

Ergebnisse der Davoser-Reha-Studie und erste Ergebnisse der Davoser-Outcome-Studie



Pressekonferenz Hochgebirgsklinik Davos
Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Aktueller Stand und Ausblick in die Zukunft -
25.09.2010, Davos

U. Kaiser
Hochgebirgsklinik Davos

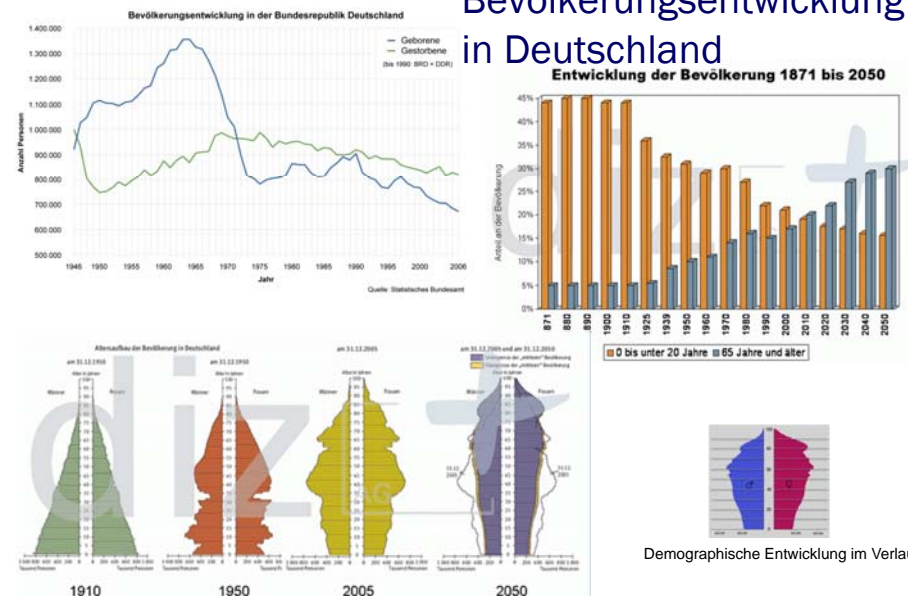
Gliederung des Beitrags

- Künftige Herausforderungen: Reha vor Rente, Reha vor Pflege
 - Demographie
 - Zunahme chronischer Erkrankungen
 - Gesundheitsökonomische Auswirkungen
- (Pneumologische) Rehabilitation
- Davoser-Reha-Studien I + II (DRS)
 - Fragestellungen und Methodik
 - Ausgewählte Ergebnisse
- Davoser-Outcome-Studie (DOS)
 - Fragestellungen und Methodik
 - Erste Ergebnisse
 - Weitere Schritte
- Zusammenfassung
- Schlussfolgerungen

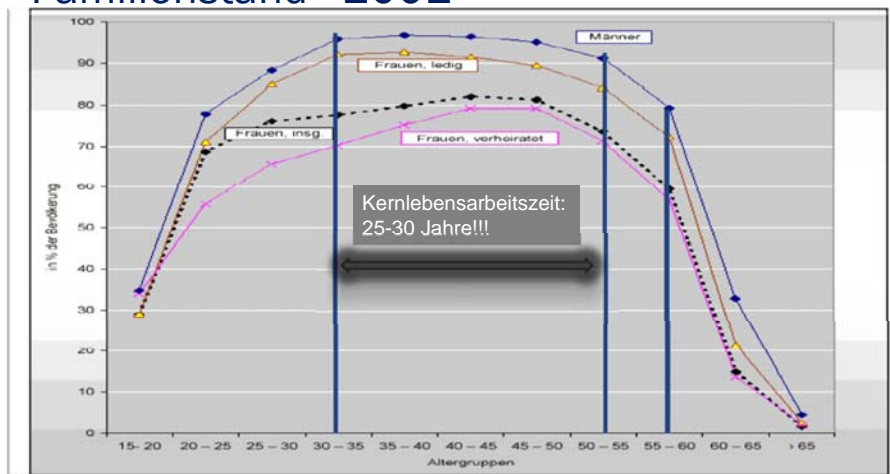
Künftige Herausforderungen

- 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

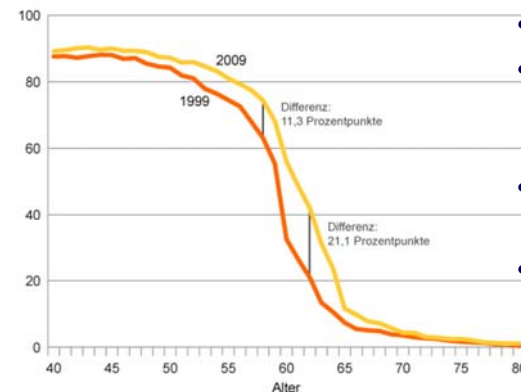
Bevölkerungsentwicklung in Deutschland



Erwerbsquote nach Alter und Familienstand - 2001



Erwerbsbeteiligung (in %) nach Alter - 1999 und 2009

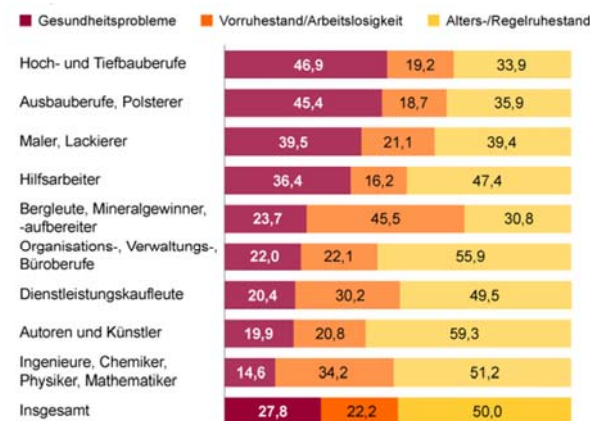


- Rückgang ab ca. 50 Jahre
- Hauptausstieg Alter zwischen 58 und 60 Jahren
- Mit 64 noch knapp jeder Vierte beteiligt (23.7%)
- Mit 65 Jahren noch etwas mehr als jeder Zehnte (11.6%)

Mehr als jeder Vierte scheidet aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben aus!

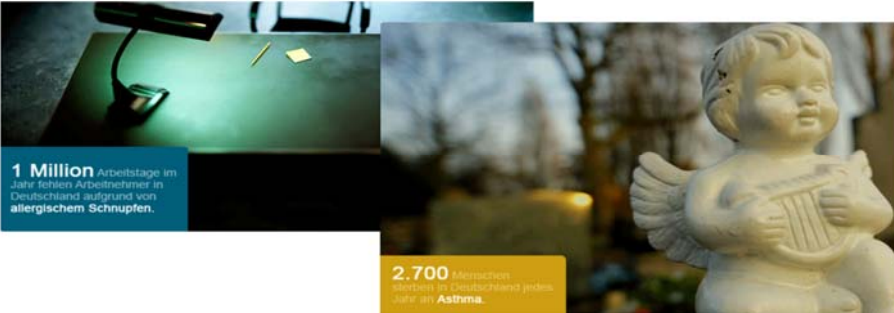
- 2008 lag Durchschnittsalter bei Altersruhestand bei 63.5 Jahren
- Bei gesundheitsbedingter Aufgabe = im Durchschnitt mit 55.1 Jahren
- 2009 nur noch 50% aus Altersgründen in den Ruhestand
- Mehr als jeder Vierte (27.8%) schied aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben aus!
- Mehr als jeder Fünfte (22.3%) nutzte eine Vorruhestandsregelung oder ging direkt aus der Arbeitslosigkeit in den Ruhestand!

Ruheständler 2009, Gründe für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben – Ausgewählte Berufsabschnitte, in %





Zahlen und Fakten



Kosten des Asthma in Deutschland



Arbeitsbedingte Kosten bei pneumologischen Erkrankungen

- Frühberentung ohne Reha > 50%
- Anteil an Berufskrankheiten > 30%
- 10 Jahre vor Altersrente in die Frühberentung
- Anteil an AU-Zeiten > 30%



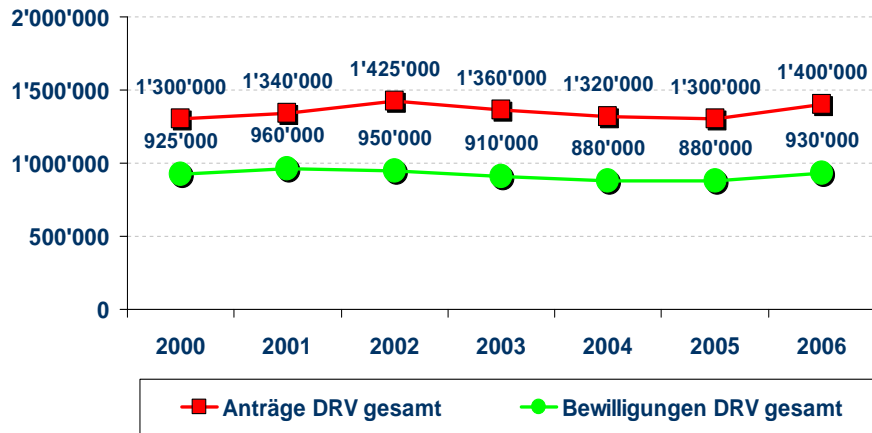
Reihung der weltweit häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen



1. Herzkrankgefäßerkrankung
2. Schlaganfall
3. Lungenentzündung
4. Durchfallerkrankung
5. Säuglingssterblichkeit
6. COPD
7. Tuberkulose
8. Masern
9. Verkehrsunfall
10. Lungenkrebs

- 1.1. Herzkrankgefäßerkrankung
2. Schlaganfall
3. COPD
4. Lungenentzündung
5. Lungenkrebs
6. Verkehrsunfall
7. Tuberkulose
8. Magenkrebs
9. HIV/AIDS
10. Selbstmord

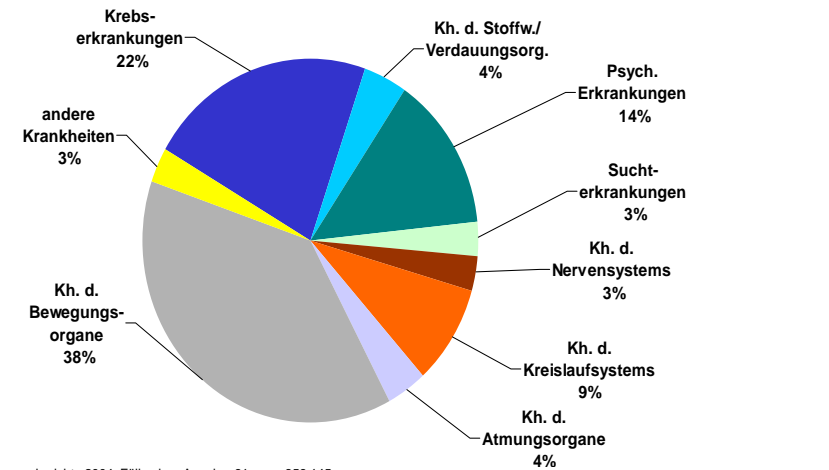
Deutsche Rentenversicherung (gesamt) Leistungen zur med. Rehabilitation Anträge und Bewilligungen



Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 001.1, INFOSYS A+E Statistik

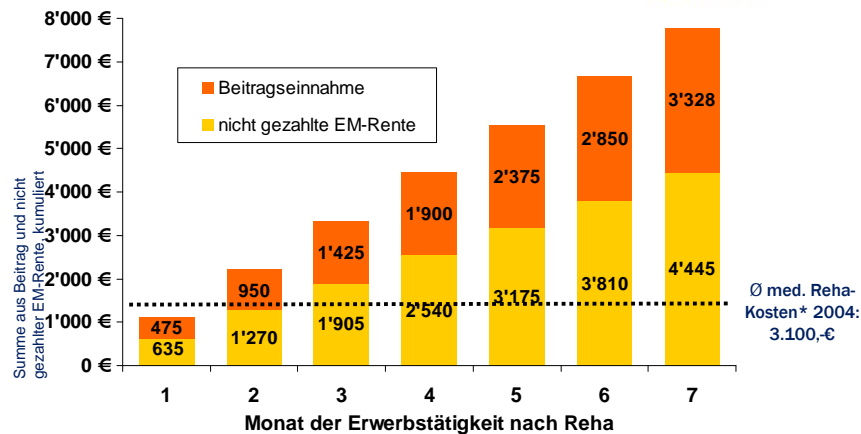
Medizinische Rehabilitation

- Krankheitsspektrum 2004 -



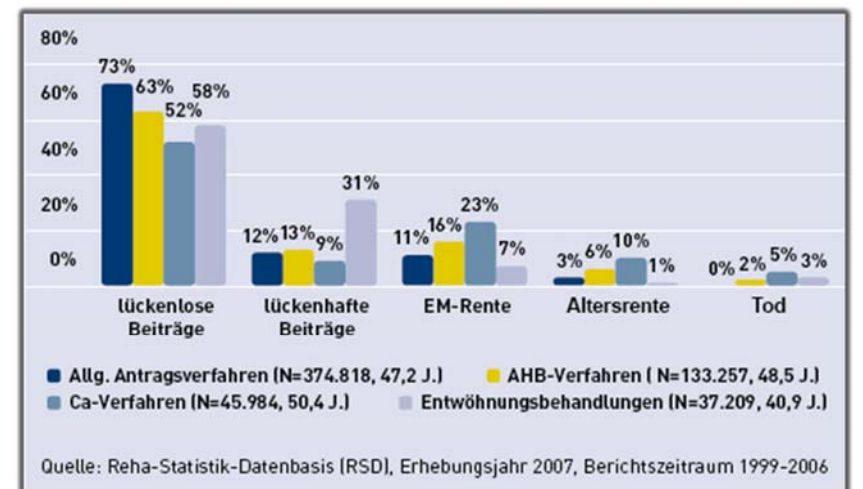
Quelle: Entlassungsberichte 2004, Fälle ohne Angabe: 61 - n=356.145

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)

Sozialmedizinischer Verlauf zwei Jahre nach medizinischer Reha



Berlin, 11.09.2009



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

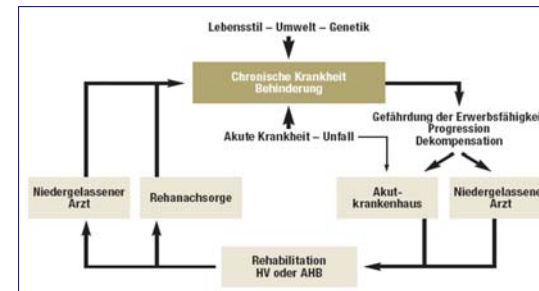
Pressemitteilung

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

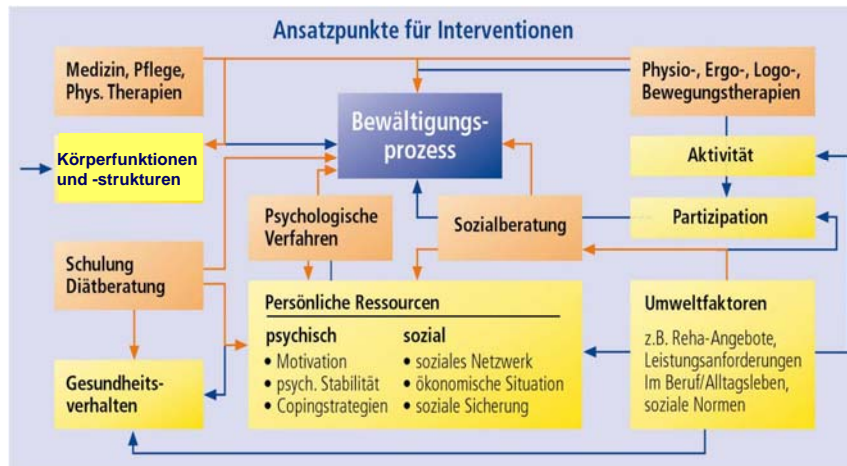
Indikation zur pneumologischen Rehabilitation

- 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



Medizinische/ärztliche Diagnostik, Therapie, Therapieverlaufskontrolle

Verhaltensmedizinisches Konzept



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

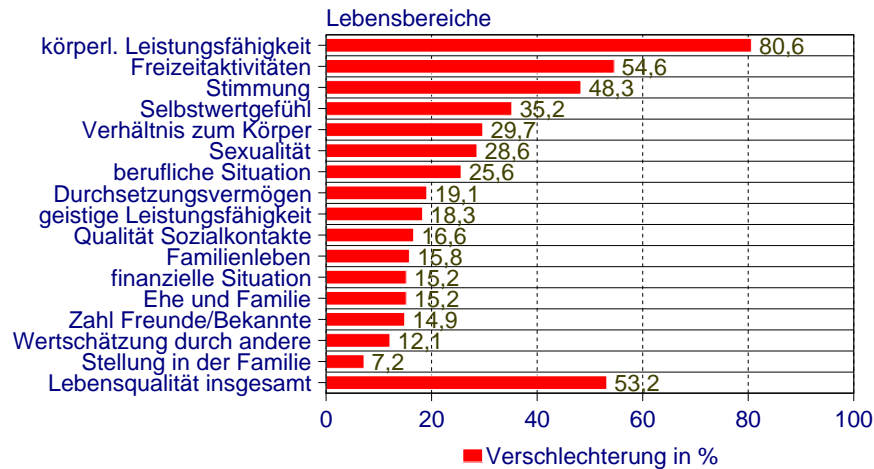
- Patienten, Klinikärzte, Hausärzte

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!

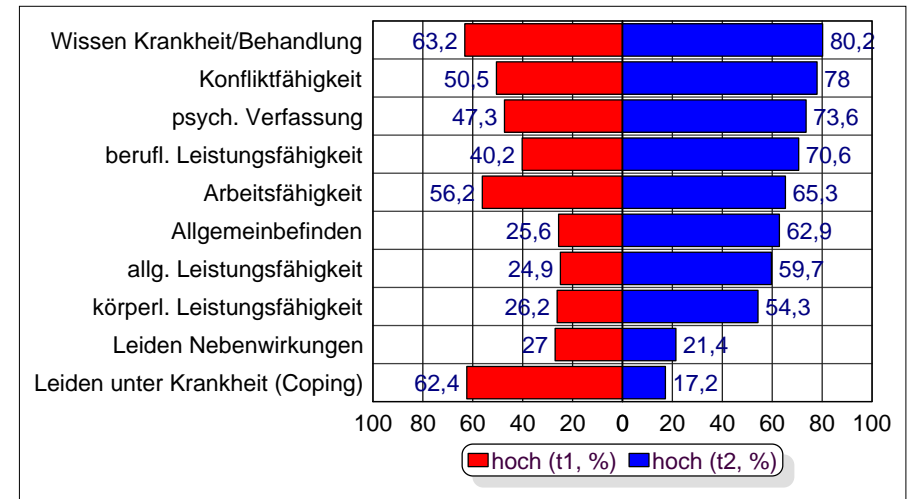
Erlebte Veränderungen durch die Erkrankung

Patientenangaben



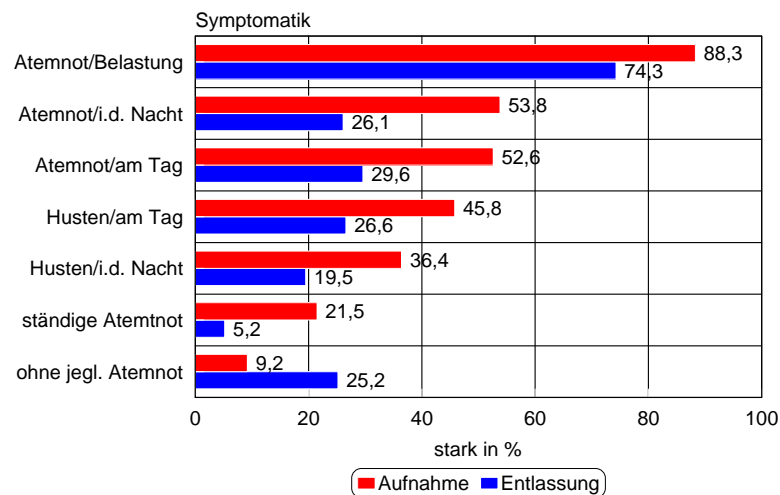
Gesundheitlicher Status t1 - t2

Patientenangaben



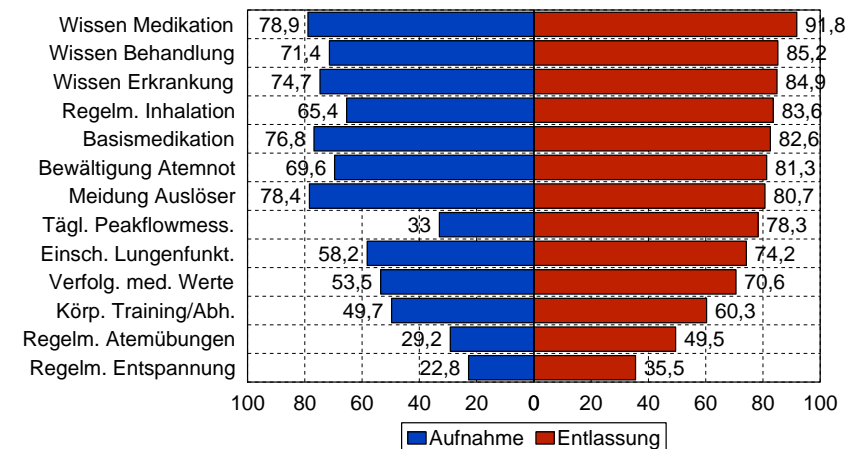
Symptomatik unter aktueller Medikation

Patientenangaben



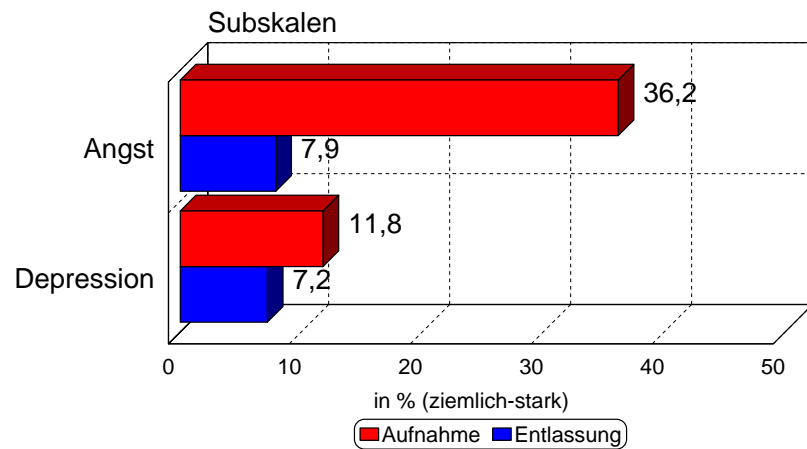
Krankheitsmanagement (t1/t2)

Patientenangaben (p <= .001)



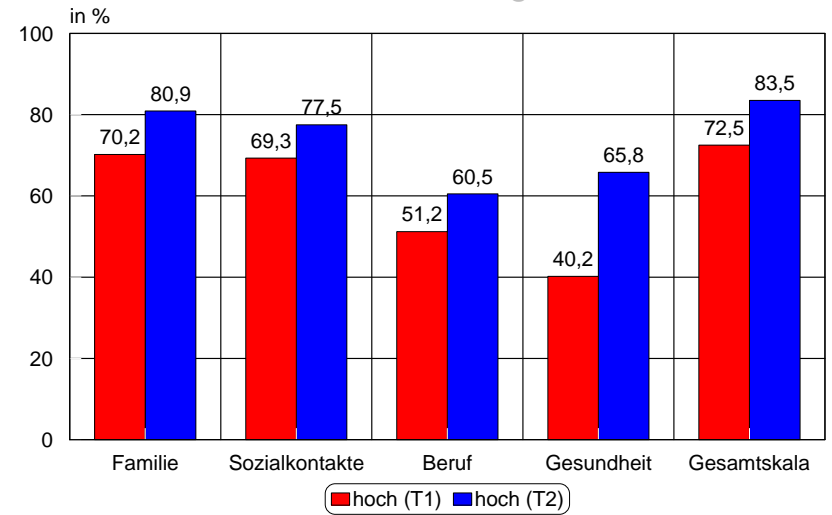
Brief Symptom Inventory (BSI)

Angst - Depression



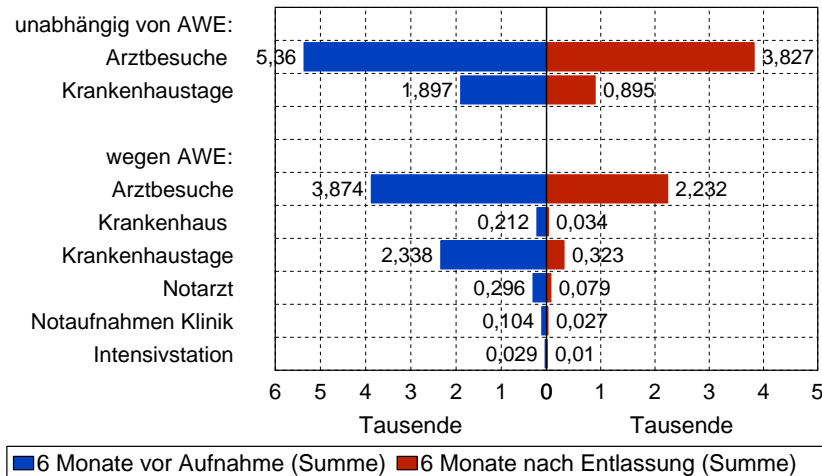
Erlebte Zukunftsperspektive

Patientenangaben



Kostenrelevante Variablen

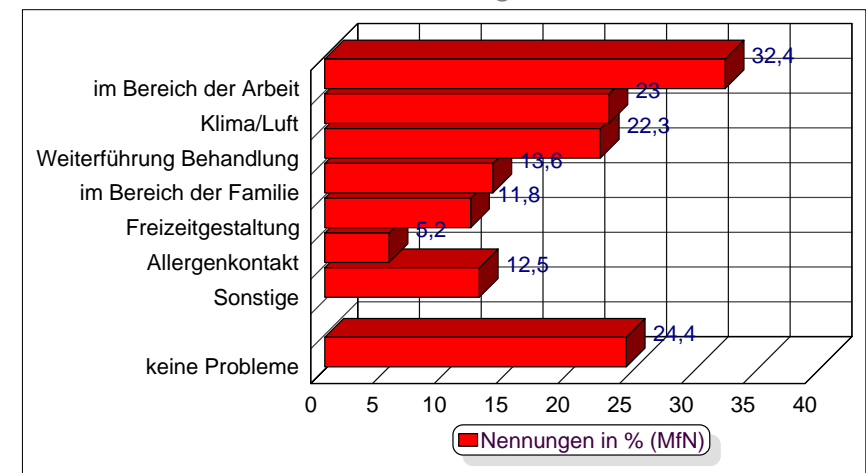
Davoser-Reha-Studie (t1 - t3, Summenvergleich)



ROI = 4.7 Monate!

Erwartete Probleme nach Entlassung

Patientenangaben



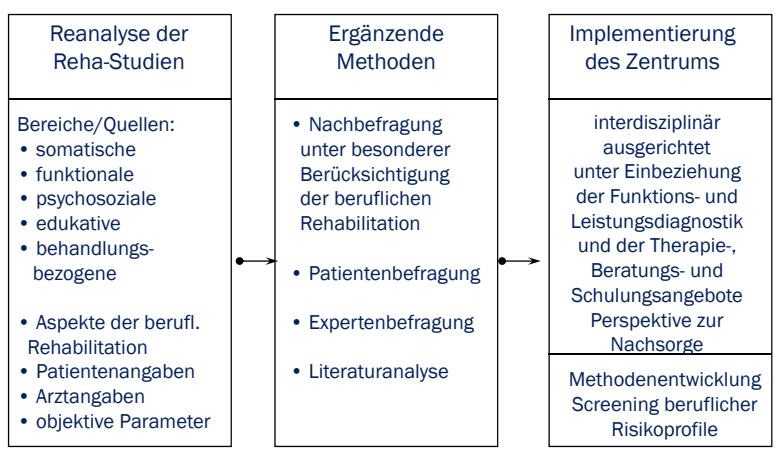
Bewertung durch den zuweisenden Arzt

- Patient in 'richtiger Klinik' 98 %
- Zufrieden mit Klinikaufenthalt 93 %
- Weiterempfehlung 99 %
- hoher Gesamtnutzen 90 %
- Erfüllung der Erwartungen 96 %
 - Besserung 74 %
 - Management 39 %
 - Symptomatik 33 %
- Zufriedenheit mit Kooperation 92 %

Projektübersicht: Davoser-Reha-Studie II

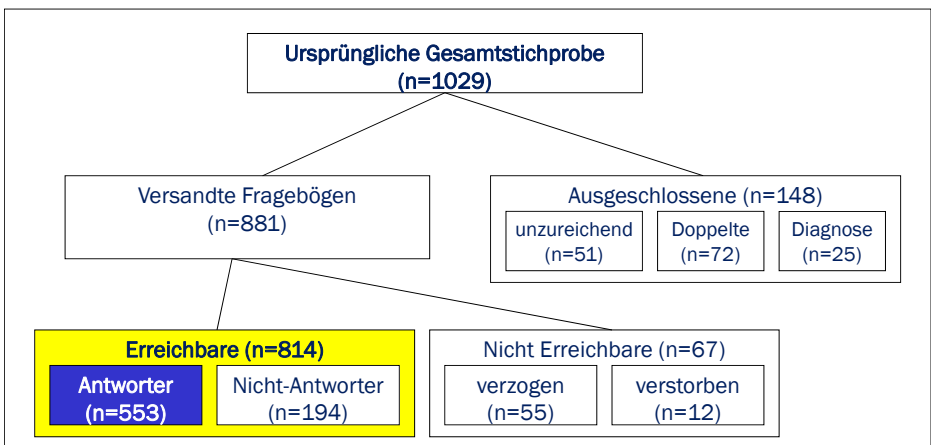


Reanalyse, Nachbefragung und Methodenentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Rehabilitation
Implementierung eines Beratungs- und Informationszentrums



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

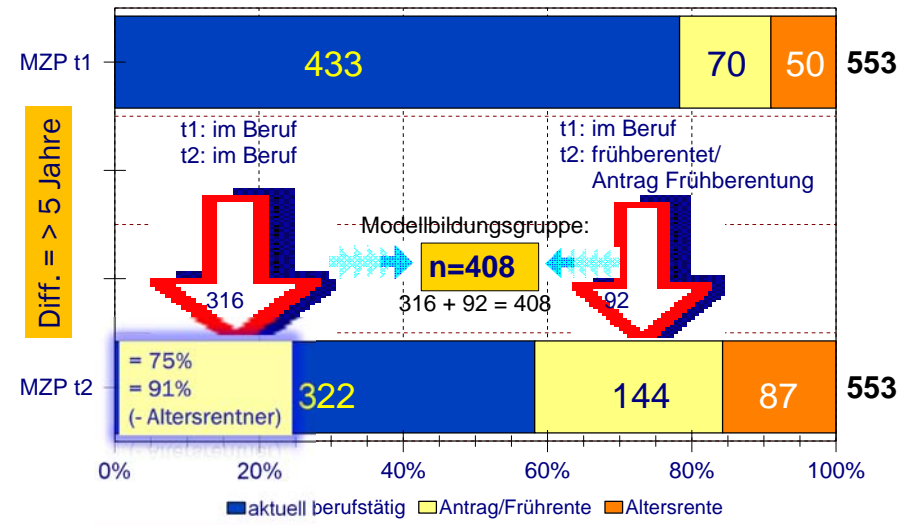
Stichprobenszusammensetzung



Rücklauf 67,9 %

Zusammensetzung der Stichprobe (t1/t2)

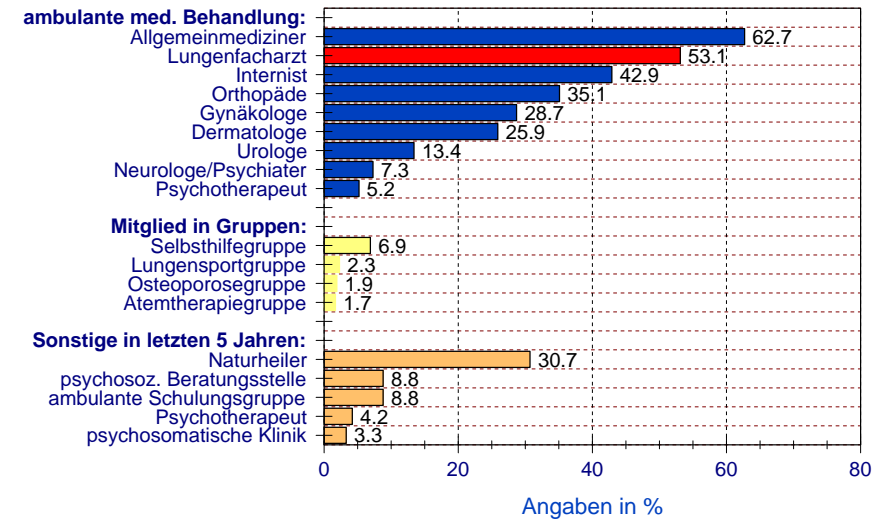
Kriterium: Erwerbsstatus



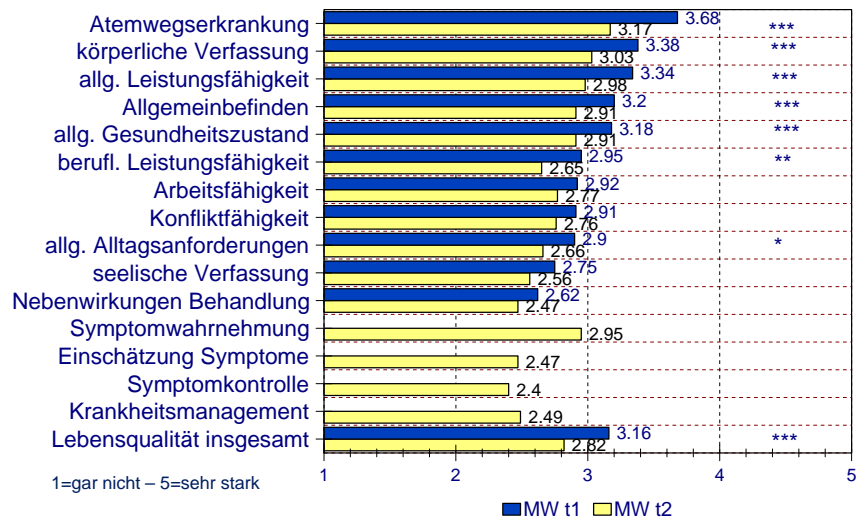
Hauptpatientenmerkmale

- 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!

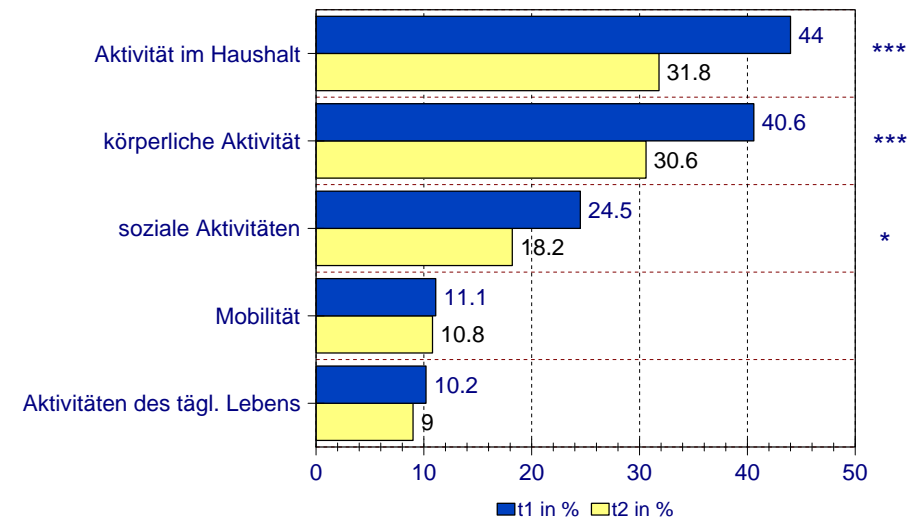
Versorgungsstruktur



Allgemeine Krankheitsbelastungen

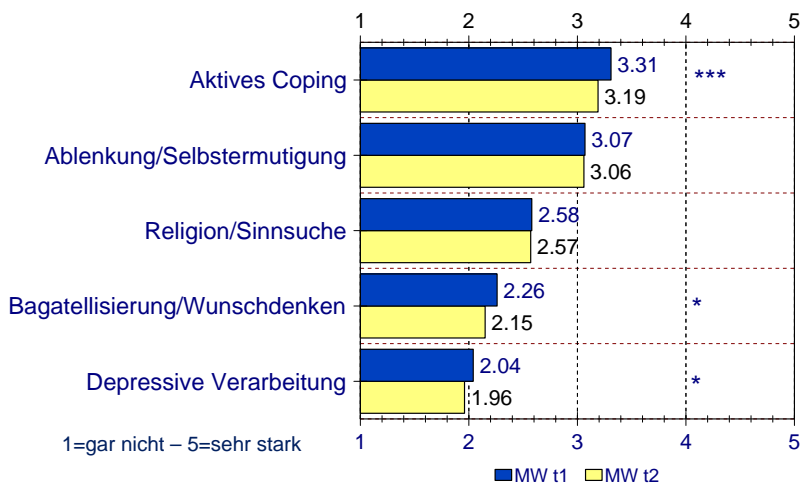


Funktionale Einschränkungen

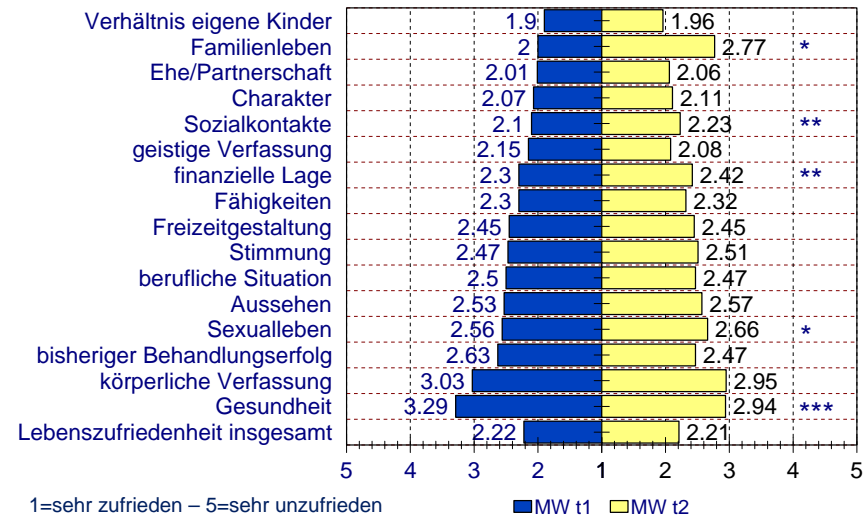


Strategien zur Krankheitsverarbeitung

Subskalen - FKV

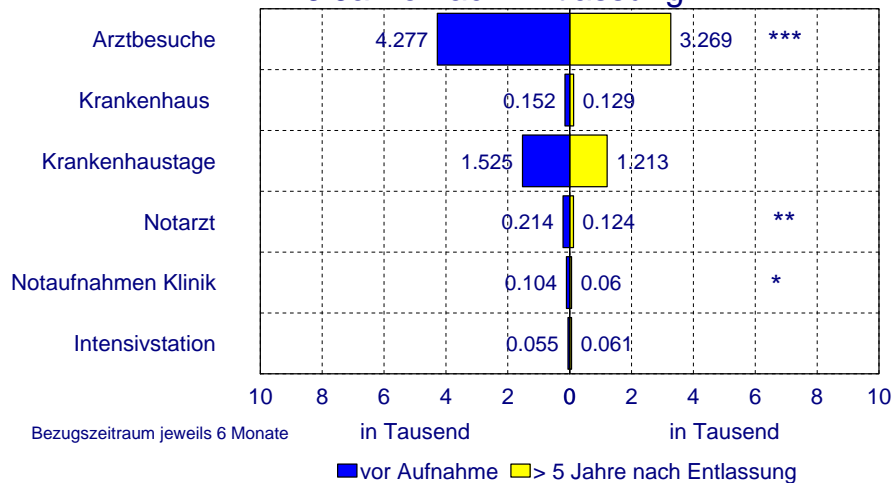


Aspekte der Lebensqualität (LZI)



Entwicklung der kostenrelevanten Variablen

> 5 Jahre nach Entlassung



Davoser-Outcome-Studie (DOS)

Projektleitung: 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:  GIGG Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
- 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 entsprechen?	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

- Herbst 2010: Start Kontrollgruppenerhebung/ Rekrutierung Praxen bzw. Patienten in Praxen
- Herbst 2010: Entwicklung Assessment 1-Jahres-Katamnese
- Ende 2010/Anfang 2011: erste Zwischenauswertung Aufnahme-Situation, A-E-Vergleiche
- 12/2010: Start 12-Monatskatamnese
- Frühjahr 2011: erster Bericht A-E-Vergleiche
- Mitte/Ende 2011: erster Bericht A-E-K-Vergleiche

Datenerhebung



Auswertung



Ziele erreichen

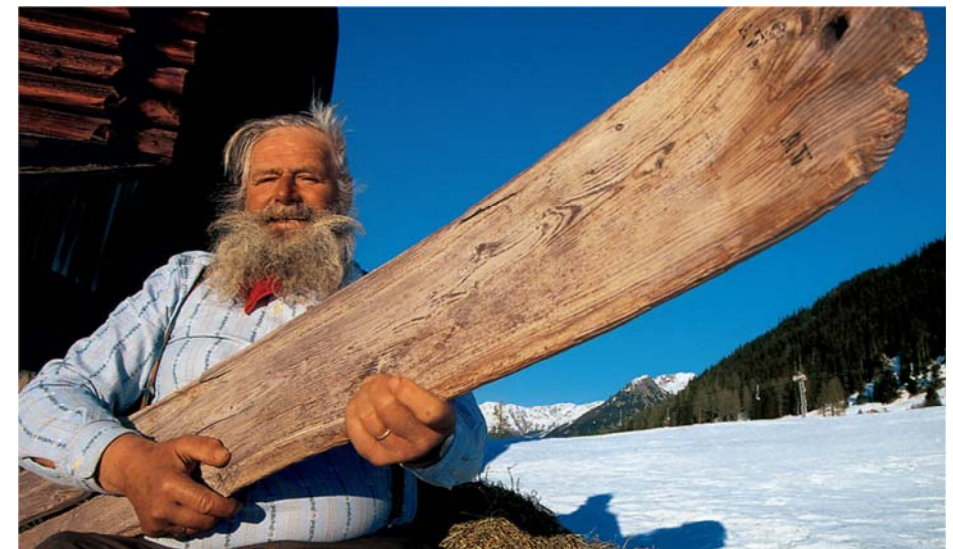


Zusammenfassung

- 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