

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



Diagnosedaten zu akutstationären Behandlungsfällen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in deutschen Krankenhäusern des Jahres 2017

Seit dem Jahr 2000 stellt die „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ in Form einer Online-Datenbank kontinuierlich gesundheitsrelevante datengestützte Informationen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens und damit auch zu deutschen Krankenhäusern zur Verfügung. Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen sind Anlass, die in der ► **Tab. 1** aufgelisteten Krankenhausdaten aus Deutschland – entzündlich-rheumatische Erkrankungen des Jahres 2017 betreffend – hinsichtlich verschiedener Versorgungsaspekte zu analysieren.

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen bedeuten für die davon betroffenen Men-

schen (etwa 2% der erwachsenen Bevölkerung und ca. 15 000 Kinder) ein Leben mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität, der unabhängigen Lebensführung wie auch der Lebenserwartung ([www.gbe-bund.de/pdf/rheumatische Erkrankungen.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/rheumatische%20Erkrankungen.pdf)).

Mit Beginn des letzten Jahrzehnts erfolgte die Einführung neuer Substanzgruppen wie den biologischen DMARDs (b-DMARDs) in die medikamentöse Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, was vielfach zu einer deutlichen Reduktion der Krankheitslast bei den betroffenen Menschen geführt hat.

Auch wenn die ambulante Mitversorgung von Rheuma-Patienten – sowohl durch Medizinische Versorgungszentren wie auch an Krankenhäusern durch die § 116b-Ambulanzen bzw. durch die nachfolgende Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-Rheuma) – gestärkt wurde, ist die akutstationäre Versorgung weiterhin ein unersetzlicher Behandlungsbaustein. Mit dem aufgelisteten Diagnosespektrum in ► **Tab. 1** wird der größere Anteil akutstationärer Rheumabehandlungen dargestellt:

Für 2017 ergaben sich insgesamt 95 685 akutstationäre Behandlungsfälle, auf die insgesamt 743 641 Berechnungs- und Be-

► **Tab. 1** Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller; diese Tabelle bezieht sich auf: Jahr: 2017, Behandlungsort: Deutschland, Alter: alle Altersgruppen, Geschlecht: alle Geschlechter, Verweildauer: alle Fälle; Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 29.04.2019 (www.gbe-bund.de)

ICD10	Sachverhalt			
	Fälle	Berechnungs- und Belegungstage	Durchschnittliche Verweildauer aller Fälle in Tagen	Sterbefälle
L40.5 Psoriasis-Arthropathie	5529	46 929	8,5	–
M02 Reaktive Arthritiden	2367	15 270	6,5	2
M05 Seropositive chronische Polyarthritiden	15 876	139 506	8,8	25
M06 Sonstige chronische Polyarthritiden	16 262	139 042	8,6	25
M07 Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	X	X	X	X
M08 Juvenile Arthritis	6409	31 594	4,9	1
M30 Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	1654	12 377	7,5	7
M31 Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	13 549	104 026	7,7	132
M32 Systemischer Lupus erythematoses	4535	32 285	7,1	21
M33 Dermatomyositis-Polymyositis	3132	21 228	6,8	19
M34 Systemische Sklerose	7764	48 084	6,2	38
M35 Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	14 417	114 631	8,0	27
M45 Spondylitis ankylosans	4191	38 669	9,2	6

–: nicht vorhanden; X: Angabe nicht sinnvoll

gungstage entfielen. Bei einem Bettennutzungsgrad von 85 % mussten in deutschen Krankenhäusern 2397 Betten vorgehalten werden. Auf der Basis der Gesamtzahl von 95 685 aufgeführten ICD-10-Behandlungsfällen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ergeben sich für Deutschland bei ca. 80 Millionen Einwohnern 120 akutstationäre Patienten pro 100 000 Einwohner pro Jahr (eine gleich große Anzahl wie im Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie von 2016 aufgeführt: Zink A., Braun J. et al., Z Rheumatol 2017; 76: 195–207). Werden alle Indikationen akutstationärer Rheumafälle, wie z. B. Gichtarthritis, Osteoporose, muskuloskelettale Schmerzerkrankungen (u. a. Fibromyalgie), Paraneoplasien (eine durch Malignome ausgelöste Rheuma-Symptomatik) wie auch Fiebersyndrome und fachfremd versorgte Rheuma-Fälle (jeder dritte Betroffene) berücksichtigt, so ergibt sich eine Zahl von 200 akutstationären Behandlungsfällen pro 100 000 Einwohner pro Jahr in Deutschland.

Im Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016 wird in der Präambel als Rahmenkonzept beschrieben, „dass eine Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität neben der Früherkennung die fachärztliche Untersuchung und Versorgung von Neuerkrankten innerhalb von 3 Monaten nach Symptombeginn sowie die kontinuierliche und konsequente zielorientierte Behandlung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen

Erkrankungen in einem Versorgungsnetzwerk unter der Leitung eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen sollte“ (Zink et al., 2017).

Als weitere Elemente einer qualitativ angemessenen Versorgung wird hier die Patientenschulung als Basis einer partizipativen Entscheidungsfindung und die fachspezifische stationäre Versorgung im Bedarfsfall gefordert.

Die in ► **Tab. 1** aufgelisteten diagnosebezogenen (ICD-10) Sterbefälle verdeutlichen, dass es sich hier nicht nur um immunologische Systemerkrankungen des muskuloskelettalen Systems, sondern insbesondere auch um Krankheitsbilder mit möglichem Betroffensein unterschiedlicher Organsysteme handelt. Wie oben aufgeführt kann nur durch eine frühe Zuweisung zu Fachärzten wie dem internistischen Rheumatologen die Krankheitslast, der Erhalt der Arbeitsfähigkeit wie auch die Krankheitsprognose günstig beeinflusst werden.

Einige der hier aufgeführten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, wie z. B. die Gruppen M30 bis M34, benötigen bei nicht immer charakteristischer Frühsymptomatik die rheumatologische Fachexpertise zur Diagnosefestlegung, was zu einer noch engeren Kooperation auch mit akutstationären Rheumaabteilungen im eigenen Krankenhaus wie auch mit anderen Krankenhäusern führen sollte. Leider stellt dies im fallpauschalierten Entgeltsystem immer wieder eine Herausforderung dar.

Trotz aller positiven Therapieentwicklungen in der Rheumatologie hat sich laut des Statistischen Bundesamtes seit Anfang dieses Jahrzehnts die jährliche akutstationäre Fallzahl entzündlich-rheumatischer Erkrankungen nicht verändert.

RA Jörg Robbers

Geschäftsführer VRA

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek

Vorstandsvorsitzender VRA

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle

Herr Jörg Robbers (Geschäftsführer)

Schumannstr. 18, 10177 Berlin

Tel.: 030/20 62 98-79, Fax:

030/20 62 98-82

E-Mail: gf-vra@gmx.de, gf@vraev.de

Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek,
Direktor, Klinik für Rheumatologie und
Geriatric, Johannes Wesling Klinikum Minden;

Jörg Robbers, Rechtsanwalt,
Geschäftsführer VRA