

Effekte stationärer pneumologischer und dermatologischer Behandlungen: erste Ergebnisse der Davoser Outcome Studie (DOS)

Kaiser, U. (1), Nübling, R. (2), Schmidt, J. (2) & Ohnmacht, M. (1)

(1) Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG)

Hintergrund

Pneumologische / dermatologische Erkrankungen und Allergien verursachen in Deutschland durch die massiven Krankheitsfolgen alleine für das Asthma bronchiale und die COPD jährlich Kosten von über acht Milliarden Euro. Zur umfassenden Behandlung gehören neben der kurativen Versorgung rehabilitative Angebote, die den Schwerpunkt auf die Beseitigung oder Kompensation der somatischen, funktionalen und psychosozialen Krankheitsfolgen, die Steigerung der Lebensqualität und damit insgesamt die Reduzierung des volkswirtschaftlichen Schadens aus dem Verlust von Arbeits-, Erwerbsfähigkeit und Mortalität dieser Erkrankungen legen. Für die pneumologische Rehabilitation insgesamt und für wesentliche Teilaspekte gelten heute die Effekte als nachgewiesen (Schultz & Kenn 2004, Kaiser 1994, 2003).

Methodik

Mit der Davoser-Outcome-Studie sollen vorwiegend kurz-, mittel- und langfristige Effekte des Klinikaufenthaltes nachgewiesen werden. Mit der erweiterten Forschungsmethodik um eine Kontrollgruppe sollen die Ergebnisse früherer Studien (Kaiser 1994, 2003) überprüft und aktualisiert werden. In die Verlaufsbeurteilung werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6-, 12-, 24-Monatskatamnese) somatische, funktionale, psychosoziale, behandlungsbezogene, soziodemographische, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Bereiche einbezogen. Die Datenerhebung in der Klinik begann Ende 2009 und wird bis Ende 2010 abgeschlossen sein.

Erste Ergebnisse

Bisher liegen 526 (Aufnahmemessung-AM) bzw. 439 (Entlassungsmessung-EM) Patientenbögen und 622 Arztbögen vor. Der Rücklauf liegt bisher bei rund 65%. Die ersten Ergebnisse beziehen sich auf Angaben von n=420 Patienten, für die für beide bisher vorliegende Messzeitpunkte Bögen abgegeben wurden. Es handelt sich um 40.2% Männer und 59.8% Frauen mit einem Durchschnittsalter von 48.3 Jahren (SD 13.5 Jahre) und vorwiegend pneumologische Erkrankungen gefolgt von Hauterkrankungen bei chronischem Krankheitsverlauf und ausgeprägter Multimorbidität.

Zum Zeitpunkt der Entlassung berichten rund 60% der Befragten, dass ihre Probleme und Beschwerden entweder gar nicht mehr (2.7%) oder nur noch in geringem Ausmaß vorhanden sind (55.6%). 51.1% fühlen sich deutlich und 42.0% etwas besser. Dementsprechend geben 98.4% an, dass der Klinikaufenthalt sehr geholfen habe. Die nachfolgende Tabelle gibt die Anzahl der Gebesserten pro Bereich wider.

	Gebesserte in %
Gesundheitszustand	92.0
Körperliches Befinden	88.4
Seelisches Befinden	72.9
Allgemeinbefinden	86.6
Leistungsfähigkeit	77.7
Belastbarkeit	75.1
Entspannungsfähigkeit	70.1
Ausgeglichenheit	70.2
Selbstvertrauen	62.2
Fähigkeit, mit alltäglichen Belastungen umzugehen	68.4

Daneben ergeben sich deutliche und hoch signifikante Veränderungen in den Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Tab. 2):

	Aufnahme	Entlassung	T-Wert	P
Körperliche Gesundheit	MW 39.2, SD 11.0	MW 44.1, SD 9.6	-6.9	<= .001
Psychische Gesundheit	MW 46.3, SD 11.0	MW 53.2, SD 9.1	-5.4	<= .001

Dementsprechend fällt die globale Bewertung des Klinikaufenthaltes – gemessen mit dem ZUF-8 (Schmidt et al. 2008) mit einem Durchschnittswert von MW = 27,9 (SD=3,7) sehr positiv aus.

Zusammenfassend sind 90.5% der Befragten mit dem Behandlungsergebnis zufrieden und 93.1% geben an, dass die persönlichen Therapieziele erreicht wurden (75.7% vollkommen bzw. größtenteils). Dementsprechend hat die Behandlung aus Sicht von 91% der Betroffenen einen großen Nutzen, was

durch die Gesamtbewertung von MW 8.2 (SD 1.5) auf einer 11-stufigen Skala (0=sehr schlecht – 10=sehr gut) untermauert wird.

Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse belegen die kurzfristigen Effekte stationärer Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos und machen Hoffnung, die positiven Ergebnisse der früheren Studien nicht nur zu untermauern, sondern noch zu übertreffen.

Der demographische Wandel, die prognostizierte deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen (Beske 2010) mit immensen volkswirtschaftlichen Folgekosten auf der einen Seite und der vielfach nachgewiesene Nutzen rehabilitativer Behandlungen auf der anderen Seite muss in der Konsequenz dazu führen, dass Maßnahmen dieser Art gezielter, früher und häufiger zum Einsatz kommen müssen (vgl. z.B. Steiner et al. 2009).

Literatur

- Beske, F. (2010). Häufigkeit ausgewählter überwiegend chronischer Krankheiten als Beispiel für Probleme der Gesundheitsversorgung von morgen. Public Health Forum, 18, Heft 66, 21e1 – 21e2.
- Kaiser U. (1994). Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation chronischer Atemwegserkrankungen. Frankfurt: VAS.
- Kaiser, U. (2003). Aspekte der beruflichen Rehabilitation und deren Umsetzung in Behandlungs- und Beratungskonzepte in der stationären pneumologischen Rehabilitation. Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, Projektförderung durch die Südwestdeutschen Rentenversicherungsträger, Förderkennzeichen 0109979612 – (www.hochgebirgsklinik.ch).
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In Brähler E., Schumacher J., Strauß B. (Hrsg.). Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 392-396.
- Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R. & Zweers, U. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG.
- Schultz, K. & Kenn, K. (Hrsg.)(2004). Pneumologische Rehabilitation: Welche Therapiekomponenten sind evidenzbasiert? Sonderheft Atemw.-Lungenkrkh., 30, 9/2004, 420-459.

Schlüsselwörter

Pneumologie, Dermatologie, Rehabilitation, Evaluation, Outcome

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Udo Kaiser
Hochgebirgsklinik Davos
CH-7265 Davos Wolfgang / Schweiz
Tel.: 0041-81-417 3544
Fax.: 0041-81-417 3547
www.hochgebirgsklinik.ch
e-mail: udo.kaiser@hgk.ch

Effekte stationärer pneumologischer und dermatologischer Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos: erste Ergebnisse der Davoser-Outcome-Studie



20. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium
14. bis 16. März 2011 in Bochum

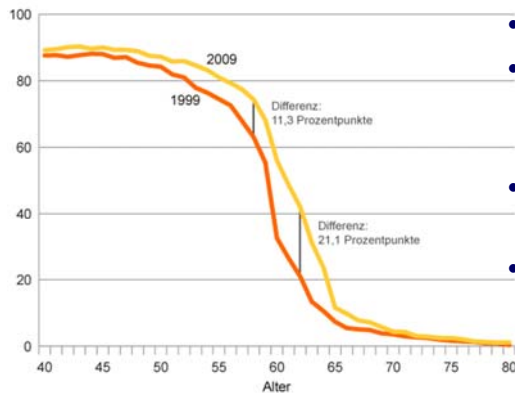
U. Kaiser¹, R. Nübling², J. Schmidt² & M. Ohnmacht¹

¹Hochgebirgsklinik Davos, ²Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG)

Künftige Herausforderungen

- Med. Fortschritt: längere Lebenserwartung
- Demographische Entwicklung
 - Rückgang der Geburten
 - Alterung der Gesellschaft
 - Verknappung an Arbeitskräften
 - Längere Lebensarbeitszeit
 - Grosse Herausforderungen an Gesundheitspolitik und -versorgung
- Diskontinuität der Erwerbsbiographien
- Zunahme chronischer Erkrankungen
 - Hoher Verlust an Arbeitsjahren durch vorzeitigen Ausstieg
 - Hohe krankheitsbedingte Kosten

Erwerbsbeteiligung (in %) nach Alter - 1999 und 2009 -

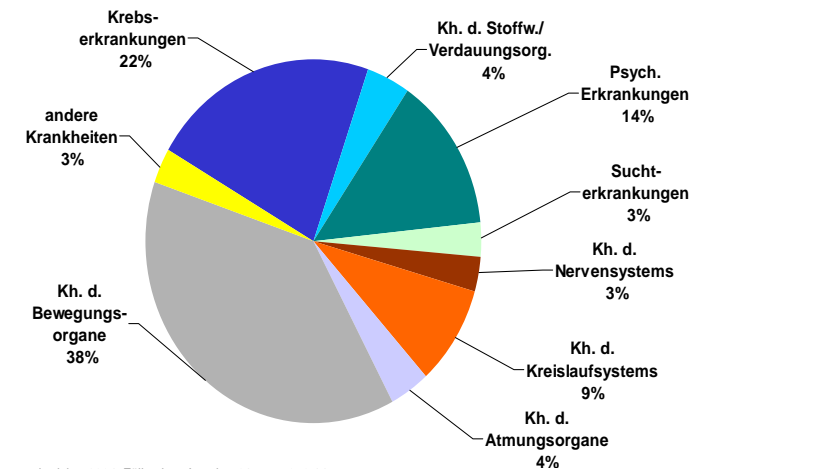


- Rückgang ab ca. 50 Jahre
- Hauptausstieg Alter zwischen 58 und 60 Jahren
- Mit 64 noch knapp jeder Vierte beteiligt (23.7%)
- Mit 65 Jahren noch etwas mehr als jeder Zehnte (11.6%)

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

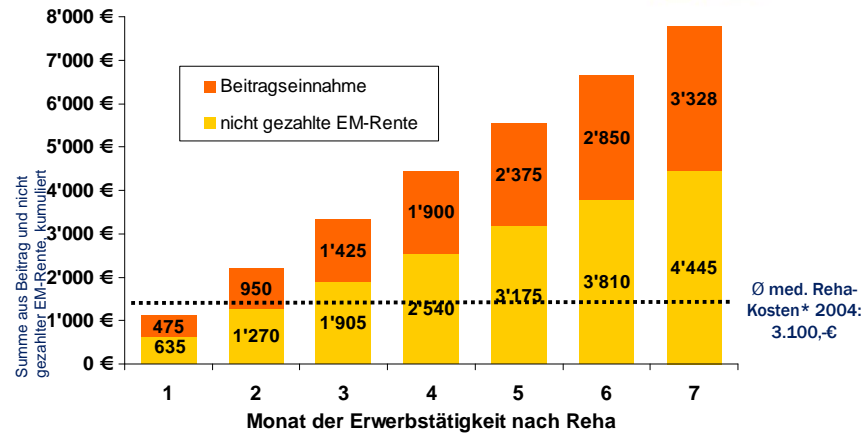
Medizinische Rehabilitation

- Krankheitsspektrum 2004 -



Quelle: Entlassungsberichte 2004, Fälle ohne Angabe: 61 - n=356.145

Amortisationsmodell med. Rehabilitation



- ⇒ nach 5 Monaten hat sich die Rehabilitation aus vermiedenen Renten amortisiert!
 - ⇒ nach rd. 3 Monaten hat sich die Rehabilitation aus vermiedenen Renten + Beiträgen amortisiert!
- * Leistungen für allgemeine medizinische Rehabilitationsleistungen (ohne Sucht, ohne Übergangsgeld)

Berlin, 11.09.2009



6. Deutscher Reha-Tag
am 12. September 2009
www.rehatag.de

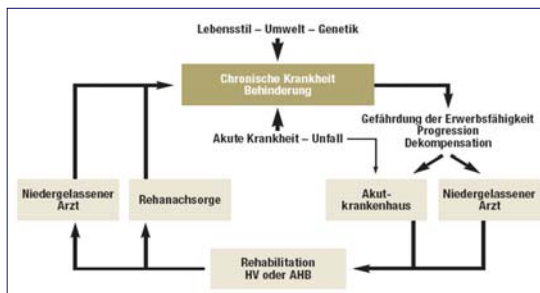
Pressemitteilung

Volkswirtschaft spart Milliarden durch medizinische Rehabilitation

Prognos-Studie belegt: Für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro gewinnt die Gesellschaft schon heute fünf Euro zurück. Der Netto-Nutzen könnte sich bis 2025 auf 23 Milliarden Euro vervierfachen.

Optimale Zuweisungssteuerung

Kontinuum von chronischen Krankheiten: Progression - Maßnahmen - Progression



Wissen:

- wann welcher Patient (diagnosespezifisch)
- in welchem Zustand (med. Kriterien)
- in welcher Einrichtung (Strukturqualität)
- durch wen behandelt werden kann

Voraussetzungen zur Reha:

- Rehabilitationsbedürftigkeit +
- Rehabilitationsfähigkeit +
- Rehabilitationsziele +
- Rehabilitationsprognose +

Reha-Bedürftigkeit:

- Voraussetzung: kurative Versorgung ausgeschöpft, nicht ausreichend, nicht erfolgsversprechend
- Koordinierter interdisziplinärer bio-psycho-sozialer Behandlungsansatz ist notwendig
- Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten und/oder drohende bzw. manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen

Rehabilitationsgrundsätze:

- Prävention vor Rehabilitation
- Rehabilitation vor Rente und Pflege
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe
- ambulant vor stationär und
- so normal wie möglich

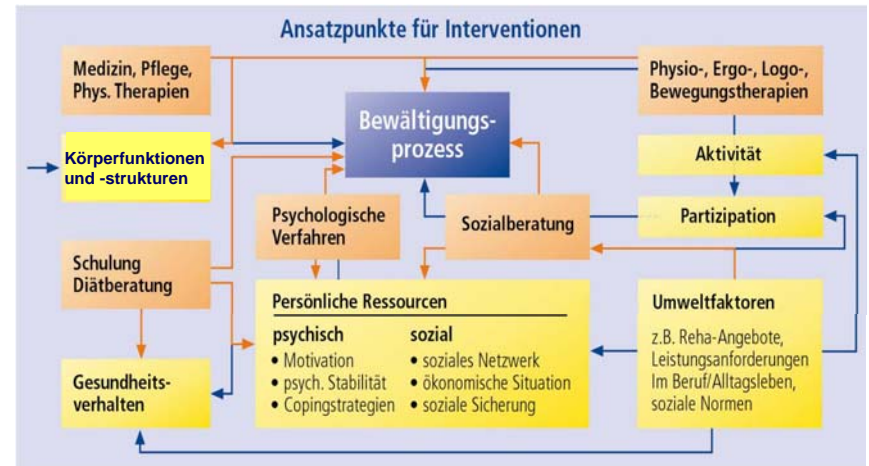
Indikation zur pneumologischen Rehabilitation

- Schwere Verlaufsformen mit relevanten bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen, die trotz adäquater ambulanter / stationärer (kurativer) medizinischer Betreuung nicht ausreichend behandelt sind
- Grundsatz: „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie notwendig“

Allgemeine Rehabilitationsziele

- Maximale Besserung der Atemfunktion
- Erlangung maximaler Selbständigkeit und Aktivität
- Erlangung maximaler Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung
- Wiederaufnahme oder Fortsetzung der früheren beruflichen Tätigkeit oder Ausbildung für besser geeignete Arbeit
- Verbesserung der Lebensqualität
- Minimierung der Krankheitsfolgen für die Betroffenen, die Familie und die Gesellschaft

Krankheitsfolgen - Interventionen



Verhaltensmedizinisches Konzept

Medizinische/ärztliche Diagnostik, Therapie, Therapieverlaufskontrolle

Patientenschulung	Veränderungsprozess	Therapie/Beratung
<p>Basisschulung (Ärzte):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist Asthma? • Asthma und Allergie • Asthma und Infekt • Asthma, Beruf und Umwelt • Grundzüge der Asthmatherapie • Kortison in der Asthmatherapie <p>Seminare und Übungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemschule, Rückenschule • Rund um das Inhaliergerät • Selbstkontrolle durch Peakflowmeter • Dosieraerosole • Praxisschulung Inhalation • Psyche und Asthma • Sport und Asthma • Theorie/Praxis Kneipp-Verfahren • Praxisschulung Allergie (Pollen, Milben) • Gesunde Ernährung/Nahrungsmittelallergie • Gewichtsreduktion • Rehabilitation chronischer Krankheiten • Sozialrechtliche Aspekte chronischer Krankheit 	<p>in den Ebenen</p> <ul style="list-style-type: none"> • des Wissens • der Wahrnehmung • der Bewertungen • der Gefühle • des Verhaltens <p>in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung • Selbstkontrolle • Selbstmanagement <p>mit den Ziel der Verbesserung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunderkrankung • Erwerbsfähigkeit • Krankheitsverarbeitung • Krankheitsverlauf • Krankheitsprognose • Lebensqualität 	<p>Psychosoziale Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationspsychologie • Patientenschulung • Rehabilitationsberatungs- und Informationszentrum (BIZ) • Freizeit und Kreativbereich • Ergotherapie <p>Physikalische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalationstherapie • Physiotherapie • Sport- und Bewegungstherapie • Balneologie <p>Diätetik/Ernährung</p> <p>Sozialmedizin</p>

Therapietransfer unter alltäglichen Bedingungen im Rahmen der Freizeit- und Kreativangebote, Förderung eigener Aktivitäten der Patienten

Hochgebirgsklinik Davos

Davoser-Reha-Studien I + II

- einbezogene Bereiche, Messzeitpunkte, Datenquellen -

Bereiche

- **Körperliches Befinden:** Symptome, körperliche Leistungsfähigkeit
- **Psychisches Befinden:** Depressivität, Angst, Coping, Krankheitsmanagement
- **Sozialer Bereich:** Lebenszufriedenheit bzw. -qualität, aktuelle Lebenssituation
- **Funktionaler Bereich:** krankheitsbezogene Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag
- **Soziodemographische Daten:** Alter, Geschlecht, Bildung Familienstand, Einkommen
- **Sozialmedizinische Daten:** Kostenträger, AU-Zeiten, Vor- und Nachbehandlungen, Erwerbsstatus
- **Behandlungsbezogene Daten:** ICD-10 Diagnosen, individuelle Therapieziele, Behandlungsdauer, Art und Umfang der durchgeführten Maßnahmen, Patientenzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Struktur- und Prozessqualität

Messzeitpunkte

- Aufnahme, Entlassung, 6 / 12 Monate und 5 Jahre nach Entlassung

Datenquellen

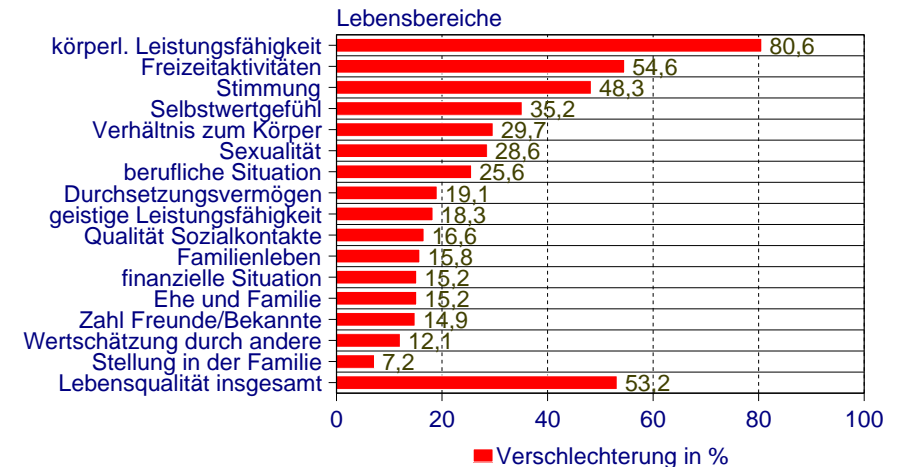
- Patienten, Klinikärzte, Hausärzte

Hauptpatientenmerkmale

- N=187
- Frauen: 51.9%, Männer: 48.1%
- MW: 47,3 Jahre (SD: 16,6 Jahre)
- Hoher Bildungsstand
- Rund 90% Asthma bronchiale
- Überwiegend mittel- bis schwergradig
- 53% Allergien
- 58% Komorbidität
- Krankheitsdauer: MW 19.5 Jahre (SD 15.6 Jahre) = chronischer Verlauf!

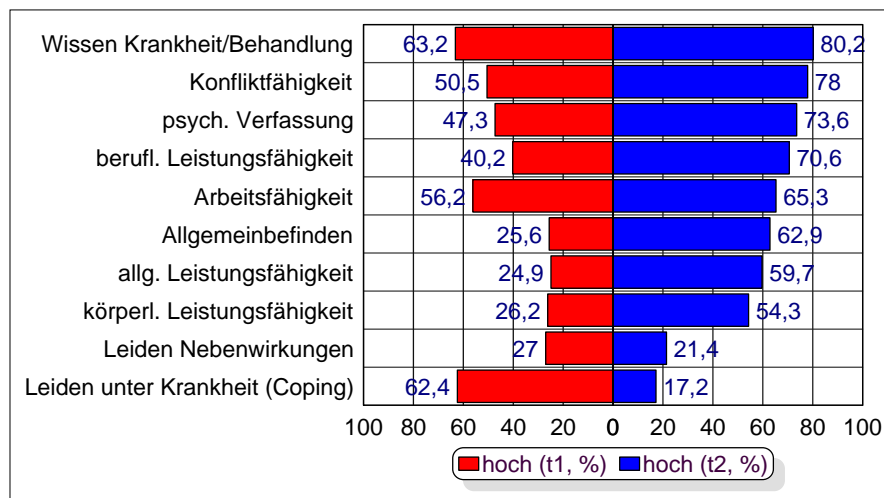
Erlebte Veränderungen durch die Erkrankung

Patientenangaben



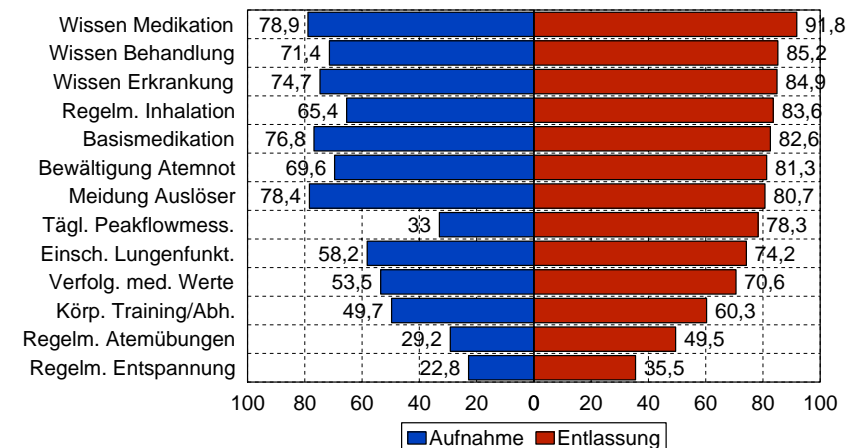
Gesundheitlicher Status t1 - t2

Patientenangaben



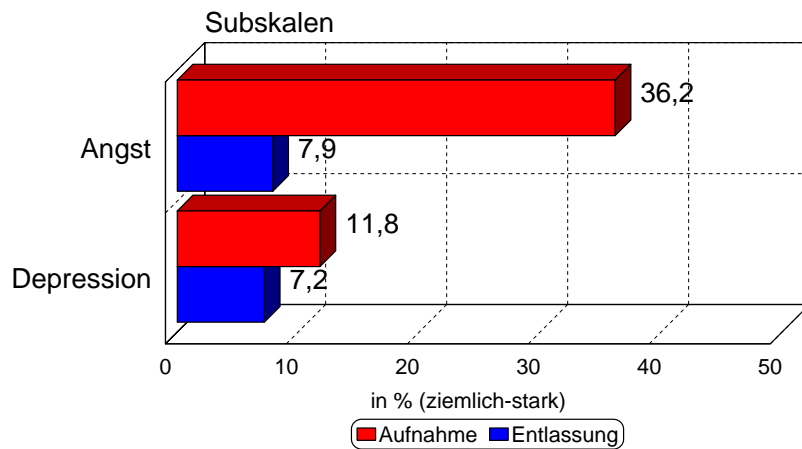
Krankheitsmanagement (t1/t2)

Patientenangaben (p <= .001)



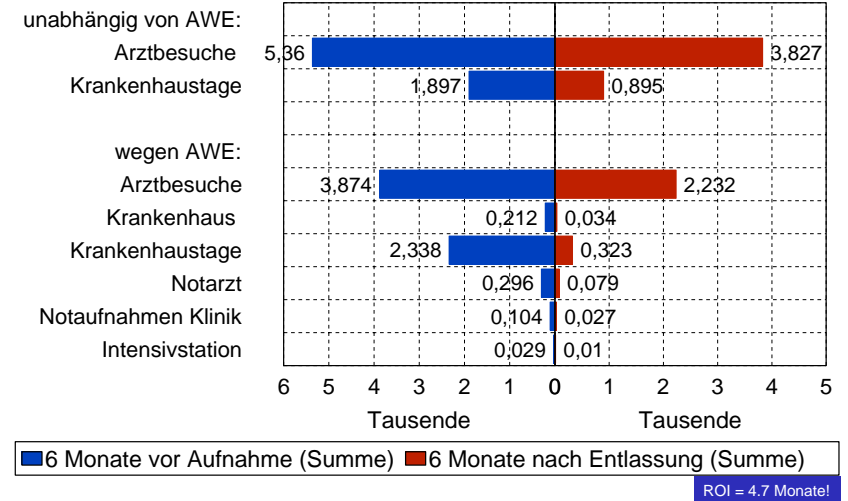
Brief Symptom Inventory (BSI)

Angst - Depression

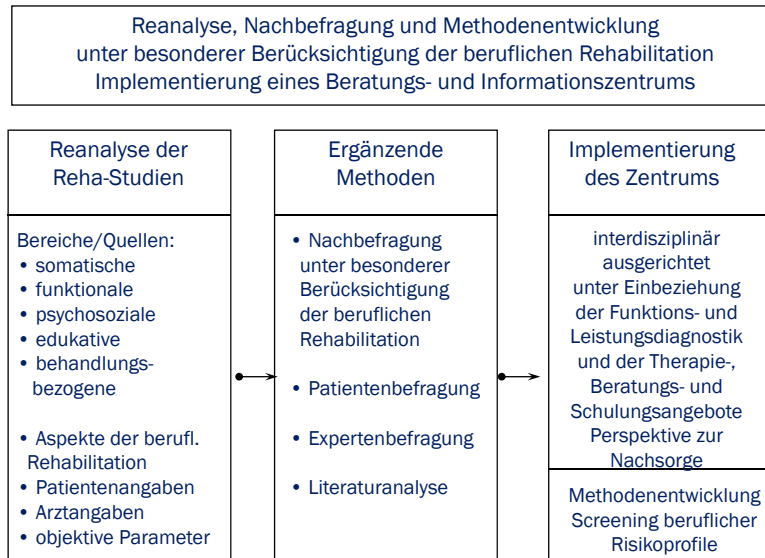


Kostenrelevante Variablen

Davoser-Reha-Studie (t1 - t3, Summenvergleich)

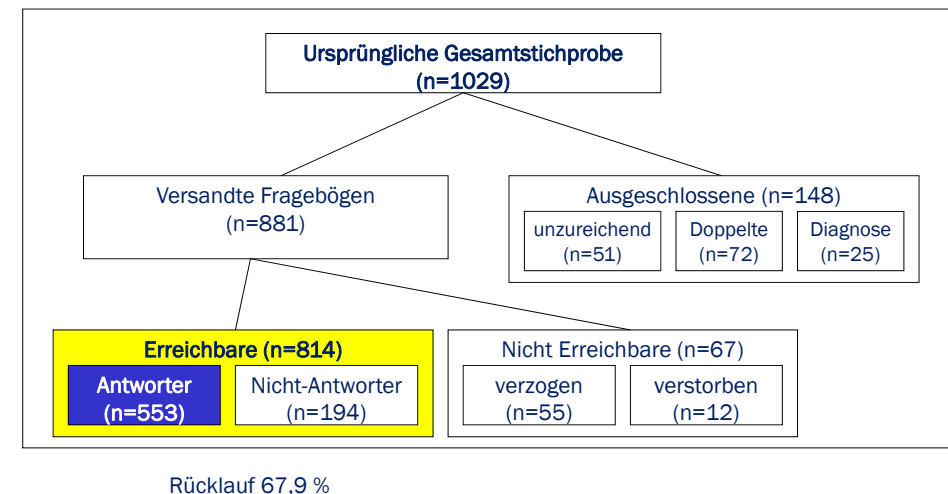


Projektübersicht: Davoser-Reha-Studie II



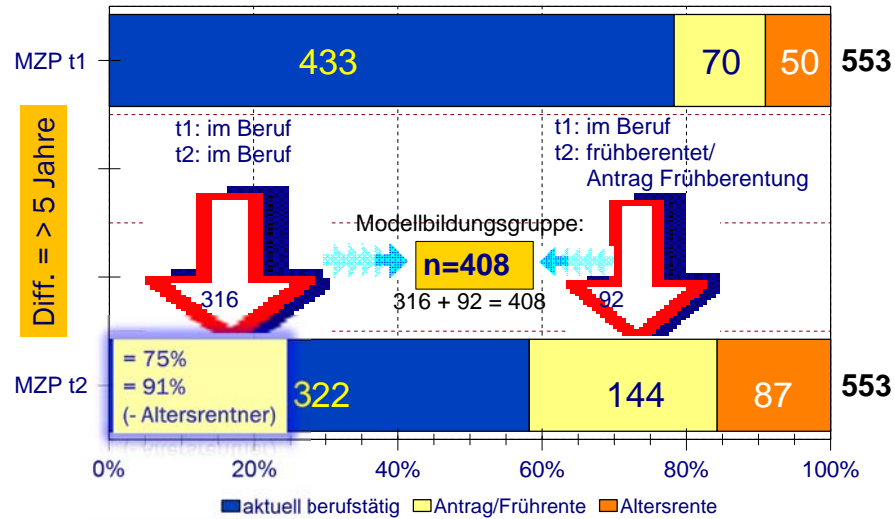
Forschungsprojekt im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, gefördert durch die Südwestdeutschen Rentenversicherungsträger, Förderkennzeichen: 0109979612

Stichprobenszusammensetzung



Zusammensetzung der Stichprobe (t1/t2)

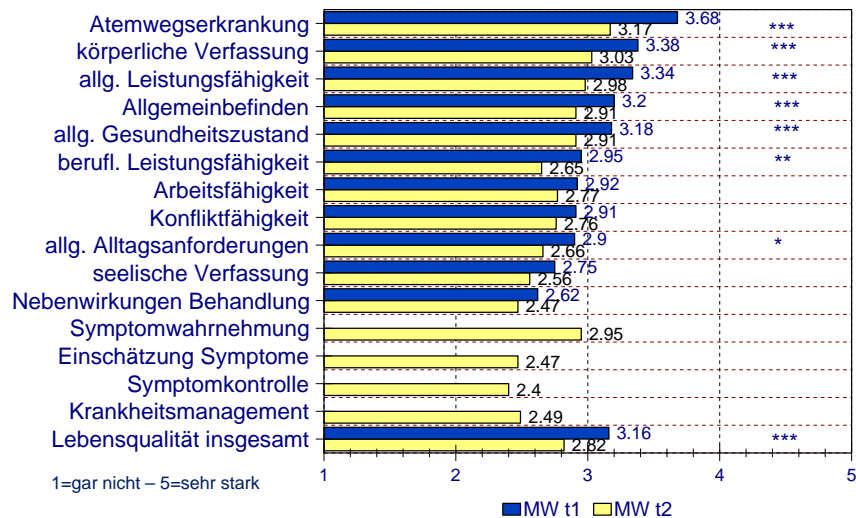
Kriterium: Erwerbsstatus



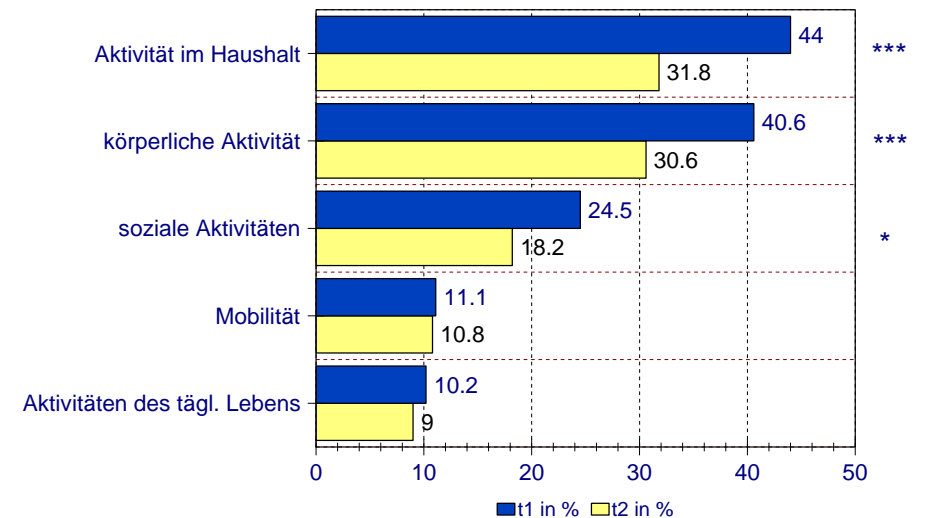
Hauptpatientenmerkmale

- N=553
- Frauen: 50.2%, Männer: 49.8%
- MW: 47,0 Jahre (SD: 14,0 Jahre)
- Hoher Bildungsstand
- Rund 80% Asthma bronchiale
- Überwiegend mittel- bis schwergradig
- 46% Allergien
- 75% Komorbidität (Skelett/Muskel, KHK, Haut, Psyche)
- Krankheitsdauer: MW 15.1 Jahre (SD 11.9 Jahre) = chronischer Verlauf!

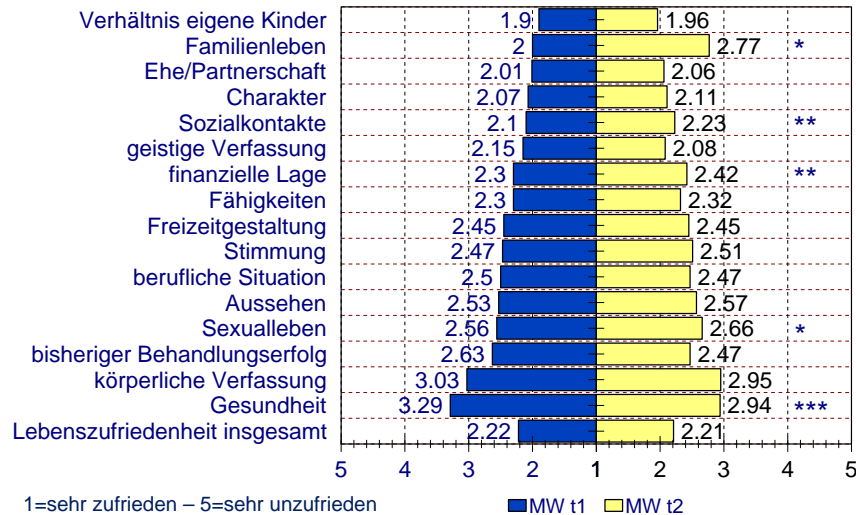
Allgemeine Krankheitsbelastungen



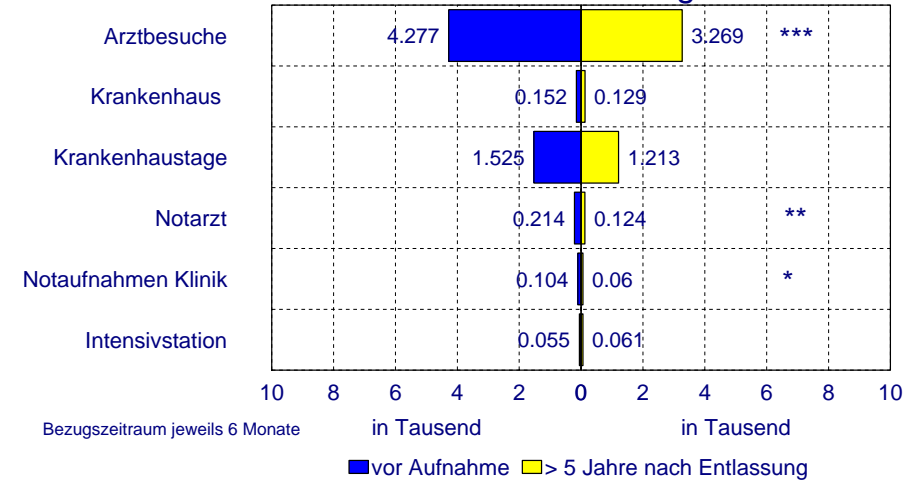
Funktionale Einschränkungen



Aspekte der Lebensqualität (LZI)




Entwicklung der kostenrelevanten Variablen > 5 Jahre nach Entlassung



Davoser-Outcome-Studie (DOS)

Wissenschaftliche Leitung: Dr. U. Kaiser

- Messung kurz-, mittel- und langfristiger Effekte (Aufnahme, Entlassung, 6/12/24 Monate nach Entlassung)
- MTMM-Design: Multi-Trait-Multi-Method mit Kontrollgruppe
- Stichprobengröße: → 800-1000 Patienten
- Datenebenen: Patienten, Klinikärzte, Haus- und Fachärzte, Krankenakte, ggf. Kassendaten
- IV: stationäre Reha in Davos, KG: ohne Reha, vorhandene Reha-Bedürftigkeit
- Laufzeit: ca. 4 Jahre, Laufzeit Klinikerhebung: Ende 2010
- Indikationen: Asthma, COPD, Atopisches Ekzem, Psoriasis
- Bereiche: körperliches Befinden, psychisches Befinden, sozialer Bereich, funktionaler Bereich, soziodemographische Daten, sozialmedizinische Daten, behandlungsbezogene Daten, ökonomische Daten
- Projektbeteiligte: Europäisches Allergie und Asthma Zentrum Davos, Hochgebirgsklinik Davos, Niederländisches Asthmazentrum Davos (NAD)
- In Kooperation mit:  GQG
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
Kliniken
- Finanzierung durch Europäisches Allergie und Asthma Centrum Davos (EACD)

Erste Ergebnisse: Stichprobenbeschreibung

- Bisher liegen 526 (Aufnahmemessung-AM) bzw. 439 (Entlassungsmessung-EM) Patientenbögen und 622 Arztbögen vor (Rücklauf = 65%)
- Die nachfolgend berichteten ersten Ergebnisse beziehen sich auf Angaben von 216 Patienten, für die für beide bisher vorliegende Messzeitpunkte Bögen abgegeben wurden. Die Ergebnisse können aufgrund der noch geringen Datenmenge zum jetzigen Zeitpunkt lediglich als Trend betrachtet werden!
- 40.2% Männer, 59.8% Frauen, Durchschnittsalter = 48.3 Jahre (SD 13.5 Jahre)
- vorwiegend pneumologische Erkrankungen gefolgt von Hauterkrankungen bei chronischem Krankheitsverlauf und ausgeprägter Multimorbidität

Erste Ergebnisse: Veränderungen A / E

- Zum Zeitpunkt der Entlassung:
 - berichten rund 60% der Befragten, dass ihre Probleme und Beschwerden entweder gar nicht mehr (2.7%) oder nur noch in geringem Ausmaß vorhanden sind (55.6%)
 - 51.1% fühlen sich deutlich besser und 42.0% etwas besser
 - Dementsprechend geben 98.4% an, dass der Klinikaufenthalt sehr geholfen habe

- Anzahl der Gebesserten pro Bereich:

Veränderungsbereiche A/E	Gebesserte in %
Gesundheitszustand	92.0
Körperliches Befinden	88.4
Seelisches Befinden	72.9
Allgemeinbefinden	86.6
Leistungsfähigkeit	77.7
Belastbarkeit	75.1
Entspannungsfähigkeit	70.1
Ausgeglichenheit	70.2
Selbstvertrauen	62.2
Fähigkeit, mit alltäglichen Belastungen umzugehen	68.4

Gesamtskala: MW 1.88, SD.69 (1=deutlich besser – 5=deutlich schlechter)

- deutliche /hoch signifikante Veränderungen in den Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Skalen SF12	Aufnahme	Entlassung	T-Wert	P
Körperliche Gesundheit	MW 39.2, SD 11.0	MW 44.1, SD 9.6	-6.9	<= .001
Psychische Gesundheit	MW 46.3, SD 11.0	MW 53.2, SD 9.1	-5.4	<= .001

Erste Ergebnisse: Behandlungszufriedenheit / Nutzen

- Dementsprechend fällt die globale Bewertung des Klinikaufenthaltes – gemessen mit dem ZUF-8 - sehr positiv aus:

Bereiche ZUF-8	Positive Bewertung in %
Qualität der Behandlung?	95.2
Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?	95.2
Klinik den Bedürfnissen entsprochen?	95.8
Freund / Freundin Klinik empfehlen, wenn ähnliche Probleme?	96.8
Zufriedenheit mit Ausmaß an erhaltener Hilfe?	90.5
Behandlung geholfen, angemessener mit Problemen umzugehen?	96.2
Zufriedenheit mit der Behandlung im Großen und Ganzen?	94.7
Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn sie Hilfe bräuchten?	95.8

Skalensumme (min=8 – max=32): MW 27.9, SD 3.7

- Unspezifischer Nutzen:

- Luftveränderung, Hochgebirgsklima
- Ausspannen, Ruhe, Herauskommen aus der Arbeit

Nützlichkeit der Einflussgrößen	Hoher Nutzen in %
Gesamte med. Behandlung	83.8
Gespräche mit Mitpatienten	67.4
Knüpfen neuer Kontakte	59.8
Ausspannen vom Alltag	88.6
Luftveränderung	95.7
Ruhe des Ortes und der Umgebung	93.5
Hochgebirgsklima	94.1
Herauskommen aus der täglichen Arbeit	91.2
Herauskommen aus der Familie	56.5

Erste Ergebnisse: Arbeitsfähigkeit / Gesamtbewertung

- Veränderung der Arbeitsfähigkeit:
 - Voll arbeitsfähig: A=29%, E=58% = Verdoppelung!
 - Eingeschränkt: A=53%, E=30% = fast Halbierung!
 - Kaum/überhaupt nicht: A=12.7%, E=8.6%
- Zusammenfassend sind
 - 90.5% sind mit dem Behandlungsergebnis zufrieden
 - 93.1% berichten das Erreichen der persönlichen Therapieziele (75.7% vollkommen bzw. größtenteils)
 - 91% geben großen Nutzen der Behandlung an
 - Gesamtbewertung auf einer 11-stufigen Skala (0=sehr schlecht – 10=sehr gut): MW 8.2 (SD 1.5)

DOS – nächste Schritte

- 12/2010: Start 12-Monatskatamnese
- Frühjahr 2011: Start Kontrollgruppenerhebung / Rekrutierung Praxen bzw. Patienten in Praxen
- Frühjahr 2011: erster Bericht A-E-Vergleiche
- Mitte/Ende 2011: erster Bericht A-E-K-Vergleiche

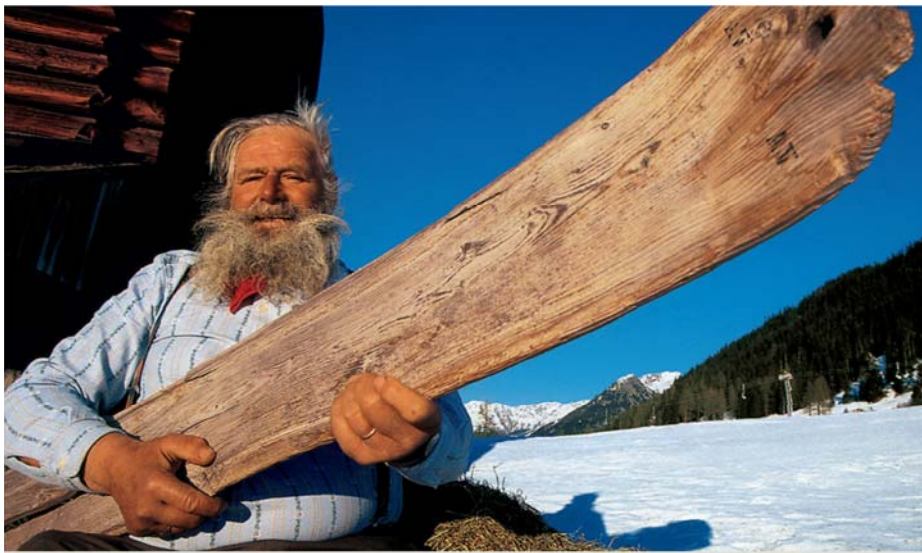


Zusammenfassung

- Krankheit führt bei den Betroffenen zu deutlichen Einschränkungen und Krankheitsfolgen, die mit hohen Kosten einhergehen
- Ergebnisse belegen die Langzeiteffekte stationärer Rehabilitationsmaßnahmen
 - Krankheitsbelastungen
 - Alltagsbewältigung
 - Krankheitsbewältigung
 - Lebensqualität
 - Kosten der Erkrankung
- Erste Ergebnisse der DOS-Studie geben Hoffnung auf Bestätigung der ausgezeichneten Ergebnisse der DRS-Studien I+II – auch für die Katamnesezeitpunkte!
- Sie sprechen aber auch für eine Unterversorgung (Wiederholungsantrag, med. Betreuung, Nachsorge)
➔ Einfluss auf Langzeiterfolg?!?)

Schlussfolgerungen

- Von der Rehabilitation profitieren alle Beteiligten
- Rehabilitation hat einen hohen Stellenwert in der Langzeitbehandlung
- Optimierungspotentiale:
 - bessere Vernetzung in der Behandlungskette
 - Nachsorge, ambulante Reha
 - Neue Konzepte für ältere Menschen in der Reha
 - Beachtung (psychischer) Komorbiditäten
 - Bessere Integration berufsbezogener Angebote (MBO)
- Möglichkeiten der (stationären) Rehabilitation sollten stärker, frühzeitiger und gezielter genutzt werden
- Hierfür sprechen:
 - Demographische Entwicklungen und ihre Folgen
 - Zunahme chronischer Erkrankungen mit hohen Folgekosten
 - nachgewiesene Erfolge der Reha – Gebot der Wirtschaftlichkeit
 - Verpflichtung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe nach dem GG
- Aber: Qualität muss sich für die Einrichtungen lohnen: Preis, Zuweisung



In Graubünden werden Trends gesetzt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit