

Tagesklinik im Hotel

INNOVATIVES THERAPIEKONZEPT FÜR RHEUMAPATIENTEN DER INNEREN MEDIZIN II DER SCHLOSSPARK-KLINIK IN BERLIN

STATIONÄRE BEHANDLUNG UND SPEZIALISIERTE ABTEILUNGEN

Nach wie vor ist die Option, Patienten mit rheumatischen Erkrankungen auch stationär zu behandeln, unverzichtbar. Es spricht vieles dafür, dies Spezialabteilungen zu überlassen, da nur hier die Voraussetzungen einer entsprechenden Strukturqualität erfüllt und eine optimale Diagnostik und Therapie gewährleistet werden. Die zumeist schwer systemerkrankten Patienten benötigen dringend ein multidisziplinäres Umfeld und Therapeutenteams, die sie nicht nur ärztlich und pflegerisch, sondern auch physiotherapeutisch, physikalisch und balneologisch, ergotherapeutisch, ernährungstherapeutisch, kunsttherapeutisch, psychologisch sowie sozial-medizinisch behandeln.

Die stationäre Behandlung umfasst die Akutversorgung der Patienten und die strukturierte und zielgerichtete Differentialdiagnostik. Nur so kann im Anschluss eine wirksame Weiterbetreuung der Patienten im hausärztlichen und ambulant rheumatologischen Sektor gewährleistet werden. Die Akutversorgung muss jedoch unter dem Druck, die stationäre Verweildauer im DRG-Zeitalter zu reduzieren, möglichst effektiv organisiert werden. Außerhalb von spezialisierten Abteilungen ist dies kaum möglich.



Dr. med. Rieke Alten

„AMBULANT VOR TEILSTATIONÄR VOR STATIONÄR“

Gesundheitspolitiker fordern neue Versorgungsstrukturen, die in der Lage sind, Behandlungskosten zu reduzieren. Das Motto „ambulant vor teilstationär vor stationär“ wurde in diesem Kontext von der Abteilung „Innere Medizin II, Rheumatologie, klinische Immunologie und Osteologie“ der Schlosspark-Klinik Berlin, einem akademischen Lehrkrankenhaus der Charité, in Form eines ganz besonderen Versorgungskonzeptes im Rahmen einer teilstationären Tagesklinik innovativ umgesetzt. Ausgangspunkt waren hierbei die außergewöhnlichen strukturellen Gegebenheiten der Klinik, die auf dem Krankenhausgelände auch ein Hotel, das Schlosspark-Hotel, betreibt.

ORGANISATION DER TAGESKLINIK

Jeder tagesklinische Rheumapatient erhält ein Hotelzimmer und Halbpensionsverpflegung. Diagnostik und Therapie der Patienten erfolgt in der Klinik, zwischen den Anwendungen können die Ruhephasen bequem im Hotelzimmer verbracht werden. Die Patienten werden – zumeist wochentags – behandelt und übernachten in ihrer häuslichen Umgebung. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt acht Behandlungstage.

Seit dem Jahr 2006 wurde dieses Konzept schrittweise ausgebaut (s. Tab. 1). Nachdem die Patientenzah-



len stetig wuchsen, wurden in 2009 Casemanager für die Betreuung der Patienten eingesetzt mit dem Ziel, durchschnittlich 10 Patienten parallel betreuen zu können. Mittlerweile ist diese Zahl deutlich gestiegen und liegt bei durchschnittlich 15 Patienten. Das Casemanagement umfasst die pflegerische Aufnahme, Betreuung und das Entlassungsmanagement für die Patienten. Dabei ist die Umsetzung der medizinischen Verordnungen Kernaufgabe der Casemanager. Hierzu gehören Blutabnahmen, Vitalzeichenkontrolle, Infusionsüberwachung, Planung und Koordinierung von Diagnostik und Therapie mit allen beteiligten Berufsgruppen. Die tagesklinische Versorgung wurde dadurch optimal organisiert und trug erheblich zur Entlastung der Krankenhausorganisation allgemein, aber auch der zuständigen Ärzte im besonderen bei.

Im Bedarfsfall werden mit Hilfe des Sozialdienstes der Klinik aus der teilstationären Behandlung heraus Anschlussheilbehandlungen über den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkassen beantragt.

PATIENTENAUSWAHL FÜR DIE TAGESKLINIK

Die Patientenauswahl für die Tagesklinik richtet sich nach Funktionskapazität, sozialen Gegebenheiten sowie nach den Präferenzen der Patienten. Das Altersspektrum der Patienten ist breit gestreut (s. Tab. 2).

Das Diagnosespektrum der Patienten unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der stationären Patienten. Spitzenreiter sind die Rheumatoide Arthritis (seropositiv/-negativ), die (undifferenzierte) Spondyloarthritis, gefolgt von der Psoriasis-Arthritis und der Fibromyalgie- und Chronic-Fatigue-Syndrom (s. Tab. 3a-d).

Für die in der abteilungseigenen Früharthritissprechstunde vorstelligen Patienten ist die Möglichkeit, nach einer ersten prästationären Diagnostik in die Tagesklinik überwiesen zu werden, besonders günstig. Hier können dann weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen stattfinden und auch bereits notwendige therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

BEWERTUNG DER THERAPIE- ERGEBNISSE DER TAGESKLINIK

Akute Wiederaufnahmen kamen bislang nur in Einzelfällen vor. In 26 Fällen wurden aufgrund wiederholter Therapienotwendigkeiten zwei oder mehrere teilstationäre Aufnahmen veranlasst. Die Kosten für die Krankenkassen wurden im Vergleich zu einer stationären

	2006	2007	2008	2009	2010	01/2011
Patienten (Fälle)	20	49 (51)	67 (70)	191 (198)	263 (279)	38
Behandlungstage	160	392	560	1.596	2.232	304

Tab. 1: Entwicklung von Fallzahlen und Behandlungstagen, Stand 01/2011

	Gesamt	18-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	ab 80 Jahre
Weiblich	490	183	149	111	47	6
Männlich	106	40	22	30	13	1

Tab. 2: Altersstruktur der seit 2006 behandelten Tagesklinikpatienten

Diagnose	Rheumatoide Arthritis (+/-)	Spondyloarthritis (undifferenzierte)	Psoriasis-Arthritis	Fibromyalgie-syndrom	Sjögren-Syndrom
ICD-10	M06.90 M05.30	M46.00 M45.00	L40.5	M79.70	M35.0 K11.8
Anzahl	222	143	79	33	14

Tab. 3a: Spektrum der häufigsten Diagnosen 2007 bis 2010

Diagnose	Kollagenose (undifferenziert)	Overlap-Syndrom	Morbus Behçet	Myositis Myopathie	Reaktive Arthritis
ICD-10	M35.9	M35.1	M35.2	M60.10 M60.88 M79.10 G72.4 G72.9 G60.00	M02.80
Anzahl	14	13	9	9	8

Tab. 3b: Spektrum der häufigsten Diagnosen 2007 bis 2010

Diagnose	Vaskulitis	Systemische Sklerodermie CREST	Polymyalgia rheumatica Riesenzellarteriitis	Sarkoidose Erythema nodosum	Systemischer Lupus erythematoses
ICD-10	M05.20 D69.0	M34.8 M34.1	M35.3 D31.6	D86.1 D86.2 D86.3 D86.8 L52	M32.1 M32.8 L93.0
Anzahl	8	7	7	7	5

Tab. 3c: Spektrum weitere Diagnosen 2007 bis 2010

Diagnose	Lymearthritis	Arthrose	Gicht	Osteoporose	Sonstige
ICD-10	A69.2	M13.16 M15.0	M10.00 M10.05	M80.80 M81.00	I01.0, B16.9, K50.0, G35.0, M05.00, M08.40, M51.1, M89.04, M02.30, K90.8 G93.3
Anzahl	5	5	3	2	11

Tab. 3d: Spektrum weitere Diagnosen 2007 bis 2010

Versorgung durch teilstationäre Behandlung um ca. 250 Euro pro Fall reduziert. In diesem Zusammenhang ist jedoch festzuhalten, dass die Patienten in der Funktionalität, gemessen z. B. mittels Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) und dem Health Assessment Questionnaire (HAQ), sowie der Krankheitsaktivität, gemessen z. B. mittels Disease Activity Score (DAS28), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (BASDAI), Psoriasis Aktivitätsindex, Birmingham Vasculitis Score u. a.) in der Regel weniger beeinträchtigt waren als die parallel für die stationäre Versorgung ausgewählten Patienten. Der stationäre Sektor bleibt daher weiterhin eine unverzichtbare Säule der Versorgungsstruktur rheumatologischer Patienten. ○

Dr. med. Rieke Alten, Dr. med. Christoph Pohl, Uta Buchmann

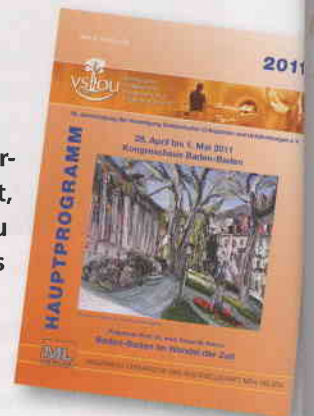
Dr. Rieke Alten

*Chefärztin der Abteilung Innere Medizin II
Rheumatologie, Klinische Immunologie, Osteologie,
Physikalische Therapie und Sportmedizin
Schlosspark-Klinik
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Heubnerweg 2, 14059 Berlin
Tel.: 030/3264-1325
Fax: 030/3264-1324
riek.alten@schlosspark-klinik.de*

VSOU-Jahrestagung 2011

OSTEOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

Die 59. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) vom 28. April bis 1. Mai 2011 in Baden-Baden bietet die Gelegenheit, sich kompakt einen Querschnitt des aktuellen Wissensstandes zur Osteologie zu verschaffen. Selbst seit vielen Jahren als Leiter der Fortbildungskommission des Dachverbandes Osteologie (DVO) engagiert, ist es für den Kongresspräsidenten, Prof. Dr. Klaus M. Peters, ein besonderes Anliegen, der Osteologie hierbei besondere Beachtung zu schenken.



Der inzwischen zweitgrößte orthopädisch-unfallchirurgische Kongress im deutschsprachigen Raum gibt im Vortragsblock I am Donnerstag, den 28. April, einen Überblick über „Seltene osteologische Erkrankungen“. Von größtem Interesse ist hierbei das von Prof. Dr. Dieter Felsenberg (Berlin) und Dr. Ulla Stumpf (Düsseldorf) geleitete Osteologie-Seminar zum Thema „Muskulo-skelett-Interaktion“. Der Vortragsblock II „Osteoporose – Knochenstoffwechsel“ widmet sich neben einem Update zum Knochenstoffwechsel der Osteoporose. Neben der Vorstellung von medikamentösen Neuentwicklungen in der Osteoporose-Therapie (Prof. Dr. Andreas Kurth, Mainz) gibt Dr. Markus Heufelder (Ulm) eine Übersicht über das Auftreten von Kiefernekrosen unter Bisphosphonat-Therapie.

Im Vortragsblock III „Grundlagen Osteologie“ am Freitag, den 29. April, kommen die osteologischen Grundlagenforscher zu Wort. Dr. Markus Jäger (Düsseldorf) gibt hier einen Einblick in das spannende Gebiet der Zelltherapie bei Knochenheilungsstörungen und Knochendefekten. Die Sektion Osteologie der DGOOC beschäftigt sich mit den Enthesiopathien. Der Vortragsblock IV „Osteoporose“ am Samstag, den 30. April, widmet sich wiederum der Osteoporose, wobei hier aus rheumatologischer Sicht der Übersichtsvor-

trag von Prof. Dr. Uwe Lange (Bad Nauheim) zum Thema Osteoporose und Rheuma besonders hervorzuheben ist.

Mit osteologischen Highlights wartet der Speciality Day des Kongresses am Sonntag, den 1. Mai 2011 auf. Im Rahmen des Vortragsblocks V „Quo vadis experimentelle Osteologie?“ wird u. a. über den aktuellen Kenntnisstand zur Pathophysiologie der Femurkopfnekrose (Prof. Dr. Thomas Schneider, Köln) und den aktuellen Stand der Entwicklung der S3-Leitlinie zur Femurkopfnekrose (PD Dr. Andreas Roth, Eisenberg) berichtet. Der Vortragsblock VI gibt einen umfassenden Überblick über die osteologische Diagnostik.

Umrahmt wird die VSOU-Jahrestagung von zwei Fortbildungskursen des DVO. So findet am Donnerstag ein DVO-Spezialkurs zur Schmerztherapie bei Osteoporose unter der Leitung von Dr. Uwe de Jager und Dr. Hermann Schwarz (Freudenstadt) statt. Am Samstag und Sonntag findet der DVO-Grundkurs II statt, der sich unter der Leitung von Prof. Dr. Claus-C. Glüer (Kiel) mit der Diagnostik der Osteoporose beschäftigt. ○

Weitere Informationen unter www.vsou.de.

1. Kri
Euro
2. Wes
Abat
3. Bris

OREN
Sonst
mäßig
einsch
die ko
idiopa
Kinder
tionen
minals
(einsch
zytop
ralgie,
Pneum
Fieber
Sande