Abschlussbericht und Kurzbericht zum Konferenzprojekt „Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung“

Datum der Veranstaltung: Donnerstag, 24.10.2019, Berlin, Repräsentanz der Robert-Bosch-Stiftung

Gefördert mit Mitteln des BMG, ZMVI1-2519ZPK736; Zuwendungsbescheid v. 01.07.2019, Laufzeit: 15.06.2019 – 29.02.2020; Fördersumme: 15.530,00 EUR

Projektnehmer:
Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg (Mittelempfänger), Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Tel. 06221-548127, wahl@nar.uni-heidelberg.de

in Kooperation mit
Dr. Klaus Pfeiffer, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Prof. Dr. med. Jürgen Bauer, Universität Heidelberg
Prof. Dr. med. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Juni 2020

Inhalt

Zusammenfassung 3
Einleitung 4
Durchführung – Arbeits- und Zeitplan 9
Ergebnisse 10
Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung 14
Gender Mainstreaming Aspekte 18
Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit 18
Publikationsverzeichnis 18
Zahlenmäßiger Verwendungsnachweis 21
Kurzbericht 22
Anhang 24
Anhang 1: Programm der Konferenz 25
Anlage 2: Steckbrief – Referentinnen und Referenten 27
Anhang 3: Evaluation direkt nach der Konferenz 30
Anhang 4: Nachbefragung 4 Wochen nach der Konferenz 32
Anhang 5: Nachbefragung 6 Monate nach der Konferenz 33
Anhang 6: Presseerklärung unmittelbar vor der Konferenz 37
Anhang 7: Zahlenmäßiger Nachweis zu Projektausgaben 37

Zusammenfassung

In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich in der internationalen gerontologisch-geriatrischen Forschung und Versorgungslandschaft auch verhaltensbezogene Interventionen erfolgversprechend als wichtige Komponente in Bezug auf ältere Menschen etabliert. Verhaltensbezogene Interventionen streben an, mit nicht-pharmakologischen oder sonstigen medizinischen Behandlungen Verhalten nachhaltig zu verändern. Dabei können neben dem (älteren) Patienten auch Kontexte (z.B. professionelle Pflegekräfte, pflegende Angehörige, Wohnumwelt) zum Interventionsgegenstand werden. Verhaltensbezogene Interventionen werden jedoch in der Regelversorgung älterer Menschen bislang lediglich punktuell aufgegriffen. Aus diesem Grund verfolgte die Konferenz folgende Ziele: (1) Es sollte ein Beitrag zur möglichst langen Aufrechterhaltung einer möglichst hohen Gesundheit sowie zur Verringerung bzw. Prolongierung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Alter geleistet werden. (2) Dabei sollte der Schwerpunkt auf bislang im Versorgungssystem stark vernachlässigten verhaltensbezogenen Interventionen liegen. (3) Es sollten förderliche Faktoren als auch Barrieren bisheriger Translations- und Implementierungsaktivitäten im Hinblick auf verhaltensbezogene Interventionen identifiziert und diskutiert werden. (4) Es sollten neben interessierten Wissenschaftler/innen primär politische Akteure, Krankenkassen / Pflegekassen, aber auch Verbände mit Bedeutung für Seniorinnen und Senioren, Kommunen, Akteure in der Pflege sowie Seniorenorganisationen angesprochen werden.

Die Konferenz fand am 24.10.2019 in der Repräsentanz der Robert-Bosch-Stiftung in Berlin in einem ganztägigen Format statt. Insgesamt nahmen 81 Personen an der Konferenz teil, die sich wie folgt verteilten: Aktiv Beitragende (16; davon 12 Wissenschaftler/innen, 4 Stakeholder aus den Bereichen Krankenkassen und Politik); 66 Konferenzteilnehmer (davon 30 Wissenschaftler/innen, 21Stakeholder, 9 Praktiker/innen, 6 Sonstige). Es konnte ein sehr hochwertiges Panel an Beitragenden für die Konferenz gewonnen werden.

Die Veranstaltung verlief sehr erfolgreich. Zum Ersten zeigte sich, dass die heute vorhandene unterstützende Evidenz im Hinblick auf verhaltensbezogene Interventionen durchaus gut ist, so dass umso mehr verwundert, warum diese in der deutschen Versorgungspraxis keine bedeutsame und nachhaltige Rolle spielen. Zweitens erbrachte die Konferenz eine Reihe von Einsichten, welche den zukünftig vermehrten Einsatz von verhaltensbezogenen Interventionen in der Versorgung von älteren Menschen unterstützen können. Diese sind sicherlich differentiell je nach Interventionsform zu sehen (z.B. bei Psychotherapie anders als bei Sturzpräventionsprogrammen). Drittens unterstützen drei Zyklen von Evaluationen bzw. Nachbefragungen (direkt nach Konferenz, 4 Wochen später, 6 Monate später) der Teilnehmer/innen insgesamt eine positive Bewertung der Veranstaltung. Die Empfehlung einer fortsetzenden Veranstaltung kam einhellig in den eingegangenen Rückmeldungen zum Ausdruck. Gleichzeitig wurden Vorschläge unterbreitet, welches Format dabei am aussichtsreichsten erscheint.

Einleitung[1]

Ausgangslage. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation vor und bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gehören zu den wichtigsten gesundheitlich-funktionalen Versorgungszielen einer stark alternden Gesellschaft wie der deutschen. In diesem Zusammenhang ist vor allem auf rezente demografisch-epidemiologische Analysen hinzuweisen, die Anlass zur Sorge, aber auch zur Hoffnung geben. Es besteht heute weitgehende Einigkeit in der Bewertung der durchaus komplexen internationalen Datenlage zum Verlauf von Lebenserwartung und gesunder Lebenserwartung über die Lebensspanne und im Alter. In einer der weltweit größten Studien haben Salomon et al. (2012) am Beispiel von Daten aus 187 Ländern zeigen können, dass im Zuge des weiteren Anstiegs der Lebenserwartung bei Geburt bzw. auch im Alter von (z.B.) 65 Jahren sowohl die Länge des relativen Anteils der gesunden als auch die Länge des relativen Anteils der „ungesunden" bzw. inaktiven, von Pflegebedürftigkeitsvarianten gekennzeichneten Lebenserwartung ansteigen. Wir leben und altern immer länger, sind aber auch mit immer länger werdenden Anteilen an Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, vor allem jenseits von 80-85 Jahren, konfrontiert. Des Weiteren liegen neueste anspruchsvolle Analysen von globalen Studien / Daten vor, die zeigen, dass der relative Anstieg an gesunder Lebenserwartung nicht von einer weitergehenden Veränderung der Altersstruktur „aufgefressen" wird (Chang et al., 2019). Auswertungen des Deutschen Alterssurvey wiederum unterstreichen, dass sich durchaus hoffnungsvolle Trends über Kohorten hinweg bei älteren Menschen in Deutschland beobachten lassen, jedoch nicht bei Menschen im mittleren Alter, bei den sich Gesundheit und Funktionalität von 1996 bis 2014 eher verschlechtert haben (Wolff et al., 2017). Insgesamt ist somit Pflegebedürftigkeit im späten Leben durchaus auch ein „plastisches" Phänomen, das bereits genutzte Gestaltungspotenziale besitzt. Es gilt aber, alles dafür zu tun, dass diese Gestaltungspotenziale zukünftig in noch stärkerem Maße und vor allem in die breite Fläche gehend genutzt werden (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d, Abs. 3, SGB V; WHO, 2015, 2017).

Verhaltensbezogene Interventionen streben an, mit nicht-pharmakologischen oder sonstigen medizinischen Behandlungen Verhalten nachhaltig zu verändern. Dabei können neben dem (älteren) Patienten auch Kontexte (z.B. professionelle Pflegekräfte, pflegende Angehörige, Wohnumwelt) zum Interventionsgegenstand werden. Verhaltensbezogene Interventionen haben sich vor allem in den zurückliegenden 25 Jahren in der internationalen Alternsliteratur reichhaltig entwickelt (z.B. Gitlin & Czaja, 2016; Kruse, 2007; Wahl et al., 2012). Zu ihnen zählen vor allem Sturzpräventionsprogramme, körperliche Bewegungsprogramme, Versorgungsangebote für pflegende Angehörige, kognitive Trainings, Ernährungsinterventionen, psychosoziale Beratungsangebote, Psychotherapie, Wohnanpassung und zunehmend auch technische Assistenzsysteme bis hin zu Robotik und internetgestützten Gesundheits- und Trainingsangeboten. Zielgruppen dieser Interventionen sind „normal" alternde Ältere (vor allem im

[1] Wir danken Frau Nacera Belala für überaus hilfreiche Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts.

Sinne von primärer Prävention), an Demenz erkrankte ältere Menschen, ältere Menschen mit motorischen und sensorischen Beeinträchtigungen oder psychosozialen Versorgungsbedarfen, aber auch pflegende Angehörige und professionell Pflegende.

Besonders bedeutsam für die von uns vorgeschlagene Konferenz ist, dass sich zwischenzeitlich eine recht umfassende Evaluationsliteratur zu verhaltensbezogenen Interventionen bei älteren Menschen aufgebaut hat, die zumindest in bedeutsamen Teilen hohen methodischen Standards entspricht und die Wirksamkeit verhaltensbezogener Interventionen bei alten Menschen unterstreicht. Auch liegen zunehmend Befunde und Erfahrungen zur Implementierung von verhaltensbezogenen Interventionen in alltäglichen Versorgungswelten und kommunalen Kontexten vor (z.B. Klein et al., 2016; Wahl & Diehl, 2016).

Dabei haben sich verhaltensbezogene Interventionen im Hinblick auf die direkte und indirekte Prävention, Prolongierung und bestmögliche Gestaltung von Pflegebedürftigkeit im Alter als wirksam erwiesen. Auch besitzen verhaltensbezogene Interventionen große Potenziale im Bereich der Rehabilitation, z.B. bei der Stabilisierung von Mobilität, bei der Förderung psychosozialer Kompetenzen oder in Gestalt von *Exoskeletons* zur Unterstützung von Bewegung nach Schlaganfall.

Vor diesem Hintergrund ging unsere Konferenz von einem von der Person getriebenen Modell von dauerhaften funktionalen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit aus (Wahl & Kruse, 2012; Abbildung 1). Dabei werden, ähnlich wie bei verhaltensbezogenen Interventionen, auch Kontextbedingungen wie die materielle Umwelt oder Unterstützungsressourcen als sehr bedeutsam betrachtet.

Direkte Effekte im Sinne des langfristigen Erhalts von Selbständigkeit in basalen Alltagsaktivitäten (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) im hohen Alter sind in starkem Maße an körperliche Aktivität im gesamten Lebenslauf, vor allem aber im mittleren Lebensalter gebunden. Beispielsweise liegen Befunde vor, die zeigen, dass körperlich aktivere ältere Menschen über einen Zeitraum von 3 Jahren hinweg weniger starke Verluste in ADL und IADL zeigten, was wiederum in einem der besten Trials der letzten Jahre, der FINGER Studie, bestätigt werden konnte (Ngandu et al., 2015). Weiterhin hat sich in dem bislang besten Trial zu kognitivem Training, der sog. ACTIVE Studie, ergeben, dass die Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit vor allem „on the long run“ (10 Jahres-Follow-up) auch mit höherer Stabilität in ADL verbunden ist (Willis et al., 2006). Effektive Sturzpräventionsprogramme führen nicht nur zu einer Verringerung von Stürzen im hohen Alter, sondern sie reduzieren damit auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit als Folge eines Sturzes bzw. das Risiko einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit, etwa bei Heimbewohnern (Becker & Rapp, 2010), nach einem Sturz. Auch wirken sich systematische Wohnraumanpassungen förderlich auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit aus (Gitlin et al., 2016; Wahl et al. 2009).

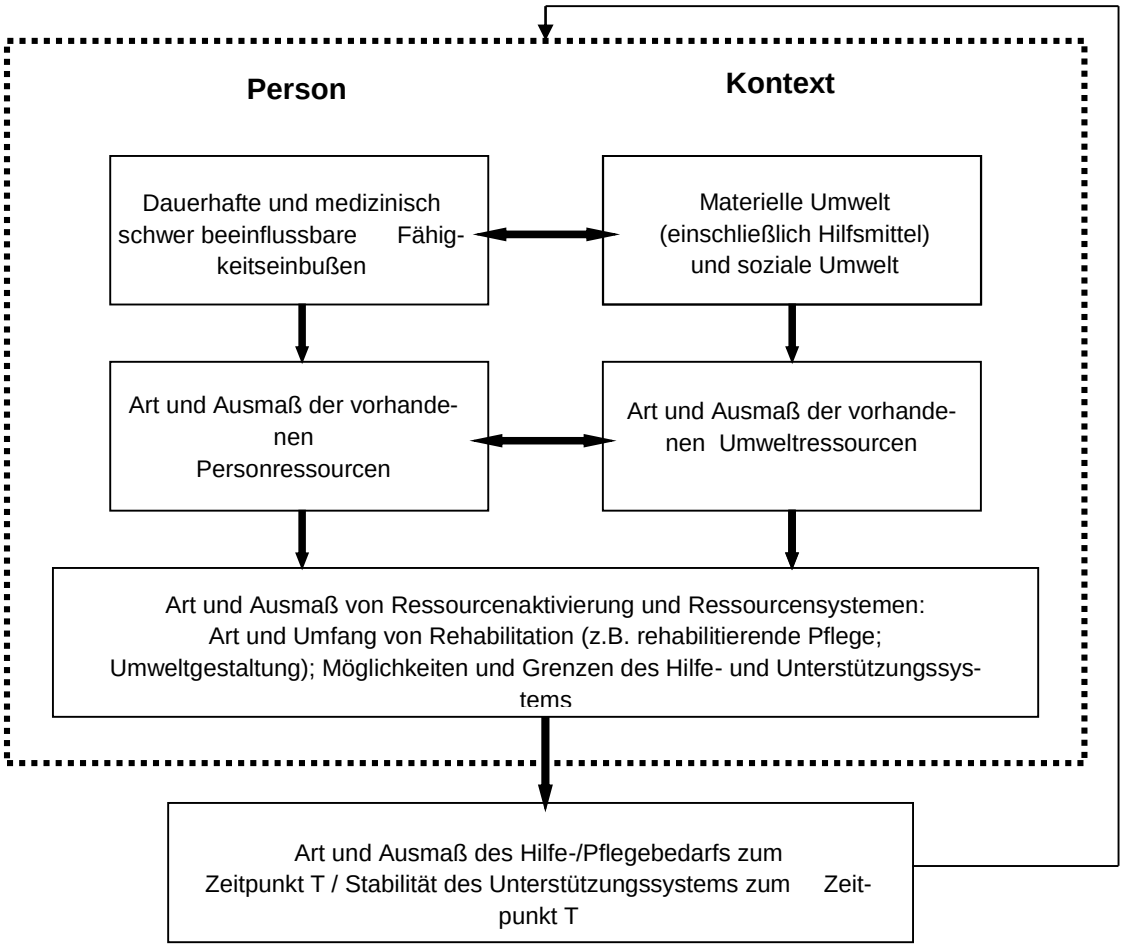


Abbildung 1: Ein allgemeines Modell von Pflegebedürftigkeit – Ableitung von Ansatzpunkten für verhaltensbezogene Interventionen (Wahl & Kruse, 2012, S. 195).

Indirekte Effekte im Sinne einer Prävention und Prolongierung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit ergeben sich beispielsweise auch durch erfolgreiche Psychotherapie von Depression. Einerseits ist die psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen mit Depression genau so effizient wie jene bei jüngeren Menschen (Zusammenschau meta-analytischer Befunde in Pinquart & Sörensen, 2015); andererseits ist Depression ein wichtiger Faktor für den Verlust von Selbständigkeit und die Entwicklung einer Demenz. Die optimale psychosoziale Versorgung und Anregung von an Demenz erkrankten älteren Menschen führt zu erhöhten positiven Emotionen, aber auch einer Verringerung von nicht-kognitiven Symptomen (z.B.: Schreien) (Livingston et al., 2014). Eine zielgenaue Versorgung von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken durch verhaltensbezogene Beratungs- und Management-Programme geht schließlich nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch zu höherer und längerer Stabilität der Pflegebeziehung (Beinart et al. 2012).

Ferner können schwer seh- oder hörbehinderte Ältere, es handelt sich hier immerhin um etwa 25% (Seheinschränkung) bzw. 50% (Höreinschränkung) der über 80-Jährigen, von psychosozialen Angeboten wie PST (Problem-Solving-Therapy) deutlich

profitieren (Wahl & Heyl, 2015). Sehbehinderte Ältere sind vor allem in ihrer Selbständigkeit in ADL und IADL gefährdet, hörbehinderte in erfolgreicher sozialer Kommunikation. So hier gibt es zwischenzeitlich substanzielle Evidenz, dass psychosozial angelegte „Self-Management“ Programme die Selbständigkeit erhöhen und depressive Symptome reduzieren (Systematisches Review der Literatur in Wahl & Heyl, 2015). Derartige Angebote sind in Deutschland bislang jedoch eher selten in der Routineversorgung sensorisch beeinträchtigter älterer Menschen angekommen und im Vergleich zu jungen Betroffenen deutlich unterentwickelt (Wahl & Heyl, 2015; Tesch-Römer & Wahl, 2012). Ein weiterer bedeutsamer Bereich für verhaltensbezogene Interventionen betrifft den professionellen Umgang mit den zunehmend älteren und häufig kognitiv eingeschränkten Patienten in Allgemeinkrankenhäusern (Scerri et al., 2017).

Randomisierte Studien haben zwischenzeitlich auch gezeigt, dass technische Systeme (z.B. Tablet-gestützte App im Projekt PRISM) mit Hilfe vielfältiger Anregung und sozialen Vernetzungsmöglichkeiten Einsamkeit bei alleinlebenden älteren Menschen signifikant reduzieren und soziale Unterstützung verstärken können (Czaja et al., 2017). Auch lassen sich alte (z.B. Telefon) und neue Kommunikationsmedien (z.B. Video-Konferenz) nutzen, um pflegenden Angehörigen effizient bei Belastungen zu helfen (Czaja et al., 2013; Pfeiffer et al., 2014). Auch finden sich zunehmend Meta-Analysen, die eine sozial aktivierende und eine selbständige Lebensführung unterstützende Rolle von robotergestützten Systemen bei älteren Menschen zeigen (z.B. Pu et al., 2018).

Auch liegen zunehmend Befunde vor, dass sich mit verhaltensbezogenen Interventionen Gesundheitskosten einsparen lassen, etwa wenn es um die Vermeidung von Stürzen (Heinrich et al., 2010) oder die Kosten einer psychosozialen Einflussnahme bei pflegenden Angehörigen geht (Albrecht et al., 2015).

Aus all diesen Befunden lässt sich ableiten, dass verhaltensbezogene Interventionen zukünftig sowohl als Prävention, Behandlungsunterstützung und vor allem auch in der Rehabilitation eine sehr bedeutsame Rolle spielen sollten.

Trotz diesem insgesamt sehr ermutigenden Bild an Evidenz sind doch auch Differenzierungen vorzunehmen. In einigen Bereichen (vor allem Sturzprävention für Menschen mit und ohne Pflegebedarf, körperliche Aktivität, Psychotherapie mit Älteren, verhaltensbezogene Interventionen bei pflegenden Angehörigen) liegt mittlerweile ein robustes Bild von überwiegend unterstützender Evidenz vor. Hier liegt die Herausforderung vor allem darin, diese Interventionen in die Flächenversorgung älterer Menschen zu implementieren. In anderen Bereichen ist die Forschung noch nicht ganz so weit gediehen, jedoch zeichnet sich ein sehr ermutigender Beitrag für Prävention und Rehabilitation mit einer wachsenden Evidenz ab. Hierzu zählen verhaltensbezogene Interventionen in Bezug auf Ernährung, die psychosoziale Arbeit mit Demenzkranken, Wohnraumanpassung, digitale Technologien wie Smart Home, Internetnutzung oder soziale bzw. pflegeorientierte Robotik, die Verbesserung der Situation von Demenzkranken im Akutkrankenhaus sowie die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen. Bei diesen Interventionen geht es häufig auch um den Einbezug von professionellen

Pflegekräften (z.B. im Umgang mit Demenzkranken auf einer Akutstation) oder anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie bei Wohnraumanpassung). Es ist davon auszugehen, dass derartige verhaltensbezogene Interventionen, z.B. robotische Unterstützungssysteme für pflegebedürftige Ältere und pflegende Angehörige, im zukünftigen Versorgungsmix auch eine wesentliche Rolle spielen werden.

Ziele der Konferenz. Das sehr bedeutsame Interventionssegment der verhaltensbezogenen Interventionen ist in Deutschland erst in Teilen in der Standardversorgung, die für große Gruppen von Älteren niederschwellig erreichbar ist, angekommen. Unsere Konferenz zielte deshalb darauf ab, einen ersten profunden Beitrag zur Verbesserung dieser Situation leisten. Die Konferenz verfolgte vier Ziele:

(1) Es sollte ein Beitrag zur möglichst langen Aufrechterhaltung einer möglichst hohen Gesundheit sowie zur Verringerung bzw. Prolongierung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Alter geleistet werden.

(2) Dabei sollte der Schwerpunkt auf bislang im Versorgungssystem stark vernachlässigten verhaltensbezogenen Interventionen liegen.

(3) Es sollten förderliche Faktoren als auch Barrieren bisheriger Translations- und Implementierungsaktivitäten im Hinblick auf verhaltensbezogene Interventionen identifiziert und diskutiert werden.

(4) Es sollten neben interessierten Wissenschaftler/innen primär politische Akteure, Krankenkassen / Pflegekassen, aber auch Verbände mit Bedeutung für Seniorinnen und Senioren, Kommunen, Akteure in der Pflege sowie Seniorenorganisationen angesprochen werden.

Projektverantwortliche. Für eine optimale Vorbereitung und Durchführung der Konferenz wurde ein Konsortium zusammengestellt, dass den Bereich der verhaltensbezogenen Interventionen für ältere Menschen aus der Sicht unterschiedlichen Disziplinen sehr gut repräsentierte: Herr Prof. Dr. Jürgen Bauer ist ärztlicher Direktor des Agaplesion/ Bethanienkrankenhauses der Universität Heidelberg. Neben seinen wissenschaftlichen Beiträgen etwa zur Bedeutung von Ernährung und der Vermeidung von *Frailty* ist er durch seine Funktionen z.B. als ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie auch sehr gut mit Akteuren und politischen Ebenen vernetzt. Herr Prof. Dr. Clemens Becker ist ärztlicher Direktor der Geriatrischen Abteilung des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart. Er hat außerordentlich bedeutsame Beiträge zu verhaltensbezogenen Interventionen, etwa in den Bereichen der Sturzprävention und bewegungswissenschaftlicher Interventionen geleistet. Herr Dr. Klaus Pfeiffer ist Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Seine sehr erfolgreichen Beiträge etwa zur psychosozialen Unterstützung von pflegenden Angehörigen haben national und international sehr viel Resonanz gefunden. Prof. Dr. Hans-Werner Wahl ist Psychologe, Gerontologe und Direktor des

Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg. Er ist vor allem mit Beiträgen zur Prävention im Bereich des normalen und erfolgreichen Alterns, aber auch zur psychosozialen Versorgung von sensorisch beeinträchtigten Älteren hervorgetreten. Ein weiteres Gebiet seines Wirkens ist Alter, Gesundheit und Digitalisierung. Herr Pfeiffer und Herr Wahl fungierten als primäre Antragsteller gegenüber dem BMG; die Fördermittel wurden bei Herrn Wahl, Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg, verwaltet.

Durchführung – Arbeits- und Zeitplan

Die Konferenz wurde als 1-tägige Veranstaltung am 24.10.2019 in der Repräsentanz der Robert-Bosch-Stiftung in Berlin, Französische Str. 32, 10117 Berlin, durchgeführt. Um die Außenwirkung der Konferenz so kraftvoll wie möglich zu gestalten, sollte ein sehr hochwertiges Panel für die Konferenz gewonnen werden.

Das endgültige Programm der Konferenz findet sich in **Anhang 1**. Hieraus lässt sich erkennen, dass dies genau wie geplant auch umgesetzt werden konnte. Die Konferenz gliederte sich in Vorträge begrenzter Länge (20 Min.), multiple Diskussions-Slots von 10 Minuten Länge sowie zwei Panel-Diskussionen. Es gelang, wie das Konferenzprogramm zeigt, eine hochkarätige Gruppe von Personen für Vorträge und Paneldiskussionsrunden einzubinden (siehe Kurzbeschreibung der Beitragenden in **Anhang 2**).

Für die Einführung in die Konferenz konnten wir den Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär A. Westerfellhaus gewinnen sowie Frau Prof. Dr. Dr. h.c. U. M. Lehr. Frau Prof. Lehr ist „die“ deutsche Gerontologin der ersten Stunde, und es traf sich ausgezeichnet, dass im Jahr 1979 ihr vielbeachtetes Buch „Interventionsgerontologie“ erschienen war (siehe Buchumschlag), weshalb wir unser Konferenzanliegen mit dem Slogan „40 Jahre Interventionsgerontologie“ verbinden konnten.

Zu Themenfeld 1 („Von der Effectiveness zur Routineversorgung“) am Vormittag gehörten Interventionen zur Sturzprävention und sicheren Bewegung, Psychotherapie und Unterstützung pflegender Angehöriger. Hier stand vor allem die Umsetzung in die Versorgungspraxis bei breit etablierter Wirksamkeit im Fokus. Dieser Teil wurde abgeschlossen mit einer Paneldiskussion („Wie lassen sich gesundheitsbezogene Interventionen besser in die Versorgung bringen?”) von 45 Min. Dauer, moderiert von

Dr. Eckhart Schnabel, Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes, Berlin. Dabei kamen Vertreter/innen von für die Implementierung von verhaltensbezogenen Interventionen relevante Akteursgruppen (Wissenschaft, Gesundheitspolitik, Kranken- und Pflegekassen) zu Wort.

In Themenfeld 2 („Weitere Interventionsansätze mit einer wachsenden Evidenz und ihre mögliche zukünftige Rolle in der Versorgung“) am Nachmittag standen die Bereiche Gesundheitskompetenz, Ernährungsverhalten, Interventionen bei an Demenz erkrankten Menschen sowie involvierte professionelle Pflegepersonen, Wohngestaltung sowie Nutzung von digitalen Technologien im Mittelpunkt. Hier ging es primär um die Sensibilisierung für weitere verhaltensbezogene Interventionen in der Zukunft, die den Weg zu einer breit aufgestellten Evidenz bereits erfolgreich begonnen haben. Dieser Teil der Konferenz wurde mit einem 60-minütigen Diskussionspanel 2 („Welchen Stellenwert sehen Gesundheitspolitik und gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für diese weiteren verhaltensbezogenen Interventionsansätze?) abgeschlossen, moderiert von Prof. Dr. Michel Wensing, stellvertretender Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg. In Panel vertreten waren Vertreter/innen von Wissenschaft, gesetzlicher Rahmenbedingungen (z.B. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des Präventionsgesetzes, Rehabilitation) sowie Kranken- und Pflegekassen. In diesem Panel wurde schließlich auch ein abschließender Blick in die Zukunft einer verstärkten Anwendung verhaltensbezogener Interventionen geworfen.

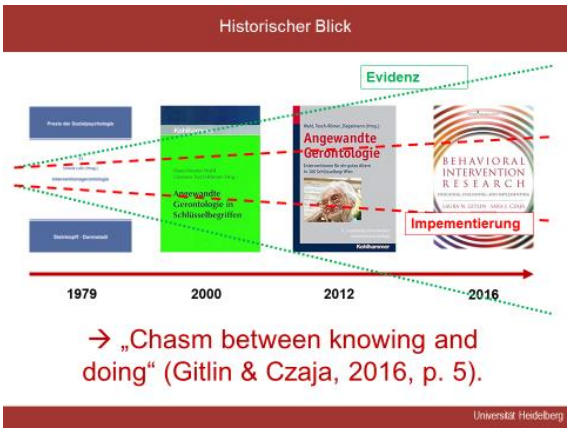
Ergebnisse

Insgesamt nahmen 81 Personen an der Konferenz teil, die sich wie folgt verteilten: Aktiv Beitragende (16; davon 12 Wissenschaftler/innen, 4 Stakeholder aus den Bereichen Krankenkassen und Politik); 66 Konferenzteilnehmer (davon 30 Wissenschaftler/innen, 21Stakeholder, 9 Praktiker/innen, 6 Sonstige).

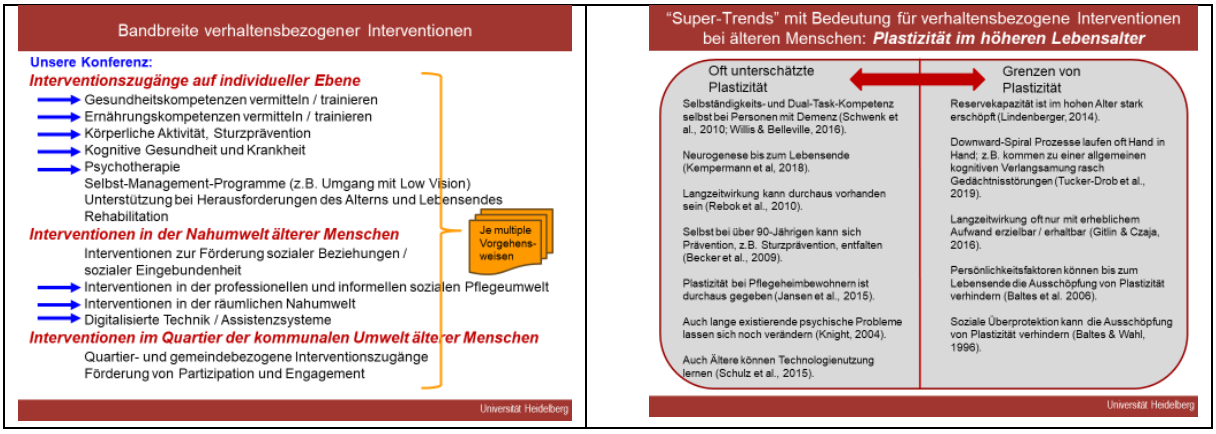
Aus unserer Sicht verlief die Veranstaltung sehr erfolgreich und erbrachte eine Reihe von zentralen Einsichten, welche den zukünftig vermehrten Einsatz von verhaltensbezogenen Interventionen in der Versorgung von älteren Menschen unterstützen können.

Dabei zeigte sich, dass die heute vorhandene unterstützende Evidenz im Hinblick auf verhaltensbezogene Interventionen durchaus gut ist, so dass umso mehr verwundert, warum diese in der deutschen Versorgungspraxis keine bedeutsame und nachhaltige Rolle spielen. Die meisten der gehaltenen Vorträge sind weiterhin auf der Konferenz-Homepage herunterladbar (https://www.nar.uni-heidelberg.de /veranstaltungen/sonstiges/konferenz.html).

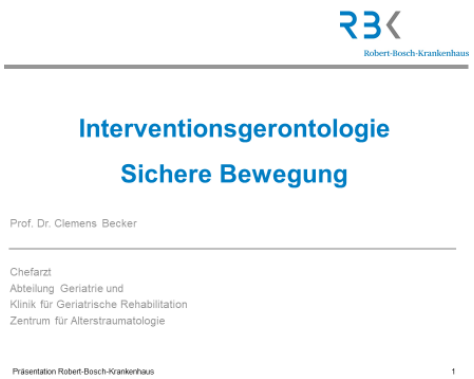
Der Einleitungsvortrag von Prof. Dr. Hans-Werner Wahl verwies vor allem auf das **Spannungsverhältnis zwischen vorhandener Evidenz und Implementierung**, das die gerontologische Interventionsforschung bereits sehr lange begleitet.



Wichtig ist, dass wir heute über eine Vielzahl von etablierten verhaltensbezogenen Interventionen für ältere Menschen, ihre Angehörigen und Professionelle verfügen. Gleichzeitig wissen wir, dass die **Plastizität älterer Menschen**, die ja zentral für den Erfolg von verhaltensbezogenen Interventionen ist, oftmals unterschätzt wird.



Ferner zeigte sich beispielsweise in der Präsentation von Herrn Prof. Dr. Clemens Becker, dass die Evidenz zu **Sturzpräventionsprogrammen** zwischenzeitlich als sehr gut zu bezeichnen ist (bedeutsame Förderung vor allem durch BMBF).



Auch sind in diesem Bereich Formen der Zusammenarbeit z.B. mit Krankenkassen (z.B. AOK) zwischenzeitlich gut etabliert. Für die Umsetzung hochbedeutsam sind gesetzliche und sonstige Rahmenbedingungen wie Leistungsgeschehen GKV / SPV (GBA), Präventionsgesetz, Präventionsleitfaden, Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) sowie BZgA. Zu beachten ist die große Heterogenität der Zielgruppe, z.B. Gesundheitsförderung (z.B. Babyboomer: 60+), Primärprävention (meist 70+), Sekundärprävention (meist 75-80+) sowie Rehabilitation nach Ereignis oder bei chronischer Erkrankung. Insgesamt werden positive Punkte (Safety und Efficacy Studien vorhanden und finanziert) sowie Barrieren (Prävention und Rehabilitation werden bislang unzureichend bedacht, Übertragung in bundes-/landesweite Versorgung/Versorgungsforschung nötig, Finanzierungsfragen oft ungeklärt) genannt.

In dem von Frau Prof. Dr. Susanne Zank dargestellten Bereich der **psychotherapeutischen Versorgung** steht einer heute guten Evidenz eine Situation der eklatanten psychotherapeutischen Unterversorgung älterer Menschen gegenüber.

Ein Grund könnte in weiter vorhandenen Altersstereotypen bei unterschiedlichen Akteuren (z.B. weiterüberweisende Allgemeinmedizinpraxis, bei Psychotherapeuten selbst) liegen. Die Finanzierungsrahmenbedingungen sind an sich vorhanden, wobei die Systemische Therapie zusätzlich in den Leistungskatalog aufgenommen werden wird (neben Verhaltenstherapie, Psychoanalyse).

Die Forschung zu **verhaltensbezogenen Interventionen bei pflegenden Angehörigen** ist zwischenzeitlich, wie der Vortrag von Dr. Klaus Pfeiffer zeigte, sehr stark angewachsen.

Die Evidenz ist konsistent unterstützend, jedoch sind die gefundenen Effektstärken durchweg begrenzt. Vor allem qualifizierte Moderatoren, welche bewährte Interventionsmodelle niederschwellig in die Fläche tragen, scheinen kritisch für einen Breitenerfolg dieser Interventionen zu sein.

Ferner erbrachte die Konferenz eine Reihe von Einsichten, welche den zukünftig vermehrten Einsatz von verhaltensbezogenen Interventionen in der Versorgung von älteren Menschen unterstützen können. Diese sind sicherlich differentiell je nach Interventionsform zu sehen (z.B. bei Psychotherapie anders als bei Sturzpräventionsprogrammen). So sind es beispielsweise bei Sturzpräventionsprogrammen vor allem gesetzliche Rahmenbedingungen (die wiederum für Leistungen der Krankenkassen maßgeblich sind) und fehlende Finanzierungsmodelle, welche eine Umsetzung erschweren. In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung sind die finanziellen Übernahmeleistungen an sich klar; und kommen, wenn gewollt, selbst im Pflegeheim etwas bei der Behandlung von Depressionen zum Zug (Projekt von Prof. Dr. Eva-Marie Kessler, Berlin). Barrieren sind demgegenüber eher ein gewisser Therapienihilismus („Das bringt doch nichts“) sowie die Senkung der Schwelle, die ältere Menschen bei ihrer Suche nach psychotherapeutischen Angeboten immer noch erleben. Auch müssen in der Ausbildung gerontologische Inhalte einen größeren Stellenwert gewinnen. In Bezug auf den Umgang mit Gesundheitsinformationen (Referat Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer) besteht ein Grundproblem darin, dass nach Studien ca. 66% der über 65-Jährigen Schwierigkeiten berichtet, diese vollständig zu verstehen (bei Erwachsenen insgesamt sind es 54%). Einrichtungen wie die Patientenuniversität MH Hannover sind hier als positive Beispiele herauszustellen. Herr Prof. Dr. Jürgen Bauer argumentierte, dass eine ausgewogene Ernährung ein Grundbestandteil guten Alterns sei, der dennoch in Modellen erfolgreichen Alterns oft keinen Widerhall findet. Ca. 5 bis 10% der älteren Menschen sind mangelernährt. Ein Ernährungs-Monitoring ist unabdingbar notwendig vor allem bei vulnerablen Populationen von älteren Menschen einschließlich von Demenzkranken. Prof. Dr. Dr. h.c. Kruse stellte die Bedeutung von verhaltensbezogenen Interventionen auch bei älteren Menschen mit Demenz heraus; das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (HILDE) ist ein vielversprechender Weg, dies in systematischer Form umzusetzen. Prof. Dr. Martina Schäufele zeigt in ihrem Beitrag vor allem die prekäre Situation von alten Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus auf. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz könnte hier einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Situation durch entsprechende Trainings von Pflegepersonal leisten. Die Potenziale einer aktiven Gestaltung des Wohnens und von Wohnraumanpassung wurden im Vortrag von Prof. Dr. Frank Oswald thematisiert. Die Datenlage in diesem Bereich ist noch begrenzt, jedoch ist in jedem Fall klar, dass es nicht nur um die sicherlich sehr wichtige gebaute Umwelt und deren Optimierung geht, sondern auch um gefühlsmäßige Aspekte wie Wohnverbundenheit und Gefühle von Heimat und Zuhause. Beides kommt in dem in den U.S. vielgebrauchten Konzept des „Aging in Place“ gut zum Ausdruck. Dr. Sibylle Meyer beleuchtete das Thema Alter, Digitalisierung und intelligente Technologien, dass derzeit ja besonders im Mittelpunkt steht und auch zum Gegenstand des Achten Altersberichts

der Bundesregierung geworden ist. Nach vielen Partialprojekten mit wenig Nachhaltigkeit und der nur begrenzten Umsetzung von entwickelten Prototypen bahnt sich nun in Deutschland eine Wende an, etwa indem sich Wohnungsbauunternehmen und Krankenkassen (z.B. Technikerkrankenkasse) nun zunehmend in größerem Stil engagieren, eine größere Zahl von technischen Umsetzungen (z.B. Smart Homes) mit wissenschaftlicher Evaluation zu beobachten sind und auch digital gestützte Quartiersnetzwerke ihre (ermutigenden) Ergebnisse vorlegen. Wahrscheinlich wäre in diesem Bereich zukünftig ein digitales Versorgungsgesetz sehr hilfreich.

Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Die Bewertung erfolgte in drei Zyklen von Evaluationen bzw. Nachbefragungen und zwar direkt nach Konferenz, 4 Wochen später, und 6 Monate später. An der Evaluation direkt nach der Konferenz (siehe **Anhang 3**) nahmen N = 19 Personen teil, die überwiegend der Wissenschaft entstammten (67%), gefolgt von Vertreter/innen der Politik und der Leistungserbringer. Die Qualität der Vorträge wurde insgesamt von 74% als „sehr gut“ und 26% als „gut“ bewertet. Die Qualität der Diskussion in Panel 1 am Ende des Vormittags bewerteten 32% mit „sehr gut“ und 47% mit „gut“. Panel 2 schnitt mit 36% „sehr gut“ und 57% „gut“ noch etwas besser ab. Als „ausreichend“ bewerte eine Person Panel 1; „mangelhaft“ wurde nicht vergeben. 50% bewerteten die zur Verfügung stehende Zeit als „ausreichend“, 50% als „zu knapp“. 68% stimmte der Aussage, dass sich die Konferenz gelohnt habe, zu; weitere 21% sagten „stimme eher zu“. 2 Personen sagten „teils-teils“. Für weitere Veranstaltungen zu verhaltensbezogenen Interventionen und der Verbesserung ihrer Implementierung wünschte sich eine Mehr ein Workshop-Format. Als wichtigste Akteure wurden Vertreter/innen von Politik, Krankenkassen und Wissenschaft angeführt. Der derzeit größte Handlungsbedarf wurde gesehen in fehlenden Kriterien für die Überführung von verhaltensbezogenen Interventionen in die Versorgung, mangelnde Vernetzung und fehlende Beratung.

An der sehr knapp gehaltenen Evaluation nach ca. 4 Wochen nach der Konferenz (siehe **Anhang 4**) nahmen N = 12 teil. 92% bejahten, dass Impulse der Konferenz in ihre Arbeit eingeflossen sind, wobei folgende Spezifizierungen als Freitext angegeben wurden:

- In die Konzeption von Lehrveranstaltungen (Bachelor: Entwicklungspsychologie im Erwachsenen für Bachelor Psychologie; Konzeption des Curriculums Master of Gerontology).
- Multiplikatoren Inhalte mitgeteilt, beim Aufsetzen von Studien-Ernährungsparameter berücksichtigen, Ernährungsberatung der Betroffenen nach Schlaganfall, Interventionen um Betroffene zur Mitarbeit zu bewegen durch persönliche Ansprache (wir benutzen die Informationsreihe Schlaganfall dazu).
- Ich nutze/verwerte die Eindrücke und Diskussionen der Tagung in einem Vortrag zu Techniknutzung im Alter (Chancen und Hürden).

- Bericht zur Konferenz in den Arbeitsgruppen des als Gesundheitsziele-prozess konzipierten Bündnis Gesund Älter werden(https://www.buendnis-gesund-aelter-werden.de/).
- Berücksichtigung von zu Grunde liegender Literatur beim Verfassen versch. Dokumente.

Dem Statement „Ich sehe heute, ca. 4 Wochen nach der Konferenz, deutlicher, wo überall verhaltensbezogene Interventionen wichtig für die Versorgung Älterer sind“ stimmten 50% zu. Die Aussage „Ich fände es wichtig, das Thema der verhaltensbezogenen Interventionen in weiteren Veranstaltungen zu vertiefen“ fand 100% Zustimmung.

Die nach ca. 6 Monate erfolgte Nachbefragung (siehe **Anhang 5**) zielt vor allem auf die Zukunft ab. Hier nahmen zwar leider nur N = 3 Personen teil, jedoch antworteten diese mit sehr differenzierten Hinweisen. Die wesentlichen Aussagen enthält die nachfolgende Aufstellung (siehe nächste Seite).

Insgesamt kann also von einer konsistent positiven Bewertung der Konferenz ausgegangen werden. Die Empfehlung einer fortsetzenden Veranstaltung kam einhellig in den eingegangenen Rückmeldungen zum Ausdruck. Gleichzeitig wurde eine Reihe von konkreten Vorschlägen unterbreitet, welches Format dabei am aussichtsreichsten erscheint. Dabei würde eine interdisziplinäre Veranstaltung mit Workshop-Charakter, aber auch mit deutlichen und klar umrissenen Zielen, etwa in Gestalt eines Ergebnisdokuments oder eines Memorandums wohl am meisten Sinn machen.

Teilnehmer/in A:	Teilnehmer/in B:	Teilnehmer/in C:
Ich finde die **Fortführung eines solchen Workshops durchaus lohnenswert und sinnvoll**, da dies - bspw. im Vergleich zu thematisch viel breiteren Konferenzen - die Personen und Akteur*innen versammelt, die konkret an ähnlichen Themen arbeiten (…). **Adressierung des wissenschaftlichen Nachwuchses:** Ich hatte letztes Jahr im Rahmen der Sektion III der DGGG einen Nachwuchsworkshop zum Thema longitudinale Daten mitveranstaltet, mit Schwerpunkt Surveydaten. Mein persönlicher Eindruck war, dass dann doch viele der Teilnehmenden Interventionsstudien im Rahmen ihrer Dissertation durchführen und insbesondere über den Austausch untereinander sehr dankbar waren, das waren v.a. bspw. praktische Hinweise wie Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen, Technikeinsatz oder (Weiter-)Finanzierung der Forschung (…). Daher ist meine Anregung, eine Plattform für den wissenschaftlichen Nachwuchs ebenfalls in nachfolgende Formate zu implementieren. Ich denke, Interesse wäre auf jeden Fall vorhanden.	**Ich befürworte eine wie von Ihnen vorgeschlagene Veranstaltung sehr.** Der Austausch und sich daraus ergebende Netzwerke sind Grundlage für Implementierung von Interventionen und auch gerade die Übernahme in die Regelversorgung oder auch die alternative Regelversorgung. Gerade die „Mischung“ der Teilnehmenden aus unterschiedlichen Bereichen fand ich sehr anregend. Einen Themenbereich für eine neue Veranstaltung zu nennen, fällt mir besonders schwer. Da ich alle in der Veranstaltung des letzten Jahres aufgegriffenen Themen als wichtig und auch vielversprechend hinsichtlich der Weiterentwicklung der Einführung in die Regelversorgung sehe. Im Falle der technischen Entwicklungen sind die **Schnittstellen** meiner Meinung nach eher zwischen Wissenschaft und Kassen(-verbänden) zu sehen. Z. B. verweist das BMG bei **Gesetzgebungsprozessen** bzw. der Überführung einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung auf den Innovationsfonds. In vielen Fällen ist das nicht unproblematisch. Die Einführung einer Versorgungsform ist hier immer mit einer Evaluation verbunden, bei der als Maßstab RCT gilt. Das und auch die Forderung nach „Innovation“ kann für bereits bestehende Konzepte, bei denen Evidenz vorliegt, jedoch „nur“ die Überleitung in die Regelversorgung fehlt, eine große Hürde darstellen. Mit einem wie von Ihnen vorgeschlagenen Workshop könnten weitergehende Diskussionen	**Macht eine solche Fortführung aus Ihrer Sicht Sinn? JA.** **Implementierungsforschung in der Gerontologie – Konzeptionelle Aspekte:** Was gibt es bereits in anderen Disziplinen? (Implementation Science [https://implementationscience.biomedcentral.com/], in Health Psychology oder Versorgungsforschung schon viel diskutiert) Was lässt sich auf die Interventionsgerontologie übertragen? In welchen Forschungsdesigns lässt sich die Implementierungsforschung in der Gerontologie fassen? Was ist das Spezifische an der Interventionsgerontologie (in Hinblick auf Entwicklung, Outcomes, Effizienz, Prozesse), wo generische Frameworks zu kurzfassen oder wo für spezifische Untersuchungsgruppen, Settings, Indikationen in der Gerontologie adaptiert werden muss. Welche Schnittstellen sind relevant? Welche Rollen spielt die Forschungsförderung? Rolle des Verhaltens in der verhaltensbezogenen Interventionsgerontologie – Verhalten versus Kontextinterventionen und warum ist trotzdem Verhalten elementar, wo Umwelt doch so relevant ist im Alter Welche **Schnittstellen** (z.B. zwischen Gesetzgeber, Kommunen, Kassen, Forschung, Berufsvertreter*innen) wären für Sie im genannten Themenbereich im Hinblick auf zukünftige Implementierungsschritte aus Ihrer Sicht von besonderer Bedeutung?

	angestoßen werden. Ich habe den Austausch als äußerst gewinnbringend empfunden. Wichtig an solchen Veranstaltungen ist ja auch immer die **Netzwerkbildung**, die durch die überschaubare Größe der Veranstaltung gerade auch in den Pausen möglich war. Eine **Einbindung der Akteure des Gesundheitswesens zu früher Stelle in Forschungen** kann für die spätere Einbindung in die Regelversorgung sicherlich förderlich sein. **Zur Rolle des wissenschaftlichen Nachweises** lehne ich mich mal weit aus dem Fenster und behaupte, dass eine Methodendiskussion fundamental wichtig ist und zwar in mehrfacher Hinsicht. Erstens ist „Evidenzbasiertheit" der Angebote einer Kasse durchaus wichtig, da ja mit Versichertengeldern gehaushaltet werden muss. Zweitens sind meiner Meinung nach die Methoden zu hinterfragen. Z. B. ist ein RCT nicht in allen Fällen die sinnvollste Methode, wird aber (nicht zuletzt von Nicht-Wissenschaftlern) als der Goldstandard gesetzt. Es muss auch ein Verständnis dafür vermittelt werden, dass es valide Methoden außerhalb der RCTs gibt und geben muss. Drittens genügt der beste wissenschaftliche Nachweis nicht, wenn nicht die Akteure (inkl. Leistungserbringer und -träger) von einer Intervention überzeugt sind.	Unbedingt, eine Zusammenfassung (Review) von existierenden Meinungen, Framework, Initiativen, auch anderer gerontologischer und nichtgerontologischer Fachgesellschaften wäre sinnvoll. Dies kann natürlich durch einen strukturierten offenen Fragebogen an die Workshopteilnehmer/innen im Vorhinein, wie in diesem hier als ersten Schritt geschehen, erfolgen. Fokusgruppen wären ja vielleicht bereits Teil des geplanten Workshops?! Daher vorher einzelne „Expert/innen" befragen, um eine Ausgangssituation zu schaffen sicher sinnvoll. Ich denke, ein **transdisziplinärer Workshop** mit 1. Eröffnungsvortrag, 2. Kleingruppen und 3. Plenum (je nach Anzahl der Teilnehmer/innen und Anzahl der Themen) könnte fruchtbar sein. Dafür wäre dann auch eine bestimmte Vorarbeit, wie oben beschrieben, gut. Ein konkretes Ziel (outcome) anzusteuern, wie Erarbeitung eines Konzeptpapers/ Konsensuspaper zur Implementierungsforschung in einer verhaltensbezogenen Interventionsgerontologie wäre sinnvoll. Dafür müsste der Workshop bereits die Struktur aufweisen, dass sich der Workshop als Paper abbilden lässt

Gender Mainstreaming Aspekte

Die zur Konferenz beitragenden Personen gehörten in relativ ausgeglichener Weise den Geschlechtern männlich und weiblich an (von 11 Vortragenden waren 5 weiblichen Geschlechts). In Panel 1 waren 2 von 5 Teilnehmern weiblich; in Panel 2 waren es 3 von 5.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Der Konferenz voraus ging eine breit verteilte Presseerklärung via Pressestelle der Universität Heidelberg voraus (siehe Anhang 2). Ein Planungsabendessen am Vorabend der Konferenz mit einem größeren Teil der Beitragenden erwies sich als sehr hilfreich, um die Beiträge so optimal wie möglich aufeinander abzustimmen.

Publikationsverzeichnis

Albrecht, D., Wollensak, T., Ernst, E., Becker, C., Hautzinger, M., & Pfeiffer, K. (2015). Costs of informal care in a sample of German geriatric stroke survivors. European Journal of Ageing, October. doi:10.1007/s10433-015-0356-x.

Becker, C. & Rapp, K. (2010). Fall prevention in nursing homes. Clinics in Geriatric Medicine, 26 (4), 693-704.

Beinart, N., Weinman, J., Wade, D., & Brady, R. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: A review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2, 638-648. https://doi.org/10.1159/000345777 Berkowsky, R. W., & Czaja, S. J. (2016). The use of technology in behavioral intervention research: Advantages and challenges. In L. N. Gitlin, & S. J. Czaja, (Eds.), Behavioral intervention research: Designing, evaluating and implementing (pp. 119-136). New York, NY: Springer Publishing.

Chang, A. Y., Skirbekk, V. F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., & Dieleman, J. L. (2019). Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Public Health, 4, e159-e167. *doi*: 10.1016/S2468-2667(19)30019-2

Czaja, S. J., Loewenstein, D., Schulz, R., Nair, S. N., & Perdomo, D. (2013). A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. American Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 1071-1081. doi: 10.1016/j.jagp.2013.02.019. Epub 2013 Jul 3.

Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N. , Rogers, W. A., & Sharit, J. (2018). Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. The Gerontologist, 58, 467-477. doi: 10.1093/geront/gnw249

Gitlin, L. N. & Czaja, S. J. (2016). Behavioral intervention research: Designing, evaluating and implementing. New York, NY: Springer Publishing.

Gitlin, L. N., Hodgson, N., Choi, S., (2016). Home-based interventions targeting persons with dementia: What is the evidence and where do we go from here? In M. Boltz, J. Galvin (Eds.), *Dementia Care: An Evidence-based Approach* (pp. 167–88). Switzerland: Springer International Publishing. DOI 10.1007/978-3-319-18377-0_11

Heinrich, S., Rapp, K., Rissmann, U. et al. (2010). Costs of falls in old age: a systematic review. Osteoporosis International, 21, 891-902. https://doi.org/10.1007/s00198-009-1100-1

Klein, D., Becker, C. & Rapp, K. (2016). Interventionserfolg versus Implementierungserfolg. Der implementierungswissenschaftliche Fokus in Interventionsstudien am Beispiel kommunaler Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Sturzprävention. In Hoben, M., Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.). Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie (S. 205-223). Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse, A. (2007). Präventions- und Trainingsansätze im höheren Alter. In J. Brandtstädter, U. Lindenberger (Hrsg.), Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (S. 624-655). Stuttgart: Kohlhammer.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., & Baio, G. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. British Journal of Psychiatry, 205, 436-442. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141119

Nationale Präventionskonferenz (2018). Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d, Abs. 3, SGB V. Berlin.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon. A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2015). A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. The Lancet, 385, 2255-63. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5

Pfeiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M, Berry, J. W., Wengert, J. Hoffrichter, R. (2014). Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 82, 628-643. http://dx.doi.org/10.1037/a0036987

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2015). Meta-analysis in clinical geropsychology. In N. A. Pachana & K. Laidlaw (Eds.), The Oxford handbook of clinical geropsychology (pp. 62-83). New York, NY: Oxford University Press.

Pu, L., Moyle, W., Jones, C., & Todorovic, M. (2019). The effectiveness of social robots for older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. The Gerontologist, 59, 37-51 doi: : 10.1093/geront/gny046

Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2013). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. The Lancet, 380(9859), 2144-2162. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61690-0

Scerri, A., Innes, A. & Scerri, C. (2017) Dementia training programs for staff working in general hospital settings – a systematic review of the literature. Aging & Mental Health, 21, 783-796, DOI: 10.1080/13607863.2016.1231170

Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2012). Seh- und Höreinbußen. In H.-W. Wahl, Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. & Ziegelmann, J. P. (Hrsg.), Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Aufl., S. 407-412). Stuttgart: Kohlhammer.

Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2016). Implementierung und Implementierungs-forschung in der Gerontologie. In Hoben, M., Bär, M. & Wahl, H.-W. (Hrsg.). Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie (S. 133-149). Stuttgart: Kohlhammer.

Wahl, H.-W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? The Gerontologist, 49(3), 355-367. doi: 10.1093/geront/gnp056

Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2015). Die psychosoziale Dimension von Sehverlusten im Alter. Psychotherapie im Alter, 12, 21-43.

Wahl, H.-W., & Kruse, A. (2012). Prävention von Pflegebedürftigkeit. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Aufl., S. 194-199). Stuttgart: Kohlhammer.

Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C., & Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). (2012). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Unverzagt, F. W., Stoddard, A. M., Wright, E.; ACTIVE Study Group (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA: Journal of the American Medical Association, 296, 2805-2814. doi: 10.1001/jama.296.23.2805

Wolff, J. K., Nowossadeck, S., & Spuling, S. M. (2017). Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Eds.), Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS) (pp. 125-138). Wiesbaden: Springer VS.

World Health Organization (WHO). (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.World Health Organization (WHO). (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zahlenmäßiger Verwendungsnachweis

Dieser findet sich in **Anhang 7**. Wie aus dem zahlenmäßigen Nachweis zu erkennen wurden 2.107,04 € nicht ausgegeben. Diese wurden bereits zurücküberwiesen.

Kurzbericht

Vorhabenstitel	Konferenzprojekt „Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung
Schlüsselbegriffe	Gerontologie, Interventionsforschung, Translation, Implementierung
Vorhabensdurchführung	Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einer 1-tägigen Tagung am 24.10.2019, Berlin, Repräsentanz der Robert-Bosch-Stiftung
Vorhabensleitung	Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Dr. Klaus Pfeiffer
Autor(en)	Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Dr. Klaus Pfeiffer, Nacera Belala
Vorhabensbeginn	15.06.2019
Vorhabensende	29.02.2020

Vorhabensbeschreibung, Vorhabensziele

Das 40-jährige Jubiläum interventionsgerontologischer Forschung in Deutschland wurde zum Anlass genommen, den aktuellen Stand in diesem Forschungsgebiet darzustellen und zu reflektieren. Hierbei sollte die vorliegende Evidenz verhaltensbezogener Interventionen für ausgewählte Themenfelder in Einzelbeiträgen knapp zusammengefasst und darauf aufbauend der jeweilige Stand des Wissenschafts-Praxis Transfers dargestellt werden. Die präsentierten Inhalte sollten im Anschluss an zwei Themenblöcke mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Leistungsträgern und Politik diskutiert werden. Neben einem Überblick sollte mit der Veranstaltung ein Impuls für verstärkte gemeinsame Anstrengungen zur Förderung des Transfers und der Implementierung von wirkungsvollen Interventionen zur Unterstützung älterer Menschen und deren Angehörigen gegeben werden.

Durchführung, Methodik

Das Vorhaben umfasste die Programmkonzeption, Programmerstellung, Einladung der Beitragenden sowie die Organisation, Durchführung und Nachbereitung der Tagung inklusive einer schriftlichen Evaluation (Fragebogen plus zwei Nachbefragungen).

Gender Mainstreaming

Ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei den Vortragenden und an den an den Podiumsdiskussionen Teilnehmenden wurde bei den Einladungen berücksichtigt.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Die Konferenz konnte mit 81 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgreich durchgeführt werden. Die Veranstaltung zeigte eindrücklich die Lücke zwischen Forschung und Praxis, aber auch die Notwendigkeit in zukünftigen Forschungsdesigns verstärkt zukünftige Implementierungsfelder mitzudenken bzw. einzubeziehen. Auch sollten bisherige Ergebnisse der Translations- und Implementierungsforschung (z.B. zu möglichen Barrieren beim Transfer) mehr als bislang berücksichtig werden. Der Rücklauf der Evaluationsbögen betrug im direkten Anschluss an die Veranstaltung (31,8 %) bzw. beim 4-Wochen Follow-up (18,2 %). Die Qualität der Vorträge und Panel, aber auch das gemischte Publikum aus Wissenschaft, Praxis, Kassen, Verbänden und Politik wurde überwiegend positiv bewertet. Die Rückmeldungen zeigten jedoch auch die Grenzen einer solchen eintägigen Überblicksveranstaltung beziehungsweise die Notwendigkeit einer Vertiefung ausgewählter Themenbereiche. Von den Teilnehmenden, die an der Nachbefragung vier Wochen nach der Konferenz teilgenommen hatten, gaben 92% an, dass Inhalte der Veranstaltung in ihre Arbeit eingeflossen sind. Die Rückmeldungen der Nachbefragungen brachten aber auch den Wunsch zum Ausdruck, das Thema in anderen Veranstaltungsformaten mit stärkerem Workshopcharakter und inhaltlichem Fokus sowie konkreter Zielsetzung (z.B. Erarbeitung eines Empfehlungspapiers) vertiefen zu wollen. Diesbezüglich wurde die Bedeutung des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure sowie die Einbeziehung des wissenschaftlichen Nachwuchses unterstrichen.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

(-)

Verwendete Literatur – höchstens 5 (siehe Zitierweise in Richtlinien)

(-)

Anhang

Anhang 1: Programm der Konferenz

Einladung

Die bestmögliche gesundheitliche Versorgung älterer Menschen gehört zu den großen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft. Es ist auch längst deutlich geworden, dass die oft komplexen gesundheitlichen Bedarfe älterer Menschen nur mittels einer multi-professionellen Kooperation adäquat adressiert werden können. Dabei müssten nach der vorliegenden Evidenz verhaltensbezogene Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine zentrale Rolle spielen. Ziel dieser nicht-pharmakologischen Interventionen ist es, Verhalten, Kompetenzen und Bewältigungsprozesse von älteren Menschen bzw. deren familiär, informell und professionell Helfenden nachhaltig zu verändern. In der alltäglichen Versorgungspraxis sind diese Interventionen jedoch noch längst nicht angekommen. Präventions- und Rehabilitationspotenziale zur möglichst langen Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden im Alter bleiben damit leider weiterhin in Teilen ungenutzt.

Das muss sich ändern. Das 40-jährige Bestehen der Interventionsgerontologie als eigenständige Forschungsrichtung in Deutschland (Lehr, 1979) scheint uns ein idealer Anlass, einen starken Impuls in Richtung einer Verbesserung dieser Situation zu setzen. An besonders wichtigen Beispielen soll der aktuelle Stand verhaltensbezogener Interventionen auf ihrem langen Weg in die Versorgungsroutine beleuchtet und diskutiert werden. Um dies in profunder Weise zu tun, konnten herausragende Forscherpersönlichkeiten mit starken Bezügen zu verhaltensbezogenen Interventionen und ihrer Umsetzung gewonnen werden. Die Beiträge werden in zwei Podiumsdiskussionen unter Einbeziehung von weiteren Expertinnen und Experten aus Politik, Kranken– und Pflegekassen aufgegriffen und im Hinblick auf Potentiale und Voraussetzungen für zukünftige Implementierungsschritte diskutiert.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und einen inspirierenden Austausch mit Ihnen. Nur auf diesem Weg werden wir das primäre Ziel der Tagung, nämlich die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen weiter zu verbessern, erreichen.

Hans-Werner Wahl
Jürgen M. Bauer
Klaus Pfeiffer
Clemens Becker

40 Jahre
Interventionsgerontologie

09:00	**Begrüßung und Grußworte** *A. Westerfellhaus (Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege)* *Prof. Dr. Dr. h.c. mult. U. M. Lehr (BAGSO), Dr. K. Pfeiffer (RBK, Stuttgart)*
09:30	**Interventionsgerontologie und verhaltensbezogene Interventionen: Potenziale und Defizite** *Prof. Dr. H.-W. Wahl (Netzwerk Alternsforschung, Heidelberg)*
	A: Von der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen zur Implementierung *Moderator: Prof. Dr. J. M. Bauer (Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Heidelberg)*
10:00	**Die Förderung von sicherer Bewegung** *Prof. Dr. C. Becker (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)*
10:30	**Psychotherapeutische Versorgung alter Menschen** *Prof. Dr. S. Zank (Universität zu Köln)*
11:00	**Kaffeepause**
11:30	**Die Unterstützung pflegender Angehöriger** *Dr. K. Pfeiffer (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)*
12.00	A: **Podiumsdiskussion** I *Moderator: Dr. E. Schnabel (GKV-Spitzenverband, Berlin)* Hinderliche und förderliche Faktoren auf dem Weg in die Versorgung Prof. Dr. C. Becker, Prof. Dr. S. Zank, Dr. M. Schölkopf (BMG), T. Holm (Die Techniker), S. Krüger (AOK-Nordost)
12:45	**Mittagspause**
	B: Interventionen mit zunehmender Evidenz: Wege in die Versorgung (?) *Moderator: Prof. Dr. C. Becker (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)*
13:45	**Förderung von Gesundheitskompetenz im Alter** *Prof. Dr. D. Schaeffer (Universität Bielefeld)*
14:00	**Ernährung im Alter** *Prof. Dr. J. M. Bauer (Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Heidelberg)*
14:15	**Menschen mit Demenz: Betroffene und Pflegeumfeld als Zielpunkte** *Prof. Dr. A. Kruse (Universität Heidelberg), Prof. Dr. M. Schäufele (HS Mannheim)*
14:45	**Wohnen und Wohninterventionen** *Prof. Dr. F. Oswald (Goethe-Universität Frankfurt a. M.)*
15:00	**Techn. Assistenzsysteme: Betroffene u. Pflegeumfeld als Zielpunkte** *Dr. S. Meyer (SIBIS GmbH, Berlin)*
15:15	**Kaffeepause**
15.45	B: **Podiumsdiskussion** I *Moderator: Prof. Dr. M. Wensing (Universität Heidelberg)* Neue verhaltensbezogene Interventionen in der zukünftigen Versorgung Prof. Dr. D. Schaeffer, Prof. Dr. J. Bauer, Dr. S. Meyer, Dr. B. Wendelstein (AOK Baden-Württemberg), Dr. E. Schnabel (GKV-Spitzenverband)
16.45	**Ausblick und Verabschiedung**

Anmeldung & Kontakt

Die Konferenz spricht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, politische Akteure, Vertreterinnen und Vertreter von Kranken-/Pflegekassen, aber auch Verbände mit Bedeutung für Seniorinnen und Senioren, Kommunen sowie Akteure in der Pflege an.

Die Teilnahme ist kostenlos. Plätze werden nach Anmeldedatum vergeben. Anmeldung bitte unter vollständiger Angabe Ihrer Kontaktdaten und Institution bis spätestens 5.10.2019 per E-Mail an:

Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg
Frau Nacera Belala
Mail: belala@nar.uni-heidelberg.de

Veranstaltungsort

Robert Bosch Stiftung, Repräsentanz Berlin, Französische Str. 32, 10117 Berlin

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit und der Robert Bosch Stiftung GmbH für die Förderung der Tagung.

Anlage 2: Steckbrief – Referentinnen und Referenten

Konferenz
„Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung“
Donnerstag, 24.10.2019, Berlin

Dr. Klaus Pfeiffer

- Diplompsychologe
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert-Bosch Krankenhaus, Abteilung Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Entwicklung und Evaluation neuer Interventionen zur Verbesserung motorischer Leistungen sowie zur Reduktion von Stürzen und Sturzfolgen
- Implementierungsforschung und das Übertragen von RCT-Evidenz in die Routineversorgung

Prof. Dr. Hans-Werner Wahl

- Diplompsychologe
- Seniorprofessor am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg
- Direktor des Netzwerks Alternsforschung der Universität Heidelberg
- Mitglied der Altersberichtskommission „Ältere Menschen und Digitalisierung“
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Erleben des Alternsprozesses in einer Lebensspannenperspektive
- Entwicklungspsychologie chronischer Funktionsverluste im hohen Lebensalter
- Altern und die Rolle des physisch-technischen Kontexts
- Fragen der angewandten Gerontologie und Interventionsgerontologie

Prof. Dr. med. Jürgen Bauer

- Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Professor für Geriatrie an der Universität Heidelberg
- Direktor des Netzwerks Alternsforschung der Universität Heidelberg
- Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethanien Krankenhauses Heidelberg
- *Forschungsschwerpunkte:*
- geriatrische Syndrome Sarkopenie und Frailty
- Wechselwirkung zwischen Ernährung und Funktionalität
- elektronisches Assessment sowie funktionelles Monitoring von Personen im höheren Lebensalter

Prof. Dr. med. Clemens Becker

- Facharzt für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Klinische Geriatrie
- Chefarzt der Abteilung Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart
- Forschungsleiter der Abteilung Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart
- Honorarprofessor für Bewegungs- und Sportwissenschaften an der Universität Stuttgart
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Epidemiologie und Versorgungsforschung

- Sensorik und Robotik
- neue Interventionen und Implementierungsforschung im Bereich Stürze und Frakturen

Prof. Dr. Susanne Zank

- Diplompsychologin
- Prodekanin für Forschung an der Humanwissenschaftlichen Fakultät, Universität zu Köln
- Leiterin des Lehrstuhls Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie und Direktorin des Zentrums für Heilpädagogische Gerontologie, Universität zu Köln
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Die Situation Hochaltriger
- Gewalt in der Pflege
- Entwicklung von Assessments
- Belastungs- und Interventionsforschung bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten
- Interventions- und Rehabilitationsforschung bei alten Menschen
- Evaluation ambulanter und stationärer Versorgung

Prof. Dr. Doris Schaeffer

- Diplomsoziologin, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin
- Leitung (gemeinsam mit Prof. Dr. Ullrich Bauer) Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung
- Seniorprofessorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld
- Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Bewältigung chronischer Krankheit
- Nutzerorientierte Versorgungsgestaltung
- Gesundheitserhaltung im Alter
- Pflegewissenschaftliche Theorie- und Methodenentwicklung
- Health Literacy – Patienteninformation und –beratung

Prof. Dr. Martina Schäufele

- Diplompsychologin
- Professorin für Gerontologie und Soziale Arbeit insbesondere mit älteren Menschen Hochschule Mannheim
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Epidemiologie und Versorgung von psychischen und physischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (insbesondere Demenzen, Depression, Substanzmissbrauch und abhängigkeit) auf unterschiedlichen Ebenen (ambulant, stationär, (teil-) stationäre Pflege)
- Evaluation von Versorgungsmodellen und -konzepten
- Beratung von Politik und anderen Entscheidungsträgern in der Altenhilfe

Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse

- Diplompsychologe
- Mitglied des Deutschen Ethikrates
- Vorsitzender der Altersberichtskommission „Ältere Menschen und Digitalisierung“
- Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg
- Träger des Bundesverdienstkreuz, für die Beiträge zur Generationenforschung und zur internationalen und nationalen Politikberatung
- *Forschungsschwerpunkte*:
- Kategorien eines guten Lebens
- Lebensqualität (Forschung und Praxistransfer)

- Leben in Grenzsituationen
- Versorgungsgerechtigkeit
- Altern und Alter
- Palliativversorgung (Palliative Care, End of Life Care)

Prof. Dr. Frank Oswald

- Diplompsychologe
- Professor für Interdisziplinäre Alternswissenschaft am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main
- *Forschungsschwerpunkte:*
- Entwicklung und Übergänge im mittleren und höheren Alter
- Wohnen, Quartiersbezüge, Umzug und Technik im Alter
- Bedeutung von Person-Umwelt Wechselwirkungen für Selbständigkeit und Lebensqualität

Dr. Sybille Meyer

- Diplomsoziologin
- Leitung und Geschäftsführung SIBIS – Institut für Sozialforschung und Projektberatung GmbH
- Leitung der SIBIS Werte-Akademie, Berlin
- Mitglied der Altersberichtskommission „Ältere Menschen und Digitalisierung“
- *Forschungsschwerpunkte*:
- Technische Assistenzsysteme für den Alltag (AAL)
- Servicerobotik für Alltag und Rehabilitation
- Wohnen, Smart Home, Smart Living
- Gesundheit, Innovation und Technik
- Nutzerfreundlichkeit neuer Technologien
- Universal Design, Design for All
- Familie, Haushalt, Frauen
- Biographieforschung

Anhang 3: Evaluation direkt nach der Konferenz

Einladung zur Evaluation:
Liebe Beitragende zur Konferenz „Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung“,
wir möchten uns noch einmal sehr herzlich für Ihre Beiträge zu unserer Konferenz bedanken. Das Feedback, das uns bislang erreicht hat, war durchweg sehr positiv. Wir als Veranstalter waren von Ihrem Engagement und der Qualität der Argumente für die verstärkte Nutzung von verhaltensbezogenen Interventionen bzw. die unterschiedlichsten Implementierungsbarrieren sehr angetan. Da hat eins ins andere gegriffen.
Nun wären wir sehr froh, wenn Sie Impulse, die Sie auf der Konferenz erhalten haben, aktiv in Ihrem Umfeld weitertragen würden. Auch ein Verweis auf die Homepage der Konferenz, auf der in Kürze ein Großteil der Vorträge downloadbar sein wird, wäre sehr gut.
https://www.nar.uni-heidelberg.de/veranstaltungen/sonstiges/konferenz.html
Da das BMG und wir sehr daran interessiert sind, welche Wirkung unsere Konferenz erzielt, würden wir in den nächsten 2-3 Wochen auf einige von Ihnen zukommen, um noch ein diesbezüglich ergänzendes Telefon-Interview zu führen.
Schließlich: Bitte reichen Sie Ihre Reisekosten rasch ein an Frau Gisela Dufrin, Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, dufrin@nar-uni-heidelberg.de, Tel.: 06221-548147. Das wäre für eine zügige Abrechnung sehr wichtig.
Haben Sie sehr herzlichen Dank im Voraus.
Mit herzlichen Grüßen
Klaus Pfeiffer, Hans-Werner Wahl, Jürgen Bauer, Clemens Becker

Ergebnisse der Evaluation (N=21; 31,8% der Konferenzteilnehmer):

1) Die Qualität der Vorträge war insgesamt ():

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft
74%	26%	0%	0%	0%

2) Die Diskussion in Panel 1 fand ich insgesamt:

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft
32%	47%	16%	5%	0%

3) Die Diskussion in Panel 2 fand ich insgesamt:

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft
36%	57%	7%	0%	0%

4) Die Zeit zur Behandlung von wichtigen Punkten auf der Konferenz war:

Ausreichend	Zu knapp	zu reichlich
50%	50%	0%

5) Insgesamt hat sich aus meiner Sicht der Besuch der Konferenz gelohnt:

Stimme zu	Stimme eher zu	Teils teils	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
68%	21%	11%	0%	0%

6) Welches Veranstaltungsformat mit welchen Akteuren würden Sie sich wünschen, um die Implementierung verhaltensbezogener Interventionen voranzubringen?

- Workshopformat (n=8)
- aufgelockertes Konferenzformat (interaktiv) (n=2)
  - Impulsvorträge (n=1)
  - Nachwuchswissenschaftler (n=1)
  - Poster (n=1)

7) Wer sollte Ihrer Meinung nach hierfür aktiv werden (z.B. Politik, Verbände, Wissenschaft, Kassen)?

- Politik (n=10)
- Krankenkassen (n=6)
- Wissenschaft (n=5)
- Stakeholder (n=1)
- BAGSO (n=1)
- Kommunen (n=1)
- Betroffene (Alte Menschen + Angehörige) (n=1)
- Fachgesellschaften/Verbände (n=2)
- Therapieberufe (n=1)
- Pflege (n=1)

8) Wo sehen Sie in Bezug auf verhaltensbezogene Interventionen für Ältere aktuell den dringlichsten Handlungsbedarf (politisch, wissenschaftlich)?

- Kriterien für die Überführung von Interventionen in die Versorgung (n=4)
- Vernetzung durch politische Vorgaben (n=4)
- Beratung (n=3)
- Schnittstellenproblematik, aufsuchende Formate bei Immobilität (n=1)
- wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis (n=1)
- politische Frage der Umsetzung (n=1)
- Prävention (n=1)
- Fortbildungsmöglichkeiten (n=1)
- wissenschaftlich: Ernährung (n=1)
- politisch: Förderung Migratinnen & LGBTIQ (n=1)

9) Mein Interesse am Thema ist primär von folgender Perspektive geprägt (N=21)

Wissenschaft	**Gesundheitspolitik**	**Leistungs-/Kostenträger**	**Leistungserbringer**	**Selbsthilfe/Nutzer**
67%	14%	5%	14%	0%

Anhang 4: Nachbefragung 4 Wochen nach der Konferenz

Einladung zur Evaluation:

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konferenz „Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung",
ab sofort steht Ihnen ein größerer Teil der auf der Konferenz gehaltenen Vorträge zur Verfügung unter:
https://www.nar.uni-heidelberg.de/veranstaltungen/sonstiges/konferenz.html
Es wäre toll, wenn Sie uns bei dieser Gelegenheit noch folgende Fragen direkt als Antwort auf diese Mail bis Montag, 02.12.2019, beantworten würden (Bitte schenken Sie uns 1 Minute, DANKE!):
****
Impulse der Konferenz sind in meine Arbeit eingeflossen:
JA ( ) NEIN ( )
Falls JA, in welcher Weise:

Ich sehe heute, ca. 4 Wochen nach der Konferenz, deutlicher, wo überall verhaltensbezogene Interventionen wichtig für die Versorgung Älterer sind:
JA ( ) NEIN ( )

Ich fände es wichtig, das Thema der verhaltensbezogenen Interventionen in weiteren Veranstaltungen zu vertiefen:
JA ( ) NEIN ( )

Mit herzlichen Grüßen
Klaus Pfeiffer, Hans-Werner Wahl, Nacera Belala

Ergebnisse der Evaluation (N = 12; 18,2% der Konferenzteilnehmer):

Statement 1: Impulse der Konferenz sind in meine Arbeit eingeflossen:
JA: 92% Nein: 8%
Falls JA, in welcher Weise:
In die Konzeption von Lehrveranstaltungen (Bachelor: Entwicklungspsychologie im Erwachsenen für Bachelor Psychologie; Konzeption des Curriculums Master of Gerontology)
Multiplikatoren Inhalte mitgeteilt, beim Aufsetzen von Studien-Ernährungsparameter berücksichtigen, Ernährungsberatung der Betroffenen nach Schlaganfall, Interventionen um Betroffene zur Mitarbeit zu bewegen durch persönliche Ansprache (wir benutzen die Informationsreihe Schlaganfall dazu)
Ich nutze/verwerte die Eindrücke und Diskussionen der Tagung in einem Vortrag zu Techniknutzung im Alter (Chancen und Hürden)
Bericht zur Konferenz in den Arbeitsgruppen des als Gesundheitszieleprozess konzipierten Bündnis Gesund Älter werden(https://www.buendnis-gesund-aelter-werden.de/)
Berücksichtigung von zu Grunde liegender Literatur beim Verfassen versch. Dokumente

Statement 2: Ich sehe heute, ca. 4 Wochen nach der Konferenz, deutlicher, wo überall verhaltensbezogene Interventionen wichtig für die Versorgung Älterer sind:
JA: 50% NEIN: 50%

Statement 3: Ich fände es wichtig, das Thema der verhaltensbezogenen Interventionen in weiteren Veranstaltungen zu vertiefen:
JA: 100% NEIN: 0%

Anhang 5: Nachbefragung 6 Monate nach der Konferenz

Einladung zur Evaluation:

Liebe Angefragte (Auswahl aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Konferenz),
natürlich fühlt man sich derzeit nicht so richtig gut, wenn man mit Dingen jenseits von Covid-19 kommt. Wir wollen es dennoch versuchen und Sie entscheiden dann bitte einfach, ob Sie dies möglich oder unmöglich finden.
Im Oktober letzten Jahres wurde von den Teilnehmenden hinsichtlich zukünftiger Veranstaltungsformate mehrheitlich der Wunsch nach interaktiveren Formaten gewünscht. Wir überlegen nun, den beschrittenen Weg und Austausch mit einer thematischen Fokussierung fortzusetzen. Eine solche Veranstaltung könnte einen Rahmen für den Austausch unterschiedlicher Akteure bieten, die für die Implementierung von Bedeutung sind. Neben der Diskussion von inhaltlichen Fragen, Anregungen für zukünftiger Schritte könnte eine solche Veranstaltung zur Knüpfung und Vertiefung thematischer Netzwerke dienen. Unsere Frage an Sie wäre nun:

- Macht eine solche Fortführung aus Ihrer Sicht Sinn?

Wenn ja:

- Welchen Themenbereich sehen Sie als aus Ihrer Sicht als besonders wichtig an?
- Welche Schnittstellen (z.B. zwischen Gesetzgeber, Kommunen, Kassen, Forschung, Berufsvertreter*innen) wären für Sie im genannten Themenbereich im Hinblick auf zukünftige Implementierungsschritte aus Ihrer Sicht von besonderer Bedeutung?
- Fänden Sie inhaltliche Vorarbeiten für einen Austausch sinnvoll (z.B. Review, Experteninterviews, Fokusgruppen)? Wenn ja, was wäre Ihrer Meinung nach wichtig?
- Was könnte aus Ihrer Sicht mit einem Workshop erreicht werden? Wären andere Formate hierfür besser geeignet?
- Könnte es dabei eine besondere Rolle für den wissenschaftlichen Nachweis geben?
- Sonstige Hinweise?

Wir können Ihnen für Ihre (ausführlichen) Antworten und Einschätzungen eine kleine Aufwandsentschädigung von EUR 50 anbieten. Dazu bräuchten wir Ihre Bankverbindung sowie Ihre Steuer-Nr.
Wir bitten um Ihre Reaktionen bis zum 27.04.2020.
Haben Sie sehr herzlichen Dank
Hans-Werner Wahl & Klaus Pfeiffer

Ergebnisse der Evaluation (N = 3; 4,5% der Konferenzteilnehmer)

(im Wortlaut wiedergegeben):

Teilnehmer/in A:
Ich finde die Fortführung eines solchen Workshops durchaus lohnenswert und sinnvoll, da dies - bspw. im Vergleich zu thematisch viel breiteren Konferenzen - die Personen und Akteur*innen versammelt, die konkret an ähnlichen Themen arbeiten und somit auch vor ähnlichen Herausforderungen stehen, wofür ein solcher fachlicher Austausch sehr wertvoll sein kann.
Adressierung des wissenschaftlichen Nachwuchses: Ich hatte letztes Jahr im Rahmen der Sektion III der DGGG einen Nachwuchsworkshop zum Thema longitudinale Daten mitveranstaltet, mit Schwerpunkt Surveydaten. Mein persönlicher Eindruck war, dass dann doch viele der Teilnehmenden Interventionsstudien im Rahmen ihrer Dissertation durchführen und insbesondere über den Austausch untereinander sehr dankbar waren, das waren v.a. bspw. praktische Hinweise wie Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen, Technikeinsatz oder (Wei-

ter-)Finanzierung der Forschung. Etliche meinten, sie wären wissenschaftlich gut betreut, arbeiteten aber an Instituten, die nicht primär Altersforschung betreiben und ihnen daher dieser Austausch sonst fehle.
Daher ist meine Anregung, eine Plattform für den wissenschaftlichen Nachwuchs ebenfalls in nachfolgende Formate zu implementieren. Ich denke, Interesse wäre auf jeden Fall vorhanden.

Teilnehmer/in B:
Ich befürworte eine wie von Ihnen vorgeschlagene Veranstaltung sehr. Der Austausch und sich daraus ergebende Netzwerke sind Grundlage für Implementierung von Interventionen und auch gerade die Übernahme in die Regelversorgung oder auch die alternative Regelversorgung. Gerade die „Mischung" der Teilnehmenden aus unterschiedlichen Bereichen fand ich sehr anregend. So konnten zwischen Wissenschaft und Praxis Brücken geschlagen werden, die essentiell für die Umsetzung von Interventionen in die Praxis sind. Als jemand, der von der Forschung in die Versorgungsgestaltung gekommen ist, wird mir bei solchen Veranstaltungen besonders deutlich, wie sehr beide Seiten von gemeinsamen Diskussionen und Netzwerken profitieren können.
Einen Themenbereich für eine neue Veranstaltung zu nennen, fällt mir besonders schwer. Da ich alle in der Veranstaltung des letzten Jahres aufgegriffenen Themen als wichtig und auch vielversprechend hinsichtlich der Weiterentwicklung der Einführung in die Regelversorgung sehe. Zudem sind abgesehen von den im Kongress aufgegriffenen Themen ja noch viele weitere denkbar. Daher hoffe ich, Sie sehen mir nach, wenn ich diesen Punkt offenlasse.

Die Frage der relevanten Schnittstellen ist stark vom Themenbereich abhängig. Hier ergeben sich ganz unterschiedliche Anforderungen bei z. B. technischen Systemen wie Apps, bei denen eine methodische Diskussion wichtig wäre, um der Schnelllebigkeit der Entwicklungen in diesem Bereich Rechnung zu tragen. Hier sind die Schnittstellen sicher anders gelagert, als bei anderen Themenbereichen, bei denen bereits Evidenz vorliegt. Im Falle der technischen Entwicklungen sind die Schnittstellen meiner Meinung nach eher zwischen Wissenschaft und Kassen(-verbänden) zu sehen. Z. B. verweist das BMG bei Gesetzgebungsprozessen bzw. der Überführung einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung auf den Innovationsfonds. In vielen Fällen ist das nicht unproblematisch. Die Einführung einer Versorgungsform ist hier immer mit einer Evaluation verbunden, bei der als Maßstab RCT gilt. Das und auch die Forderung nach „Innovation" kann für bereits bestehende Konzepte, bei denen Evidenz vorliegt, jedoch „nur" die Überleitung in die Regelversorgung fehlt, eine große Hürde darstellen.
Insgesamt sind die Leistungserbringer und die Kassen immer als wichtige Schnittstelle zu sehen, da im Sinne der Selbstverwaltung Versorgung durch die Akteure selbst organisiert wird. Es gilt also nicht nur, den Gesetzgeber zu gewinnen, der die Grundlagen legt (z. B. mit dem §63 oder auch §140a SGB V), sondern die Kassen und je nach Thema auch die weiteren betroffenen Akteure als Schnittstellen einzubinden. Berufsverbände der Pflegeberufe und auch die Kassenärztliche Vereinigung oder Vertretungen z. B. der Träger von Pflegeeinrichtungen wären neben den von Ihnen genannten je nach Themenschwerpunkt ebenfalls wichtige Akteure.
Inhaltliche Vorarbeiten für einen Austausch halte ich bei einer Veranstaltung, die zunächst Netzwerke anregen soll, erstmal nicht für erforderlich. Wenn ein Netzwerk vertieft zusammenarbeitet, kann das durchaus eine hilfreiche Methode sein.
Mit einem wie von Ihnen vorgeschlagenen Workshop könnten weitergehende Diskussionen angestoßen werden. Ich habe den Austausch als äußerst gewinnbringend empfunden. Wichtig an solchen Veranstaltungen ist ja auch immer die Netzwerkbildung, die durch die überschaubare Größe der Veranstaltung gerade auch in den Pausen möglich war. GGf. könnten hier auch kleinere Workshoprunden hilfreich sein. Durch ein Netzwerk, wie es durch Veranstaltungen wie Ihre entstehen kann, können bereits bestehende Verbindungen einzelner

Netzwerkpartner ggf. durch andere Mitglieder des Netzwerks genutzt werden. Eine Einbindung der Akteure des Gesundheitswesens zu früher Stelle in Forschungen kann für die spätere Einbindung in die Regelversorgung sicherlich förderlich sein. So kommt zum einen seitens der Leistungsträger und -erbringer ein tieferes Verständnis für die Interventionen und deren Sinn zustande, zum anderen können früh bestimmte Anforderungen des Gesundheitswesens bei der Gestaltung einer Intervention berücksichtigt werden. Auch gerade für junge Forschende ist eine Nähe zur Praxis sinnstiftend. Eine Rückkopplung an die Praxis macht deren Bedürfnisse von anwendbaren Ergebnissen deutlich und verhindert so ein Forschen „um der Methode willen" an Praxisbedingungen vorbei (wobei ich hier die gerontologische Forschung eher weniger „gefährdet" sehe).

Zur Rolle des „wissenschaftlichen Nachweises" lehne ich mich mal weit aus dem Fenster und behaupte, dass eine Methodendiskussion fundamental wichtig ist und zwar in mehrfacher Hinsicht. Erstens ist „Evidenzbasiertheit" der Angebote einer Kasse durchaus wichtig, da ja mit Versichertengeldern gehaushaltet werden muss. Zweitens sind meiner Meinung nach die Methoden zu hinterfragen. Z. B. ist ein RCT nicht in allen Fällen die sinnvollste Methode, wird aber (nicht zuletzt von Nicht-Wissenschaftlern) als der Goldstandard gesetzt. Es muss auch ein Verständnis dafür vermittelt werden, dass es valide Methoden außerhalb der RCTs gibt und geben muss. Drittens genügt der beste wissenschaftliche Nachweis nicht, wenn nicht die Akteure (inkl. Leistungserbringer und -träger) von einer Intervention überzeugt sind und das sowohl was die Wirksamkeit als auch die Umsetzbarkeit betrifft.

Teilnehmer/in C:
Macht eine solche Fortführung aus Ihrer Sicht Sinn?

- JA

Wenn ja:

- Welchen Themenbereich sehen Sie als aus Ihrer Sicht als besonders wichtig an?

- Konzeptioneller Punkt: Implementierungsforschung in der Gerontologie. Was gibt es bereits in anderen Disziplinen? (Implementation Science [https://implementationscience.biomedcentral.com/], in Health Psychology oder Versorgungsforschung schon viel diskutiert) Was lässt sich auf die Interventionsgerontologie übertragen? In welchen Forschungsdesigns lässt sich die Implementierungsforschung in der Gerontologie fassen? Was ist das Spezifische an der Interventionsgerontologie (in Hinblick auf Entwicklung, Outcomes, Effizienz, Prozesse), wo generische Frameworks zu kurz fassen oder wo für spezifische Untersuchungsgruppen, Settings, Indikationen in der Gerontologie adaptiert werden muss. Welche Schnittstellen sind relevant? Welche Rollen spielt die Forschungsförderung?
- Konzeptioneller Punkt: Rolle des Verhaltens in der verhaltensbezogenen Interventionsgerontologie – Verhalten versus Kontextinterventionen und warum ist trotzdem Verhalten elementar, wo Umwelt doch so relevant ist im Alter
- Beispiele konkreter Themenbereiche könnten die Prävention im hohen Alter (etwa kommunale Programme für Teilhabe / Verbesserung der Versorgung und deren wissenschaftliche Begleitforschung); oder die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von älteren Menschen (hier Verhalten von Professionellen und Älteren im Fokus); Prävention im Setting Pflegeheim (hier Verhalten von Professionellen und Älteren im Fokus); ganzheitliche Interventionsansätze, die psychische, körperliche und soziale Dimensionen verbessern, sein.

- Welche Schnittstellen (z.B. zwischen Gesetzgeber, Kommunen, Kassen, Forschung, Berufsvertreter*innen) wären für Sie im genannten Themenbereich im Hinblick auf zukünftige Implementierungsschritte aus Ihrer Sicht von besonderer Bedeutung?

- Kranken- und Pflegekassen haben die Möglichkeit Interventionen in die Regelversorgung zu übernehmen (bspw. im Rahmen der Forschungsförderung in der Versorgungsforschung der Innovationsfonds); GKV-Bündnis (im Rahmen des Präventionsgesetzes werden kommunale Interventionen gefördert, wie ist die Rolle der Wissenschaft?), also sicher Wissenschaft

– Öffentlichkeit – Politik – Kassen – „Betroffene“ (Ältere [bspw vertreten durch BAGSO]/Professionelle[bspw KBV]) hier die zentralen Figuren

• Fänden Sie inhaltliche Vorarbeiten für einen Austausch sinnvoll (z.B. Review, Experteninterviews, Fokusgruppen)? Wenn ja, was wäre Ihrer Meinung nach wichtig?

- Unbedingt, eine Zusammenfassung (Review) von existierenden Meinungen, Framework, Initiativen, auch anderer gerontologischer und nicht-gerontologischer Fachgesellschaften wäre sinnvoll. Dies kann natürlich durch einen strukturierten offenen Fragebogen an die Workshopteilnehmer/innen im Vorhinein, wie in diesem hier als ersten Schritt geschehen, erfolgen. Fokusgruppen wären ja vielleicht bereits Teil des geplanten Workshops?! Daher vorher einzelne „Expert/innen“ befragen, um eine Ausgangssituation zu schaffen sicher sinnvoll.

• Was könnte aus Ihrer Sicht mit einem Workshop erreicht werden? Wären andere Formate hierfür besser geeignet?

- Ich denke ein transdisziplinärer Workshop mit 1. Eröffnungsvortrag, 2. Kleingruppen und 3. Plenum (je nach Anzahl der Teilnehmer/innen und Anzahl der Themen) könnte fruchtbar sein. Dafür wäre dann auch eine bestimmte Vorarbeit, wie oben beschrieben, gut. Ein konkretes Ziel (outcome) anzusteuern, wie Erarbeitung eines Konzeptpapers/ Konsensuspaper zur Implemetierungsforschung in einer verhaltensbezogenen Interventionsgerontologie wäre sinnvoll. Dafür müsste der Workshop bereits die Struktur aufweisen, dass sich der Workshop als Paper abbilden lässt
- Hagger, M. S., Luszczynska, A., de Wit, J., Benyamini, Y., Burkert, S., Chamberland, P. E., . . . Gollwitzer, P. M. (2016). Implementation intention and planning interventions in Health Psychology: Recommendations from the Synergy Expert Group for research and practice. *Psychol Health, 31*(7), 814-839. doi:10.1080/08870446.2016.1146719
- Brinkley, T. E., Berger, M., Callahan, K. E., Fieo, R. A., Jennings, L. A., Morris, J. K., . . . Kritchevsky, S. B. (2018). Workshop on Synergies Between Alzheimer's Research and Clinical Gerontology and Geriatrics: Current Status and Future Directions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 73*(9), 1229-1237. doi:10.1093/gerona/gly041

- Für eine öffentliche Wirkung wäre das natürlich noch kein geeignetes Format. Aber das Workshoppaper müsste dann BMG, Presse etc. „präsentiert“ werden und konkrete Handlungshinweise enthalten. Dafür könnte ein anschließendes Format diskutiert werden. Aber ein fokussierter Workshop wäre schon ein erster wichtiger Schritt.

• Könnte es dabei eine besondere Rolle für den wissenschaftlichen Nachweis geben?

- Maßnahmen, die implementiert werden, sollten wissenschaftlich begleitet werden.

Anhang 6: Presseerklärung unmittelbar vor der Konferenz

Pressemitteilung zur Konferenz
„Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Bedeutung verhaltensbezogener Interventionen in der Versorgung“

Die bestmögliche gesundheitliche Versorgung älterer Menschen gehört zu den großen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft. Es ist längst deutlich geworden, dass die oft komplexen gesundheitlichen Bedarfe älterer Menschen nur mittels einer multi-professionellen Kooperation adressiert werden können. Die Konferenzveranstalter argumentieren, dass hierbei das Potenzial verhaltensbezogener Interventionen noch nicht ausgeschöpft ist. Das muss sich ändern. Die Veranstaltung findet am Donnerstag, 24. Oktober 2019, in der Zeit von 09.00 bis 17.00 Uhr in der Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung, Französische Straße 48, 10117 Berlin, statt.

Ziel verhaltensbezogener Interventionen ist es, Verhalten, Kompetenzen und Bewältigungsprozesse von älteren Menschen bzw. deren familiär, informell und professionell Helfenden nachhaltig zu verändern. Vor allem im präventiven Bereich können diese hilfreichen Behandlungs- und Trainingsverfahren eine wichtige Rolle spielen. Es geht dabei zum Beispiel um Sturzpräventionstrainings, körperliche Bewegungsprogramme, Trainings der geistigen Leistungsfähigkeit, psychosoziale Beratungsangebote und Psychotherapie bis hin zu Wohnanpassung und der lebensqualitätsunterstützenden Rolle einer Vielfalt neuer verfügbarer technologischer Assistenzsysteme. Neben den älteren Menschen selbst, gilt es, auch die Tätigkeit und psychosozialen Situation von familiären und professionellen Pflegepersonen zu unterstützen und fördern.

In der alltäglichen Versorgungspraxis sind diese Interventionen jedoch noch längst nicht angekommen. Präventions- und Rehabilitationspotenziale zur möglichst langen Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden im Alter sowie zur Aufrechterhaltung der Gesundheit von pflegenden Angehörigen bleiben damit leider weiterhin in Teilen ungenutzt. Das 40-jährige Bestehen der Interventionsgerontologie als eigenständige Forschungsrichtung in Deutschland (Lehr, 1979) ist ein idealer Anlass, einen starken Impuls in Richtung einer Verbesserung dieser Situation zu setzen. An besonders wichtigen Beispielen soll der aktuelle Stand verhaltensbezogener Interventionen auf ihrem langen Weg in die Versorgungsroutine beleuchtet und diskutiert werden. Um dies in profunder Weise zu tun, konnten herausragende Forscherpersönlichkeiten mit starken Bezügen zu verhaltensbezogenen Interventionen und ihrer Umsetzung gewonnen werden.

Die Beiträge werden in zwei Podiumsdiskussionen unter Einbeziehung von weiteren Expertinnen und Experten aus Politik, Kranken– und Pflegekassen aufgegriffen und im Hinblick auf Potentiale und Voraussetzungen für die zukünftige Implementierung in Versorgungssysteme diskutiert.

Sie sind herzlich zur Teilnahme an der Konferenz eingeladen. Die Teilnahme ist kostenlos. Das Programm und weitere Informationen finden Sie unter: https://www.nar.uni-heidelberg.de/
Die Konferenz wird vom Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg in Kooperation mit dem Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, durchgeführt.

Kontakt: Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Direktor Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg; wahl@nar.uni-heidelberg.de; Tel. 06221-548127 oder Dr. Klaus Pfeiffer, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart; klaus.pfeiffer@rbk.de; Tel. 0711-8101-223

Anhang 7: Zahlenmäßiger Nachweis zu Projektausgaben

Fonds: 2302869
Konferenz: Gesundheit und Lebensqualität im Alter am 24.10.2019
Personalauftrag: 9514515
Sachauftrag: 7816613
Abrechnungszeitraum

	1	2	3
Einnahmen	14.910,00 €	15.530,00 €	620,00 €
Sachausgaben	**Ausgaben**	**Bewilligt**	**Restmittel**
Garderobe 2*10h*21 €	518,55 €	420,00 €	- 98,55 €
Druck- u. Materialkosten	160,05 €	640,00 €	479,95 €
Reisekosten 14 X 350 €	2.751,21 €	4.900,00 €	2.148,79 €
Post- und Fernmeldegbühren	**- €**	450,00 €	450,00 €
Abendessen für Refenten am Vorabend			
Catering 24.10.19 100x48 €	5.652,40 €	5.400,00 €	- 252,40 €
Summe	**9.082,21 €**	**11.810,00 €**	**2.346,39 €**
Personalkosten	**3.720,75 €**		
Vergütung Hilfskräfte 15 € pro Stunde			
30 Std. bzw. 15 Std. mtl			
2019	2.126,52 €	3.100,00 €	973,48 €
2020	1.594,23 €	620,00 €	- 974,23 €
		3.720,00 €	**- 0,75 €**
Summe Ausgaben	**12.802,96 €**	**15.530,00 €**	**2.345,64 €**

Einnahmen		**14.910,00 €**
Ausgaben	-	12.802,96 €
Kontostand SAP 28.04.2020		**2.107,04 €**

Belegliste als Anlage zum Verwendungsnachweis vom			25.05.2020	FKZ:	ZMVI 2519ZPK73
Lfd. Nr. Beleg	Datum der Zahlun	Empfänger	Zahlungsgrund	Zahlbetrag (EUR)	Summe
41662192	27.10.2019	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	1.063,26 €	**12.802,96 €**
41670984	27.11.2019	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	531,63 €	
41680414	27.12.2019	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	531,63 €	
41688983	27.01.2020	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	531,41 €	
41696188	27.02.2020	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	531,41 €	
41703167	27.03.2020	Wolf-Belala Nacera	Verg HIWI m Abs befristet	531,41 €	
3991372	06.12.2019	Steib Christina	Garderobe	140,30 €	
3993998	13.12.2019	Trust Promotion GmbH	Re.v. 25.10.2019 Garderobe 24.10.2019 Berlin	378,25 €	
3983510	12.11.2019	Pfeiffer Klaus	Druck- und Kopierkosten	139,60 €	
749860	17.02.2020	Wolf-Belala Nacera	Kopierkosten	20,45 €	
3986836	22.11.2019	Prof. Dr. Hans-Werner Wahl	Reisekosten HD-Berlin	403,90 €	
3989731	29.11.2019	Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr	Reisekosten Bonn-Berlin	158,49 €	
3989732	29.11.2019	Prof. Frank Oswald	Reisekosten Wiesbaden-Berlin	256,23 €	
3990325	03.12.2019	Prof. Dr. Susanne Zank	Reisekosten Köln-Berlin	370,29 €	
3990328	03.12.2019	Dr. Klaus Pfeiffer	Reisekosten Stuttgart-Berlin	285,40 €	
3995658	18.12.2019	Prof. Dr. Jürgen M. Bauer	Reisekosten Schriesheim-Berlin	372,88 €	
3008920	12.02.2020	Prof. Dr. Clemens Becker	Reisekosten Stuttgart-Berlin	638,97 €	
3010847	20.02.2020	Wolf-Belala Nacera	Reisekosten Jettingen-Scheppach - Berlin	265,05 €	
3975946	18.10.2019	Laggner GmbH	Re.v. 23.10.2019 Bewirtung 7 Personen	450,00 €	
3984655	15.11.2019	ICT AG Berlin	Konferenztechnik am 24.10.2019	416,50 €	
3985361	18.11.2019	L & D GmbH Grafschaft	Ganztagspauschael Konferenz 24.10.2019	4.800,00 €	
3984789	20.11.2019	Laggner GmbH	Gutschrift Re.v. 23.10.2019	-14,10 €	