



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.

Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Mitteldeutschland (BBMD)

in Kooperation mit

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.



- ABSTRACTS -

zum

23. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium

**„Gesünder Altern: Gesundheitsförderung und Teilhabe
über die Lebensspanne?“**

04. November 2022 in Leipzig

Inhalt

Session I „Gesundheit und Gesundheitsförderung in einer alternden Gesellschaft“

Keynote 1: „Gesund bleiben, gesund werden, lange leben: (Auch) eine Frage der inneren Einstellung“

Prof. Dr. Susanne Wurm, Universität Greifswald

Keynote 2: „Rehabilitation und Prävention: Gemeinsamkeiten und Unterschiede vor dem Hintergrund des Gesundheitsstrategie-Konzepts“

Prof. Dr. Thorsten Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Verleihung des Forschungs- und Innovationspreises der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V. mit Vortrag des Preisträgers:

„The Post-Stroke Depression Risk Scale (PoStDeRis): Development of an Acute-Phase Prediction Model for Depression 6 Months After Stroke“

Dr. Simon Ladwig, Universität Bielefeld

Laudatio: Brigitte Gross, Deutsche Rentenversicherung Bund

Session II „Gesundheitsförderung: Impulse für die Rehabilitation in der Zukunft“

„Kinder- und Jugendrehabilitation: Wer ist verantwortlich? Ergebnisse aus zwei Forschungsprojekten“

Dr. Judith Stumm, Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Unterstützungs- und Informationsbedürfnisse junger Erwachsener mit Krebs in der Nachsorge“

Dr. Diana Richter und Hannah Brock, Universitätsklinikum Leipzig

„Demenzprävention: Public Health Strategien und Interventionsprogramme für Risikopersonen“

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Universitätsklinikum Leipzig

„Delirprävention bei elektiven chirurgischen Eingriffen im Alter: Prävention und Management des perioperativen Delirs im Alter. Ergebnisse der PAWEL Interventionsstudie“

Prof. Dr. Dr. Michael Rapp, Universität Potsdam

Keynote 1: „Gesund bleiben, gesund werden, lange leben: (Auch) eine Frage der inneren Einstellung“

Prof. Dr. Susanne Wurm
Universität Greifswald

Wir alle werden in einer Gesellschaft älter, die einen starken demografischen Wandel erlebt – und zugleich einen großen Wert auf das Jungsein legt. Viele Menschen sehnen sich nach einem langen Leben, doch die wenigsten möchten alt sein. Denn es überwiegen negative Vorstellungen von alten Menschen als einsam, gebrechlich oder vergesslich. Solche Altersstereotype lernen wir von Kindheit an. Zunächst beziehen sich solche Stereotype auf eine Gruppe, der man als Kind oder Jugendlicher noch nicht angehört. Mit steigendem Alter prägen Altersstereotype jedoch unsere Vorstellungen vom eigenen Älterwerden – sie werden zu Alters-selbst-stereotypen.

Seit rund 20 Jahren gibt es einen starken Anstieg von Studien in diesem Forschungsfeld. Diese zeigen, dass Vorstellungen vom eigenen Älterwerden dazu beitragen, wie gesund Menschen sind und wie lange sie leben. Inzwischen werden auch die unterschiedlichen physiologischen, psychologischen und verhaltensbezogenen Wirkpfade zunehmend besser verstanden, über die unsere Vorstellungen vom eigenen Älterwerden zu Gesundheit oder Krankheit, zu Genesung sowie zu vorzeitiger Sterblichkeit oder Langlebigkeit beitragen. Diese Erkenntnisse gilt es nun auch praktisch zu nutzen, darauf weisen erste Interventionsstudien hin. Gerade im Kontext von Prävention und Rehabilitation spielen nicht nur die eigenen, negativen Vorstellungen vom Älterwerden eine Rolle. Ebenso können die im sozialen Umfeld verbreiteten Altersstereotype Menschen darin entmutigen, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Die Vereinten Nationen haben das laufende Jahrzehnt (2021-2030) zur Dekade des gesunden Älterwerdens erklärt. In diesem Kontext veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation ihren weltweiten Bericht zu *Ageism* und startete eine Kampagne mit dem erklärten Ziel, *Ageism* zu bekämpfen. *Ageism* umfasst neben diskriminierenden Verhaltensweisen durch andere Menschen (Altersdiskriminierung) auch negative Denkmuster über andere Menschen aufgrund ihres Alters (Altersstereotype) sowie negative Vorstellungen vom eigenen Älterwerden. In einer Gesellschaft des langen Lebens ist es dringend an der Zeit, diese verschiedenen Formen von *Ageism* stärker in die gesellschaftliche Aufmerksamkeit zu rücken.

Keynote 2: „Rehabilitation und Prävention: Gemeinsamkeiten und Unterschiede vor dem Hintergrund des Gesundheitsstrategie-Konzepts“

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prävention und Rehabilitation werden gerne zusammen „als zwei Seiten einer Medaille“ gedacht, was sich u. a. im Konzept der sogenannten „tertiären Prävention“ ausdrückt. Zugleich sind sie als qualitativ unterschiedliche Gesundheitsstrategien konzeptualisiert. Ziel dieses Beitrags ist, aus rehabilitationswissenschaftlicher Perspektive diese Widersprüchlichkeit zu verstehen, unterschiedliche Verständnisse der Begriffe aufzuzeigen und auf das Feld der Gesundheitsförderung und -versorgung älterer Menschen anzuwenden.

Über den Gegenstand der Prävention liegen unterschiedliche Vorstellungen vor. Sie wird im Kontext von Gesundheit in der Regel mit Krankheitsprävention gleichgesetzt und folgt einem pathogenetischen Risikofaktorenmodell. Die bekannte Differenzierung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention orientiert sich an einem hypothetischen Krankheitsverlauf. Primäre Prävention setzt primär auf Bevölkerungsebene, sekundäre und tertiäre Prävention setzen auf individueller Ebene an. Gesundheitsförderung zielt auf die Bevölkerungsebene und folgt einem salutogenetischem Modell. Rehabilitation als Gesundheitsstrategie bzw. als ein auf ein Individuum gerichteter Prozess zielt auf die Wiederherstellung oder Optimierung von Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF. Sie integriert eine patho- und salutogenetische Perspektive sowie Kontextfaktoren. Rehabilitation geht damit deutlich über die Idee einer tertiären Prävention hinaus und ist nicht mit ihr gleichzusetzen. Unterschiede zwischen Rehabilitation und Prävention gibt es insbesondere in Bezug auf den Gegenstand bzw. das Ziel, die Zielgruppe, theoretische Grundlagen und zuständige wissenschaftliche Perspektiven.

Prävention bei älteren Menschen zielt in erster Linie auf (individuelle) Funktionsfähigkeit i.S.d. ICF und weist daher eine konzeptuelle Nähe zum Rehabilitationsbegriff auf. Notwendig ist ein besonderes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Funktionsfähigkeit zielen. Entsprechende individuelle präventive Maßnahmen können nur graduell von Rehabilitation abgegrenzt werden. Präventive Maßnahmen, die sich auf die Funktionsfähigkeit von Individuen beziehen, fallen den Zuständigkeitsbereich der Rehabilitation.

„The Post-Stroke Depression Risk Scale (PoStDeRiS): Development of an Acute-Phase Prediction Model for Depression 6 Months After Stroke“

Dr. Simon Ladwig
Universität Bielefeld

Depression ist die häufigste psychische Störung nach Schlaganfall, die ausgeprägte negative Konsequenzen für die Rehabilitation hat. Die Depressionsprävalenz erreicht sechs Monate nach dem Schlaganfall einen Höhepunkt, während die Einbindung in das Rehabilitationssystem im gleichen Zeitraum abnimmt. Dies erschwert das Erkennen der Depression sowie die Initiierung von Behandlung. Ausgehend von den hohen Hospitalisierungsraten nach Schlaganfall und dem Wissen um Risikofaktoren der Post-Stroke Depression (PSD) wurde eine Skala für die Akutphase zur Vorhersage der Depression sechs Monate später entwickelt.

Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie wurden auf einer Stroke Unit N = 226 Personen in der ersten Woche nach ischämischem Schlaganfall rekrutiert. In der Baseline-Erhebung wurden etablierte Risikofaktoren der Depression ökonomisch erhoben: Vorherige Depression (Ja/Nein), Schweregrad des Schlaganfalls (NIHSS), funktionelle Unabhängigkeit (Barthel Index) und frühe depressive Symptome (PHQ-2). Sechs Monate später wurde das Vorliegen einer Depression nach DSM-5 Kriterien bei n = 183 Teilnehmenden überprüft. Prädiktoren wurden in einer multiplen logistischen Regression identifiziert und ihre Koeffizienten in eine Risikoskala transformiert. Die diagnostischen Eigenschaften wurden in einer ROC-Analyse ermittelt.

Nach sechs Monaten wiesen n = 32 (17.5%) eine Depression auf. Die Analyse ergab die Post-Stroke Depression Risk Scale (PoStDeRiS), die die Information über eine vorherige Depression sowie die Scores des Barthel Index und des PHQ-2 beinhaltet. Die Skala zeigte eine gute Diskrimination in der Vorhersage (AUC = 0.84). Der optimale Cut-Off wies eine Sensitivität von 0.81, eine Spezifität von 0.72, einen positiven prädiktiven Wert von 0.38 und einen negativen prädiktiven Wert von 0.95 auf.

Die PoStDeRiS ermöglicht in der Akutphase die Vorhersage von Depression sechs Monate nach Schlaganfall mit adäquater Sensitivität und Spezifität. Daher ermöglicht die PoStDeRiS die ökonomische Vorhersage von Depression für einen Zeitpunkt, zu dem ihre Prävalenz einen Höhepunkt erreicht und viele Rehabilitationsmaßnahmen bereits beendet sind. Die Validierung und Weiterentwicklung der Skala sind notwendig, um die negativen Auswirkungen der PSD zu reduzieren.

„Kinder- und Jugendrehabilitation: Wer ist verantwortlich? Ergebnisse aus zwei Forschungsprojekten“

Dr. Judith Stumm
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die in den letzten Jahrzehnten stattgefundenene Schwerpunktverlagerung von akuten zu chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen schlägt sich in einem wachsenden Stellenwert rehabilitativer Maßnahmen nieder. 39% der Kinder und Jugendlichen weisen eine chronische Erkrankung auf; darunter haben $\frac{1}{4}$ laut Aussagen ihrer Eltern einen speziellen Versorgungsbedarf. Um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung und eine langfristige Sicherung der Teilhabe zu erreichen, ist ein Versorgungsansatz unabdingbar, der über die Sektoren des Gesundheitssystems hinausgeht. Folgen einer fragmentierten Versorgungslandschaft sind u. a. Zugangsbarrieren, vor allem bei vulnerablen Patient:innengruppen wie die Kinder und Jugendlichen. Dies lässt sich ebenso, ungeachtet der jeweiligen Forschungsfragen, aus den Ergebnissen aus zwei verschiedenen Forschungsprojekten im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ableiten.

Die Integration der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in das Gesamtversorgungskonzept chronisch kranker Kinder durch eine sektorenübergreifende Vernetzung scheint eine Voraussetzung zu sein, um bestehende Zugangsbarrieren zu überwinden.

In der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind langfristig mehr oder weniger unterschiedliche Akteur:innen involviert: Kinder- und Jugendärzt:innen, Psycholog:innen, Hausärzt:innen, Familien, betreuende Personen, die Kostenträger und andere.

Jede(r) einzelne(r) der genannten Akteur:innen übernimmt eine spezifische Rolle, die losgelöst von allen anderen Akteur:innen unabdingbar für den gesamten Rehabilitationsprozess ist. Doch wie lassen sich diese verschiedenen Rollen miteinander verknüpfen und wer sollte den Hut in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation aufhaben, um den Zugang zu Rehabilitationsleistungen für Jugendliche und ihre Familien zu erleichtern?

„Unterstützungs- und Informationsbedürfnisse junger Erwachsener mit Krebs in der Nachsorge“

Dr. Diana Richter und Hannah Brock
Universitätsklinikum Leipzig

Obwohl die Mehrzahl der Krebserkrankungen mit einem höheren Lebensalter assoziiert ist, erkrankt ein signifikanter Anteil der Patienten im jüngeren Lebensalter. Das Robert Koch-Institut geht von einer jährlichen Inzidenz in Deutschland von circa 15.000 Menschen im Alter zwischen 15 und 39 Jahren aus, was etwa 3% aller jährlichen Neuerkrankungen entspricht. Eine Krebserkrankung in diesem Alter stellt die jungen Erwachsenen vor zahlreiche Veränderungen und Herausforderungen, welche zusätzlich zu altersnormativen Entwicklungsaufgaben (z. B. finanzielle Unabhängigkeit, Berufswahl, Identitätsreifung, Familiengründung) bewältigt werden müssen. Diese multiple Belastungssituation kann kurz- und/oder langfristig zu einem erhöhten Distress und einer geringeren Lebensqualität im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen führen.

Dank medizinischer Fortschritte haben sich die Überlebensraten nach einer Krebsdiagnose im jungen Erwachsenenalter in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert und liegen bei über 80%. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass sich auch zunehmend mehr junge Krebsüberlebende mit den Folgen der Krebserkrankung und einer Behandlung über Jahre hinweg auseinandersetzen müssen. Denn nicht nur während der akuten Behandlungsphase, sondern auch in der onkologischen Nachsorge sind die jungen Patienten mit einer Vielzahl somatischer, psychosozialer sowie sozioökonomischer Langzeitfolgen konfrontiert. Mehrere Studien haben gezeigt, dass vor allem junge Erwachsene mit einer Krebserkrankung einen hohen Unterstützungs- und Informationsbedarf bezüglich Langzeitfolgen, zukünftigem Gesundheitsverhalten, psychologischen Unterstützungsangeboten und dem Austausch mit gleichaltrigen Betroffenen haben, welcher jedoch nicht immer in der onkologischen Nachsorge gedeckt wird.

Unter Einbezug aktueller Forschungsergebnisse soll der Vortrag einen Überblick zu Unterstützungs- und Informationsbedürfnissen junger Erwachsener mit Krebs in der Nachsorge bieten, da sich diese deutlich vom Bedarf älterer Krebspatienten unterscheiden. Um diese Patientengruppe adäquat (psycho-)onkologisch versorgen zu können, ist eine Sensibilisierung des beteiligten Personals in der Akutversorgung und in der Nachsorge essentiell.

„Demenzprävention: Public Health Strategien und Interventionsprogramme für Risikopersonen“

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller
Universitätsklinikum Leipzig

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Sie sind folgenswer für den Einzelnen und stellen Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen. Eine kurative Behandlung steht aktuell nicht zur Verfügung. Das lenkt den Blick auf die Prävention. Tatsächlich hat sich das Wissen über modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren in der letzten Dekade explosionsartig vergrößert. Ausgehend davon wurden Interventionsprogramme konzipiert und Public Health Strategien etabliert.

Der Vortrag gibt eine Übersicht über modifizierbare Risiko- und Schutzfaktoren und aktuelle Interventionsprogramme. Insbesondere wird über die erste deutsche Multikomponentenintervention für Risikopersonen - Agewell.de, die federführend an dem Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) in Leipzig durchgeführt wird, berichtet. Zudem werden aktuelle Public Health Strategien besprochen und dabei Verhaltens- als auch Verhältnisprävention in den Blick genommen. Demenzprävention ist ein zentrales Zukunftsthema und bildet einen wichtigen Baustein der nationalen Demenzstrategie.

„Prävention und Management des perioperativen Delirs im Alter: Ergebnisse der PAWEL Interventionsstudie“

Prof. Dr. Dr. Michael Rapp
Universität Potsdam

Die Delirprävention ist bei älteren Personen hinsichtlich funktioneller Folgeeinschränkungen, kognitiver Defizite sowie der Morbiditätslast und Mortalität von erheblicher Bedeutung. Die Prävalenz des Delirs im Alter nach Elektivoperationen liegt bei bis zu 28% (Bruce et al., 2007). Ziel der PAWEL-Studie war zu untersuchen, ob eine multimodale, nicht-pharmakologische Intervention wirksam zur Reduktion der Delirinzidenz bei älteren Patient:innen mit Elektivoperationen eingesetzt werden kann.

Die Studie im stepped-wedge, cluster-randomisierten Design wurde in fünf medizinischen Zentren in Baden-Württemberg durchgeführt. Rekrutierte Patient:innen waren > 70 Jahre und unterzogen sich einer elektiven Operation. Die Daten wurden vor der Aufnahme, prä- und postoperativ sowie bei der Entlassung erhoben. Primäre Ergebnisse waren Delirinzidenz und Delirdauer.

1.470 Patient:innen konnten zwischen November 2017 und April 2019 rekrutiert werden (730 Kontrollgruppe; 740 Interventionsgruppe). Sie waren im Durchschnitt 78 Jahre alt, 51,9% der Patienten waren männlich. Ein Delir trat bei insgesamt 21,6% aller Patient:innen auf. Bei der Delirhäufigkeit zeigte sich eine deutliche Unterscheidung zwischen herzchirurgischen und orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen. Die Intervention führte zu einer signifikanten Reduktion an POD, allerdings nicht bei Patient:innen, welche sich einer herzchirurgischen Elektivoperation unterzogen.

Die PAWEL-Studie konnte zeigen, dass eine nicht-medikamentöse Mehrkomponenten-Intervention hinsichtlich des Delirs im Alter eine sichere und effektive Präventionsmaßnahme ist. So konnte die Delirrate nach orthopädischen und allgemeinchirurgischen Operationen klinisch bedeutsam gesenkt werden. Bei Patient:innen mit herzchirurgischem Eingriff konnte der Effekt nicht nachgewiesen werden. Eine breite Implementierung der Intervention bei Patient:innen ist empfehlenswert.

Die Studie wurde aus Mitteln des Innovationsfonds (G-BA, VF1_2016-201) gefördert.

