discharge. In this cohort, lack of nutritional support was accompanied by pronounced weight loss and a marked rise in incontinence symptoms. Providing targeted nutrition therapy appeared to limit this deterioration, suggesting that adequate energy and protein intake may play a role in maintaining continence after hospitalization.

### P03-02

#### Ernährungszustand und Ernährungszufriedenheit in der stationären Pflegeeinrichtung: Vergleich zweier Versorgungssysteme

Julia Verbeek<sup>1\*</sup>, Matej Capatu<sup>1</sup>, Marion Wirth<sup>2</sup>, Danijela Friedrich<sup>3</sup>, Barbara Gerhart<sup>2</sup>, Lukas Pohl<sup>3</sup>, Markus Mattersberger<sup>4</sup>, Thomas E. Dorner<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Haus der Barmherzigkeit NÖ Pflegeheime GmbH, Horn, Österreich; <sup>3</sup>Haus der Barmherzigkeit Stadtheim Betriebs-GmbH, Wiener Neustadt, Österreich; <sup>4</sup>Haus der Barmherzigkeit NÖ Pflegeheime GmbH, Wien, Österreich; <sup>5</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin), Wien, Österreich

**Einleitung:** Ernährung spielt in stationären Pflegeeinrichtungen eine zentrale Rolle für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen. Neben ernährungsphysiologischen Aspekten ist hier auch die subjektiv wahrgenommene Schmackhaftigkeit der Speisen bedeutsam. Da Mahlzeiten den Tagesablauf wesentlich strukturieren, kann die Organisation der Verpflegung maßgeblich zur Ernährungszufriedenheit beitragen. Ziel dieser Untersuchung war es, die Ernährungszufriedenheit von Bewohner\*innen zweier Pflegeheime mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten zu erfassen und zu vergleichen. Während das Stadtheim (Wiener Neustadt) zentral über SANA Catering, ein Tochterunternehmen des Haus der Barmherzigkeit, im Rahmen eines Fremdversorgungssystems beliefert wird, verfolgt das Stephansheim (Horn) das Hausgemeinschaftsmodell mit dezentraler, wohnbereichsnaher Speisenzubereitung. Untersucht wurde, ob sich Unterschiede in der Bewertung der Essensqualität zeigen und ob diese mit der jeweiligen Organisationsform in Zusammenhang stehen.

**Patient/en und Methoden:** Die Ernährungszufriedenheit wurde zwischen September und November 2024 in zwei niederösterreichischen Pflegeheimen des Hauses der Barmherzigkeit erfasst. Der Ernährungszustand wurde objektiv mittels Mini Nutritional Assessment erhoben. Eingeschlossen wurden Bewohner\*innen der geriatrischen Langzeitpflege ohne relevante medizinische oder kognitive Einschränkungen. Die Bewertung erfolgte im Rahmen einer Lebensqualitätserhebung mithilfe eines strukturierten Fragebogens mit geschlossenen Antwortkategorien und offenen Freitextfeldern. Alle Befragungen erfolgten nach Einholung der informierten Zustimmung.

**Ergebnisse:** Zwischen den beiden Einrichtungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Ernährungszustand. Im Stephansheim wiesen 40 % kein Risiko, 41 % ein Risiko für Malnutrition und 19 % eine manifeste Malnutrition auf, im Stadtheim 41 %, 47 % und 12 % ( $P=0,384$ ). Demgegenüber bestanden deutliche Unterschiede in der Ernährungszufriedenheit: Im Stephansheim bewerteten 85,3 % der Bewohner\*innen das Essen als sehr gut, im Stadtheim 53,7 %. Negative Bewertungen traten im Stadtheim häufiger auf (12,2 %) als im Stephansheim (2,8 %) ( $P < 0,001$ ). Qualitative Rückmeldungen zeigten im Stadtheim vor allem standardisierte Verbesserungsvorschläge, im Stephansheim eher individuelle Wünsche.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Obwohl der objektive Ernährungszustand vergleichbar war, unterschieden sich die Bewertungen der Essensqualität zwischen den zwei Häusern deutlich. Die höhere Zufriedenheit im Stephansheim könnte mit der dezentralen, hausinternen Speisenzuberei-

lung zusammenhängen, die individuelle Vorlieben besser berücksichtigt. Die qualitativen Aussagen stützen diese Annahme. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Organisation der Verpflegung ein relevantes Ansatzfeld zur Steigerung der Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege darstellt.

## Geriatrische Syndrome/Frailty

### P04-01

#### Der Einfluss ätherischer Öle auf agitiertes Verhalten im pflegerischen Setting

Cordula Aigner\*

Hochschule Campus Wien, Wien, Österreich

**Einleitung:** Agitiertes Verhalten ist ein unspezifischer, komplexer Zustand, der sich u.a. durch Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Aggression, Desorientierung und gewalttätiges Verhalten äußern kann. Diese Verhaltensweisen treten in unterschiedlichsten Pflegekontexten auf und können erhebliche Herausforderungen und Risiken für Betroffene und ihr Umfeld darstellen. Für Pflegepersonen entstehen daraus hohe Anforderungen, da Agitiertheit den Pflegealltag erschwert und eine professionelle, achtsame und personenzentrierte Begleitung erfordert. Die Auseinandersetzung damit ist wesentlich für die Versorgungsqualität und entspricht den ethischen Grundsätzen des ICN-Ethikkodex.

**Patient/en und Methoden:** Pharmakologische Maßnahmen zur Reduktion agitierter Verhaltensweisen sind häufig mit Nebenwirkungen verbunden und werden kritisch diskutiert, weshalb pflegerische, sichere und alltagsnahe Alternativen erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund gewinnen nicht-medikamentöse, komplementäre Maßnahmen wie ätherische Öle an Bedeutung, die im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich diplomierter Pflegepersonen angewendet werden können.

**Ergebnisse:** Die Studien zeigen, dass ätherische Öle in verschiedenen Pflegekontexten zu einer Reduktion agitierter Verhaltensweisen beitragen können. Besonders deutliche Effekte zeigten sich in der Langzeitpflege und im häuslichen Setting bei Menschen mit Demenz, teilweise begleitet von Verbesserungen hinsichtlich Schmerz, Schlaf und Wohlbefinden. Wirksam waren insbesondere Anwendungen, die ätherische Öle mit Berührung, multisensorischen Elementen oder Beziehungsgestaltung kombinierten; reine Inhalationen erzielten weniger konsistente Ergebnisse. Auch im klinischen Bereich kam es innerhalb der Interventionsgruppen zu reduzierter Agitiertheit und Angst. Nebenwirkungen waren selten und mild. Die methodische Heterogenität der Studien schränkt jedoch die Vergleichbarkeit ein.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Wirksamkeit ätherischer Öle stark vom pflegerischen Kontext und der Einbettung in eine beziehungsorientierte Pflege abhängt. Die Befunde lassen sich schlüssig in die Human Caring Theorie von Jean Watson und das Fundamentals of Care Framework integrieren. Sie zeigen, dass Aromapflege: 1) Beziehung, Vertrauen und emotionale Sicherheit stärkt, 2) zur Gestaltung heilungsfördernder Umgebungen beiträgt und 3) physische, psychosoziale und emotionale Bedürfnisse integriert.

Ätherische Öle stellen eine wirksame, sichere und im Pflegealltag gut einsetzbare komplementäre Maßnahme zur Begleitung agierter Verhaltensweisen, insbesondere im Rahmen eines personenzentrierten, ganzheitlichen und beziehungsorientierten Pflegeansatzes dar. Für eine nachhaltige Umsetzung sind klare Rahmenbedingungen, fachliche Kompetenz und institutionelle Unterstützung erforderlich.

### Palliative Geriatrie

P05-01

#### Sterben zu Hause, die Rolle des Arztes

Dieter Michael Schmidt\*

Netzwerk Geriatrie Kärnten, Österreich

**Einleitung:** Derzeitiges Sterben, Wünsche der PatientInnen, Sterbeorte in Kärnten, Psychosoziale Bedingungen, Palliativ-Team, Erreichbarkeit – Rolle der HausärztInnen, Betreuung der Angehörigen.

**Patient/en und Methoden:** Empirische Erfahrungen.

**Ergebnisse:** Erreichbarkeit der HausärztInnen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Plädoyer für ärztliche Palliativbetreuung zu Hause.

### Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

P06-01

#### Umsetzung eines Good Practice Portals für gesundes Altern

Barbara Preiner\*, Petra Plunger, Gerlinde Rohrauer-Näf

Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

**Einleitung:** Good Practice Portale sind zentrale Instrumente zur Verbreitung und Weiterentwicklung bewährter Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Elkeles, 2021). Auf der „Plattform für Gesundheit und Lebensqualität im Alter“ wurde das vom Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung der Gesundheit Österreich GmbH entwickelte Konzept für ein Good Practice Portal für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Österreich (Rohrauer-Näf et al., 2026) mit Fokus auf „Lebensqualität im Alter“ implementiert und erprobt. Ziel ist es, Fachkräfte, Entscheidungsträger:innen und Umsetzer:innen zu unterstützen, wissenschaftlich fundierte, in der Praxis erprobte und wirksame Interventionen zu identifizieren, zu verbreiten und weiterzuentwickeln.

**Patient/en und Methoden:** Eine Internetrecherche über Maßnahmen und hilfreiche Tools zu gesunden Altern in Österreich, kombiniert mit Expert:innen Gesprächen und der Suche in der Projekt-Datenbank des Fond Gesundes Österreich (FGÖ) wurde durchgeführt, um relevante Projekte zu identifizieren. Der thematische Fokus liegt auf gesundes Altern im kommunalen Setting. Die Maßnahmen sollen ein oder mehrere Handlungsfelder des Modells „Kommunale Gesundheitsförderung für gesundes Altern – Caring Communities“ abdecken (Plunger et al. 2023). Zusätzlich wurde berücksichtigt, dass die Maßnahmen insgesamt möglichst viele Teilbereiche von physischer, psychosozialer und sozialer Gesundheit abdecken. Im ersten Schritt wurden die ausgewählten Maßnahmen und Tools in strukturierten Templates beschrieben. Die Maßnahmen wurden anhand des Bewertungsschemas (Rohrauer-Näf, 2026) systematisch durch jeweils drei unabhängige Gutachter:innen bewertet.

**Ergebnisse:** Am 30.09.2025 wurde das Good Practice Portal für gesundes Altern auf <https://gesund-es-altern.at/> veröffentlicht. Im ersten Jahr wurden sieben Gesundheitsförderungsmaßnahmen für gesundes Altern als „Good Practice“ gekennzeichnet, sie absolvierten alle 5 Stufen des Good Practice Konzeptes positiv. Des Weiteren wurden 6 Tools zur Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dargestellt, sie erfüllen mindestens die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung des FGÖ (2025).

Die dargestellten wirksamen Good Practice Maßnahmen für gesundes und gutes Altern reichen von der Sturzprävention, über Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe, die Steigerung der Lebensqualität durch Gesundheitsbuddys bis hin zur demenzfreundlichen Apotheke sowie demenzfreundlichen Bibliothek. Als Tools sind die Netzwerkanalyse, inklusi-

ve Fokusgruppen, aktivierende Befragung sowie professionell begleitete Nachbarschaftshilfe dargestellt.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Das Good Practice Portal verdeutlicht die Vielfalt an qualitätsgesicherten Gesundheitsförderungsmaßnahmen und hilfreichen Tools für gesundes Altern. Das Portal wird jährlich erweitert und optimiert. Die Plattform für Gesundheit und Lebensqualität im Alter leistet damit einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Gesundheitsförderung im Alter.

P06-02

#### MOOC „Gesundes Altern“ – Interdisziplinäre Entwicklung eines innovativen Lernangebots

Tanja Adamcik<sup>1</sup>, Stefanie Kuso<sup>1</sup>, Lukas Küster<sup>1</sup>, Petra Plunger<sup>2</sup>, Barbara Prazak-Aram<sup>1\*</sup>, Ursula Prinz<sup>1</sup>, Gerlinde Rohrauer-Näf<sup>2</sup>, Friedrich Teutsch<sup>1</sup>, Karin Waldherr<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Gesundheitswissenschaften, Ferdinand Porsche FERNFH, Wiener Neustadt, Österreich; <sup>2</sup>Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

**Einleitung:** Das Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung (Ko-ZuG) der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat das Institut für Gesundheitswissenschaften der Ferdinand Porsche FERNFH mit der Konzeption und Entwicklung eines Massive Open Online Course (MOOC) zu „Gesundem Altern“ beauftragt. Ziel ist es, ein digitales, frei zugängliches Lernangebot zu schaffen, das ein zukunftsorientiertes und ressourcenstärkendes Verständnis des Alterns fördert und damit sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Gestaltungsspielräume betont. Der MOOC richtet sich primär an Praktiker\*innen der Gesundheitsförderung, aber auch an Studierende und Lehrende gesundheitsbezogener Studiengänge. Inhaltlich orientiert sich der Kurs am Modell „Kommunale Gesundheitsförderung für gesundes Altern – Caring Communities“ (Plunger et al., 2023; Rohrauer-Näf et al., 2025), das sechs zentrale Handlungsfelder kommunaler Gesundheitsförderung beschreibt und damit einen strukturierten Rahmen für die Themenauswahl bietet.

**Patient/en und Methoden:** Die Entwicklung des MOOCs erfolgt auf Basis der „First Principles of Instruction“ nach Merrill (2002). Diese didaktischen Prinzipien betonen problemorientiertes Lernen, die Aktivierung von Vorwissen, die anschauliche Demonstration neuer Inhalte, deren praktische Anwendung sowie die Integration in die Lebenswelt der Teilnehmenden. Der MOOC verbindet wissenschaftliche Grundlagen mit Good-Practice-Beispielen, interaktiven Lernformaten und einem multimedialen Lehrdesign, um die Kompetenzerweiterung möglichst nachhaltig zu unterstützen. Die Umsetzung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team aus Wissenschaftler\*innen, Praktiker\*innen und Expert\*innen der Gesundheitsförderung und Bildungsentwicklung. Die Veröffentlichung erfolgt barrierearm auf der österreichischen Plattform iMooX unter offener Lizenz, die eine Weiterverwendung der Materialien ermöglicht.

**Ergebnisse:** Entlang des Handlungsmodells entstehen sechs inhaltliche Module zu den Themen allgemeines Gesundheitswissen mit Fokus auf gesundes Altern, Förderung körperlicher und mentaler Gesundheit, Stärkung sozialer Teilhabe, Selbstbestimmung durch altersgerechte Lebensräume und Technologien, Gesundheitsförderung bei bestehenden Erkrankungen im Alter sowie Chancengerechtigkeit und Diversität. Der Vortrag stellt die konzeptionellen Methoden, die Struktur der Module sowie die geplanten Maßnahmen zur Dissemination und Evaluierung des MOOCs dar. Der Start des MOOCs ist für Frühjahr 2026 geplant.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der MOOC stellt ein innovatives und niedrigschwelliges Instrument des Capacity Buildings in der Gesundheitsförderung dar. Durch seine interdisziplinäre Ausrichtung, die Verbindung von Theorie und Praxis sowie die offene Zugänglichkeit trägt er dazu bei, Altern aktiv, inklusiv und zukunftsorientiert zu gestalten. Damit leistet er einen nachhaltigen Beitrag zur Verankerung moderner Perspektiven des Alterns und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen auf individueller, organisationaler und kommunaler Ebene.

## Lebensräume und Infrastruktur

P07-01

### Relevanz von Nachbarschaftsmerkmalen für die körperliche Aktivität von Österreicher:innen ab 65 Jahren

Christina Fastl<sup>1,2\*</sup>, Sylvia Titze<sup>3</sup>, Sandra Haider<sup>2</sup>, K. Viktoria Stein<sup>4</sup>, Thomas E. Dorner<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Österreich; <sup>3</sup>Universität Graz, Institut für Bewegungswissenschaften, Sport und Gesundheit, Graz, Österreich; <sup>4</sup>Karl-Landsteiner Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Kirchstetten, Österreich

**Einleitung:** Regelmäßige Bewegung ist von zentraler Bedeutung für den Erhalt der körperlichen und kognitiven Gesundheit, der funktionellen Selbstständigkeit sowie der Lebensqualität im höheren Lebensalter. Dennoch erreichen viele ältere Menschen in Österreich den empfohlenen Bewegungsumfang nicht. Körperliche Aktivität wird nicht nur durch individuelle Faktoren, sondern auch durch Umweltbedingungen beeinflusst, wie die Wohnumgebung und klimatische Bedingungen. Mit Projekten wie KlimAte wird untersucht, welche Maßnahmen ältere Menschen dabei unterstützen, die Bewegungsempfehlungen auch unter baulich und klimatisch schwierigen Rahmenbedingungen zu erreichen. Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen Merkmalen der Wohnumgebung und ausdauerorientierter Bewegung bei älteren Österreicher:innen zu untersuchen und diese Ergebnisse mit jüngeren Altersgruppen zu vergleichen.

**Patient/en und Methoden:** Daten der 3921 Erwachsenen, die am österreichischen Bewegungsmonitoring 2022 teilnahmen, wurden analysiert. Bewertungen von zwölf Nachbarschaftsmerkmalen im Umkreis von 800 Metern wurden einbezogen, darunter beispielsweise Radfahrmöglichkeiten oder Zugang zu Grünflächen. Der Bewegungsumfang wurde mit dem Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) erfasst und als metabolische Äquivalente (MET)-Minuten pro Woche quantifiziert. Für jedes Nachbarschaftsmerkmal und jede Altersgruppe (18–29, 30–64 und  $\geq 65$  Jahre) wurden separate Tweedie-Regressionsmodelle berechnet, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen und Urbanisierungsgrad.

**Ergebnisse:** Bei Erwachsenen ab 65 Jahren waren schlechtere Bewertungen von neun der zwölf untersuchten Nachbarschaftsmerkmale signifikant mit einem geringeren Bewegungsumfang assoziiert. Dazu zählten schlechtere Möglichkeiten zum Radfahren (–22,0 % [95 %-KI: –29,0 bis –14,3]), zum Laufen bzw. für andere Sportarten (–20,4 % [95 %-KI: –28,4 bis –11,5]), zum Gehen (–15,4 % [95 %-KI: –28,1 bis –0,4]) sowie ein eingeschränkter Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln (–14,5 % [95 %-KI: –21,0 bis –7,5]). Für das Sicherheitsgefühl, die Luft- bzw. Umweltqualität und die Gesamtbewertung der Nachbarschaft fanden sich keine Hinweise für einen Zusammenhang mit Bewegung. Bei Personen mittleren Alters (30 bis 64 Jahre) zeigten sich ähnliche, jedoch insgesamt schwächere Zusammenhänge, während es kaum Zusammenhänge in der jüngsten Altersgruppe (19 bis 29 Jahre) gab.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Schlechtere Bewertungen des Wohnumfeldes stehen bei älteren Menschen in einem starken Zusammenhang mit verminderter ausdauerorientierter körperlicher Aktivität. Dieser Zusammenhang ist in jüngeren Altersgruppen weniger ausgeprägt. Aus gerontologischer Sicht verdeutlichen diese Ergebnisse die Bedeutung gut zugänglicher und klima-resilienter Nachbarschaften zur Förderung eines bewegungsreicheren Alterns.

P07-02

### Altern im Quartier – Stadt-Land-Vergleich im Praxisforschungsprojekt Algele Qua

Sigrid Mairhofer\*, Nina Faltermayr, Laura Jesgarz, Isabelle Riedlinger  
Hochschule München, München, Deutschland

**Einleitung:** Angesichts des demographischen Wandels gewinnt die Frage, wie ältere Menschen möglichst lange selbstbestimmt in ihrem vertrauten Wohnumfeld leben können, zunehmend an Bedeutung. Nachhaltige Quartiersentwicklung erfordert dabei die Einbindung älterer Menschen als Expert:innen ihrer Lebenswelt. Die Voraussetzungen dafür unterscheiden sich jedoch zwischen städtischen und ländlichen Räumen: Während urbane Quartiere häufig dichte Infrastrukturen, aber auch Anonymität aufweisen, sind ländliche Räume häufig von weiten Wege, eingeschränkter Mobilität und anderen Formen nachbarschaftlicher Unterstützung geprägt. Altersgerechte Quartiersentwicklung muss daher kontextsensibel gestaltet werden, um sorgende Gemeinschaften (Caring Communities) zu ermöglichen.

**Patient/en und Methoden:** Das vom Bayerischen Staatsministerium geförderte Praxisforschungsprojekt „Algele Qua – Altersgerecht und gesund leben im Quartier“ (2024–2026) untersucht altersgerechte Quartiersentwicklung im Stadt-Land-Vergleich. In einer ersten Phase wurden Expert:inneninterviews mit Fachkräften aus Altersforschung, Sozialplanung und Altenhilfe geführt. Darauf aufbauend wurden in einem Münchner Stadtteil mit hohem Anteil älterer Menschen und Bewohner:innen mit Migrationsgeschichte qualitative und niedrigschwellige partizipative Methoden eingesetzt: Stadtteilspaziergänge mit Klappstühlen, Nadelmethode auf Karten, Netzwerkkarteninterviews mit älteren Menschen, Photovoice sowie Fokusgruppen mit lokalen Akteur:innen. Seit Ende 2025 wird das Projekt auf ländliche Gemeinden in Bayern ausgeweitet und dort mit ersten Erhebungen begonnen, angepasst an die dortigen Bedingungen.

**Ergebnisse:** Vorgestellt werden das Forschungsdesign des Gesamtprojektes sowie die eingesetzten qualitativen und partizipativen Methoden im Stadt-Land-Vergleich. Darüber hinaus werden ausgewählte erste Ergebnisse aus den Erhebungen zu Teilhabemöglichkeiten, sozialen Netzwerken und Unterstützungsstrukturen im Quartier dargestellt.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Stadt-Land-Vergleich ermöglicht es, kontextspezifische Barrieren und Ressourcen für Teilhabe im Alter sichtbar zu machen. Die Erkenntnisse sollen zu einer nachhaltigen, lokal angepassten Quartiersentwicklung beitragen und sind relevant für Soziale Arbeit, Altenhilfe und Kommunalpolitik.

## Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

P08-01

### Cross-sectional and longitudinal associations between self-reported financial hardship, quality of life, and depressive symptoms in older Icelandic adults after hospital discharge

Alfons Ramel\*  
University of Iceland, Reykjavik, Iceland

**Introduction:** Financial hardship has been linked to poorer psychological health, but little is known about its impact on older adults following hospital discharge. This study examined both cross-sectional and longitudinal associations between financial hardship, health-related quality of life (QoL), and depressive symptoms in older Icelandic adults discharged from hospital.

**Patients and methods:** This secondary analysis used data from the HOMEFOOD dietary intervention trial, which included 104 community-dwelling older adults (mean age=83 years) discharged from hospital. De-

pressive symptoms were measured using the Iowa variant of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), and health-related QoL was assessed using the EQ-5D instrument. Financial hardship and income categories were self-reported. Cross-sectional and longitudinal associations were examined using linear regression analyses adjusted for relevant covariates.

**Results:** Financial hardship was reported by 23 participants (22 %) and was associated with lower income categories ( $P=0.005$ ) but not with gender ( $P=0.495$ ). At discharge, financial hardship was cross-sectionally associated with higher CES-D scores ( $B=2.3$ ,  $P=0.029$ , adjusted for age and gender), but not with EQ-5D scores ( $B=-0.05$ ,  $P=0.195$ ). Longitudinal analyses showed that financial hardship predicted poorer QoL (EQ-5D:  $B=-0.1$ ,  $P=0.016$ ) and higher depressive symptoms (CES-D:  $B=2.2$ ,  $P=0.014$ ) six months after discharge, after adjustment for age, gender, intervention group, and baseline values.

**Conclusion/Discussion:** Financial hardship is common among older Icelandic adults discharged from hospital and is associated with worse psychological health outcomes. Those reporting financial hardship showed lower quality of life and more depressive symptoms six months after discharge, highlighting the need to consider socioeconomic factors in post-discharge care for older adults.

### P08-02

#### Prävention von moralischem Stress in der stationären Langzeitpflege: Ein Scoping Review zu Maßnahmen auf Individuum-, Team- und Organisationsebene

Tanja Adamcik<sup>1,2\*</sup>, Elisabeth Reitingner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Institut für Gesundheitswissenschaften, Ferdinand Porsche FERNFH, Wiener Neustadt, Österreich

**Einleitung:** Pflegepersonen in stationären Langzeitbetreuungseinrichtungen sind regelmäßig mit moralisch herausfordernden Situationen konfrontiert. Komplexe Betreuungssituationen, Zeitdruck, Ressourcenmangel und strukturelle Rahmenbedingungen erschweren ethisch angemessenes Handeln und begünstigen moralischen Stress. Während Moral Distress im Akutbereich bereits untersucht wurde, bestehen im Setting der Langzeitpflege deutliche Forschungslücken. Angesichts zunehmender psychischer Belastungen und steigender Berufsausstieg erscheint die Identifikation wirksamer Präventionsmaßnahmen besonders dringlich. Theoretische Modelle (z. B. Corley, 2002) verdeutlichen, dass moralischer Stress sowohl individuelle als auch teambezogene und organisationale Dimensionen umfasst. Ziel dieses Scoping Reviews ist es daher, vorhandene Präventionsmaßnahmen in der stationären Langzeitpflege systematisch zu erfassen und entlang der Ebenen Individuum, Team und Organisation einzuordnen.

**Patient/en und Methoden:** Ein Scoping Review nach Arksey & O'Malley (2005) wird durchgeführt, um einen Überblick über die vorhandene Evidenz zu geben. Eingeschlossen werden empirische Studien, theoretische Arbeiten und Dokumente, die Präventionsansätze oder Maßnahmen zur Reduktion von moralischem Stress vorrangig in stationären Langzeitbetreuungseinrichtungen adressieren.

**Ergebnisse:** Erste Ergebnisse des Scoping Reviews zeigen, dass im Bereich der Präventionsmaßnahmen zu moralischem Stress in stationären Langzeitbetreuungseinrichtungen bislang nur begrenzt geforscht wurde. Erste Interventionsansätze existieren, fokussieren jedoch überwiegend auf individuelle Bewältigungsstrategien. Gleichzeitig werden in der Literatur mehrere Ansätze aus anderen pflegerischen Settings beschrieben, die sich potenziell auf die Langzeitpflege übertragen lassen. Übereinstimmend wird betont, dass Prävention auf den Ebenen Individuum, Team und Organisation ansetzen muss. Auf individueller Ebene umfassen identifizierte Maßnahmen beispielsweise die Stärkung moralischer Resilienz, Trainings zur Förderung ethischer Sensibilität sowie Ansätze zur Unterstützung moralischer Entscheidungsfindung. Auf Teamebene erscheinen ethische Fallbesprechungen, Ethikcafés und Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikations- und Teamkultur als vielversprechend. Die organisationale Ebene, die in der Literatur als besonders bedeutsam, jedoch gleichzeitig

als am wenigsten erforscht beschrieben wird, umfasst strukturelle Anpassungen wie transparente Entscheidungswege, eine unterstützende Leitungskultur, klare Richtlinien und ein adäquates Ressourcenmanagement. **Schlussfolgerung/Diskussion:** Moralischer Stress in der stationären Langzeitpflege stellt ein komplexes, mehrdimensionales Phänomen dar, dessen Ursachen und Folgen weit über individuelle Faktoren hinausgehen. Erste Ergebnisse des Scoping Reviews verdeutlichen, dass insbesondere organisationale Rahmenbedingungen entscheidend dafür sind, eine Arbeitsumgebung zu schaffen, die ethisches Handeln ermöglicht und Pflegepersonen langfristig stärkt. Damit leisten präventive Maßnahmen nicht nur einen Beitrag zur Gesundheit des Pflegepersonals, sondern auch zur Zukunftsfähigkeit einer qualitativ hochwertigen und würdevollen Langzeitbetreuung.

### P08-03

#### Einsamkeit und Technologieakzeptanz bei Personen zwischen 65 und 85 Jahren: Ergebnisse eines Web-basierten Surveys

Matei Capatu<sup>1\*</sup>, Thomas E. Dorner<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich;

<sup>2</sup>Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin), Wien, Österreich

**Einleitung:** Einsamkeit ist ein bedeutendes Public-Health-Problem, besonders bei älteren Erwachsenen. Diverse Internettechnologien (Soziale Medien, Videotelefonie, Roboter) könnten auf verschiedene Weisen der Einsamkeit älterer Menschen entgegenwirken. Jedoch verfügen ältere Erwachsene oft über weniger digitale Kompetenzen, vor allem im Umgang mit sozialen Medien und anderen Kommunikationsformen und weisen eine geringe Internetnutzung auf. Die Einstellung älterer Menschen gegenüber Technologien und deren Akzeptanz spielen deshalb eine zentrale Rolle, auch als Mittel um Einsamkeit zu reduzieren.

**Patient/en und Methoden:** Es wurde eine Querschnitterhebung mittels Computer Assisted Web Interviewing (CAWI) bei 500 Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren in Österreich, repräsentativ gemessen an soziodemographischen Faktoren, durchgeführt. Zur Erhebung von Einsamkeit wurde eine Einzelitem herangezogen: „Ich fühle mich einsam, wenn ich allein zu Hause bin“. Dieses Statement konnte auf einer Skala von 1–5 („trifft vollkommen“ bis „überhaupt nicht zu“) bewertet werden. Zur Erfassung der Technologieakzeptanz wurde der validierte TechPH-Fragebogen eingesetzt, der die Begeisterung (TechEnthusiasm) und Angst (TechAnxiety) misst. Diese können Werte von 1 bis 5 (geringe bis hohe Technikakzeptanz) annehmen. Die Auswertung erfolgte mithilfe deskriptiver Statistiken. Gruppenvergleiche wurden mittels Kreuztabellen, Chi<sup>2</sup>-Tests und Mittelwertvergleiche mittels t-Tests durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die Prävalenz von Einsamkeit („trifft vollkommen“ oder „eher zu“) bei den Befragten betrug 7,7 %. Personen mit höherer Schulbildung gaben signifikant häufiger an, sich nicht einsam zu fühlen ( $P=0,013$ ) und mit zunehmender Urbanisierung stieg der Anteil einsam fühlender Personen ( $P=0,003$ ). Geschlecht und Alter hatten keinen eindeutigen Zusammenhang mit Einsamkeit. Bezüglich der Technologieakzeptanz zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen einsamen und nicht einsamen Personen. Einsam fühlende Personen wiesen eine geringere TechAnxiety (3,0 vs. 3,7;  $P < 0,001$ ), sowie einen höheren Gesamtscore im TechPH (3,0 vs. 2,8;  $P=0,031$ ) auf, während sich keine signifikanten Unterschiede im TechEnthusiasm (2,6 vs. 2,4;  $P=0,212$ ) zeigten.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen, dass Einsamkeit bei älteren Erwachsenen, die via Internet erreicht werden in Österreich selten auftritt. Sich einsam fühlende Menschen zeigten eine signifikant höhere Technikakzeptanz. Dies deutet darauf hin, dass gerade diese Gruppe ein potenziell hohes Interesse an technologiegestützten Interventionen gegen Einsamkeit haben könnte. Die Ergebnisse unterstreichen das Potential von Technologien als ergänzenden Ansatz in der Prävention und Bewältigung von Einsamkeit im höheren Lebensalter.

## Vortragsabstracts

01

### Community mobility and participation in old age

Isabel Margot-Cattin\*

University of Applied Sciences of Western Switzerland (HES-SO), Lausanne, Switzerland

Community mobility is essential for participation and health for older adults. Community mobility comprises getting outside one's home, traveling to places, navigating streets, road traffic, and curbs, and doing everyday activities that are needed, expected and desired. It is linked to participation, as older adults go out and about, for grocery shopping, meeting friends and family, walking the dog, or taking a stroll in the neighbourhood. Benefits of participation outside the home extend beyond transportation: it supports physical activity, social connectedness, access to services and meaningful roles, and a sense of autonomy and identity. Yet many older adults face risks and barriers, such as falls and near-falls at curbs, fear of traffic, fatigue, sensory or cognitive changes, reduced confidence, and unequal access to transportation, which can lead to self-restriction and social isolation. The built environment plays a decisive role in how older adults participate, because sidewalk continuity, crossing design and timing, lighting, benches/rest areas, gradients, winter maintenance, noise, and the legibility of wayfinding cues modify the usability of everyday outings. Taken together, these factors highlight that participation „outside the home“ is not only about individual capacity, but about real-world situations where person, place, commodities, transport options, and routines intersect.

Here, I will discuss solutions for measuring participation outside the home and for designing and implementing responses based on empirical data. The ACT-OUT tool captures participation as „something someone does somewhere“ by coupling places and activities. Implementation-oriented research designs might guide co-designed interventions (e.g., improving local wayfinding supports, tailoring mobility training, or informing age-friendly environmental and transport adaptations) and evaluate whether changes translate into more frequent, safer, and more meaningful participation outside the home.

02

### Das unfallchirurgische Setting in der Notaufnahme am Beispiel der hüftnahen Fraktur

Ernst Josef Müller\*

Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

Zur Sicherstellung und Optimierung der Behandlungsqualität alterstraumatologischer Patient\*innen bedarf es standardisierter Vorgehensweisen und interdisziplinärer medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Zusammenarbeit. Um das perioperative Risiko und das Auftreten von Komplikationen im Rahmen einer hüftnahen Femurfraktur zu minimieren kommt der Akutversorgung in der ZNA in dem engen Zeitfenster (< 24 h) bis zur operativen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Ein strukturiertes Screening zur Risikoerfassung (ISAR-Score, Mini-Cog-Test, CFS, RASS), zur Erfassung des Ernährungsstatus (MUST) und zur anästhesiologischen Risikostratifizierung sind ebenso unerlässlich wie das Einleiten von ersten präventiven Maßnahmen zur Reduktion des perioperativen Risikos (Thromboseprophylaxe, Vit.-D-Substitution, Carboloading, Dekontamination) einschließlich einer effektiven Schmerztherapie (SI-FICB).

03

### Die anästhesiologische Sicht auf die alterstraumatologischen Patient\*innen (Prämedikation, Risikostratifizierung, Intubationsnarkose)

Kateryna Kovalevska\*

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze.

**Einleitung:** Alterstraumatologische Patient\*innen stellen aufgrund von Multimorbidität, Frailty und eingeschränkter physiologischer Reserve eine besondere Herausforderung für die anästhesiologische Versorgung dar. Ziel des Vortrags ist es, zentrale anästhesiologische Aspekte in der perioperativen Betreuung dieser Patientengruppe darzustellen.

**Patient/en und Methoden:** Es erfolgte eine narrative Darstellung anästhesiologischer Strategien mit Fokus auf Prämedikation, präoperative Risikostratifizierung und Durchführung der Intubationsnarkose bei alterstraumatologischen Patient\*innen. Berücksichtigt wurden klinische Erfahrung, aktuelle Leitlinien sowie relevante Risikokonzepte wie Frailty und Delirprävention.

**Ergebnisse:** Eine angepasste Prämedikation unter Vermeidung deliriogener Substanzen, eine erweiterte Risikostratifizierung unter Einbeziehung funktioneller und kognitiver Parameter sowie eine altersadaptierte, hämodynamisch stabile Intubationsnarkose tragen wesentlich zur Reduktion perioperativer Komplikationen bei.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Ein individualisiertes, interdisziplinäres anästhesiologisches Management ist essenziell für eine sichere perioperative Versorgung alterstraumatologischer Patient\*innen. Die Berücksichtigung altersassoziierter Besonderheiten kann Morbidität und Mortalität senken und das postoperative Outcome verbessern.

04

### Präoperative Vorbereitung aus kardiologischer Sicht (inkl. Antikoagulation)

Hannes Alber\*

Abt. f. Innere Medizin und Kardiologie, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Anhand eines Falles soll die Rolle der präoperativen kardiologischen Evaluierung aufgearbeitet werden.

**Patient/en und Methoden:** Als Grundlage dienen die entsprechenden Richtlinien der europäischen kardiologischen Gesellschaft aus dem Jahr 2022 sowie jener der nordamerikanischen Gesellschaften aus dem Jahr 2024.

**Ergebnisse:** Der Beurteilung des ischämischen Risikos durch eine etwaige oder bekannte kardiovaskuläre Erkrankung folgt die Abschätzung des operativen Risikos; daraus wiederum kann das Management des individuellen Patienten/der individuellen Patientin abgeleitet werden. Zudem ergibt sich daraus auch das Vorgehen hinsichtlich der antithrombotischen Therapie, welches separat beleuchtet werden soll.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Schlussendlich wird auf die Bedeutung des perioperativen Myokardschadens gesondert eingegangen, das es in einem modernen ganzheitlichen Patientenmanagementprozess wohl bzw. möglicherweise noch etwas unterrepräsentiert ist.

05

### Therapiezieländerung bei Patienten mit hüftnahen Frakturen

Rudolf Likar\*

KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Palliative Geriatrie

**Einleitung:** Der Arzt ist gefordert eine individuelle verantwortliche Entscheidung zu treffen, dabei soll er sich an den 4 Prinzipien der moder-

nen Bioethik Fürsorge Nicht-Schaden, Autonomie und Gerechtigkeit orientieren. In der Regel kann die Therapiezieländerung in mehreren Stufen ablaufen: DNR: do not resuscitate d. h. keine mechanische oder medikamentöse Reanimation, DNE: do not escalate zum Beispiel keine Katecholamine, Intubation oder Hämodilution, RID heißt re-evaluate Indication and Deescalate also laufende Maßnahmen werden beendet und wieder reevaluiert und die letzte Stufe ist Comfort Terminal Care, ausschließlich symptomlindernde Therapie.

**Patient/en und Methoden:** Bei der Therapiezieländerung bleiben Fragen die beantwortet werden müssen: Wie geht man mit Patientenverfügung um, Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung. Wie geht der Umgang mit psychisch beeinträchtigten Patienten, Fortführung oder Bilanz künstlicher Ernährung, Flüssigkeitszufuhr? Wie geht man mit Flüssigkeitszufuhr im Sterben um? Wie geht man mit schwerer Demenz um? Probleme mit Angehörigen im Umgang mit kultureller religiöser Besonderheiten. Fragen, die man bei der Therapiezieländerung sich stellen muss, wird Intervention durch den gegenwärtigen Erkenntnisstand effektiv sein? Dient die Intervention dem Wohle des Patienten? Lassen sich durch medizinische Behandlung verursachten physische und psychische Belastungen oder Schmerzen für den Patienten rechtfertigen, sofern das Therapieziel erreicht wird? Verschlechtert sich der Zustand des Patienten trotz optimaler therapeutischer Interventionen? Wird die Behandlung einen klinischen Effekt erzeugen? Habe ich die Ziele des Patienten z. B. Unabhängigkeit vor Lebenserhaltenden Maßnahmen verfehlt? Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen? Können bestehende ethische Bedenken der Beteiligten ausgeräumt werden?

**Ergebnisse:** Was sind die Do's wenn die Therapiezieländerung hinsichtlich Comfort Terminal Care als Symptomenlinderung beschlossen wurde? Intravenöse Opioid-Gabe, bei Indikation, bei Schmerzen, Angst, Stress, Atemnot, starker Hustenreiz. Palliative Sedierungstherapie bei Indikation, Therapie refraktärer Schmerz, Angst, Stress. Bei therapierefraktärer Not, existenzieller Angst, Irritation bei terminalen Delir, bedürfnisorientierte auf den Patienten ausgerichtete Pflegemaßnahmen, Nähe möglich, spirituelle Begleitung. Was man nicht machen sollte: Sauerstoff-Gabe, Intubation, Beatmungseinstellung, die einer Verbesserung der Oxygenierung dienen, intravenöse Flüssigkeitszufuhr, Monitoring, Befunderhebung.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Das Wissen um die medizinisch, ethischen und rechtlichen Grundlagen sowie die Tools zu kennen, ist eine Voraussetzung für eine patientenzentrierte gerechte medizinische Entscheidungsfindung.

## 06 Kommunikation und Altersvorsorge in romantischen Partnerschaften

Fiona Rupprecht<sup>1\*</sup>, Christina Ristl<sup>2</sup>, Jana Nikitin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rheinland-Pfälzische Technische Universität Kaiserslautern-Landau, Landau in der Pfalz, Deutschland; <sup>2</sup>Universität Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

**Einleitung:** Familiäre und partnerschaftliche Kommunikation zu zentralen Themen des Älterwerdens wie Wohnen, Pflege und Sterben findet häufig (zu) spät im Leben statt oder bleibt gänzlich aus. Dabei wird angenommen, dass vertraute Gespräche zu diesen Themen ein essenzieller Aspekt der Altersvorsorge und Altersvorbereitung sind.

**Patient/en und Methoden:** In einer Studie mit 121 Personen (darunter 57 Paare) im Alter von 51 bis 95 Jahren wurde untersucht, inwiefern regelmäßige, partnerschaftliche Gespräche über Wohnen und Pflege im Alter sowie Sterben und Tod mit weniger Ängsten, dem subjektiven Gefühl vorbereitet zu sein und tatsächlichem Vorsorgehandeln (z. B. Erstellen einer Patientenverfügung) zusammenhängen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass regelmäßige, partnerschaftliche Gespräche Ängste vor Tod und Sterben nehmen können, mit dem subjektiven Gefühl zusammenhängen, vorbereitet zu sein (insbesondere in den Bereichen Wohnen sowie Tod und Sterben) und in tatsächliches Vorsorgehandeln münden. Inwieweit Kommunikation zu Altersthemen diese posi-

tiven Folgen hat, hängt allerdings auch von den Ressourcen eines Paares ab, beispielsweise dem Einkommen und der Beziehungsqualität.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung einer differenzierten Betrachtung partnerschaftlicher Kommunikation zum Älterwerden und fordern dazu auf, ältere Menschen nicht nur zu Gesprächen über das Älterwerden zu ermuntern, sondern sie auch dabei zu unterstützen, die Inhalte dieser Gespräche aktiv und selbstbestimmt umzusetzen.

## 07 Irregeleitete interzelluläre Kommunikation, chronische Entzündungen und Altern

Andreas Simm\*

Klinik für Herzchirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle-Wittenberg, Deutschland

Alle Zellen im Organismus werden durch eine Vielzahl an Botenstoffen (Zytokine, Chemokine, Hormone und beladene zirkulierende extrazelluläre Vesikel) reguliert, wobei es intrazellulär immer zu einer Integration der verschiedenen induzierten Signalwege kommt. Diese Kommunikation ist besonders bei Entwicklungsprozessen, bei der Gewebshomöostase und im Immunsystem wichtig. Beim Altern ist diese Kommunikation zwischen Zellen und Organen gestört. Die Konzentration vieler Hormone sowie die Ansprechbarkeit von Rezeptoren ändern sich und es kommt durch (von seneszenten Zellen abgesonderten), Faktoren, bekannt als seneszenz-assoziiertes sekretorischer Phänotyp (SASP), zusätzlich zum Anstieg inflammatorischer Zytokine. Diese wiederum können bei normalen Zellen Seneszenz auslösen, was zu einem Teufelskreis aus Entzündung und Alterung und letztendlich zu chronischen Erkrankungen führt.

## 08 Sprache im Fokus

Susanne Maria Javorszky\*

Hochschule Campus Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

Sprach- und Sprechstörungen im höheren Lebensalter stellen eine bedeutende Herausforderung für die soziale Teilhabe und Lebensqualität dar. Neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Morbus Alzheimer, Parkinson) oder vaskuläre Ereignisse können die sprachliche Ausdrucksfähigkeit und kommunikative Kompetenz erheblich beeinträchtigen. Diese Einschränkungen wirken sich nicht nur auf die verbale Interaktion, sondern auch auf die aktive Partizipation in alltäglichen Lebensbereichen aus, wie soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung und Selbstbestimmung. Aktuelle Forschung betont die zentrale Rolle der Kommunikation für die soziale Integration und psychische Gesundheit älterer Menschen. Therapeutische Ansätze sollten daher nicht ausschließlich auf die Verbesserung sprachlicher Funktionen abzielen, sondern auch die Förderung alltagsnaher Kommunikationsstrategien und die Einbindung des sozialen Umfelds berücksichtigen.

## 09 Von der deutschen S3-Leitlinie zum CGA zur europäischen Guideline: ein internationaler Überblick

Filippo Maria Verri<sup>1,2\*</sup>, Luca Corbia<sup>1,3</sup>, Michael Denking<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Geriatrie der Uniklinik Ulm, Ulm, Deutschland; <sup>2</sup>Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, Deutschland; <sup>3</sup>Abteilung für Translationale Medizinische Wissenschaften, Universität Neapel „Federico II“, Neapel, Italien

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Das umfassende geriatrische Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ist ein multidimensionaler, interprofessionel-

ler Prozess zur Therapie- und Versorgungsplanung. Mit der deutschen S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (CGA) bei hospitalisierten Patient:innen“ liegt erstmals eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie für den deutschsprachigen Raum vor. Ziel des Vortrags ist die Darstellung zentraler Empfehlungen, deren Einordnung in die heterogene europäische Situation sowie die Vorstellung der gestarteten europäischen CGA-Leitlinieninitiative.

**Patient/en und Methoden:** Die S3-Leitlinie adressiert hospitalisierte ältere Patient:innen (meist  $\geq 65$  Jahre) und kombiniert systematische Evidenzbearbeitung mit strukturierter Konsensfindung; sie enthält übergreifende und setting-spezifische Empfehlungen. Ergänzend erfolgte eine strukturierte Recherche zu nationalen Leitlinien- und Policy-Dokumenten zum CGA in europäischen Ländern (Leitlinienregister sowie Quellen von Behörden und Fachgesellschaften). Die europäische Leitlinieninitiative (EuGMS/EICA) arbeitet mit einem multidisziplinären Panel aus Vertreter:innen von 18 europäischen Fachgesellschaften/Organisationen und folgt der GRADE-Methodik. Inhaltlich wurden PICO-Fragen zur Wirksamkeit des CGA in sieben Versorgungssettings sowie zu CGA-basierten prognostischen Instrumenten für die Entscheidungsfindung in denselben Settings definiert.

**Ergebnisse:** Die S3-Leitlinie benennt als CGA-Kerndimensionen Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition inkl. Delir, Affekt, Ernährung und soziale Situation. Im akutgeriatrischen Setting wird die Durchführung eines CGA zur Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte (z. B. Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, ADL, Institutionalisierung) empfohlen; als Mindestdauer werden mindestens 15 min genannt. Setting-spezifisch werden u. a. CGA bei geriatrisch identifizierten Patient:innen mit hüftgelenknaher Fraktur sowie CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie bei definierten Risikokonstellationen adressiert. Auf europäischem Niveau zeigt die Bestandsaufnahme weiterhin große Unterschiede in Leitlinienlage und CGA-Implementierung sowie wiederkehrende Barrieren (Ressourcen, Ausbildung, Vergütung, Umsetzung in Interventionen).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die S3-Leitlinie bietet eine belastbare Basis für klinische Entscheidungen und Implementierung in der stationären Versorgung. Angesichts der weiterhin fragmentierten europäischen Situation kann eine europäische Leitlinie Minimalstandards (Inhalte, Indikationskriterien, Team, Kopplung an Interventionen) harmonisieren und zugleich lokale Anpassungen ermöglichen; der Start des EuGMS/EICA-Projekts stellt hierfür einen wichtigen Schritt dar.

## 10

### Von der Theorie in die Praxis – erste Daten aus dem Benchmarking System QiGG zum Assessment

Peter Mrak\*

AG QiGG ÖGGG, Graz, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** In der klinischen Geriatrie wird die Überführung strukturierter Behandlungspfade von der Theorie in die Praxis im jährlichen Akutgeriatriebericht der teilnehmenden Zentren dokumentiert und visualisiert.

**Ergebnisse:** Der Akutgeriatrie Bericht 2024 dokumentiert anhand von 7545 Fällen aus 15 österreichischen Einrichtungen die hohe Wirksamkeit spezialisierter geriatrischer Versorgung. Analysen von JOANNEUM RESEARCH HEALTH und der ÖGGG zeigen, dass 90,5 % der Patientinnen und Patienten nach der Behandlung in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren können, wobei signifikante Verbesserungen in der Mobilität und Reduktion der Pflegebedürftigkeit verzeichnet wurden. Der Bericht unterstreicht den Erfolg der Qualitätssicherungsinitiative QiGG und ebnet durch den Einsatz automatisierter Datenerfassung den Weg für KI-basierte Vorhersagemodelle.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Möglichkeit strukturierter Arbeit und Dokumentation im Benchmarking gewährt den Teilnehmern eine kontinuierliche Sicht auf das eigene Tun.

Ein implementiertes Berichtswesen ermöglicht eine Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung durch individuelle Visualisierung der geleisteten Arbeit und der wichtigen Behandlungsprozesse.

## 11

### Woran denken bei der Einführung von Assessments in die klinische Praxis?

Martina Honegger\*

Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich; Pensionsversicherungsanstalt, Wien, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

Die erfolgreiche Einführung geriatrischer Assessments hängt maßgeblich von der strukturierten Implementierung in bestehende klinische Versorgungsprozesse ab. Der Vortrag beleuchtet die Einführungsphase neuer Assessments und zeigt zentrale Barrieren und Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige, erfolgreiche Implementierung aus Forschung und Praxis. Im Fokus stehen die Anpassung klinischer Abläufe, interprofessionelle Zusammenarbeit, frühzeitige Qualifizierung, digitale Workflow-Integration sowie aktives Change Management einschließlich Akzeptanzförderung, Führungs- und Steuerungsstrukturen sowie zielgerichtete Kommunikation. Assessments sollen als wesentliche prozessrelevante, handlungsleitende Elemente integrierter Versorgung älterer Menschen verstanden werden.

## 12

### Ändert sich die soziale Interaktionswelt älterer Menschen durch die Nutzung einer App zur Steigerung sozialer Partizipation? Ergebnisse des SMART-AGE RCT

Nicole Memmer<sup>1\*</sup>, Meike Snijder-Steinheil<sup>2</sup>, Anna Schlomann<sup>1</sup>, Anna-Lena Schubert<sup>2</sup>, Hans-Werner Wahl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; <sup>2</sup>Universität Mainz, Mainz, Deutschland

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Soziale Partizipation ist im höheren Lebensalter durch unterschiedliche Faktoren, die weit über gesundheitliche Einschränkungen hinausgehen, gefährdet, z. B. den Übergang in die nachberufliche Phase mit signifikanter Veränderung des sozialen Kontexts oder mangelnder bzw. nicht zielgruppengerechter sozialer Vernetzungsangebote. Gleichzeitig zählen die Vermeidung von sozialer Isolation und Einsamkeit heute zu den erklärten Zielen präventiver Maßnahmen, weil diese mit erhöhten physischen und psychischen Krankheitsraten sowie mit kognitiven Pathologien verbunden sind und deshalb auch einen erheblichen Kostenfaktor im Gesundheitswesen darstellen. Die randomisierte Studie SMART-AGE hat zum Ziel, den Einfluss digitaler Interventionen auf soziale und kulturell-gesellschaftliche Vernetzungsprozesse zu untersuchen.

**Patient/en und Methoden:** Aus einem Gesamtpool von 648 Personen 67 Jahre und älter ( $M = 75$ ,  $SD = 6$ , 52 % Frauen) mit im Mittel hoher Gesundheit und Bildung wurden  $n = 219$  per Zufall einer Interventionsgruppe zugeordnet, die über 6 Monate hinweg eine tablet-basierte App zur Erhöhung von unterschiedlichen Formen der sozialen Partizipation („smartVERNETZT app“) erhielten. Weitere  $n = 212$  Personen wurden per Zufall einer aktiven Kontrollgruppe zugewiesen, die nur ein Tablet samt Kurzeinführung in dessen Möglichkeiten erhielt. Zur Erfassung sozialer Partizipation wurden als primäre Outcomes international etablierte Skalen erhoben zu Einsamkeit, sozialer Unterstützung und zum Ausmaß des sozialen Austauschs mit familiären und nicht-familiären Personen eingesetzt. Diese wurden samt einer Reihe weiterer Konstrukte zu Baseline, nach 3 und 6 Monaten erhoben.

**Ergebnisse:** ANOVA-basierte Auswertungen eines latent definierten Omnibus-Outcomes unter Einbezug aller drei primären Einzelindikatoren ergab eine signifikante Gruppe X Zeit Interaktion ( $F[2,586] = 3,17$ ,  $p = 0,044$ ,

partial  $\eta^2 \approx 0,01$ ) kleiner Effektstärke, die durch relative Stabilität von sozialer Partizipation in der Intervention, aber Rückgang sozialer Partizipation in der Kontrollbedingung zustande kam.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass selbst in einer positiv selektierten Gruppe älterer Erwachsene digital stimulierte soziale Vernetzung mit präventionsrelevanten Effekten einhergeht.

13

### Alleinsein, Einsamkeit und Mediennutzung im Alltag

Christina Ristl<sup>1\*</sup>, Gizem Hülür<sup>2</sup>, Jana Nikitin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Wien, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Universität Bonn, Bonn, Deutschland

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Digitale Medien gelten oft als Möglichkeit, Einsamkeit im höheren Alter zu verringern.

**Patient/en und Methoden:** In zwei Experience-Sampling-Studien (Studie 1:  $N = 103$ , 19–79 Jahre; Studie 2:  $N = 265$ , 17–83 Jahre) untersuchten wir, ob und wie alltägliche Mediennutzung den Zusammenhang zwischen Alleinsein und Einsamkeit verändert, mit besonderem Fokus auf das mittlere und höhere Erwachsenenalter.

**Ergebnisse:** Insgesamt berichteten die Teilnehmenden mehr Einsamkeit, wenn sie allein waren. Mediennutzung schwächte diesen Zusammenhang aber nicht ab. Stattdessen hing Mediennutzung mit höherer Einsamkeit zusammen, wenn Teilnehmende mit anderen zusammen waren. Alter moderierte diese Effekte nur geringfügig.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Befunde sprechen dafür, Medien im Alter nicht als einfachen Ersatz für analoge soziale Kontakte zu betrachten, sondern genauer zu prüfen, unter welchen Bedingungen sie soziale Einbindung unterstützen und wann sie Einsamkeit erhöhen.

14

### Was passiert, wenn KI-Technologien Teil des sozialen Netzwerks werden? Beiträge der materiellen Gerontologie zur Erforschung sozialer Beziehungen im Alter

Vera Gallistl<sup>1\*</sup>, Katrin Lehner<sup>1</sup>, Roger Laufenberg, von<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität, Krems, Österreich; <sup>2</sup>VICeSSE Vienna Centre for Societal Security, Wien, Österreich

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Das Modell des sozialen Konvois (Kahn & Antonucci, 1980; Antonucci & Akiyama, 1987) gilt als eine der einflussreichsten Alternstheorien zur Analyse sozialer Beziehungen im Alter. Ausgehend von dieser „klassischen“ Alternstheorie nimmt der Beitrag eine konzeptionelle Neuverortung des Sozialen Konvoi-Modells in einer zunehmend digitalen Welt vor. Im Zentrum steht die Frage, ob und wie nicht-menschliche Akteure – insbesondere KI-gestützte Technologien – als Teil des sozialen Konvois im Alter gedacht werden können und welche konzeptionellen wie praktischen Konsequenzen für die Gerontologie damit verbunden sind.

**Patient/en und Methoden:** Der Beitrag basiert auf einer qualitativ-ethnographischen Studie mit 29 h teilnehmender Beobachtung in Pflegeheimen, in denen KI-Technologien eingesetzt wurden, sowie 18 leitfadengestützten Interviews mit Pflegekräften und älteren Pflegeheimbewohner:innen. Die Daten wurden mittels Situationsanalyse (Clarke, 2012) ausgewertet, um zu untersuchen, wie KI-Technologien in bestehende, soziale Netzwerke integriert werden und welche Herausforderungen dabei entstehen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass KI-Technologien auf vielfältige Weise in soziale Konvois älterer Menschen eingebunden sind, diese jedoch zugleich irritieren oder begrenzen können. KI-Systeme treten als aktive Teilnehmende in sozialen Konvois auf, bleiben in ihren Wirkungen jedoch stark durch Annahmen und Entscheidungen von

Technologieentwickler:innen geprägt. Soziale Beziehungen zwischen Menschen und KI-Systemen können dadurch nur teilweise durch gemeinsame Erfahrungen über den Lebenslauf wachsen, sondern werden von außen, technologisch, codiert.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Um die Besonderheit dieser digitalisierten sozialen Beziehungen in der Forschung besser sichtbar zu machen, plädiert der Beitrag abschließend für eine konzeptionelle Erweiterung des sozialen Konvoi-Modells durch relationale und materiell-gerontologische Ansätze im Sinne eines *sozio-materiellen Konvois*, der uns beim Älterwerden in einer digitalen Welt begleitet.

15

### Hitzeepisoden, soziale Isolation und digitale Chancen: Neue Perspektiven für soziale Interaktion im Alter

Eva Lücke\*, Hanna Köttl

IBM Krems University of Applied Sciences, Krems, Österreich

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Hitzeperioden stellen für ältere Menschen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar und führen häufig dazu, dass sie sich in ihre Wohnungen zurückziehen. Dieses Verhalten kann unbeabsichtigt soziale Isolation verstärken und das Sterblichkeitsrisiko erhöhen.

**Patient/en und Methoden:** Unsere qualitative Studie basiert auf 22 Expert\*inneninterviews mit älteren Menschen, Gesundheitsfachkräften und politischen Entscheidungsträger\*innen und untersucht das soziale Verhalten sowie Maßnahmen während Hitzeepisoden im urbanen Raum.

**Ergebnisse:** Der Zusammenhang zwischen Hitze und Isolation wurde teilweise bestätigt; als besonders positiv wurden aufsuchende Maßnahmen, die Nutzung alltäglicher Orte sowie die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der Zielgruppe bewertet. Darüber hinaus zeigten unsere Ergebnisse, dass digitale Kommunikationsformen wie telefonische Kontakte und Videocalls während Hitzeepisoden eine wichtige Rolle als protektive Faktoren spielen können. Sie ermöglichen soziale Nähe trotz physischer Distanz und reduzieren das Risiko von Isolation.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Vor dem Hintergrund sozialer Isolation während Hitzeepisoden stellt sich die Frage: Reichen klassische Unterstützungsmaßnahmen aus, oder braucht es hybride Ansätze, die digitale Kommunikationsformen wie Telefon- und Videokontakte integrieren? Können solche Strategien tatsächlich dazu beitragen, soziale Teilhabe unter extremen klimatischen Bedingungen zu sichern – oder bergen sie neue Barrieren für ältere Menschen?

16

### Frailty und das intestinale Mikrobiom: Assoziationen mit den pathogenetischen Faktoren in der geriatrischen Langzeitpflege

Thomas E. Dorner\*

Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich; Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health, Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Wien, Österreich

**Topic:** Geriatrische Syndrome/Frailty

**Einleitung:** Frailty ist ein zentrales geriatrisches Syndrom mit hoher Prävalenz in Langzeitpflegeeinrichtungen (~52%). Pathogenetisch spielen Sarkopenie, Malnutrition und chronische Inflammation eine zentrale Rolle. Das intestinale Mikrobiom rückt zunehmend in den Fokus, da verringerte Diversität mit Inflammation, Ernährungsstatus und Muskelabbau assoziiert ist. Ziel dieser Studie war die Bestimmung der Frailty-Prävalenz bei Bewohner\*innen geriatrischer Langzeitpflege und die Analyse von Zusammenhängen zwischen Frailty, deren pathogenetischen Faktoren und Mikrobiomparametern.

**Patient/en und Methoden:** Es wurde eine Querschnittstudie in zwei Pflegeheimen in Niederösterreich (Stephansheim, Horn; Stadtheim, Wr. Neustadt) durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Bewohner\*innen der geriatrischen Langzeitpflege, ausgeschlossen jene mit medizinischen oder kognitiven Einschränkungen, die eine Teilnahme verhinderten, oder fehlendem Einverständnis. Frailty wurde mittels SHARE-FI erhoben. Der Ernährungsstatus wurde über Serumalbumin, MNA und GNRI beurteilt, Sarkopenie über Handgripdynamometrie und BIA erfasst. CRP diente als Inflammationsmarker. Das intestinale Mikrobiom wurde aus Stuhlproben analysiert; Alpha-Diversität wurde mit Species Richness, Shannon- und Inverse-Simpson-Index bestimmt. Statistische Analysen umfassten Korrelationen zwischen Frailty, Ernährungsparametern und Mikrobiomdiversität, getrennt nach Geschlecht.

**Ergebnisse:** Von 269 Bewohnerinnen der beiden Pflegeheime wurden 183 in die Studie eingeschlossen (mittleres Alter 85 J.; 77 % Frauen). Die Prävalenz von Frailty betrug 52,5 %, 36 % waren prefrail und 11,5 % robust. Die dominierenden bakteriellen Phyla waren Firmicutes (47 %), Bacteroidetes (42 %), Actinobacteria (2 %), Proteobacteria (3 %) und Verrucomicrobia (5 %), mit teils hoher interindividueller Variabilität. Die mikrobielle Alpha-Diversität lag im unteren Referenzbereich, bei vielen Bewohnerinnen deutlich reduziert. Bei Frauen korrelierte der Inverse-Simpson-Index signifikant negativ mit dem Frailty-Score ( $r = -0,195$ ;  $p = 0,045$ ), nicht jedoch bei Männern. Alle Alpha-Diversitätsindizes zeigten zudem signifikante positive Zusammenhänge mit Serumalbumin, MNA und GNRI.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Prävalenz von Frailty in den untersuchten Pflegeheimen ist hoch und entspricht den Literaturwerten, was die klinische Relevanz betont. Ergebnisse zeigen, dass eine geringere mikrobielle Diversität und reduzierte butyratproduzierende Bakterien mit Frailty und Sarkopenie assoziiert sind. Alpha-Diversität korrelierte mit Ernährungsparametern (Serumalbumin, MNA, GNRI), insbesondere bei Frauen, und unterstreicht die Interaktion zwischen Mikrobiom, Ernährung und Frailty. Die Befunde deuten darauf hin, dass das Mikrobiom ein modifizierbarer Faktor in Prävention und Therapie von Frailty sein könnte. Langfristige und interventionelle Studien sind notwendig, um kausale Zusammenhänge zu prüfen.

17

## Kachexie und Therapieansätze

Ralph Simanek\*

MGZ Floridsdorf der ÖGK, Wien, Österreich

**Topic:** Ernährung

Kachexie ist bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, aber auch bei anderen schwerwiegenden, chronischen Erkrankungen, ein häufiges Syndrom. Ursachen für diese Stoffwechselstörung sind systemische Inflammation, metabolische Dysregulation und neuroendokrine Mechanismen. Den Gewichtsverlust allein auf reduzierte Nahrungsaufnahme zurückzuführen, greift hier zu kurz. Zentrale Mediatoren sind u. a. IL-6, TNF- $\alpha$  und GDF-15, die Muskelabbau, erhöhten Energieverbrauch und Appetitverlust fördern. Neue gezielte Therapieansätze adressieren diese Signalwege: Die GDF-15-Blockade mit Ponesegromab führte in einer Phase-II-Studie zu dosisabhängiger Gewichtszunahme und Symptomverbesserung bei Krebspatient:innen. IL-6-Blockade mit Tocilizumab zeigte einen muskel-erhaltenden Effekt, jedoch ohne Überlebensvorteil bei erhöhter Toxizität. Ghrelin-Agonisten wie Anamorelin verbessern Appetit und Körperzusammensetzung, ohne funktionelle Endpunkte klar zu beeinflussen. Insgesamt unterstreichen die Daten die Bedeutung einer frühen Diagnose und eines multimodalen, interdisziplinären Therapiekonzepts, wobei die effektive Kontrolle der zugrundeliegenden Erkrankung weiterhin der wichtigste antikachektische Faktor bleibt.

18

## „State of the ART zum Thema Sturz in der Geriatrie“

Ellen Freiberger\*

Institut für Biomedizin des Alterns/FAU Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

**Topic:** Geriatrische Syndrome/Frailty

Stürze bei älteren Menschen stellen eine hohe Herausforderung auf dem Mikro- und Makrolevel dar. Auf dem Mikrolevel gefährden Stürze die Selbstständigkeit bei älteren Menschen, gehen häufig mit Verletzungen einher und bewirken erhöhte Bedenken zu stürzen oder zu fallen, neben vielen anderen negativen Effekten. Auf dem Makrolevel belasten Stürze das öffentliche Gesundheitssystem, denn gerade Stürze mit Verletzungen sind kostenintensiv.

Sturzursachen sind multifaktoriell, wobei neben den intrinsischen, sowie extrinsischen Dimensionen inzwischen auch anerkannte verhaltensspezifische und sozio-kulturelle Dimensionen, zunehmend berücksichtigt werden.

In 2022 publizierte die „World Falls Prevention Guidelines“ Gruppe einen aktualisierten Algorithmus zum Screening und Identifikation sturzgefährdeter älterer Menschen. Neben diesem Algorithmus und den damit einhergehenden Empfehlungen zur Sturzprävention wird in diesem Vortrag ein besonderer Fokus auf „Sturzbedenken“ gelegt.

19

## Evidenz für multimodale Interventionen bei Sturzrisiko

Christoph Pertinatsch\*

Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich; Pensionsversicherungsanstalt, Wien, Österreich

**Topic:** Rehabilitation interprofessionell betrachtet/Geriatrische Rehabilitation

Stürze im höheren Lebensalter stellen ein multifaktorielles Gesundheitsproblem mit erheblichen funktionellen und sozioökonomischen Folgen dar. Der Vortrag gibt einen evidenzbasierten Überblick über multimodale Interventionen zur Reduktion des Sturzrisikos und unterscheidet dabei klar zwischen multikomponent- und multifaktoriellen Ansätzen. Aktuelle Leitlinien und systematische Reviews zum Thema Sturz zeigen, dass vor allem kombinierte Trainingsprogramme aus Kraft- und Gleichgewichtstraining wirksam sind und im Rahmen multifaktorieller Konzepte durch gezielte Interventionen wie Medikationsanpassung, Ernährungsmaßnahmen oder Wohnraumadaptierungen ergänzt werden sollen. Im Vortrag wird die praktische Umsetzung dieser Evidenz und die Rolle der interprofessionellen Zusammenarbeit in unterschiedlichen Versorgungssettings diskutiert.

20

## Sicher mobil statt immobil sicher – Sturzprävention bei Menschen mit Demenz

Andrea Stöckl\*

Wiener Gesundheitsverbund, Pflege Liesing, Wien, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Stürze und schwerwiegende Sturzfolgen deutlich an, insbesondere bei älteren Menschen mit kognitiven Funktionseinschränkungen. Stürze stellen ein multifaktorielles Geschehen dar, bei dem körperliche, kognitive und umgebungsbezogene Faktoren zusammenwirken. Trotz hoher Prävalenz wird der Sturzprävention bei Menschen mit Demenz im Setting der Langzeitpflege zu wenig Bedeutung beigemessen.

**Patient/en und Methoden:** Der Vortrag basiert auf nationalen und internationalen Studien zur Sturzprävention bei älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen sowie auf praxisbezogenen Konzepten aus der Langzeitpflege. Berücksichtigt werden therapeutische Interventionen aus der Ergo- und Physiotherapie sowie person-zentrierte Aspekte wie Beziehung, Kommunikation und Umgebungsgestaltung.

**Ergebnisse:** Die Literatur zeigt, dass Menschen mit Demenz eine deutlich höhere Sturzprävalenz und schwerere Sturzfolgen aufweisen, jedoch häufig weniger therapeutische Interventionen erhalten. Evidenzbasierte Maßnahmen wie allgemeine Bewegung, gezielte Kraft- und Gleichgewichtsübungen sowie ADL-Training sind auch bei kognitiv eingeschränkten Personen wirksam. Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, bei dem Fachkompetenz, Beziehung, Kommunikation und eine förderliche Umgebung gleichwertig berücksichtigt werden.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Sturzpräventionstraining im Pflegeheim ist auch bei hochbetagten und demenziell beeinträchtigten Menschen wirksam und notwendig. Ergo- und Physiotherapeut\*innen spielen eine zentrale Rolle, indem sie durch individuell angepasste Interventionen und professionelle Beziehungsgestaltung Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation erhalten bzw. fördern. Eine stärkere Verankerung präventiver Therapieangebote in der Langzeitpflege könnte Lebensqualität und Wohlbefinden steigern und langfristig Kosten im Gesundheitssystem senken.

21

### Mobilität im Alter: Sicher, selbständig, vernetzt

Gregor Freystätter\*

Universitäre Klinik für Altersmedizin Stadtspital, Zürich, Schweiz

**Topic:** Klinische Geriatrie

Mit dem Altern nimmt die Muskelmasse und die Muskelkraft, aber auch der Visus und das Kontrast-Sehen ab, arthrotische Veränderungen der Gelenke werden häufiger und das Risiko für Stürze steigt. Chronische Erkrankungen nehmen zu und der Bewegungsradius wird zunehmend kleiner. Für den Erhalt der Selbständigkeit und um an sozialen Aktivitäten weiterhin teilzunehmen, ist es entscheidend auch im Alter möglichst mobil zu sein. In diesem Vortrag wird ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und Trends zur Mobilität der älteren Schweizer Bevölkerung gegeben.

22

### Die Rolle der Geriatrischen Rehabilitation in der Zukunft

Stefan Bachmann\*

Rehaklinik Valens, Valens, Schweiz

**Topic:** Klinische Geriatrie

Die postakute stationäre geriatrische Rehabilitation ist evidenzbasiert eine wirksame und zweckmässige interdisziplinäre Behandlungsmaßnahme, um bei älteren Patientinnen und Patienten die Funktionsfähigkeit im Alltag und in der Teilhabe zu verbessern, Pflegeheimweisungen zu reduzieren und die Mortalität zu senken.

Die geriatrische Rehabilitation wird aufgrund der demografischen Entwicklungen in der Zukunft noch an Stellenwert gewinnen. Sie muss aber zukünftig noch besser in den Patientenpfad von der Akutstation und der Akutgeriatrie, über die spezialisierte ambulante und stationäre Rehabilitation bis in die Grundversorgung eingebunden werden. Hierfür sind die wichtigen und kritischen therapeutischen Inhalte und die wichtigen therapeutischen Fachdisziplinen für diese spezialisierten geriatrischen Rehaangebote zu definieren. Weitere neue Angebote wie spezialisierte Reha@home für ältere Menschen und neue Technologien sind zu entwickeln und breit in der Versorgung zu implementieren. Unter dem aktuellen Kostendruck, unter anderem auch in der geriatrischen Versorgung, sind alternative Finanzierungsmodelle mit Kostenträgern und der Politik zu diskutieren und einzuführen.

23

### Update 2026: Anti-Aging Medicine in der Schweiz

Thomas Münzer\*

European Academy for Medicine of Ageing, Brüssel, Belgien

**Topic:** Klinische Geriatrie

Die Schweiz gehört weltweit zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung. Mit dem neuen Trends „healthy longevity“ oder „healthy aging“ verändert sich die Sicht auf die alten Menschen der Zukunft jedoch deutlich. Mehrere Universitäten haben entsprechende Programme aufgebaut, um sich dem Thema wissenschaftlich zu widmen, während parallel hierzu teils dubiose Anbieter den Jungbrunnen versprechen. Potenzielle Investoren werden in Luxushotels zu Vorträgen eingeladen. Im Referat werden einige Trends zum Thema Anabolika, Senolytika oder anderen Substanzen vorgestellt, die derzeit im Trend sind.

24

### Relevanz und Aufgabe von Pflegekrankenhäusern in der Langzeitbetreuung

Michael Smeikal\*, Matthias Unseld

Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Medikalisierte Langzeitpflege stellt eine unverzichtbare Säule in der Versorgungslandschaft geriatrischer Patient\*innen dar.

**Patient/en und Methoden:** Es handelt sich um eine retrospektive Datenanalyse bei der Bewohner\*innen aus Langzeitpflegeeinrichtungen gegen jene in Pflegekrankenhäusern verglichen werden.

**Ergebnisse:** Die erhobenen Daten belegen den Nutzen einer medikalisierten Betreuung im Vergleich zu einer reinen Langzeitpflegeeinrichtung.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die vorliegenden Daten belegen klar, den Nutzen einer medikalisierten Langzeitbetreuung für Menschen mit hohem Pflegebedarf und ausgeprägter Multimorbidität.

25

### Medikationsmanagement bei Mobilitätseinschränkungen und Sturzneigung

Pavol Mikula\*

Klinik für Geriatrie und Geriatrische Tagesklinik, Klinikum Bayreuth, Medizincampus Oberfranken Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Bayreuth, Deutschland

**Topic:** Polypharmazie

Nutzung objektiver Funktions-Assessments zur Identifizierung reversibler Sturzursachen und als Entscheidungsgrundlage für eine gezielte pharmakologische Interventionssteuerung. Differenzierte Abwägung protektiver und sturzinduzierender Medikamenteneinflüsse unter systematischer Anwendung von geriatrischen Bewertungshilfen. Anpassung der Applikationsformen an funktionelle Barrieren, um die strukturelle Integrität auch bei eingeschränkter Mobilität sicherzustellen. Proaktive differenzialdiagnostische Abklärung zur Identifikation medikamentös beeinflussbarer Mobilitätseinschränkungen und Senkung der sturzassoziierten Morbidität. Positionierung der Geriatrie als steuernde Instanz zur Priorisierung der individuellen Autonomie und häuslichen Stabilität gegenüber einer rein additiven Leitlinienmedizin.

26

### AI und Machine Learning in der Medizin

Daniel Aletaha\*

Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Künstliche Intelligenz und Machine Learning verändern die Medizin grundlegend – von der Diagnostik bis zur Therapieentscheidung. Der Vortrag gibt einen Überblick über zentrale KI-Anwendungen in der klinischen Praxis, mit besonderem Fokus auf die medizinische Bildgebung als Treiber früher, präziser und reproduzierbarer Diagnosen, und einem Fokus auf Rheumatologie. Anhand aktueller Beispiele werden Chancen, Limitationen und Implementierungsfragen diskutiert. Abschließend wird ein Ausblick auf die Rolle von KI in integrierten, patientenzentrierten Versorgungskonzepten gegeben.

27

## Impfpflichtung gegen Pneumokokken: Neuer Impfstoff gegen eine altbekannte Erkrankung

Angelika Wagner\*

Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Infektionskrankheiten, Impfung und Immunsystem  
Infektionserkrankungen können für ältere Personen nicht nur eine erhöhte Risiko für infektionsassoziierte Komplikationen bedeuten, sondern auch die selbständige Lebensführung bedrohen. Zur Prävention von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen und Pneumonien steht für Personen ab 60 Jahren derzeit ein 21-valenter konjugierter Pneumokokken-Impfstoff über das nationale Impfprogramm in Österreich zur Verfügung. Im Vortrag wird die derzeitige Epidemiologie von Pneumokokken-Erkrankungen und deren Prävention mittels verfügbarer Impfstoffe besprochen.

28

## Influenza: Welcher Impfstoff hat die beste Wirksamkeit?

Monika Redlberger-Fritz\*

Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Infektionskrankheiten, Impfung und Immunsystem  
Bei Personen ab 60 Jahren weisen hochdosierte und adjuvantierte Influenza-Impfstoffe im Vergleich zu Standardimpfstoffen in der Regel die höchste Wirksamkeit auf. Sie induzieren eine stärkere Immunantwort und sind mit einer signifikanten Reduktion schwerer Influenza-Verläufe sowie influenzabedingter Hospitalisierungen assoziiert. Hochdosierte Impfstoffe enthalten eine vierfach erhöhte Antigenmenge und zielen darauf ab, die altersbedingt verminderte Immunantwort zu kompensieren, während adjuvantierte Impfstoffe einen Wirkverstärker (z. B. MF59) einsetzen, der die Immunantwort qualitativ verbessert, ohne die Antigenmenge zu erhöhen. In der klinischen Praxis werden beide Impfstofftypen als vergleichbar wirksam angesehen, wobei Verfügbarkeit, individuelle Verträglichkeit und nationale Impfpflichtungen die Auswahl bestimmen.

29

## Wie lange hält eigentlich der Impfschutz: Herpes zoster und RSV

Birgit Weinberger\*

Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Für optimale Empfehlungen und Impfstrategien ist die Frage nach der Dauer des Impfschutzes und damit die potentielle Notwendigkeit von Auffrischungsimpfungen von großer Bedeutung. In den randomisierten Zulassungsstudien für neue Impfstoffe ist der Beobachtungszeitraum in der Regel relativ kurz. Häufig werden diese dann durch einen längeren Follow-up ergänzt und es folgen Beobachtungsstudien nach der Zulassung und Einführung der Impfstoffe. Auch mathematische Modellierun-

gen basierend auf Daten zum zeitlichen Verlauf von Immunantworten und Wirksamkeit werden herangezogen. Dieses Prozedere soll an den Beispielen der Impfungen gegen Herpes zoster und gegen das Respiratorische Synzytial Virus (RSV) aufgezeigt werden.

Für Herpes zoster steht ein adjuvantiertes rekombinanter Proteinimpfstoff zur Verfügung, der in allen Altersgruppen und auch bei Patienten mit Grunderkrankungen und unter Immunsuppression eine sehr hohe Wirksamkeit gegen Herpes zoster zeigt. Die Wirksamkeit wurde für mehr als 10 Jahre gezeigt und derzeit ist eine Auffrischung nach der einmaligen Impfung mit zwei Dosen nicht empfohlen. Gegen RSV wurden 2023 erstmals Impfstoffe für ältere Erwachsene zugelassen. Inzwischen gibt es Daten, die eine klinische Wirksamkeit für zwei bzw. drei Saisonen zeigen und derzeit sind Auffrischungsimpfungen nicht empfohlen. Dies wird jedoch kontinuierlich in weiteren Studien evaluiert und die zukünftigen Empfehlungen werden jeweils den aktuellen Stand der Forschung implementieren.

30

## GERIATRICS FOR JUNIORS (G4J) New ways to teach new professionals about older people

Eva Müller-Eggenberger<sup>1\*</sup>, Patricia Walentiny<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Altersmedizin, KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich; <sup>2</sup>Department für Akutgeriatrie und Remobilisation, Krankenhaus der Elisabethinen, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Bereits zum 5. Mal wird heuer im Rahmen des großen Jahreskongresses der ÖGGG eine GERIATRICS FOR JUNIORS (G4J) SESSION angeboten. G4J ist eine Fortbildungsinitiative junger Geriater:innen aus England. Die Association for elderly medicine education (AEME) hat G4J ins Leben gerufen und über die Plattform G4J Connect in ganz Großbritannien und in andere europäische Länder ausgeweitet. Seit 2019 gibt es G4J Veranstaltungen auch in Österreich.

**Patient/en und Methoden:** Die Session richtet sich an junge, neugierige Kolleg:innen aus Medizin, Pflege und allen assoziierten Berufsgruppen. Es ist eine Mischung aus IMPULSVORTRÄGEN zu spannenden geriatrischen Themen und praktischem HANDS-ON Training.

Heuer steht bei den geriatrischen RACERN (Kurzvorträgen) die ambulante Geriatrie, Gewalt im Alter, Betroffenenberichte von Delirpatient:innen, Einblicke in das Leben eines geriatrischen Assistenten und vieles mehr am Programm.

Im interaktiven GERI PARCOUR stellen junge, engagierte Therapeut:innen das multiprofessionelle geriatrischen Team vor. In Kleingruppen wird durch die Stationen: Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit und Diätologie rotiert, um die alltägliche Praxis der einzelnen Berufsgruppen erlebbar und sichtbar zu machen. Mit GERT- dem AGE SIMULATOR kann in einem FRAILTY CIRCUIT Hochbetagtheit und Hilfsbedürftigkeit am eigenen Leib erlebt werden. Wie fühlt es sich an keine Kraft mehr zu haben, nicht mehr richtig sehen oder hören zu können? Auf einen Stock angewiesen zu sein und letzten Endes auf fremde Hilfe?

**Ergebnisse:** Ziel der Veranstaltung ist es, jungen und junggebliebenen Kolleg:innen Geriatrie mit allen Sinnen zu vermitteln, neue Kolleg:innen für eine Karriere in der Altersmedizin zu begeistern und damit auch zukünftig die Versorgungsqualität von hochbetagten Patient:innen zu sichern.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Begeisterung des G4J TEAMS für das Fach Geriatrie soll an die jungen Teilnehmenden übertragen werden. Evaluationsergebnisse der Paper and Pencil Begleitforschung bestätigen den G4J Sessions einen Benefit für die geriatrische multiprofessionelle Praxis und einen Ausbau der theoretischen Kompetenz in Kernthemen der Geriatrie. Attitudes, Skills und Knowledge der Altersmedizin gerade am Ausbildungsbeginn zu verankern und Karrierewege in die Geriatrie zu eröffnen – dafür stehen die Geriatrics for Juniors Sessions.

31

### Ambulante Altersmedizin – oder Erfahrungsbericht über ein einzigartiges Angebot aus der Schweiz

Sacha Beck\*

Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter, Zürich, Schweiz

**Topic:** Klinische Geriatrie

Abgesehen von wenigen spitalbasierten Angeboten ist die ambulante Altersmedizin in der Schweiz ein seltenes und kaum sichtbares Angebot. Andererseits besteht ein großer Bedarf, altersmedizinische Fachkenntnisse hin zu den älteren Menschen und ihren Angehörigen zu bringen, zum Beispiel nach Hause, in Alters- und Pflegeheime und in die Hausarztpraxis. Age Medical, eine 2019 in Zürich gegründete, ärztliche und spitalunabhängige Gruppenpraxis versucht, diese Lücke zu füllen. Die ersten Jahre Praxistätigkeit zeigen viele Chancen, Herausforderungen, aber auch Risiken: ein Erfahrungsbericht, der hoffentlich Lust auf mehr macht.

32

### Gewalt im Alter

Kerstin Erlacher\*

Oberneukirchen, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

**Einleitung:** Was ist Gewalt im Alter und gibt es diese auch im Arbeitsalltag?  
**Ergebnisse:** Gewalt im Alter hat viele Facetten. In Kombination mit demenziellen Erkrankungen kann es schneller für alle Beteiligten zu Übergriffen, Vereinsamung, oder/und gewaltbehafteten Situationen kommen.  
**Schlussfolgerung/Diskussion:** Zivilcourage und Perspektivenwechsel sind ein entscheidender Punkt, um gewaltvolle Situationen im Alltag vorzubeugen, zu erkennen und in einen angenehmen und positiven Austausch umzuwandeln.

33

### Die neue Schmerzleitlinie Geripain

Rudolf Likar\*

KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

Schmerz ist ein sehr verbreitetes Symptom, das häufig erst nach Jahren adäquat diagnostiziert und therapiert wird.

Besonders bei älteren Patient:innen muss standardisiert und gezielt nach Schmerz (Qualität und Intensität) gefragt werden. Dazu gibt es sehr gute valide Tests, die auch bei Menschen mit Kommunikationsstörungen angewendet werden können. Bei nichtkommunikativen Menschen (Aphasie, hochgradige Demenz) muss auf ein Fremdbeobachtungsinstrument (Doloshort) zurückgegriffen werden.

Ein geriatrisches Assessment sollte bei Menschen mit Multimorbidität und Frailty durchgeführt werden, um die funktionellen Probleme und Ressourcen der Patient:innen adäquat zu erfassen. Dafür gibt es in Österreich schon viele ausgebildete Geriater:innen und Abteilungen für Akutgeriatrie und Remobilisation.

Schmerztherapie ist bei älteren Menschen sehr effektiv, erfordert jedoch aufgrund der besonderen Vulnerabilität dieser Patientengruppe besondere Aufmerksamkeit. Besonders zu beachten ist das Interaktionspotenzial bei vorbestehender Polypharmazie. Die Therapie sollte immer multimodal ausgerichtet sein.

NSAR sollten bei gegebener Indikation zeitlich begrenzt und unter Einsatz eines Protonenpumpenhemmers verwendet werden. Auf eine Nierenfunktionsverschlechterung und auf eine Neigung zur Retention ist unbedingt zu achten. Opioide erfordern engmaschige Kontrollen und eine Therapieevaluation spätestens alle 6 Monate.

Nebenwirkungen sollten schon bei der Verordnung antizipiert werden (beispielsweise Übelkeit und Obstipation bei Opioiden) und entsprechend vorsorglich behandelt werden.

34

### Schmerz und Psyche im Alter

Andrea Pojer\*

Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

**Einleitung:** Psychischer und seelischer Schmerz, Depressionen, Trauer, erlebte Gewalterfahrungen und psychische Traumata in der Vergangenheit können zu Schmerzwahrnehmungen führen.

**Patient/en und Methoden:** Bei geriatrischen Patienten und bei demenzten Patienten sind die Schmerzwahrnehmung, die Beschreibung der Schmerzregionen, die Schmerzwahrnehmung und die Schmerzlokalisierung verbal oft nur erschwert möglich. Wir sollten auch non verbale Beobachtungen einbeziehen und einfache und klare Fragen stellend die mit Ja/nein Antworten zu beantworten sind. Die Schmerzanamnese in Bezug auf belastende psychische Ereignisse wird besprochen. Entspannungsmethoden zur besseren Schmerzverarbeitung werden vorgestellt.

**Ergebnisse:** Der interdisziplinäre Zugang zum geriatrischen Patienten wird anhand der Literatur und eigenen Erfahrungen näher gebracht.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Interdisziplinarität, Schulung der Kommunikation mit geriatrischen Patienten, genaues Wahrnehmen von Schlüsselwörtern und Kommunikation im non verbalen Raum werden erörtert, um die Patienten, deren Angehörige und die Mitarbeiter im Umgang mit den Schmerzpatienten zu unterstützen.

35

### Schmerz als integraler Bestandteil eines Pflegekonzepts

Doris Hintersteiner-Stadler\*

Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

Schmerz ist ein komplexes Phänomen, das weit über körperliche Symptome hinausgeht und eine ganzheitliche Betrachtung erfordert. In unserem Pflegekrankenhaus ist Schmerz daher ein integraler Bestandteil des Pflegekonzepts und wird interdisziplinär verstanden und behandelt. Der Vortrag beleuchtet, wie verschiedene Berufsgruppen – Medizin, Pflege (Basispflege und Advanced Nursing Practice) sowie therapeutische Disziplinen wie Physio- und Ergotherapie, Diplomierte Medizinisch Technische Fachkräfte, Massage, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Kunst- und Musiktherapie – gemeinsam zur Schmerzerfassung und -inderung beitragen. Anhand dieses interdisziplinären Ansatzes wird aufgezeigt, wie durch enge Zusammenarbeit, kontinuierlichen Austausch und die Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven eine patientenzentrierte und wirksame Schmerzversorgung ermöglicht wird.

**Literatur**

1. (2020) IASP – International Association for the Study of Pain. Iasp Terminol Pain Defin
2. Gordon DB et al (2018) Interprofessional collaboration in pain management. J of Interprofessional Care 32(3):257–265
3. Zwakhlen SMG et al (2016) Pain management in nursing homes: A multidisciplinary challenge. Pain Manag Nurs 17(6):423–432

Patrick Berger<sup>1\*</sup>, Lukas Richter<sup>2,1</sup><sup>1</sup>Wirtschaftsuniversität Wien, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten, St. Pölten, Österreich**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze**Einleitung:** Insbesondere durch Gefäßerkrankungen sind ältere Personen verstärkt vom Risiko einer transfemorale Amputation betroffen. So wurden 2021 in Österreich etwa 80 % der 919 Oberschenkelamputationen bei Personen im Alter von 65+ durchgeführt. Wenngleich dies Auswirkungen auf die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe hat, sind Forschungsergebnisse dazu selten. Der geplante Beitrag zielt daher darauf ab, die Lebenssituation und die soziale Teilhabe älterer Menschen mit Oberschenkelamputation im deutschsprachigen Raum zu erforschen.**Patient/en und Methoden:** Die vorliegende Studie stützt sich auf Primärdaten einer Onlinebefragung von Personen mit Oberschenkelamputation. Schwerpunkte der Befragung sind Lebensqualität (gemessen mit dem WHOQOL-BREF), mentale Gesundheit (EURO-D), materielle und soziale Exklusion, soziale Aktivitäten sowie die Wahrnehmung des Wohnumfelds (basierend auf den in SHARE genutzten Messkonzepten). Die Befragung wurde von 162 Personen im Alter von 50+ mit Oberschenkelamputation abgeschlossen. Die Ergebnisse werden mit einer mittels *Propensity Score Matching* aus dem SHARE-Datensatz gebildeten Kontrollgruppe verglichen.**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Menschen mit Oberschenkelamputation deutlich von einem subjektiv als positiv empfundenen Schuftsystem als primärer Aspekt einer optimalen Versorgung profitieren. Dies zeigt sich in den Bereichen WHOQOL-overall ( $r_s=0,478$ ), WHOQOL-physical ( $r_s=0,45$ ), WHOQOL-psychological ( $r_s=0,355$ ), WHOQOL-social ( $r_s=0,313$ ) und WHOQOL-environment ( $r_s=0,361$ ). Negative Auswirkungen der Amputation zeigen sich u.a. in einem erhöhten EURO-D Wert  $M=3,88$  ( $SE=0,27$ ) im Vergleich zu älteren Personen ohne Oberschenkelamputation (SHARE W9)  $M=2,66$  ( $SE=0,18$ ). Gleichwohl sind nicht in allen Bereichen Benachteiligungen zu konstatieren, so finden sich etwa im Auslangen mit dem Einkommen oder ehrenamtlichen Aktivitäten keine signifikanten Unterschiede zur SHARE-Vergleichsgruppe.**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der vorliegende Ergebnisauszug unterstreicht einerseits die Bedeutung der klassifikationsübergreifenden Passung zwischen Residuum und Prothese als zentrale Bedingung für Lebensqualität. Andererseits zeigen die Daten Problemlagen bzw. Barrieren älterer Menschen mit transfemorale Amputation auf und sollten Anstoß dazu geben, über die bedarfsorientierte Verbesserung von Teilhabechancen zu reflektieren. Der geplante Beitrag wird diese Aspekte aufgreifen und zudem weitere Ergebnisse aus der Studie präsentieren.Katharina Heimerl<sup>1\*</sup>, Barbara Pichler<sup>2</sup>, Lisa Hofer<sup>1</sup>, Maja Kevdzija<sup>3</sup>, Birgit Moser<sup>3</sup>, Verena Tatzert-Hanten<sup>2</sup><sup>1</sup>Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Wien, Österreich; <sup>2</sup>Fachhochschule Wiener Neustadt, Studiengang Ergotherapie, Wiener Neustadt, Österreich; <sup>3</sup>Technische Universität Wien, Institut für Architektur und Entwerfen, Wien, Österreich**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur**Einleitung:** Das Ziel der Erzählcafés im Projekt „Die Generationenfreundliche Stadt“ war es, am Beispiel der Stadt Wiener Neustadt ein vertieftes Verständnis dafür zu entwickeln, welche Bilder Jugendliche und ältere Menschen wechselseitig voneinander haben. Gleichzeitig sollten mit den Erzählcafés erste Begegnungsorte zwischen Jung und Alt ermöglicht werden.**Patient/en und Methoden:** Erzählcafés sind eine innovative narrative Gruppenerhebungsmethode, die sich für Citizen Science Projekte gut eignet. Ältere und jüngere Personen im Raum Wiener Neustadt nahmen an

insgesamt 6 Erzählcafés teil, zwei Erzählcafés ausschließlich mit älteren, zwei ausschließlich mit jüngeren Menschen und zwei intergenerationelle Erzählcafés. Vor den Cafés wurde ein Informed Consent eingeholt, die Cafés wurden entlang eines einheitlichen Leitfadens moderiert, auf Tonträger aufgenommen, transkribiert und thematisch analysiert.

**Ergebnisse:** In den Erzählcafés wurde sowohl über konkrete Orte der Begegnung wie zum Beispiel der Hauptbahnhof erzählt. Es wurden auch konkrete Themen genannt, die in diesen Begegnungen beschäftigt: unter anderem der Umgang mit dem Handy, die Sicherheit im öffentlichen Raum oder die Sprache, das Essen und die Kleidung waren Themen, die in intergenerationalen Beziehungen beschäftigt haben. Manche dieser Themen, zum Beispiel die Frage der Sicherheit im öffentlichen Raum, werden von Jung und Alt geteilt, da gibt es wechselseitiges Verständnis. Es wurde auch erzählt, dass Begegnungen zu Beziehungen führen können, so hat eine Begegnung zwischen einer älteren Frau und einer Jugendlichen im Zug zu einem bis heute anhaltenden Kontakt geführt. Hilfsbedürftigkeit ist eine Situation, die zu Beziehung führen kann, sowohl der Hilfebedarf von jungen Menschen (ältere geben Nachhilfe), als auch der von älteren (jüngere helfen über die Straße). Aus anderen Erzählungen geht die Sorge um die ältere oder jüngere Generation hervor, wobei die jungen sich Sorgen um konkrete Personen (vor allem die Großeltern) machen, während die Älteren sich eher Sorgen um die ganze Generation der heute jungen Menschen machen.**Schlussfolgerung/Diskussion:** Sowohl die Jugendlichen als auch die älteren Erwachsenen betonten die Freude am intergenerationellen Austausch im Projekt. Aus der Perspektive der Erzählenden in den Erzählcafés geht es nicht um zwei voneinander klar unterscheidbare Generationen. Der Generationenbegriff wird jeweils von der Erzählenden neu konstruiert. Es werden sehr differenzierte Haltungen aber auch Ambivalenzen gegenüber der anderen Generation beschrieben, sowohl negative als auch positive Erfahrungen.

Markus Wallner\*

Medizinische Universität, Graz, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

Herzinsuffizienz ist im höheren Lebensalter eine der häufigsten und prognostisch bedeutsamen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und führt zu Luftnot, Leistungsminderung und wiederholten Krankenhausaufenthalten. Der Vortrag beleuchtet typische altersspezifische Besonderheiten in Symptomen, Diagnostik und Komorbiditäten, die eine frühzeitige Erkennung häufig erschweren. Es werden aktuelle Therapieoptionen einschließlich leitliniengerechter medikamentöser Behandlung, Gerätetherapie und multidisziplinärer Versorgungsmodelle vorgestellt. Ein besonderer Fokus liegt auf Frailty, Polypharmazie, Shared Decision-Making sowie der Rolle von Disease-Management-Programmen im geriatrischen Kontext. Ziel ist es, praxisnahe Strategien zu vermitteln, um die Lebensqualität und Prognose hochbetagter Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nachhaltig zu verbessern.

Peter Dovjak\*

Privat, Ohlsdorf, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

Die chronische Niereninsuffizienz ist eine altersassoziierte Erkrankung, oft bedingt durch Diabetes und Bluthochdruck. Oftmals lange unbemerkt,

mit schleichendem Verlauf, da Symptome wie Müdigkeit im Alter unspezifisch sind. Die Nierenfunktion nimmt mit dem Alter ab, die Messung der Nierenfunktion nicht trivial. Geriatriespezifische Komorbiditäten als auch die Polypharmazie ist dabei beachtenswert. Die Ursachen, die exakte Diagnostik und Therapie zur Verlangsamung der Progression werden im Vortrag klar dargelegt.

### 40 Elektrolytstörungen im Alter

Gerhard Wirnsberger\*

Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

**Topic:** Geriatrie Syndrome/Frailty

**Einleitung:** Elektrolytstörungen zählen zu den häufigsten metabolischen Entgleisungen bei älteren Patient:innen und stellen einen wesentlichen Prädiktor für Morbidität, Hospitalisierungsdauer und Mortalität dar. Altersphysiologische Veränderungen der Nierenfunktion, eine reduzierte osmoregulatorische Reserve, Multimorbidität sowie Polypharmazie führen zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Störungen des Natrium-, Kalium-, Kalzium- und Magnesiumhaushalts.

**Ergebnisse:** Klinisch präsentieren sich diese Entgleisungen im höheren Lebensalter häufig oligosymptomatisch oder mit unspezifischen geriatrischen Syndromen wie Delir, Stürzen oder kognitiver Verschlechterung. Besonders häufig treten Hyponatriämie, Dyskaliämie sowie Störungen des Kalzium- und Magnesiumhaushalts auf. Die Hyponatriämie ist mit Prävalenzen von bis zu 20 bis 30 % bei hospitalisierten geriatrischen Patient:innen die führende Elektrolytstörung und korreliert signifikant mit Sturzrisiko, Delir, kognitiver Dysfunktion und erhöhter Letalität. Hyperkaliämien sind vor allem im Kontext chronischer Nierenerkrankung, Herzinsuffizienz und RAAS-Blockade klinisch relevant, während Hypomagnesiämien häufig iatrogen (z. B. Diuretika, Protonenpumpeninhibitoren) bedingt sind und Arrhythmien sowie neuromuskuläre Symptome begünstigen. Polypharmazie spielt eine zentrale Rolle: Diuretika, ACE-Hemmer, AT1-Blocker, Antidepressiva (insbesondere SSRI) und Antipsychotika beeinflussen den Elektrolythaushalt teils synergistisch. Gleichzeitig sind klinische Symptome bei älteren Menschen oft unspezifisch oder oligosymptomatisch, sodass relevante Störungen erst spät erkannt werden. Therapeutisch entscheidend sind eine strukturierte Ursachenanalyse, regelmäßiges Monitoring gefährdeter Patientengruppen sowie eine altersadaptierte Korrekturstrategie unter Berücksichtigung der Komorbiditäten und des Volumenstatus. **Schlussfolgerung/Diskussion:** Elektrolytstörungen im Alter sind keine isolierten Laborbefunde, sondern geriatrische Syndrome mit hoher klinischer Relevanz. Eine sichere Korrektur, konsequente Ursachenbehandlung und Integration in den geriatrischen Gesamtkontext sind essenziell für die Patientensicherheit und den Erhalt funktioneller Ressourcen.

### 41 Medizinische Folgen von Hitzewellen und Gegenmaßnahmen

Filippo Maria Verri<sup>1,2\*</sup>, Lukas Steinacher<sup>1,2</sup>, Michael Denking<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut für Geriatrie Forschung der Uniklinik Ulm, Ulm, Deutschland; <sup>2</sup>Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, Deutschland

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Hitzewellen nehmen in Häufigkeit, Dauer und Intensität zu und sind für ältere, multimorbide und gebrechliche Menschen ein relevantes Gesundheitsrisiko. Dehydratation, Kreislaufinstabilität und Hyperthermie können zu Delir, akuter Nierenfunktionsverschlechterung, kardialer Dekompensation und im Extremfall zum Hitzeschlag mit Multiorganversagen führen. Altersbedingte Einschränkungen von Durstgefühl und Thermoregulation, kognitive Defizite, soziale Isolation sowie Polypharmazie (insb. Diuretika, Antihypertensiva, anticholinerge und psychotrope Substanzen) reduzieren die Kompensationsfähigkeit und erhöhen das Risiko.

**Patient/en und Methoden:** Der Vortrag verbindet klinisch-geriatriche Grundlagen mit Umsetzungsbeispielen aus Pflegeheim- und Unikliniksetzung. Erstens werden typische und atypische Präsentationen (z. B. Stürze, akuter Funktionsverlust, Delir) sowie diagnostische Kernpunkte und Akutmaßnahmen vorgestellt. Zweitens werden diese Aspekte anhand einer explorativen Machbarkeitsstudie in zwei Pflegeheimen dargestellt, bei der unterschiedliche diagnostische Verfahren untereinander verglichen werden. Drittens werden echte Erfahrungen aus der Entwicklung eines interdisziplinären Hitzeschutzplans für ein großes Uniklinikum berichtet.

**Ergebnisse:** Klinische Zeichen der Dehydratation sind in Pflegeheimen häufig unspezifisch; POC-Messungen erwiesen sich als praktikabel, jedoch mit Limitationen (Speichelosmolalität: schnell, aber abhängig von Speichelmenge/Mitarbeit; Vena-cava-Sonographie: mobil, aber trainings- und standardisierungsbedürftig). Die Hitzeschutzplan-Arbeit zeigte, dass wirksame Hitzeresilienz nur interdisziplinär gelingt (Medizin, Pflege, Apotheke, Bau/Technik).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Hitze kann direkt in lebensbedrohliche Zustände eskalieren; Prävention und frühe Intervention sind zentrale Aufgaben einer optimalen geriatrischen Versorgung. Hitzeresilienz entsteht durch das Zusammenspiel aus Risikoidentifikation, objektivierter Diagnostik, dynamischem Medikationsmanagement sowie organisatorisch-baulichen Maßnahmen.

### 42 Nurse-led in-home assessments and nursing home visits with point-of-care technology and telemedicine for decision support during heat events

Siri Aas Smedemark\*

Department of Geriatric Medicine, Odense University Hospital, Odense, Denmark

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Introduction:** Heatwaves increasingly challenge geriatric care by precipitating dehydration, functional decline, and acute deterioration in frail older adults. Ageing-related physiological changes and atypical presentations often delay recognition of acute conditions, resulting in avoidable hospital admissions.

Point-of-care technology (POCT) and point-of-care ultrasound (POCUS) performed in the patient's home or in nursing homes may favor timely diagnostics and support clinical decision-making in collaboration with primary care physicians.

**Patients and methods:** This presentation builds on the Danish Acute Community Health Care Service model, where acute community nurses perform in-home assessments for vulnerable citizens aged  $\geq 65$  years. We present the clinical workflow of a potential strategy to detect and treat the medical effects of heat waves by deriving it from the already established „extended point-of-care“ approach. Nurses can perform focused ultrasound and bedside venous blood analyses (including C-reactive protein, leucocytes, electrolytes and creatinine/urea) to standard clinical assessment and vital signs and communicate findings to the patient's primary care physician through telemedicine. A structured training program and ongoing quality assurance are central elements; tele-ultrasound functionality enables real-time expert support when scan interpretation is uncertain.

The symposium perspective extends this concept to heat-related dehydration by integrating volume status assessment (e. g., IVC metrics) and medication review (e. g., diuretics/antihypertensives) into the same home-visit infrastructure, by going through the current evidence.

**Results:** Extended point-of-care diagnostics may shorten time-to-diagnosis and enable earlier treatment initiation or modification, which reduces complications. The model illustrates how nurse-led POCUS plus telemedical physician support can operationalize „heat resilience“ at the level of primary care and nursing home outreach.

**Conclusion/Discussion:** Community-nurse home visits equipped with POCUS/POCT and telemedical decision support represent a scalable approach to protect frail older adults during heat events. Successful imple-

mentation requires training, standardized protocols, and close cross-sector collaboration to ensure both safety and clinical impact.

43

## Bauliche Hitzeresilienz für Pflegeheime – Mensch-Raum-Klima als interdisziplinärer Ansatz

Simon Schmidt\*

Fraunhofer-Institut für Bauphysik IBP, Stuttgart, Deutschland

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Der Klimawandel führt nicht nur zu höheren Temperaturen, sondern auch zu häufigeren und intensiveren Phasen mit gleichzeitig hoher Luftfeuchtigkeit. Gerade die Kombination aus Temperatur und Feuchte kann die thermische Belastung deutlich verstärken. Da Menschen einen Großteil ihrer Zeit in Innenräumen verbringen, werden Gebäude zum zentralen Expositions- und Schutzfaktor – besonders in Pflegeheimen und Krankenhäusern mit vulnerablen Bewohner/innen und Patient/innen.

**Patient/en und Methoden:** Der Vortrag stellt einen bauphysikalisch-medizinischen Ansatz zur Entwicklung hitzeresilienter Pflegeumgebungen vor und nutzt das interdisziplinäre Projektkonzept „KLEVER (Klima-Einfluss-Verhalten-Resilienz)“. Methodisch werden (1) Klima- und Raumklimaanalysen für ausgewählte Regionen und Gebäudetypen, (2) Humanfaktor-Untersuchungen zur Erfassung physiologischer und kognitiver Effekte unter variierenden hygrothermischen Bedingungen, (3) bauphysikalische Bewertung und Simulation von Bestands- und Neubaukonzepten sowie (4) die Entwicklung eines validierbaren Bewertungsmodells beschrieben, das physiologische Daten mit Raumklimadaten verknüpft. Ein Schwerpunkt liegt auf praxistauglichen Anpassungsstrategien, bevorzugt passiv über Gebäudehülle und -struktur, um energie- und materialintensive Technikmaßnahmen zu minimieren.

**Ergebnisse:** Erwartet werden eine Quantifizierung der Belastungswirkung hoher Taupunkttemperaturen in Innenräumen, die Identifikation besonders wirksamer baulicher Maßnahmen sowie ein Bewertungs- und Entscheidungsrahmen zur Priorisierung von Maßnahmen in Pflegeheimen und weiteren kritischen Infrastrukturen. Die resultierenden Empfehlungen sollen Planungs- und Betreiberentscheidungen unterstützen und die Resilienz von Bestands- und Neubauten verbessern.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Bauliche Anpassung ist eine notwendige Ergänzung zu medizinisch-pflegerischen Maßnahmen der Hitzeprävention. Durch die Verknüpfung von Bauphysik und (geriatrich relevanten) Gesundheits- und Leistungsparametern wird ein handlungsorientierter Transfer in Planung, Sanierung und Betrieb von Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

44

## Richtungsweisende Pflege für die Neukonzeption von Palliative Care im Alter

Sabine Pleschberger\*

Medizinische Universität Wien/Zentrum für Public Health, Wien, Österreich

**Topic:** Palliative Geriatrie

Gesundes Altern muss auch eine Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase, dem Sterben beinhalten, insbesondere dann, wenn die Versorgung an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen ausgerichtet werden soll. Gerade hochbetagte Menschen mit „Frailty“ und/oder mehreren chronischen Erkrankungen können noch über Wochen, Monate aber auch Jahre leben. Damit diese Zeit als würdevoll und wertvoll erlebt werden kann, gilt es Expertise in Palliative Care mit jener der Altenpflege einschließlich deren rehabilitativer Anteile zu verknüpfen. Für die Versorgungsplanung sind eine bloße Ausrichtung an Diagnosen oder Prognosen hinsichtlich noch verbleibender Lebenszeit wenig hilfreich. Stattdessen bedarf es einer Auseinandersetzung mit individuellen Werthaltungen,

Prioritäten und Lebenslagen der betroffenen Menschen, ganz im Sinne einer personenzentrierten Pflege. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund zunehmend spezialisierter und ausdifferenzierter medizinischer Fachdisziplinen kommt professioneller Pflege hierfür eine besondere Bedeutung zu.

45

## Rehabilitation in der Palliative Care

Susanne Maria Javorszky\*

Hochschule Campus Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Palliative Geriatrie

Rehabilitation in der Palliative Care verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit fortgeschrittenen, lebenslimitierenden Erkrankungen zu erhalten oder zu verbessern. Anders als kurative Ansätze steht nicht die Heilung der Grunderkrankung im Vordergrund, sondern die Förderung von Selbstständigkeit, Symptomkontrolle und sozialer Teilhabe, wie auch im Policy Brief zu Rehabilitation in der Palliative Care der WHO von 2023. Medizinisch-therapeutische Berufe wie Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie spielen hierbei eine zentrale Rolle. Besonders interdisziplinäre Ansätze zur Rehabilitation in der Palliative Care kann die Lebensqualität signifikant verbessern. International gibt es jedoch keine einheitliche Definition von „Palliativer Rehabilitation“. Die Taskforce der European Association for Palliative Care (EAPC) zum Thema „Rehabilitation in Palliative Care“ ist ein Beispiel dafür, wie internationale Vernetzung die Relevanz und Bedeutung des Themas fördern kann.

46

## Ärztliche Perspektiven und interprofessionelle Synergien in der Palliativen Geriatrie

Brigitte Mayr-Pirker\*

Universitätsklinik für Geriatrie, Salzburg, Österreich

**Topic:** Palliative Geriatrie

Ziel des Vortrags ist die Analyse der Rolle der Medizin innerhalb der palliativen Geriatrie im multiprofessionellen Versorgungskontext. Ausgangspunkt ist die Zunahme hochbetagter Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität, deren komplexe Erkrankungsverläufe eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit erfordern. Ärztliches Handeln in der palliativen Geriatrie umfasst die evidenzbasierte Symptomkontrolle, die Priorisierung individueller Therapieziele sowie die ethisch reflektierte Entscheidungsfindung am Lebensende. Methodisch werden aktuelle Leitlinien, empirische Studien und praxisbezogene Fallanalysen herangezogen. Ergebnisse zeigen, dass eine strukturierte interprofessionelle Kommunikation und konsentrierte Zielvereinbarungen entscheidend für Versorgungsqualität und Patient:innenzufriedenheit sind. Im Fazit wird die Notwendigkeit einer systematischen Integration palliativer Kompetenzen in die geriatrische Versorgung betont.

47

## Seminar Lungenfunktion und Behandlung mit Inhalativa bei geriatrischen Patienten

Helmut Frohnhofen<sup>1\*</sup>, Carla Stenmanns<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Universität Witten-Herdecke, Witten, Deutschland; <sup>2</sup>Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Die Beurteilung der Lungenfunktion bei geriatrischen Patient:innen stellt eine besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar.

Altersphysiologische Veränderungen der Atemwege und des Lungenparenchyms, Multimorbidität, kognitive Einschränkungen sowie eingeschränkte Kooperationsfähigkeit beeinflussen sowohl die Durchführung als auch die Interpretation lungenfunktioneller Untersuchungen.

**Patient/en und Methoden:** Ziel dieses Workshops ist es, ein praxisorientiertes Verständnis der altersbedingten Veränderungen der Lungenfunktion zu vermitteln und deren klinische Relevanz im geriatrischen Alltag herauszuarbeiten.

**Ergebnisse:** Im Fokus stehen gängige lungenfunktionelle Verfahren wie Spirometrie, Peak-Flow-Messung und Bodyplethysmographie sowie deren Aussagekraft und Limitationen bei hochbetagten Patient:innen. Darüber hinaus werden häufige pulmonale Krankheitsbilder im Alter, darunter COPD, restriktive Ventilationsstörungen und Aspirationsproblematiken, diskutiert. Anhand von Fallbeispielen werden typische Befundkonstellationen erläutert und Strategien zur pragmatischen Diagnostik und Therapie vorgestellt.

Ein zweiter, wichtiger Teil des Workshops ist die Vorstellung der verschiedenen Inhalationsverfahren und ein Algorithmus, um das für den individuellen Patienten am besten geeignete Gerät zu identifizieren.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Workshop richtet sich an Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pflegefachpersonen in der Geriatrie und angrenzenden Fachgebieten und zielt darauf ab, die Versorgung älterer Patient:innen mit respiratorischen Erkrankungen durch fundierte, altersadaptierte lungenfunktionelle Beurteilung zu verbessern.

48

### Projekt MARTHA – Telerehabilitation nach Schlaganfall

Lena Rettinger<sup>1\*</sup>, Franz Werner<sup>1</sup>, Peter Putz<sup>1</sup>, Markus Falgenhauer<sup>2</sup>, Julia Runge<sup>3</sup>, Dalia Hämmerle<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hochschule Campus Wien, Wien, Österreich; <sup>2</sup>AIT Austrian Institute of Technology, Graz, Österreich; <sup>3</sup>Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, Innsbruck, Österreich; <sup>4</sup>Telbiomed, Graz, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache in Österreich. Durch den Aufbau von digitalen Therapiemanagementsystemen konnte die Kommunikation zwischen Akteur:innen in den letzten Jahren bereits erleichtert und so die integrierte Versorgung verbessert werden. Die digitale Integration der Patient\*innen selbst in den Versorgungsprozess ist jedoch bislang noch nicht ausreichend gelungen.

**Patient/en und Methoden:** Das Projekt MARTHA (Master Therapy Assistant) zielt darauf ab, die ambulante Schlaganfallrehabilitation durch die Erweiterung eines bestehenden Therapiemanagementsystems (Stroke-net) um eine innovative Telehealth-Applikation zu optimieren. Die Applikation unterstützt Schlaganfallpatient:innen bei der Durchführung videobasierter Heimübungsprogramme zur Verbesserung der motorischen Funktionen der oberen Extremität, stärkt das Selbstmanagement und ermöglicht eine nahtlose Integration in den Versorgungsprozess. Ergänzt wird MARTHA durch Gamification-Elemente, die mittels spielerischer Elemente, wie Fortschrittsanzeigen oder Punktesystemen die Adhärenz und Motivation der Nutzer:innen fördern. Die Weiterentwicklung erfolgt unter strikter Beachtung der regulatorischen Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und basiert auf einer modularen, flexiblen Softwarearchitektur, die eine Interoperabilität mit bestehenden Systemen (z. B. KIS und ELGA) gewährleistet. Durch einen nutzer:innenzentrierten Design-Ansatz werden bereits frühzeitig Bedürfnisse und Anforderungen der Anwender:innen erfasst und in kontinuierliche Evaluations- und Verbesserungsprozesse integriert. Ein zentraler Bestandteil des Projekts ist die Durchführung eines randomisierten kontrollierten Trials (RCT) mit 64 Patient:innen, der die Wirksamkeit, Sicherheit und Akzeptanz der digitalen Intervention experimentell belegt.

**Ergebnisse:** Die Kombination aus evidenzbasierter Rehabilitationspraxis, digital unterstützter Therapie und innovativen Gamification-Ansätzen

hebt das Vorhaben deutlich vom aktuellen Stand der Telehealth-Lösungen in Österreich ab.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Das Projekt trägt zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität bei, indem es den Übergang von stationärer zu ambulanter Rehabilitation erleichtert, Ressourcen effizienter nutzt und Kosten senkt. Gleichzeitig leistet die digitale Lösung einen wichtigen Beitrag zu ökologischen, ökonomischen und sozialen Nachhaltigkeitszielen, etwa durch die Reduktion von administrativen Aufwänden und Reisekosten. Das interdisziplinäre Konsortium, bestehend aus führenden Institutionen der digitalen Technologieentwicklung, klinischer Expertise und des Gesundheitsmanagements, gewährleistet die erfolgreiche Umsetzung und Verwertung der Projektergebnisse im Rahmen der digitalen Transformation des Gesundheitswesens.

49

### Erfolgsfaktoren digitaler Transformation in der Langzeitpflege – Lessons Learned aus dem EU-Projekt DigiCare4CE

Sandra Dohr, Antonia Drexler\*, Judith Goldgruber

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, Graz, Österreich

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

**Einleitung:** Der demografische Wandel stellt Langzeitpflegeeinrichtungen vor zunehmende Herausforderungen: Einer wachsenden Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen steht ein anhaltender Fachkräftemangel gegenüber. Digitale Innovationen haben das Potenzial, diese Lücke zu schließen, indem sie Pflegekräfte entlasten und die Pflegequalität verbessern. In der Praxis wird die digitale Transformation jedoch häufig durch begrenzte Ressourcen, unklare Verantwortlichkeiten und fehlende organisationale Innovationsfähigkeit gehemmt. Das dreijährige Interreg CENTRAL EUROPE Projekt „DigiCare4CE“ (03/2023–02/2026) widmete sich diesen Herausforderungen und untersuchte, wie Pflegeeinrichtungen dabei unterstützt werden können, neue Technologien erfolgreich zu identifizieren, zu implementieren und nachhaltig in ihre Arbeitsabläufe zu integrieren.

**Patient/en und Methoden:** Auf Grundlage einer Literaturrecherche und der Analyse von Best-Practice-Beispielen aus Vorprojekten und Studienbesuchen wurde ein theoretisches Modell zur Einführung neuer Technologien in der Langzeitpflege entwickelt. Von September 2023 bis Februar 2025 wurden in acht Pilotaktionen in sechs Ländern Anwendungen wie digitale Informationssysteme, Sensoren, Wearables, Virtual Reality-Anwendungen und mobile Applikationen in Pflegeheimen getestet. Begleitet wurden die Pilotprojekte durch Peer-Reviews, in denen Expert:innen die Fortschritte bewerteten und Empfehlungen ausarbeiteten. Der Implementierungsprozess wurde mittels qualitativer online Befragungen und quantitativer Methoden in jeder Pileteinrichtung evaluiert. Erkenntnisse und Lernerfahrungen wurden abgeleitet und flossen in der nächsten Phase in Leitfäden und Aktionspläne zur breiteren Nutzung ein.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass der erfolgreiche Einsatz digitaler Innovationen eine frühzeitige Bedarfsanalyse sowie die kontinuierliche Einbindung von Pflegepersonal, Management, Endnutzer:innen und technischen Partnern erfordert. Co-Creation und iterative Pilotierungen unterstützen eine kontextspezifische Anpassung an bestehende Arbeitsabläufe.

Zentrale Faktoren für Akzeptanz und nachhaltige Nutzung sind Benutzerfreundlichkeit, Interoperabilität mit bestehenden Systemen sowie eine schrittweise Implementierung unter Berücksichtigung heterogener digitaler Kompetenzen der Mitarbeitenden. Schulungen, Peer-Learning und kontinuierlicher technischer Support stärken Nutzervertrauen, während technische Zuverlässigkeit und transparente Kommunikation zu Datenschutz wesentliche Voraussetzungen darstellen. Digitale Lösungen entfalten ihr Potenzial insbesondere dann, wenn sie institutionell verankert sind, klare operative und strategische Ziele unterstützen und als Ergänzung, anstatt als Ersatz, menschlicher Pflege eingesetzt werden.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Ergebnisse unterstreichen, dass Digitalisierung in der Langzeitpflege eine multidimensionale, soziotechnische Herangehensweise erfordert. Neben technischer Infrastruktur ist ein strukturierter Change-Management-Prozess entscheidend für nachhaltige Implementierung. DigiCare4CE liefert Empfehlungen sowie praxisnahe Tools, die Pflegeeinrichtungen bei zukünftigen Digitalisierungsinitiativen unterstützen und eine Übertragbarkeit auf weitere Versorgungskontexte ermöglichen.

## 50 Projekt „futureCare“ – Automatisierte Sturzerkennung im Real-Betrieb in Pflegeheimen

Katerina Sidiropulu-Janku\*, Johannes Oberzaucher, Yannick Schwann  
Fachhochschule Kärnten, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Künstliche Intelligenz & Big Data

**Einleitung:** Im Rahmen des Projekts „Future Care/Care Lab“ (KWF) wurde im Jahr 2025 ein innovatives Sturzerkennungssystem in einem Pflegeheim in Kärnten eingeführt. Es besteht aus einer Lampe, die mithilfe künstlicher Intelligenz Stürze erkennt und aufzeichnet, sowie aus einem Kommunikations-Tablet. Letzteres ermöglicht die Verteilung medizinischer Dokumentation zwischen einem Zimmerbesuch und der anschließenden Erfassung im zentralen System der Pflegeeinrichtung. Das Ziel besteht darin, die schädlichen Auswirkungen von Stürzen auf Senioren zu beseitigen und eine technologische Innovation zu erproben, die das Pflegepersonal entlasten soll. Der Mangel an Pflegekräften und deren Überlastung sind heute viel diskutierte Themen.

**Patient/en und Methoden:** Die Pilotstudie findet in einem ausgewählten Bereich des Pflegeheims statt, um den regulären Betrieb der Einrichtung nicht zu beeinträchtigen. Dort gibt es insgesamt 13 Einzelzimmer und ein Doppelzimmer mit Gemeinschaftsbad. Neben den Befragungen der Bewohner, der Heimleitung und des technischen Personals wird eine umfassende Evaluation in drei Wellen mit allen Pflegekräften durchgeführt. Denn während der Nachtschichten werden die Bewohner des betroffenen Bereichs auch von anderen Pflegekräften betreut, die tagsüber in anderen Abteilungen arbeiten. Der Wechsel zwischen Tag- und Nachtdienst ist einer der untersuchten Evaluationsparameter. Es kommen sowohl validierte Fragebögen (TUI, STAM) als auch die Methodik MEESTAR zur Untersuchung ethischer Aspekte technologischer Innovationen sowie Fokusgruppensitzungen und Ethnografie zum Einsatz. Das gesamte Studiendesign orientiert sich am Living-Lab-Ansatz.

**Ergebnisse:** Die Evaluationsstudie konzentriert sich auf Sturzstatistiken sowie auf die Überwachung der Systemimplementierung und die Koordination der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Management und Technologieanbietern. Die Ergebnisse der TUI-Fragebögen zeigen leichte Verbesserung der TA. Die Auswertung der Herbststatistik ist derzeit in Arbeit. Die ersten Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass die Sturzdefinition unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Bewohner angepasst werden muss und die Integration aller Kommunikationssysteme in einer Pilotphase erprobt werden sollte. Geplant ist eine fortlaufende Fokusgruppensitzung mit den Mitarbeitern, in der wir die bisherigen Ergebnisse gemeinsam auswerten und die Umsetzung für die zweite Phase des insgesamt 12 Monate dauernden Pilotprojekts optimieren werden.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Einführung technologischer Innovationen stellt eine Herausforderung für die Koordination einzelner Informationssysteme dar. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Bewertungsmethoden erforderlich ist. Dies ist für eine erfolgreiche Umsetzung von entscheidender Bedeutung.

## 51 Generationenmanagement in der Langzeitpflege

Franz Kolland\*, Sophie Buschenreithner, Rebekka Steinlechner  
Karl Landsteiner Privatuniversität, Krems, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

**Einleitung:** Das Ziel dieser Studie ist es, die verschiedenen Generationen von Mitarbeitenden in der stationären Langzeitpflege in ihren Arbeitseinstellungen und Werthaltungen zu untersuchen. Analysiert wird auf Basis empirischer Daten, ob und wie ein Clash der Generationen die Führungskräfte herausfordert, Auseinandersetzungen zwischen Baby Boomern, Generation X, Y, Z fruchtbar oder dystopisch sind.

**Patient/en und Methoden:** In der Studie wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden 931 Mitarbeitende befragt. Die Ausschöpfungsquote betrug 22 %. Über ein Leitfadenterview wurden nach Abschluss der quantitativen Erhebung 20 Mitarbeitende qualitativ interviewt.

**Ergebnisse:** Die Studie zeigt, dass sich die Arbeitseinstellungen der verschiedenen Generationen von Mitarbeitenden unterscheiden, wobei die Unterschiede zwischen den weiter entfernt liegenden Generationen größeres Konfliktpotential aufweisen und erhöhte Aufmerksamkeit verlangen. Während ältere Generationen wie die Baby Boomer großen Wert auf Arbeitsplatzsicherheit legen, stehen für jüngere Generationen andere Aspekte im Vordergrund. Generationale Unterschiede zeigen sich in der Konflikthäufigkeit. Generation Z berichtet am häufigsten von Konflikten zwischen Jüngeren und Älteren bei Pflegeaktivitäten. Als günstig erweist sich im Generationenmanagement ein aktiver Führungsstil, der eher von Frauen praktiziert wird.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Studie zeigt sehr deutlich die neuen Chancen in der gegenwärtigen Unternehmenskultur der stationären Langzeitpflege, die von vier Generationen geprägt wird. Genutzt werden können diese Chancen, die sich aus der Vielfalt ergeben, dann besser, wenn ein gezieltes und nachhaltiges Generationenmanagement implementiert wird und eine neue „Intergenerational Legacy“ entsteht.

## 52 Generationenbeziehungen an Orten der postindustriellen Transformation

Anamaria Depner<sup>1\*</sup>, Katrin Lehner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Goethe-Universität, Frankfurt/Main, Deutschland; <sup>2</sup>Karl Landsteiner Privatuniversität, Krems, Österreich

**Topic:** Altersbilder und Identität

Wie sind intergenerationale Beziehungen an Orten mit auffällig hohem Durchschnittsalter ausgestaltet? Dies ist eine der zentralen Fragen, welche das internationale, von der Volkswagen Stiftung geförderte Forschungsprojekt „Waste/Land/Futures. Intergenerational Relations in Places of Abandonment and Renewal Across Europe“ an vier postindustriellen Standorten in Schottland, Deutschland, Österreich und Rumänien mit Kultur- und Sozialwissenschaftlichen Methoden untersucht. Im Sinne aktueller Ansätze der Materiiellen Gerontologie gehen Generationenbeziehungen über die alleinige Betrachtung menschlicher Akteur:innen hinaus. Generationen werden vielmehr als untrennbar mit Materialitäten verwoben verstanden (Fredengren & Asberg, 2020). An Orten postindustrieller Veränderung rücken damit gemeinsame Aushandlungsprozesse zwischen menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen in den Fokus, die lokale Bezüge zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu prägen. Unser Beitrag bietet Einblicke in das laufende Projekt und erste Ergebnisse mit Fokus auf die österreichische Fallstudie.

53

### Pflege und Unterstützung über Altersgrenzen hinweg: Herausforderungen und Potenziale

Joy Pirig<sup>1</sup>, Klara Kämpfel<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>University of Applied Science Niederrhein, Mönchengladbach, Deutschland; <sup>2</sup>Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Deutschland

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Pflege durch Angehörige ist ein essenzieller Bestandteil zur Sicherung der Pflegeversorgung. Von dieser Verantwortung sind auch junge Erwachsene betroffen, die sich in einer sensiblen Phase ihres Lebenslaufs befinden; sie legen den Grundstein für das weitere berufliche sowie private Leben.

**Patient/en und Methoden:** Das Projekt InterCare untersucht die Herausforderungen und Potenziale intergenerationaler Pflegebeziehungen, wobei quantitative als auch qualitative Methoden zum Einsatz kommen.

**Ergebnisse:** Im Vortrag werden Ergebnisse der 22. Studierendenbefragung vorgestellt, die die Heterogenität innerhalb der Pflegesituation fokussieren. Ergänzt wird dies durch vorläufige Ergebnisse aus dyadischen Interviews mit jungen Menschen und denen von ihnen gepflegten Personen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Um eine nachhaltige Betreuung zu gewährleisten und die generationsübergreifende Pflegesituation zu stärken, müssen die Lebensumstände und Bedürfnisse der jungen Pflegenden im Bildungssystem berücksichtigt werden.

54

### Schlaf und Schlafstörungen im höheren Lebensalter

Helmut Frohnhofen<sup>1\*</sup>, Carla Stenmanns<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Universität Witten-Herdecke, Witten, Deutschland; <sup>2</sup>Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Schlafstörungen zählen zu den häufigsten Beschwerden bei geriatrischen Patient:innen und haben einen erheblichen Einfluss auf Lebensqualität, kognitive Leistungsfähigkeit, Mobilität und Sturzrisiko. Altersbedingte Veränderungen der Schlafarchitektur, Multimorbidität sowie Polypharmazie erschweren sowohl die Diagnostik als auch die Therapie.

**Patient/en und Methoden:** Ziel dieses Workshops ist es, einen praxisnahen Überblick über die Abklärung und Behandlung von Schlafstörungen im höheren Lebensalter zu vermitteln.

Ein Schwerpunkt liegt auf der strukturierten Erfassung von Schlafproblemen mittels standardisierter Fragebögen (u. a. Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale, Insomnia Severity Index). Deren Aussagekraft, Grenzen und geriatricspezifische Limitationen – insbesondere bei kognitiven Einschränkungen – werden kritisch diskutiert. Ergänzend werden Hinweise zur weiterführenden Diagnostik gegeben.

**Ergebnisse:** Im therapeutischen Teil werden evidenzbasierte Behandlungsansätze vorgestellt. Neben allgemeinen Maßnahmen und schlafhygienischen Empfehlungen liegt der Fokus auf verhaltenstherapeutischen Interventionen als Therapie der ersten Wahl bei Insomnie im Alter. Darüber hinaus werden medikamentöse Therapieoptionen einschließlich Nutzen-Risiko-Abwägung, Nebenwirkungen und Besonderheiten bei geriatrischen Patient:innen erläutert.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Der Workshop richtet sich an Ärzt:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen und Pflegefachpersonen in der Geriatrie und angrenzenden Fachdisziplinen und soll dazu beitragen, Schlafstörungen im Alter differenziert zu erkennen und sicher sowie leitliniengerecht zu behandeln.

55

### Altwerden ist morgen, in der Klimakrise

Willi Haas\*

Institut für Soziale Ökologie, BOKU University Wien, Wien, Österreich

Altwerden kann viel Freude bereiten. Aber, es kommt drauf an. Zum einen kann viel Freizeit das Klima belasten. Auch multiple Erkrankungen belasten die Betroffenen und das Klima, ist doch die Krankenbehandlung sehr emissionsintensiv. Altwerden kann aber auch gesundheitsförderlich und dabei klimafreundlich gestaltet werden. Aktive Mobilität, gesunde und klimafreundliche Ernährung sowie aktive Freizeit mit Freunden und Familie sind eben gut für Gesundheit und Klima.

Und zum anderen können die Folgen der Klimakrise sowie auch anderer Umweltkrisen gerade für Personen im Alter zum Gesundheitsrisiko werden. Die Hitze ist das prominenteste Beispiel, aber auch andere Extremwetterereignisse, vermehrter Pollenflug, neue Infektionserkrankungen oder Verschmutzungen wie Mikroplastik.

Nun hat das Verhalten beim Altwerden natürlich großen Einfluss auf z. B. lebensstilbedingte Erkrankungen oder wie stark die Umweltkrisen einzelne belasten. Doch das Verhalten folgt den Regeln, Preissignalen, institutionellen Strukturen und den Möglichkeiten der gebauten Umwelt. Damit stellt sich die Frage: Was muss sich ändern, damit ein gesundes und klimafreundliches wie klimaresilientes Altwerden zum unwiderstehlichen Normal wird?

56

### Personenzentrierte Pflege – vom Schlagwort zur Realität: Indikatoren für die Analyse und Bewertung von Gesundheitssystemen

Hanna Mayer, Thomas Falkenstein\*

Fachbereich Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Person-Centred Care Research, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Karl Landsteiner Privatuniversität, Krems, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

Wenn wir die Definitionen von Personenzentrierte Pflege in aktuellen HC-Strategiepapieren betrachten, ist die Idee, jeden Menschen gleich zu behandeln und ihm gleiche Chancen zu bieten, untrennbar mit dem Konzept der Personenzentriertheit verbunden. Problematisch wird es, sobald die Idee von Personenzentrierung zu einem Schlagwort wird und sich so von der transformativen Grundlage für Entwicklung sowie für die Analyse und Evaluation von Systemen entfernt. Die Transformation ist jedoch entscheidend, damit sich Gesundheitssysteme im Sinne der Personenzentrierung entwickeln können, um Ungleichheiten entgegenzuwirken. Eigens formulierte Indikatoren sind hierfür Anker, um Versorgungssysteme hinsichtlich Personenzentrierung zu beurteilen und zu evaluieren: Vier Ebenen, die sich auf individuelle, interpersonelle, organisatorische und systembezogene Aspekte beziehen, fassen sich zu 23 Indikatoren zusammen. Diese können sowohl auf Evaluationsebenen als auch für Datenanalysen eingesetzt werden und ermöglichen mitunter einen qualitativen und quantitativen Ansatz.

57

### Autonomierisiken in Pflegeübergängen

Stefan Hopf\*, Victoria Kontrus

VICESSE Research GmbH, Wien, Österreich

**Topic:** Lebensräume und Infrastruktur

Der Beitrag untersucht Autonomierisiken in Pflegeübergängen, verstanden als tiefgreifende Umbrüche der Lebensführung älterer Menschen mit

Pflegebedarf. Auf Grundlage qualitativer Interviews mit älteren Personen sowie formellen und informellen Pflegepersonen, die als Pflegenetzwerke konzeptualisiert werden, werden spezifische Autonomierisiken analysiert und eine Realtypen-Typologie entwickelt. Besonders kritisch sind Übergänge in institutionelle Pflegearrangements, die häufig mit massiven Autonomieeinschränkungen und Entscheidungen gegen ausdrücklich artikulierte Präferenzen einhergehen. Abschließend werden strukturelle Interventionsmöglichkeiten diskutiert, die darauf abzielen, diese Risiken frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu minimieren.

58

## Soziale Ungleichheiten in der integrierten Pflege: Risiken und Ausschlüsse bei Versorgungsübergängen

Angelika Gabauer\*, Julia Birke

Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems, Österreich

**Topic:** Therapie- und Pflegewissenschaftliche Aspekte zum Altern und im Alter

**Einleitung:** Soziale Ungleichheiten beeinflussen die Erfahrungen der Versorgung im Alter maßgeblich, insbesondere in Phasen von Pflegeübergängen, etwa beim Wechsel in eine institutionelle Wohnform.

**Patient/en und Methoden:** Grundlage der Studie sind 90 qualitative Längsschnittinterviews mit älteren Menschen mit komplexem Pflegebedarf, ihren pflegenden Angehörigen sowie Pflege- und Betreuungskräften in Österreich.

**Ergebnisse:** Ergebnisse zeigen, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz, robusten sozialen Netzwerken oder ausreichenden finanziellen Ressourcen über deutlich mehr Möglichkeiten verfügen, Pflegeübergänge zu bewältigen und aktiv mitzugestalten. Angehörige nehmen dabei eine zentrale Rolle ein: Sie kompensieren systemische Lücken und fungieren als unsichtbares Kontinuitätssystem, auf das sowohl ältere Menschen als auch das Pflegesystem angewiesen sind.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Analyse verdeutlicht, dass Pflegeübergänge nicht allein individuelle Anpassungsleistungen darstellen, sondern soziale Prozesse sind, in denen Ungleichheiten sichtbar werden und zugleich reproduziert werden. Eine soziologische Perspektive macht diese ungleichen Risiken erkennbar und politisch bearbeitbar und zeigt, dass integrierte Versorgung im Alter eine kritische Auseinandersetzung mit den ungleichen Bedingungen erfordert, die Pflegeübergänge strukturieren.

59

## Die Interaktion von Altern, Umwelteinflüssen und Infektionsanfälligkeit

Hans-Jürgen Heppner\*

Medizincampus Oberfranken, FAU Erlangen-Nürnberg, Bayreuth, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Altern als ein komplexer biologischer Prozess, der durch eine progressive Abnahme der physiologischen Integrität und der progredienten Dysregulation der zellulären Homöostase gekennzeichnet ist, führt zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Krankheiten und Infektionen. Die Hauptursache für diese Anfälligkeit liegt in der Immunoseneszenz, der altersbedingten Verschlechterung des Immunsystems, insbesondere der CD8 und T-Zell-Funktion.

**Patient/en und Methoden:** Review.

**Ergebnisse:** Umwelt- und Lifestyle-Expositionen fungieren als exogene Modulatoren des Alterungsprozesses. Die chronische Exposition gegenüber Xenobiotika, persistierenden viralen Antigenen und diätetisch induzierter Darmdysbiose führt zur Akkumulation von Damage-Associated Molecular Patterns (DAMPs) und Pathogen-Associated Molecular Patterns (PAMPs). Diese triggern die Aktivierung von Inflammasomen (z. B. NLRP3)

und induzieren den Zustand des „Inflamming“ – eine chronische, sterile, niedriggradige systemische Entzündung, charakterisiert durch erhöhte Serumspiegel von pro-inflammatorischen Zytokinen (z. B. IL-6, TNF-alpha). Die Identifizierung und Quantifizierung von Inflamming in klinischen Kohorten basiert auf der Messung eines spezifischen Panles von entzündlichen Biomarkern im Plasma. Zu den etablierten Surrogatmarkern gehören persistierend erhöhte Konzentrationen von C-reaktivem Protein (CRP), dem löslichen Interleukin-6-Rezeptor (sIL-6R), und löslichen Adhäsionsmolekülen (sICAM-1). Des Weiteren dienen die Messung der CCL2/MCP-1-Konzentration zur Bestimmung der Makrophagen-Rekrutierung sowie die Quantifizierung der Senescence-Associated Secretory Phenotype (SASP)-Faktoren, freigesetzt von seneszenten Zellen, als zelluläre Indikatoren. Zur Bewertung der Immunoseneszenz wird die Größe des naiven T-Zell-Kompartiments (z. B. TREC-Analyse) sowie das CD4:CD8-Verhältnis herangezogen.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Folglich führt das Zusammenspiel von Immunoseneszenz und umweltverstärkter Inflammation bei älteren Individuen zu einer höheren Inzidenz, einem schwereren Verlauf und einer erhöhten Mortalität bei bakteriellen, viralen und mykotischen Infektionen (z. B. Influenza, COVID-19, Harnwegsinfekte). Ein besseres Verständnis dieser komplexen, bidirektionalen Wechselwirkungen ist essenziell für die Entwicklung gezielter Interventionen wie verbesserter Impfstrategien und Modifikationen des Lebensstils, um die Gesundheitsspanne älterer Menschen zu verlängern.

60

## Mikroplastik – ein neues Risiko für den Alterungsprozess?

Andreas Simm\*

Klinik für Herzchirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Mikroplastik (MP) ist ein Umweltschadstoff, der – meist unsichtbar – im Wasser, in der Nahrung und in der Atmosphäre vorkommt. Die Kontamination mit MP ist in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen und wird aufgrund des wachsenden Verbrauchs von Plastik weltweit weiter steigen. An den Partikeln können auch Metalle bzw. Schwermetalle binden, von denen sich z. B. Mn, Zn, As, Cr, Cu, Pb and Ni in gastrointestinalen Lösungen freisetzen lassen. Man kann diese Partikel einatmen, oral bzw. über die Haut aufnehmen.

**Patient/en und Methoden:** Review.

**Ergebnisse:** Es wurde gezeigt, dass die Exposition gegenüber MP oxidativen Stress, Zytotoxizität und chronische Entzündungen verursachen kann. Die Daten deuten auch darauf hin, dass MP die Fruchtbarkeit verändern und die zelluläre Seneszenz in menschlichen Lungenepithelzellen in vitro und in der Lunge von Mäusen in vivo induzieren können. Wir konnten zeigen, dass die Induktion von intrazellulärem oxidativem Stress und des nachfolgend stressinduzierten NF-kB-Signalwegs durch Polystyrolpartikel von der Größe der Partikel und der untersuchten Zelllinie abhängt. Diese und andere Experimente deuten darauf hin, dass MPs Alterungsprozesse modifizieren können.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die WHO wies 2022 darauf hin, dass qualitätsgesicherte Experimente, die für eine Risikobewertung geeignet sind, mit einer angemessenen Charakterisierung der Exposition gegenüber den Arten von Mikro- und Nanoplastikpartikeln, denen der Mensch am häufigsten ausgesetzt ist, erforderlich sind.

61

## Altern und Hitze

Markus Gosch\*

Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Universität, Campus Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Seit 1950 lässt sich ein Anstieg der Oberflächentemperatur auf der Erde feststellen, besonders stark ist dieser Effekt in den letzten 50 Jahren. Dies führt auch zu einem kontinuierlichen Anstieg der Hitzetage in Deutschland mit erheblichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem.

**Patient/en und Methoden:** Review.

**Ergebnisse:** So zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Mortalität in Hitzeperioden. Besonders betroffen sind dabei die älteren bzw. hochgetagten Menschen als vulnerabelste Gruppe. Neben der Zunahme der Mortalität kommt es einer Verschlechterung von chronischen Erkrankungen und zu direkten gesundheitlichen Folgen von Hitze. Neben diesen direkten Folgen lassen sich auch zahlreiche indirekte Folgen von Hitze auf unser Gesundheitssystem erkennen.

Gerade im Alter verstärken diverse fragwürdige Empfehlungen, wie Trinkmengenbeschränkungen, oder auch die bestehende Medikation das Risiko für gesundheitliche Schäden. Besonders kritisch sind hier Diuretika und anticholinerg wirkende Substanzen. Hitze muss daher in die Medikationsinformation und -beratung aufgenommen werden.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Information und Hitzeschutzpläne stellen für die Zukunft wesentliche Tools dar, um die ältere Bevölkerung vor den Folgen des Klimawandels zu schützen.

62

### Die Herausforderung an die Organisationsstruktur einer Zentralen Notfallaufnahme für ältere Patient\*innen

Georg Pinter<sup>1</sup>, Karl Cernic<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Klagenfurt am WS, Klagenfurt, Österreich; <sup>2</sup>Kärntner Gesundheitsfond, Klagenfurt, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Das Erstaunen und die Erkenntnis, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, die eine adäquate Versorgung benötigen, ist auf das Phänomen der „Lawinen in Zeitlupe“ zurückzuführen. Eine Entwicklung die langsam mit schwachen Signalen, aber stetig voranschreitet. Lange prognostiziert, entwickelt die Demographie im Laufe der Zeit eine Kraft, Relevanz und zunehmende Dynamik, begleitet von großer Überraschung und Krisenstimmung mit disruptiven Konsequenzen. Anstatt sich vorausschauend auf diese Herausforderungen vorzubereiten, wurden bestimmte Entwicklungen mehr verstärkt als abgedämpft. Die Reaktion darauf sind krisenhafte Interventionen. Reaktive Entscheidungsmuster führen jedoch zu einer Eskalation, somit werden Krisen zur Norm.

**Patient/en und Methoden:** Ältere und hochbetagte Menschen werden zunehmend in meist überfüllten Notfallaufnahmen vorstellig. Sie werden häufiger stationär aufgenommen und sind in besonderem Maße gefährdet, nach einer Entlassung wiederaufgenommen zu werden, sich in ihrem funktionellen Zustand zu verschlechtern, oder auch zu sterben. Sie benötigen mehr Ressourcen und auch mehr Zeit. Eine besonders vulnerable Patientengruppe sind Pflegeheimpatienten. Diese werden oft aufgrund struktureller Probleme in Notaufnahmen vorstellig, obwohl ein Transport nicht medizinisch indiziert ist. Zudem tritt in dieser Patientengruppe häufig auch ein Relokatioeffekt auf, sodass diese meist ohnehin körperlich, seelisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen durch diese Transporte Gefahr laufen, sich in ihren funktionellen und kognitiven Fähigkeiten weiter deutlich zu verschlechtern.

**Ergebnisse:** Der Begriff der altersgerechten zentralen Notfallaufnahme gewinnt zunehmend an Bedeutung. Ältere Menschen suchen die Notfallaufnahme in hohem Ausmaße adäquat auf. Perakute und akute Probleme sind in bei ihnen deutlich häufiger anzutreffen, als in den jüngeren Altersgruppen. Sie präsentieren sich aber oft mit fehlenden eindeutigen, oder abgeschwächten Symptomen, obwohl eine schwere, möglicherweise sogar lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt. Diese Patienten weisen multiple Komorbiditäten auf und haben geringere Kompensationsmöglichkeiten im Falle einer kritischen Erkrankung. Sensorische Beeinträchtigungen (Sehen, Hören) und kognitive Einschränkungen bis hin zur Demenz schränken ihre Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Notfall-

team stark ein. Ziel einer altersgerechten Zentralen Notfallaufnahme ist eine auf älteren, fragilen und multimorbiden Patienten auszurichteten Organisationsstruktur.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** In der Versorgung von älteren Menschen haben Krisenszenarien keinen Platz. Eine sorgsam geplante Gesundheitsversorgung auf Basis der notwendigen Bedürfnisse ist die Maxime. Die Versorgungsplanung hat hierbei die Aufgabe, medizinischen Einrichtungen hinsichtlich der Ausrichtung, ob diese den Bedürfnissen von älteren Menschen gerecht werden, zu evaluieren.

63

### Geriatrische Intensivmedizin – ein Widerspruch?

Hans Jürgen Heppner\*

Klinikum Bayreuth, Bayreuth, Deutschland

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Aktuelle europäischen Studien zu Folge gehören etwa 10–15 % aller Intensivpatienten der Altersgruppe > 80 an. Diese weisen häufig eine Vielzahl von Komorbiditäten und funktionellen Einschränkungen auf, was die Anforderungen an Diagnostik, Therapie und ethische Entscheidungsfindung erhöht. Diese altersassoziierten Veränderungen und die erhöhte Anfälligkeit für Komplikationen verdeutlichen die Bedeutung einer individuell angepassten, lebenslagenpräzisen Intensivmedizin in dieser Patientengruppe.

**Patient/en und Methoden:** In der modernen Intensivtherapie ist der schnelle und umfangreiche Einsatz von Ressourcen wie Personal, Material und Technologie oft mit den Risiken einer Überversorgung verbunden und die Grenze zwischen angemessener und übermäßiger Diagnostik und Therapie ist oft schwierig zu ziehen. Eine Überversorgung birgt das Risiko von Komplikationen und eine Überdiagnostik unnötige Belastung und unnötigen Stress für den Patienten, nicht zuletzt durch die invasiven Maßnahmen. Zusätzlich führen Überdiagnostik und Übertherapie zu einem übermäßigen und ineffizienten Ressourcenverbrauch. Ein Instrument zur Vermeidung inadäquater Therapien in der Intensivmedizin ist der sogenannte befristete Therapieversuch (Time-limited-trial, TLT).

**Ergebnisse:** Rund 16 % der Patienten überleben die Intensivbehandlung nicht und nur etwa die Hälfte überlebt länger als sechs Monate nach Entlassung. Prognosen sind sehr schwierig zu stellen und ältere Menschen können von einem Time-limited-trials profitieren. Ziel dieser Überlegungen ist es, inadäquate Therapien zu vermeiden und realistische Therapieziele zu definieren. TLT können helfen, den individuellen Nutzen zu erkennen. Sie sind medizinisch gut begründet und dahingehend evaluiert, ob sich der erwartete Nutzen der Intensivtherapie einstellt. Die geriatrischen Patienten können nach einem Modell zur Identifikation für die Eignung eines TLT identifiziert werden. Dieses, mit dem Akronym FRAIL bezeichnete Modell umfasst das Functional Impairment (funktionelle Einschränkungen), Recurrent Hospitalizations (wiederholte Krankenhausaufnahmen), Advanced Malignancy or Chronic Disease (fortgeschrittenes Krebsleiden oder fortgeschrittene chronische Erkrankung), Irreversible Organ Failure (irreversibler Organfunktionsverlust) und Long Hospital Stay (verlängerte Krankenhausverweildauer). Die Identifikation und Berücksichtigung von Frailty im intensivmedizinischen Alltag sind unerlässlich, um eine individuell angepasste, patientengerechte Behandlung zu ermöglichen. Prognostische Unsicherheiten lassen sich durch strukturierte Instrumente wie das FRAIL-Modell reduzieren, wodurch inadäquate Therapieversuche vermieden, und realistische Therapieziele definiert werden können.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Geriatrische kritisch Kranke zeichnen sich, anders als junge Erwachsene, durch Multimorbidität, Frailty und eingeschränkte Organreserven aus. Das Outcome wird maßgeblich von der Funktionalität und den Komorbiditäten bestimmt. Unreflektierte Behandlungsentscheidungen können rasch zu einer Über- oder Untertherapie führen.

Peter Mrak<sup>1\*</sup>, Franz Feichtner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ÖGGG, Graz, Österreich; <sup>2</sup>JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, Graz, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Die demografische Entwicklung in Österreich stellt das Gesundheitssystem vor die Herausforderung, eine qualitativ hochwertige Versorgung für die wachsende Zahl hochaltriger, oft multimorbider Patient:innen sicherzustellen. Bereits früh wurde in der österreichischen Geriatrie erkannt, dass der Bereich der Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/R) standardisierte Messinstrumente benötigt, um Behandlungsergebnisse objektivierbar und vergleichbar zu machen.

Das zentrale Ziel war der Aufbau eines Systems, das nicht nur administrative Daten erfasst, sondern medizinisch-pflegerische Outcome-Parameter (z. B. Barthel-Index) in den Fokus rückt. In Kooperation zwischen der Arbeitsgruppe Qualität in der Geriatrie und Gerontologie (QiGG) der ÖGGG und der JOANNEUM RESEARCH entstand eine Initiative, welche die Erfordernisse der klinischen Geriatrie wissenschaftlich begleitet und die multidisziplinäre Anwendung von Altersmedizin maßgeblich unterstützt.

Ergebnis dieser Initiative aus den 2000er-Jahren war das Benchmarking and Reporting Service (BARS), mit welchem strukturierte klinische Daten zur vergleichenden Analyse bereitgestellt und die Versorgungsqualität chronischer Erkrankungen messbar gemacht werden konnten.

Damit konnten die im Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation (ÖBIG/GÖG – 1. Auflage, Oktober 2013) vorgegebenen Kriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität maßgeblich unterstützt werden.

**Patient/en und Methoden:** Die historische Analyse stützt sich auf die Entwicklungsschritte des Benchmarking Systems und Rahmenbedingungen der Altersmedizin der letzten zwanzig Jahre.

Die klinisch-geriatriische Interpretation der erhobenen Ergebnisse bildet die Grundlage für eine gezielte Weiterentwicklung des geriatriischen Assessments, insbesondere im Rahmen der multidisziplinären Anwendung und Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen.

**Ergebnisse:** Über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten hat sich das Benchmarking-System als etabliertes Steuerungsinstrument für die Anwendung evidenzbasierter Altersmedizin in den geriatriischen Abteilungen sowie für die Entscheidungsträger in Planung und Umsetzung bewährt. Diese Entwicklung basiert auf Fakten und belastbaren Zahlen.

Seit 2008 erreichte die Initiative 48 % aller bestehenden AGRs österreichweit (Stichtag 30.06.2025 GÖG). Das Angebot verteilt sich dabei auf fünf Bundesländer.

Die Weiterentwicklung des Systems ist mit technologischen Herausforderungen verbunden. Dabei stehen die Nutzung von Routinedaten in der klinischen Dokumentation sowie die strukturierte Extraktion von Daten aus Krankenhausinformationssystemen im Fokus.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Es bleibt die Herausforderung der vollständigen IT-Integration in unterschiedliche Krankenhausinformationssysteme, um den Dokumentationsaufwand für das Personal weiter zu minimieren. Für die Zukunft ist eine noch stärkere Einbindung von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und die Nutzung der „Real World Data“ für die Versorgungsforschung geplant.

## Funktionsstörungen und Versorgungsrealität: Ergebnisse aus dem österreichischen Therapie-Monitoring-System (TMS)

Lejla Sacic<sup>1\*</sup>, Thomas Truskaller<sup>2</sup>, Georg Pinter<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ZAM, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich; <sup>2</sup>JOANNEUM RESEARCH, Graz, Österreich

**Topic:** Klinische Geriatrie

**Einleitung:** Der demografische Wandel verlangt eine transparente, wirkungsorientierte und interprofessionell abgestimmte geriatriische Versorgung. Das österreichische Therapie-Monitoring-System (TMS) ermöglicht die systematische Erfassung funktioneller Entwicklungen geriatriischer Patient\*innen. In dieser Studie wurden die rehabilitativen Behandlungsergebnisse am Zentrum für Altersmedizin (ZAM), Klagenfurt, analysiert.

**Patient/en und Methoden:** Es wurden 501 TMS-Datensätze von Patient\*innen (weiblich: männlich, 339:162, mittleres Alter 84 Jahre), die am ZAM im Zeitraum 01.01.–30.06.2025 stationär behandelt wurden, mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Schwerpunkte der Analyse waren die Anzahl der Funktionsstörungen sowie das therapeutische Outcome.

**Ergebnisse:** Bei der Aufnahme wiesen 96,8 % (485/501) der Patient\*innen mindestens 3 Funktionsstörungen auf; die häufigsten waren Frailty (78,4 %), herabgesetzte Belastbarkeit (75,9 %) und Sturzneigung (69,3 %). Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erreichten 73,5 % (368/501) der Patient\*innen ihre individuellen Therapiezielsetzungen und 14,4 % (72/501) eine teilweise Therapiezielsetzung. Die Patient\*innen, welche ihre individuelle Therapiezielsetzung erreichten, wiesen im Mittel 7,4 Funktionsstörungen auf, diejenigen mit teilweiser Therapiezielsetzung im Mittel 8,5 und die Verstorbenen im Mittel 9,7. Die Mortalität während des stationären Aufenthaltes betrug 6,0 % (30/501).

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Trotz ausgeprägter Multimorbidität wurde am ZAM eine hohe Effektivität der Remobilisation erreicht. Im Vergleich zu Patient\*innen mit Erreichung ihrer individuellen Therapiezielsetzung, wiesen sowohl jene mit Erreichung einer teilweisen Therapiezielsetzung als auch die während des stationären Aufenthaltes Verstorbenen eine höhere mittlere Anzahl von Funktionsstörungen auf. Das TMS erweist sich als zukunftsweisendes Instrument, um den Rehabilitationserfolg sichtbar zu machen, Versorgungsqualität weiterzuentwickeln und nachhaltige geriatriische Therapiepfade zu gestalten.

## Systematische Analyse österreichischer Akutgeriatrien 2024: Versorgungssituation, klinische Ergebnisse und Potenzial für zukünftige Versorgungsstrukturen

Franz Feichtner<sup>1\*</sup>, Julian Gutheil<sup>1</sup>, Peter Mrak<sup>2,3</sup>, Peter Dovjak<sup>4</sup>, Bettina Göbel<sup>5</sup>, Beate Boulgaropoulos<sup>1</sup>, Peter Fasching<sup>5</sup>, Bernhard Iglseder<sup>6,3</sup>

<sup>1</sup>JOANNEUM RESEARCH, HEALTH, Graz, Österreich; <sup>2</sup>Abteilung für Innere Medizin und Akutgeriatrie/Remobilisation, Landeskrankenhaus Graz II, Standort Voitsberg, Voitsberg, Österreich; <sup>3</sup>Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Wien, Österreich; <sup>4</sup>Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH, Salzkammergut Klinikum, Bad Ischl, Gmunden, Vöcklabruck, Vöcklabruck, Österreich; <sup>5</sup>Wiener Gesundheitsverbund, Klinik Ottakring, 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie mit Ambulanz, Wien, Österreich; <sup>6</sup>Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg, Österreich

**Topic:** Künstliche Intelligenz & Big Data

**Einleitung:** Akutgeriatrien behandeln ältere, multimorbide Patient\*innen nach akuten Ereignissen mit dem Ziel, Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Grundlage dafür ist ein umfassendes geriatriisches Assessment sowie multiprofessionelle Therapie. Um Transparenz über die Versorgungsqualität der Akutgeriatrien zu schaffen, wurde ein österreichweites Benchmarking-System (CDS-BARS) etabliert.

Ziel dieser Arbeit war die erste systematische Auswertung aller im Jahr 2024 dokumentierten Fälle, inklusive der Analyse geschlechtsspezifischer Unterschiede.

**Patient/en und Methoden:** Es wurden Daten von 7545 Patient\*innen aus 15 akutgeriatriischen Abteilungen analysiert. Demografische Merkmale, Aufnahmeindikationen, funktionelle Einschränkungen, Komorbiditäten, therapeutische Leistungen, geriatriische Assessmentdaten (Barthel-Index, Esslinger-Transfer-Skala, Tinetti-Test) sowie die Anzahl der pharmakologischen Wirkstoffe wurden erfasst. Die Auswertungen erfolgten mittels deskriptiver Statistik.

**Ergebnisse:** Frauen machten 65,6 % der Patient\*innen aus (mittleres Alter: 81,8 Jahre). Häufigste Aufnahmegründe waren Verletzungen und deren Fol-

gen, gefolgt von muskuloskeletalen Erkrankungen (bei Frauen) bzw. kardiovaskulären Erkrankungen (bei Männern). Bei Aufnahme lagen durchschnittlich 7,6 funktionelle Störungen vor. Besonders häufig waren dabei reduzierte Belastbarkeit, Schmerz, Mobilitätseinschränkungen und Sturzgefährdung. Die Mehrheit der Patient\*innen blieb 15 bis 21 Tage in der Akutgeriatrie. Eine signifikante funktionelle Verbesserung nach dem Aufenthalt zeigte sich sowohl im Barthel-Index (im Mittel +14,1 Punkte) als auch in den Mobilitätsparametern (Tinetti-Test +3,9 Punkte). In der Esslinger-Transfer-Skala verbesserten sich viele Patient\*innen um mindestens eine Assistenzstufe. Von den zuhause lebenden Patient\*innen konnten 90,5 % in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Bei 50,4 % der Patient\*innen, die mehr als 10 Medikamente einnahmen, gelang eine Reduktion der Anzahl der pharmakologischen Wirkstoffe.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen die hohe Relevanz von Akutgeriatrien: Trotz ausgeprägter Multimorbidität und funktioneller Defizite erreichten Patient\*innen durch einen Aufenthalt in einer Akutgeriatrie deutliche Verbesserungen und konnten überwiegend in das häusliche Umfeld reintegriert werden. Die Daten zeigen zudem klare geschlechtsspezifische Muster bei Diagnosen und funktionellen Einschränkungen. Das österreichweite Benchmarking schafft eine robuste Grundlage für Qualitätssicherung, Versorgungsplanung und wissenschaftliche Analysen. Angesichts des demografischen Wandels ist die Weiterentwicklung akutgeriatriischer Versorgungsstrukturen gesundheitspolitisch essenziell.

67

### Entwicklung zweier einfach anzuwendender Scores zur Vorhersage des Rehabilitationserfolgs in der Akutgeriatrie

Franz Feichtner<sup>1</sup>, Julian Gutheil<sup>1</sup>, Peter Mrak<sup>2,3</sup>, Georg Pinter<sup>3,4</sup>, Walter Müller<sup>4</sup>, Joakim Huber<sup>3</sup>, Alfa Wenkstetten-Holub<sup>5</sup>, Bettina Göbel<sup>5</sup>, Beate Boulgaropoulos<sup>1</sup>, Peter Fasching<sup>5\*</sup>, Bernhard Iglseder<sup>6,3</sup>

<sup>1</sup>JOANNEUM RESEARCH, HEALTH, Graz, Österreich; <sup>2</sup>Abteilung für Innere Medizin und Akutgeriatrie/Remobilisation, Landeskrankenhaus Graz II, Standort Voitsberg, Voitsberg, Österreich; <sup>3</sup>Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Wien, Österreich; <sup>4</sup>Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich; <sup>5</sup>Wiener Gesundheitsverbund, Klinik Ottakring, 5. Medizinische Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie mit Ambulanz, Wien, Österreich; <sup>6</sup>Universitätsklinik für Geriatrie der PMU, Uniklinikum Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg, Österreich

**Topic:** Künstliche Intelligenz & Big Data

**Einführung:** Die Identifikation geriatrischer Patientinnen, die von einem Aufenthalt auf einer Akutgeriatrie profitieren würden, erfolgt derzeit weitgehend subjektiv und ohne standardisierte Hilfsmittel. Dadurch bleiben viele Patientinnen, unentdeckt, die durch eine gezielte geriatrische Behandlung ihre Selbstständigkeit erhalten könnten. Ziel dieser Studie war die Entwicklung zweier klinisch einfach anzuwendender Scores – des Discharged Home Score (DHS) und des Barthel Index Improvement Score (BIS) – zur objektiven Einschätzung des Rehabilitationserfolgs in der Akutgeriatrie.

**Patient/en und Methoden:** In dieser retrospektiven Multicenter-Studie wurden Daten von 78.654 Aufenthalten aus 24 österreichischen Akutgeriatrien analysiert. Diese umfassenden geriatrischen Assessments dienen als Grundlage für die Entwicklung der beiden Scores. Der DHS sagt die Entlassungsdestination (zuhause vs. Pflegeheim) voraus, während der BIS die Verbesserung des Barthel-Index während des Aufenthalts prognostiziert. Die Merkmalsauswahl erfolgte mittels klinischer Diskussion und Feature-Importance-Verfahren. Anschließend wurden Regressionsmodelle verwendet, um die Scores zu entwickeln und Schwellenwerte zur Klassifikation zu definieren. Die Evaluierung erfolgte in einem zufällig gezogenen Testdatensatz sowie einem zeitlich unabhängigen zukünftigen Datensatz. **Ergebnisse:** Der DHS zeigte in den Testdatensätzen eine gute Vorhersagekraft für die Entlassung nach Hause (AUROC 0,775–0,827) bei ausgewogener Sensitivität und Spezifität. Der BIS erreichte für die Vorhersage einer Verbesserung des Barthel-Index um  $\geq 20$  Punkte eine moderate diskriminative Leistung (AUROC 0,692–0,711) und erklärte etwa 18–22 % der Va-

rianz der funktionellen Verbesserung. Beide Scores zeigten eine gute Kalibrierung, jedoch bestanden deutliche Leistungsunterschiede zwischen einzelnen Akutgeriatrien.

**Schlussfolgerung/Diskussion:** Mit DHS und BIS sind erstmals zwei einfach anzuwendende, standardisierte Scores zur Einschätzung des Rehabilitationserfolgs in der Akutgeriatrie verfügbar. Während der DHS ohne kognitive Testung auskommt und eine rasche Einschätzung ermöglicht, erlaubt der BIS eine differenziertere Betrachtung des funktionellen Potenzials. Trotz akzeptabler Leistung ersetzen beide Scores nicht die individuelle klinische Beurteilung, können jedoch zukünftig, nach weiterer Validierung, wesentlich zur objektiveren Patientensteuerung beitragen. Dadurch könnten die für eine gezielte geriatrische Behandlung geeigneten Patient\*innen früher erkannt, Therapieprozesse optimiert und langfristig die Pflegebedürftigkeit reduziert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Scores noch nicht validiert und daher noch nicht in der Praxis einsetzbar.

68

### Delir – Berichte von Betroffenen – oder wenn Sand im kognitiven Getriebe ist

Renate Hadi\*

Universitätsklinikum AKH Wien, Wien, Österreich

**Topic:** Klinische Gerontologie und interdisziplinäre Ansätze

Delire gehören zu den häufigsten und zugleich belastendsten Komplikationen eines Krankenhausaufenthaltes im hohen Lebensalter. Der vorliegende Beitrag rückt die Stimmen jener Menschen in den Mittelpunkt, die sich an ihr Delir erinnern und macht ihre subjektiven Erfahrungen sichtbar. Neben intensiven Halluzinationen und dem erschütternden Erleben von Kontrollverlust berichten viele von einer tiefgreifenden Angst, den Verstand zu verlieren oder dement zu werden.

Das Delir erscheint damit nicht nur als akutes medizinisches Ereignis, sondern als existenzielle Grenzerfahrung, die das Selbst- und Weltverständnis nachhaltig erschüttern kann. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit das „System Krankenhaus“ bereit ist, seine Strukturen, Abläufe und professionellen Haltungen an die besonderen Bedürfnisse kognitiv beeinträchtigter Menschen anzupassen.

69

### Warum Geriatrie das coolste Fach ist – oder ein Tag im Leben eines geriatrischen Assistenzarztes

Gerald Poglitsch\*

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

8:00 Uhr: Morgenbesprechung. Drei Neuaufnahmen – Sturz mit Schenkelhalsfraktur, Delir bei Harnwegsinfekt, Exazerbation einer Herzinsuffizienz. Klingt vertraut. Ist es nie. Dieser Vortrag nimmt das Publikum mit durch einen typischen Arbeitstag eines geriatrischen Assistenzarztes. Zwischen Visite, Angehörigengespräch, interdisziplinärer Teambesprechung mit Physio-, Ergo- und Logotherapie sowie Medikationsanpassung zeigt sich die besondere Dynamik des Fachs: Hier entscheidet nicht nur das Labor, sondern die Gehstrecke. Nicht nur der Echo-Befund, sondern die Alltagskompetenz. Anhand konkreter Situationen wird illustriert, wie komplexe Multimorbidität strukturiert erfasst, Therapien priorisiert und Behandlungsziele gemeinsam definiert werden. Die Geriatrie verbindet Akutmedizin mit Rehabilitationsgedanken, Palliativkompetenz mit Präventionsansatz – und stellt dabei konsequent die Frage: Was ist für diesen Menschen jetzt sinnvoll? Ein Tag in der Geriatrie ist selten spektakulär – aber immer bedeutsam. Und genau darin liegt ihre Stärke.

# Autorenverzeichnis

## A

Adamcik, Tanja P06-02, P08-02  
 Aigner, Cordula P04-01  
 Aigner-Walder, Birgit FV-02  
 Alber, Hannes 04  
 Aletaha, Daniel 26  
 Almbauer, Lisa-Theresa P01-04  
 Archan, Tamara FV-10  
 Ausserhofer, Dietmar FV-15

## B

Bachmann, Stefan 22  
 Baus, Michelle FV-08  
 Beck, Beatrice FV-13  
 Beck, Sacha 31  
 Berger, Gerlinde P01-03  
 Berger, Patrick 36  
 Birke, Julia 58  
 Boulgaropoulos, Beate 66, 67  
 Buschenreithner, Sophie 51

## C

Capatu, Matei P03-02, P08-03  
 Cernic, Karl 62  
 Cetic, Maja FV-14  
 Corbia, Luca 09

## D

Denkinger, Michael P01-06, 09, 41  
 Depner, Anamaria 52  
 Dohr, Sandra 49  
 Dorner, Thomas E. P01-07, P03-02,  
 P07-01, P08-03, 16  
 Dovjak, Peter 39, 66  
 Dressler-Stross, Stefan P02-02  
 Drexler, Antonia 49  
 Dullnig-Pichler, Christine FV-02, FV-14

## E

Erlacher, Kerstin 32

## F

Falgenhauer, Markus 48  
 Falkenstein, Thomas 56  
 Faltermayr, Nina P07-02  
 Fasching, Peter 66, 67  
 Fastl, Christina P01-07, P07-01  
 Feichtner, Franz 64, 66, 67  
 Flamm, Maria FV-15  
 Freiburger, Ellen 18  
 Friedrich, Danijela P03-02  
 Frohnhofen, Helmut FV-16, 47, 54

## G

Gabauer, Angelika 58  
 Gallistl, Vera 14  
 Gerhart, Barbara P03-02

Goldgruber, Judith 49  
 Gosch, Markus FV-11, FV-17, 61  
 Graier, Romina Marie FV-14  
 Gregor, Freystätter 21  
 Grünwald, Erich FV-07  
 Gutheil, Julian 66, 67  
 Göbel, Bettina 66, 67

## H

Haas, Willi P01-07, 55  
 Haider, Sandra P07-01  
 Halbmayr-Kubicsek, Ursula FV-09  
 Heimerl, Katharina P02-02, 37  
 Heppner, Hans Jürgen P01-01, P01-02, 59, 63  
 Herndl, Christina FV-13  
 Hintersteiner-Stadler, Doris 35  
 Hofer, Lisa 37  
 Honegger, Martina 11  
 Hopf, Stefan 57  
 Hornegger, Alexander FV-07  
 Huber, Joakim 67  
 Hämmerle, Dalia 48  
 Hülür, Gizem 13

## I

Iglseider, Bernhard FV-15, 66, 67

## J

Javorszky, Susanne Maria 08, 45  
 Jesgarz, Laura P07-02

## K

Kada, Olivia P02-01  
 Kainradl, Anna-Christina P02-03  
 Karrer, Melanie FV-09  
 Karsten, Felix FV-04, FV-07  
 Kevdzija, Maja P02-02, 37  
 Kolland, Franz 51  
 Kontrus, Victoria 57  
 Kovalevska, Kateryna 03  
 Kribernegg, Ulla P02-03  
 Krutter, Simon FV-15  
 Kuso, Stefanie P06-02  
 Kutschar, Patrick FV-15  
 Köttl, Hanna 15  
 Kümpfel, Klara 53  
 Küster, Lukas P06-02

## L

Laufenberg, von, Roger 14  
 Laumert, Henrik FV-12  
 Lehner, Katrin 14, 52  
 Lehner, Johann FV-13  
 Leinert, Christoph P01-06  
 Leitner, Manuel P01-04  
 Lesnik, Tanja P02-01  
 Likar, Rudolf 05, 33

Linke, Julia FV-13  
 Lücke, Eva 15  
 Lühmann, Dagmar FV-05

## M

Mairhofer, Sigrid P07-02  
 Margot-Cattin, Isabel P02-02, 01  
 Mattersberger, Markus P03-02  
 Maurer, Elke P01-05  
 Mayer, Hanna 56  
 Mayr-Pirker, Brigitte 46  
 Memmer, Nicole 12  
 Metzenbauer, Daniela FV-10  
 Meyer, Alexa P01-03  
 Mikula, Iva P01-02  
 Mikula, Pavol P01-01, P01-02, 25  
 Morgenthaler, Thomas P02-02  
 Moser, Birgit P02-02, 37  
 Moser-Siegmeth, Verena FV-10  
 Mrak, Peter 10, 64, 66, 67  
 Muzzana, Chiara FV-15  
 Möllmann, FV-16  
 Henriette-Sophie  
 Müller, Ernst Josef 02  
 Müller, Walter 67  
 Müller-Eggenberger, Eva 30  
 Münzer, Thomas 23

## N

Niehaus, Mathilde P02-04  
 Nikitin, Jana 06, 13

## O

Oberzaucher, Johannes 50

## P

Perchtaler, Manuela FV-02  
 Pertinatsch, Christoph 19  
 Piccoliori, Giuliano FV-15  
 Pichler, Barbara P02-02, 37  
 Pinter, Daniela Theresia P01-04  
 Pinter, Georg 62, 65, 67  
 Pirig, Joy 53  
 Pleschberger, Sabine 44  
 Plunger, Petra P06-01, P06-02  
 Pohl, Lukas P03-02  
 Pojer, Andrea 34  
 Prazak-Aram, Barbara P06-02  
 Preiner, Barbara P06-01  
 Prinz, Ursula P06-02  
 Prytek, Beata FV-10  
 Putz, Peter 48  
 Putz, Stephanie FV-02

## Q

Quilling, Eike FV-08

## Abstracts

### R

Ramel, Alfons	<i>FV-03, P03-01, P08-01</i>
Redlberger-Fritz, Monika	28
Reitinger, Elisabeth	P02-02, P08-02
Rettinger, Lena	48
Richter, Lukas	36
Riedlinger, Isabelle	P07-02
Ristl, Christina	06, 13
Rohrauer-Näf, Gerlinde	P06-01, P06-02
Rudorfer, Eva-Maria	FV-10
Ruffini, Ingrid	FV-15
Runge, Julia	48
Rupprecht, Fiona	06

### S

Sacic, Lejla	65
Scherer, Martin	FV-05
Schippinger, Walter	P01-04
Schlomann, Anna	12
Schmidt, Dieter Michael	<i>P05-01</i>
Schmidt, Simon	43
Schmitz, Alina	FV-12
Schubert, Anna-Lena	12
Schwann, Yannick	50
Schäfer, Ingmar	FV-05
Seeber, Lena	<i>FV-11, FV-17</i>
Sidiropulu-Janku, Katerina	50
Simanek, Ralph	17
Simm, Andreas	07, 60
Smedemark, Siri Aas	42
Smeikal, Michael	24
Snijder-Steinilber, Meike	12
Staufenbiel, Kathrin	P02-04
Stein, K. Viktoria	P01-07, P07-01
Steinacher, Lukas	41
Steinbruckner, Daniela	FV-07
Steinlechner, Rebekka	51
Stenmanns, Carla	<i>FV-16, 47, 47, 54, 54</i>
Strotzka, Stefan	<i>FV-01</i>
Ströckl, Daniela Elisabeth	FV-14
Sturtzel, Baerbel	<i>P01-03</i>
Stöckl, Andrea	20
Stöckl, Anita	P01-04
Swietalski, Ireneusz	FV-10

### T

Tajdar, Daniel	<i>FV-05</i>
Tatzer-Hanten, Verena	P02-02, 37
Teutsch, Friedrich	P06-02
Titze, Sylvia	P07-01
Tollmann, Patricia	FV-08
Truskaller, Thomas	65
Tuna, Suzana	FV-10

### U

Unsel, Matthias	P01-03, 24
-----------------	------------

### V

Verbeek, Julia	<i>P03-02</i>
Verri, Filippo Maria	<i>P01-06, 09, 41</i>

### W

Wagner, Angelika	27
Wagner-Skacel, Jolana	P01-04
Wahl, Hans-Werner	12
Waldherr, Karin	P06-02
Walentiny, Patricia	30
Wallner, Markus	38
Walter, Petra	FV-10
Wastian, Anna	P01-04
Weinberger, Birgit	29
Wenkstetten-Holub, Alfa	67
Werner, Franz	48
Westphal, Juliane	FV-05
Wirnsberger, Gerhard	40
Wirries, Svenja	<i>FV-06</i>
Wirth, Marion	P03-02
Wocheslander, Sandra	FV-11, FV-17

### Z

Zeilinger, Elisabeth	P01-03
Zettl-Wiedner, Karin	P01-03
Zografou, Eleni	FV-14

**Verlag/Hersteller:** Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, ProductSafety@springernature.com (Betriebsstätte Heidelberg: Springer Medizin Verlag GmbH, Europaplatz 3, 69115 Heidelberg; Tel. +49 6221/487-0) www.springermedizin.de  
**Geschäftsführung:** Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge  
**Director Journals & ePublishing:** Dr. Paul Herrmann (v. i. S. d. P.)  
**Head of Journals & ePublishing 2:** Dr. Jürgen Meyer zu Tittingdorf  
**Director Editorial Processes:** Dr. Frank Sommerauer  
**Head of Educational Publishing:** Martina Siedler  
**Managing Editor „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“:** Susanne Denskus, Tel. -8819, susanne.denskus@springer.com  
**Project Coordinator:** Saskia Hofer, saskia.hofer@springernature.com  
**Gesamtleitung Corporate Publishing:** Ulrike Hafner (Adressdaten jeweils wie Betriebsstätte Heidelberg)  
**Anzeigen:** Jens Dessin (Leitung Sales & Advertising); Ariane Kabbedijk, ariane.kabbedijk@springer.com, Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Tel. +49 30/82787-5397, www.mediadaten.springermedizin.de  
**Druck:** Wilco B.V., Vanadiumweg 9, NL-3812 PX Amersfoort. Printed in The Netherlands  
**Erscheinungsweise:** Die „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ erscheint 8-mal jährlich. 8 Hefte bilden einen Band.  
**Papierausgabe:** ISSN 0948-6704, gedruckt auf säurefreiem Papier.  
**Elektr. Ausgabe:** ISSN 1435-1269, Titel-Nr. 391. CODEN: ZGGEFQ.  
 Die elektronische Version finden Sie unter www.springermedizin.de/zgg. Hinsichtlich der aktuellen Version eines Beitrags prüfen Sie bitte immer die Online-Version der Publikation.  
**Online Version:** Abonnenten der Print-Ausgabe können sich unter <http://springerlink.com/content/1435-1269> für einen kostenlosen Online-Zugang registrieren.  
**Produktsicherheit:** Bei Fragen zur Produktsicherheit wenden Sie sich bitte an ProductSafety@springernature.com  
**Eigentümer & Copyright:** © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2026.  
 Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
 Für die in dieser Zeitschrift als Sonderteil enthaltenen Mitteilungen der DGG, DGGG, ÖGGG und des BV Geriatrie sind die Springer-Verlag GmbH und die oben angegebenen Personen nicht verantwortlich. Die diesbezüglichen Verantwortlichkeiten ergeben sich aus dem gesonderten Impressum in den Mitteilungen der DGG, DGGG, ÖGGG und des BV Geriatrie.  
 Die Nutzung der Inhalte für Text- und Data-Mining ist ausdrücklich vorbehalten. Text- und Data-Mining ist daher nur insoweit zulässig, als dies durch eine ausdrückliche vertragliche oder gesetzliche Regelung gestattet ist.  
**Preis für ein Individualabonnement inkl. Online-Basis-Lizenz 2026:** (8 Hefte) EUR 313,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 50,-).  
**Einzelheftpreis 2026:** EUR 49,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten.  
**Für Studierende und für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung 2026:** (8 Hefte) EUR 187,80 (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Nachweis über Studium/Ausbildung erforderlich).  
**Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2026:** (8 Hefte) EUR 1608,- (unverb. Preisempfehlung zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten, Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 50,-). Der Bezugspreis ist im Voraus zu zahlen.  
 Das Abonnement kann bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums gekündigt werden.  
**Gesellschaftspreise:** Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG) können die Zeitschrift zu einem Sonderpreis bestellen. Auskunft erteilen die Geschäftsstellen.

## Kontakt

**Haben Sie Fragen, Anmerkungen, Lob oder Kritik?  
So erreichen Sie den Verlag:**

**Fragen zum Abonnement / Adressänderungen / Online-Zugang**  
 Springer Nature Customer Service Center GmbH  
 Europaplatz 3, 69115 Heidelberg  
 Tel.: +49 (0)6221/345-4303, Fax: +49 (0)6221/345-4229,  
 Montag bis Freitag, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr  
 E-Mail: [Leserservice@springernature.com](mailto:Leserservice@springernature.com)

**Wichtiger Hinweis:** Zeitschriften werden nicht automatisch im Rahmen eines Nachsendeantrags berücksichtigt.  
 Bitte informieren Sie unseren Kundenservice daher frühzeitig über Adressänderungen.

## Redaktion Springer Medizin Verlag:

Susanne Denskus  
 Springer Medizin Verlag GmbH  
 Europaplatz 3, 69115 Heidelberg  
 Tel.: +49 (0)6221/487-8819,  
 E-Mail: [susanne.denskus@springernature.com](mailto:susanne.denskus@springernature.com)

**Bestellungen oder Rückfragen** nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.  
**Springer Customer Service Center GmbH**, Europaplatz 3, 69115 Heidelberg,  
 Tel. +49 6221/345-4303, Fax +496221/345-4229, [Leserservice@springer.com](mailto:Leserservice@springer.com)  
 (Mo.–Fr. 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr)

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der BV Geriatrie tragen keine Verantwortung für namentlich gekennzeichnete Beiträge und für sämtliche Anzeigen innerhalb der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“. Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben die Meinung des Verfassers wieder und stehen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung.

**Autorinnen und Autoren** können unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopiertantiemen teilnehmen. Einzelheiten bei VG WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München.

**Angaben über Dosierungsanweisungen** und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

**Gendgerechte Sprache:** Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Die Verwendung einer angemessenen gendgerechten Sprache, um Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend anzusprechen, wird begrüßt.

**Leserbriefe:** Die Redaktion freut sich über Leserzuschriften zu Beiträgen dieser Zeitschrift. Leserbriefe sind in keinem Fall Tatsachenberichte oder Meinungsäußerungen der Redaktion. Es besteht kein Anspruch auf eine Veröffentlichung eines Leserbriefs, die Redaktion behält sich das Recht der sinnwahren Kürzung vor. Im Falle einer Veröffentlichung darf der Leserbrief unter Angabe von Vor- und Nachname, Position und/oder Wohnort der Verfasserin/des Verfassers in allen Ausgaben und auf allen Verbreitungswegen gedruckt sowie digital veröffentlicht werden.

**Review** Alle Artikel der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ unterliegen einem Reviewprozess.

## Erklärung von Helsinki

Alle eingereichten Manuskripte, die Ergebnisse von Studien an Probanden oder Patienten enthalten, müssen den ethischen Standards der Erklärung von Helsinki entsprechen.

## Für Autoren · Instructions for Authors

Unsere ausführlichen Autorenleitfäden und Musterbeiträge finden Sie online unter „Hinweise für Autoren“ auf / Author guidelines are available at: [www.zgg.springer.de](http://www.zgg.springer.de)



## Manuskripteinreichung / Online Manuscript Submission:

Bitte reichen Sie Ihr Manuskript online ein unter [www.zgg.springer.de](http://www.zgg.springer.de) (Online einreichen) oder unter [www.editorialmanager.com/zfgg](http://www.editorialmanager.com/zfgg)

## Kontakt:

Redaktion Editorial Manager  
 Elisabeth Althaus  
 Tel. (0)212/23386-04/-02  
 E-Mail: [elisabeth.althaus@springer.com](mailto:elisabeth.althaus@springer.com)