

H.-J. Lakomek¹ · J. Braun² · E. Gromnica-Ihle³ · C. Fiehn⁴ · S. Claus⁵ · C. Specker⁶ · J. Jung⁷ · A. Krause⁸ · H.-M. Lorenz⁹ · J. Robbers¹⁰

¹ Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin, Johannes Wesling Klinikum Minden

² St. Vincenz-Hospital Herne, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne

³ Deutsche Rheuma-Liga, Bundesverband e.V., Bonn

⁴ Acura Rheuma-Zentrum, Baden-Baden

⁵ Geschäftsführung, Krankenhaus Porz am Rhein, Köln

⁶ Klinik f. Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kliniken Essen Süd, Essen

⁷ Verwaltungsdirektion, Klinikum Mittelbaden, Baden-Baden

⁸ Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Immanuel Krankenhaus Berlin

⁹ Sektion Rheumatologie – Lehrstuhl f. Hämatologie/Onkologie, Universität Heidelberg

¹⁰ Geschäftsführung, Verband Rheumatologischer Akutkliniken, Berlin

Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie

Ein zukunftsweisendes Projekt

Die akut-stationäre Rheumatologie verfügt seit einem Jahrzehnt über eine definierte, verbindliche Strukturqualität, die vom Verband der Rheumatologischen Akutkliniken (VRA) 2001 verabschiedet wurde. Bei Vorhaltung dieser 5 Richtlinien umfassenden Strukturqualität konnte bisher in den jeweiligen Kliniken ein breites Behandlungsspektrum auch komplexer Fälle erfolgreich umgesetzt werden. So wurden für die Realisierung einer hohen Behandlungsqualität in heute über 55 Verbandskliniken mit einem weitgehend ähnlichen Versorgungsprofil die Voraussetzungen geschaffen.

In der 2002 publizierten Strukturqualität [4] wurden folgende Behandlungssituationen festgelegt: Gemäß einem AEP-adaptierten Indikationskatalog wurden Aufnahmesituationen anhand von Krankheitsschwere und/oder Behandlungsinintensität beschrieben. Hinsichtlich der Behandlungsstrukturkriterien wurden als Mindestmenge 500 akut-stationäre Rheumafälle pro Jahr gefordert. Die jederzeitige Aufnahme sowie die Möglichkeit der Intensivüberwachung waren ebenso im Forderungskatalog enthalten wie Vor-

gaben zur Personalstruktur (mindestens 2 internistische Rheumatologen). Auch zum Umfang der Weiterbildungsmöglichkeit und der Verfügbarkeit eines rheumatologisch geschulten, multiprofessionellen Teams wurden verbindliche Vorgaben gemacht [4, 6].

Die sachgerechte Entwicklung des G-DRG-Systems für die akut-stationäre Rheumatologie ab 2001 konnte auf der Basis der definierten Strukturkriterien – und des damit in Deutschland vergleichbaren Ressourceneinsatzes – nachhaltig unterstützt werden [7].

Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen wie z. B. die Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004, die Etablierung des fallpauschalierten Entgeltsystems wie auch eine neue Weiterbildungsordnung für den Facharzt-schwerpunkt Rheumatologie waren Anlass, die 2002 publizierte Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie zu überarbeiten.

Mit einer Arbeitsgruppe aus Vertretern des VRA und der Rheuma-Liga erfolgte eine Modifikation der Strukturkriterien, die durch die Mitgliederversammlung des VRA am 15.11.2010 ver-

abschiedet wurden. Durch eine vorgenommene Satzungsänderung werden die neuen Strukturkriterien nicht mehr als grundsätzlich zu erfüllende Kriterien zur Aufnahme in den VRA ab 2011 verwendet, sondern entsprechend des Beschlusses der Mitgliederversammlung – die vorzuhaltende Behandlungsqualität betreffend – als Voraussetzung für die Erlangung des VRA-Qualitätslabels gefordert, welches ab 2012 bei gleichzeitiger Teilnahme am Kobra-Projekt (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) den diesen Punkten entsprechenden VRA-Kliniken verliehen wird.

Vergleichende Betrachtung der alten und neuen Strukturkriterien

Mit der skizzierten Arbeitsgruppe erfolgte 2010 die in **Tab. 1** aufgelistete Neufassung von jetzt 9 gegenüber 5 Strukturkriterien des Jahres 2001.

Anhand der folgenden Beschreibung der vorgenommenen Modifikationen wird argumentativ die Neufassung vorgestellt.

Tab. 1 Richtlinien der Strukturqualität des VRA 2010

1.	Mitglieder des VRA sind Träger von rheumatologischen Akutkliniken (Fachkrankenhäuser) und Krankenhäuser mit Abteilungen, die unter rheumatologischer Leitung stehen.
2.	Das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung für Rheumatologie wird von einem internistischen Rheumatologen geleitet mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss.
3.	Die Mitglieder erfüllen Standards, die an eine Einrichtung mit Weiterbildung im Schwerpunkt „Internistische Rheumatologie“ gestellt werden. Die Mitglieder des VRA nach Nr. 1 halten diese für mindestens 24 Monate vor (es gelten die jeweils gültigen Weiterbildungsvoraussetzungen der zuständigen Ärztekammern).
4.	Die akut-rheumatologische Behandlung erfordert die Versorgung von Rheumapatienten unter ärztlich-rheumatologischer Aufsicht zu jeder Tageszeit.
5.	Die Mitglieder des VRA haben strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen, welche die stationäre Betreuung von mehr als 500 Rheumapatienten jährlich mit differenziertem Diagnosespektrum ermöglichen. Der Anteil mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße soll hierbei mehr als 50% der jährlich betreuten Patienten ausmachen.
6.	Der multidisziplinäre Behandlungsansatz im akut-stationären Bereich der Rheumatologie erfordert den Einsatz eines fachärztlich geleiteten therapeutischen Teams, bestehend aus: - Ärzten (Facharzt mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Verbindung mit Fachärzten anderer Schwerpunkte und im Anschluss an die intensivmedizinische Versorgung - Pflegekräften - Physiotherapeuten - Ergotherapeuten, Psychologen sowie optional Ernährungs- und Sozialberatern
7.	Die enge Kooperation mit anderen Fachabteilungen und deren Wissensschwerpunkten, u. a. im Bereich Kardiologie, Pulmonologie, Nephrologie, ist notwendig. Jede internistisch-rheumatologische Akutklinik sollte eine enge Kooperation mit einer rheumaorthopädischen Fachklinik pflegen.
8.	Die Mitglieder des VRA verpflichten sich, ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu fördern und zu unterstützen.
9.	Für Universitätskliniken, die sich der rheumatologischen Versorgung widmen, rheumatologische Aus- und Weiterbildung betreiben und in Forschung und Lehre tätig sind, gelten die Strukturkriterien als erfüllt.

Punkt 1

Gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 erfolgte hier eine Modifikation, indem der Satz „... die im Rahmen des Landeskrankenhausbedarfsplans als rheumatologische Betten ausgewiesen sind ...“ ersatzlos gestrichen wurde (■ **Tab. 1**). Denn zukünftig werden Bettenzuordnungen durch die jeweiligen Ärztekammern oder durch die zuständigen Bezirksregierungen umgesetzt.

Ein konservatives Fach wie z. B. die Rheumatologie wird zudem nicht mehr gesondert aufgeführt; es wird nur noch der Umfang internistischer Betten beschrieben, und letztendlich hat der jeweilige Krankenhausträger einen freien Gestaltungsrahmen hinsichtlich der fachlichen Inhalte sowie der entsprechend zugeordneten Bettenvolumina.

In Punkt 1 wurde der folgende Nebensatz neu eingefügt: „... die unter rheumatologischer Leitung stehen ...“. Hiermit

soll dargestellt werden, dass eine rheumatologische Einheit unter *fachärztlicher* internistisch-rheumatologischer Leitung (Chefarzt bzw. Leitender Oberarzt) steht, was eine strukturelle Voraussetzung für VRA-Kliniken sein soll.

Punkt 2

Gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 wurde der folgende Satz gestrichen: „... wobei der Anteil der internistischen Rheumatologen 25% der in der Abteilung tätigen Ärzte ausmachen soll ...“.

In der neuen Formulierung wurde ergänzend die Aussage eingefügt: „... mit einem hauptamtlichen Vertreter, der auch internistischer Rheumatologe sein muss ...“. Hiermit soll betont werden, dass eine kontinuierliche fachärztliche Expertise in der internistischen Rheumatologie vorgehalten werden muss, um den Strukturkriterien des VRA zu entsprechen.

An dieser Stelle ist festgelegt, dass hier 2 *hauptamtliche* Vollzeitrheumatologen im ausschließlichen Angestelltenverhältnis eines Krankenhauses zu fordern sind. Eine stationäre Patientenversorgung durch einen niedergelassenen Rheumatologen als Vertreter des leitenden Arztes, der z. B. 13 Stunden pro Woche im Rahmen eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes tätig wäre, ist damit als Versorgungsmodell ausgeschlossen. Da im Rahmen der Mindestkriterien der OPS 8-983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung; [8]) die fachärztliche Leitung gefordert wird, kann mit 2 hauptamtlichen Rheumatologen nicht nur diese Bedingung erfüllt werden, sondern es ist die Umsetzung der rheumatologischen Komplexbehandlung über das ganze Jahr gewährleistet. Nur so ist auch die erfolgreiche Abrechnung der DRG I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) möglich [9].

Punkt 3

Hier wurde eine Modifikation der ursprünglichen Formulierung vorgenommen, indem nicht mehr eine *volle* Weiterbildung (aktuell 36 Monate) für die akut-stationäre internistische Rheumatologie gefordert wird, sondern eine Weiterbildungsermächtigung für mindestens 24 Monate in der Abteilung vorgehalten werden soll; die verbleibende Zeit von 12 Monaten kann so im ambulanten Sektor erfolgen. Vorsorglich wurde aber bereits auch 2001 unter Punkt 3 folgende Formulierung aufgeführt: „Bei Neugestaltung der Weiterbildung im Fach Rheumatologie sollte ein vergleichbarer Anteil an der Weiterbildung erfüllt werden.“

Mit der aktuell vorgenommenen Modifikation des Punkts 3 verhalten wir uns somit konform zu dem, was bereits 2001 perspektivisch angedeutet wurde.

Punkt 4

Hinsichtlich des Punkts 4 (■ **Tab. 1**) wurde eine gegenüber der Vorlage aus dem Jahr 2001 vergleichbare Formulierung gewählt, wobei die Neufassung die „Versorgung von Rheuma-Patienten“ gegenüber

der alten Formulierung „Rheuma-Patienten im Krankheitsschub oder bei Komplikationen“ allgemeiner beschreibt.

An dieser Stelle wird zudem herausgestellt, dass zu jeder Tageszeit ein Facharzt für internistische Rheumatologie vorgehalten werden soll (z. B. auch als Rufdienst).

Schließlich wird in der neuen Fassung nicht explizit zwischen der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung unterschieden, sondern es wird der Begriff „akut-rheumatologische Behandlung“ verwendet. Denn hier soll der Stellenwert der ambulanten Versorgung für die VRA-Kliniken betont werden, was zur Neuformulierung des Punkts 8 geführt hat. Mit dem 2008 publizierten Memorandum zur Situation der Rheumatologie in Deutschland durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh; [11]) wurde auf die ambulante Unterversorgung durch Fachärzte für Rheumatologie verwiesen: „Für die Versorgung von 100.000 erwachsenen Einwohnern unseres Landes werden unter den detailliert beschriebenen Annahmen 2 Rheumatologen benötigt, einer für je 50.000.“ Die Deutsche Rheuma-Liga formuliert in ihrem Aktionsplan Rheuma ebenso das Ziel eines Rheumatologen pro 50 000 erwachsene Einwohner (Deutsche Rheuma-Liga, Bundesverband e.V., Aktionsplan Rheuma, aktualisierte Auflage 2009, S. 13). Diese Versorgungssituation gilt es daher in Zukunft zu verbessern. Die weitere ambulante Öffnung der akut-stationären Rheumatologie ist hier ein wichtiger Schritt. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bereits 2004 geschaffen worden, indem neben den §116b-SGBV-Ambulanzen auch medizinische Versorgungszentren in das Recht der Krankenkassen aufgenommen wurden [10].

Punkt 5

Da die Bezeichnung „Fachkrankenhaus“ bzw. „Fachabteilung für Rheumatologie“ möglicherweise zukünftig durch „Einheit“ ersetzt wird, wurde der einleitende Satz: „... das Fachkrankenhaus bzw. die Fachabteilung ...“ ersetzt durch den Terminus „Mitglieder des VRA“.

Zusammenfassung · Abstract

Z Rheumatol 2011 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00393-011-0841-3
© Springer-Verlag 2011

H.-J. Lakomek · J. Braun · E. Gromnica-Ihle · C. Fiehn · S. Claus · C. Specker · J. Jung · A. Krause · H.-M. Lorenz · J. Robbers

Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie. Ein zukunftsweisendes Projekt

Zusammenfassung

Auf der Basis der Projektgruppenarbeit zur Strukturqualität wurden in 2010 9 vom Verband rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) verabschiedete Richtlinien zur Strukturqualität akut-stationärer Rheumakliniken aufgeführt. Diese 9 Strukturkriterien lösen die erstmals 2002 publizierten Richtlinien ab. Hervorzuheben ist hierbei, dass diese Neuentwicklung mit Unterstützung der deutschen Rheuma-Liga erfolgt ist. Erstmals wird auch mit der Richtlinie Nr. 9 zu den strukturellen Voraussetzungen Stellung genommen, die rheumatologische Einrichtungen an Universitätskliniken vorhalten sollten.

Die neuen Strukturkriterien finden zukünftig ihren Einsatz bei der Erlangung eines extern zu vergebenden Qualitätslabels für die VRA-Kliniken, wofür neben der Erfüllung der strukturellen Richtlinien die Teilnahme am Qualitätsprojekt „Kobra“ (Kontinuierliches

Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) gefordert wird.

Mit diesem Weg hat der VRA wichtige Voraussetzungen für die Mitgliedskliniken geschaffen, um für den zukünftigen Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser gerüstet zu sein. Die Vorhaltung einer hohen Behandlungsqualität für die chronisch erkrankten Rheumapatienten innerhalb einer akut-stationären Betreuung bei entsprechender Aufnahmeindikation wird hierdurch nachhaltig unterstützt.

Schlüsselwörter

Strukturqualität · Akutstationäre Rheumatologie · Verband der Rheumatologischen Akutkliniken (VRA) · Kobra-Projekt (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) · Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Amendment of the structural quality for inpatient rheumatology. A forward-looking concept

Abstract

In 2010 a total of 9 guidelines on structural quality were endorsed by the Association of Rheumatology Clinics in Germany (VRA). These 9 structural criteria replace the regulations published in 2002 and were elaborated with the support of the German Rheumatology League. With guideline number 9 even the structural requirements for university hospitals are defined for the first time.

Along with taking part in the quality project “Kobra” (continuous outcome benchmarking in rheumatology inpatient treatment) compliance with the new structural criteria constitutes a prerequisite for acquiring a quality certificate, which is awarded by an external institution.

By this means the VRA sets the stage for its members to be prepared for future challenges and quality competition among hospitals. Furthermore, the provision of a high quality treatment for chronically diseased patients in rheumatology clinics will be effectively supported.

Keywords

Structural quality · Inpatient rheumatology · Association of rheumatology clinics in Germany (VRA) · Kobra project (continued outcome benchmarking in rheumatology inpatient treatment) · Interdisciplinary treatment

Tab. 2 Strukturqualität für die akut-stationäre Rheumatologie

Auswirkungen im Rückblick auf ein Jahrzehnt
- Ausgangsbasis einer hohen Abbildungsqualität der akut-stationären Rheumatologie im fallpauschalierten Entgeltsystem
- 2 Rheumatologen (hauptamtlich) als Mindestkriterium der ambulanten Tätigkeit nach §116b (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG, 2004)
- Unterstützung der Umsetzung von Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Projekte „obra“ und „Kobra“
- Voraussetzung für das zukünftige Qualitätslabel des VRA

Wurde in der ursprünglichen Version aus dem Jahr 2001 am Ende dieses Absatzes ein Anteil von mehr als 70% entzündlich-rheumatische Erkrankungen gefordert, so ist dieser Prozentsatz in der neuen Version auf 50% abgesenkt worden. Mit der Zusammenführung der Fachärzte für Unfallchirurgie und Orthopädie zum „Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie“ ist bereits heute wie auch zukünftig die konservativ-orthopädische Mitbehandlung von Patienten, z. B. im Rahmen einer aktivierten Arthrose, durch den Facharzt für Rheumatologie zu leisten. Hinzu kommen osteologische Patienten, die oftmals in rheumatologischen Abteilungen behandelt werden.

Die Punkte 1 bis 5 wurden wie dargestellt durch die Arbeitsgruppe modifiziert.

Die nachstehend aufgeführten Punkte 6 bis 9 sind von dieser neu erarbeitet worden.

Punkt 6

Mit der Einführung der OPS 8–983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im Operationenschlüssel des Jahres 2005 [8] wurde im Vergleich zu anderen Fachgebieten in der Inneren Medizin deutlich gemacht, dass akut-stationäre Rheumaeinheiten (Fachkliniken/Fachabteilungen) ein multidisziplinäres Team vorhalten, um komplexe Therapieansätze im Bereich der Physiotherapie, physikalischen Therapie und Ergotherapie im Rahmen eines strukturierten Vorgehens verknüpft an Mindestkriterien umzu-

setzen. Ab 2006 erfolgte erstmals in der akut-stationären Rheumatologie bei Vorliegen der OPS 8–983.1 eine Vergütung im fallpauschalierten Entgeltsystem mit der I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-, Skelettsystem und Bindegewebe; [9]) als Anlage 3a DRG (Krankenhausindividuell zu verhandeln). Ab 2009 ist diese Fallpauschale als erste „rheumatologische“ DRG bundeseinheitlich im Fallpauschalenkatalog bewertet.

Punkt 7

Mit der hier beschriebenen Kooperation mit anderen Fachabteilungen wird deutlich, dass rheumatologische Erkrankungen sich nicht ausschließlich auf das Bewegungssystem begrenzen, sondern alle Organsysteme, z. B. bei Vaskulitiden und Kollagenosen, betreffen können. Die enge Kooperation mit den entsprechenden Fachrichtungen ist für die Umsetzung einer hohen Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung. Im Kapitel „Interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachkliniken/Fachabteilungen“ wurde dieser Punkt in der Publikation zur „Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken“ im Jahre 2002 bereits explizit benannt und die Wichtigkeit herausgestellt. Die Kooperation mit Rheumaorthopäden wurde ebenfalls 2002 in ihrer fachlichen Bedeutung hervorgehoben und ist jetzt unter Punkt 7 innerhalb der neu definierten Strukturkriterien berücksichtigt.

Punkt 8

Mit dem neu eingeführten Punkt 8 soll die anzustrebende enge Kooperation zwischen den Kliniken und den Hausärzten/Fachärzten sowie mit niedergelassenen Rheumatologen herausgestellt werden. Modelle einer ambulanten Öffnung sind hier z. B. Ermächtigungsambulanzen, §116b-Ambulanzen oder die Tätigkeit eines internistischen Rheumatologen in einem MVZ.



Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden 2004 neben der §116b-Ambulanz SGB V auch medizinische Versorgungszentren (MVZ) als weitere Versorgungsformen in das Recht der gesetz-

lichen Krankenversicherungen eingeführt. Bis zum 1. Quartal 2010 (Quelle: Zahlen der kassenärztlichen Bundesvereinigung; [10]) wurden insgesamt 1503 MVZ registriert, von denen 578 (38,5%) in der Trägerschaft eines Krankenhauses an den Start gingen. Hinsichtlich der §116b-SGB-V-Ambulanzen ist anzumerken, dass innerhalb der letzten 3 Jahre auch in der Rheumatologie regional Zulassungen erfolgt sind.

Punkt 9

Der Punkt 9 beschreibt die strukturellen Voraussetzungen von universitären Einheiten mit rheumatologischem Tätigkeitsprofil [3]. Universitäre Kliniken, die die unter Punkt 9 aufgeführte Definition erfüllen, entsprechen den für VRA-Kliniken erstellten Strukturkriterien. Die übrigen 8 Kriterien gelten damit ausschließlich für außeruniversitäre rheumatologische Einheiten.

Fazit

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität werden seit mehr als einem Jahrzehnt vom VRA Maßnahmen zur Qualitätssicherung umgesetzt. Behandlungsziele der akut-stationären Rheumatologie sind z. B., eine Remission oder einen Stillstand der Grunderkrankung durch eine hochqualifizierte Patientenversorgung mit einem multidisziplinären Behandlungsansatz zu erreichen [6]. Der VRA hat erstmals 2001 eine Strukturqualität für seine Einrichtungen verabschiedet [4] aus der sich die in  Tab. 1 aufgelisteten Ressourcen und Voraussetzungen ableiten. Für die erfolgreiche Umsetzung des DRG-Evaluationsprojektes von 2002 bis 2004 [1] sowie die sachgerechte Umsetzung des fallpauschalierten Entgeltsystems seit 2002 bildete die 2002 publizierte Strukturqualität eine sehr wichtige Voraussetzung ( Tab. 2), denn nur so konnte ein vergleichbarer Ressourcenaufwand der an der jährlichen Kostenkalkulation teilnehmenden VRA-Kliniken bei gleicher G-DRG in der Kalkulation der jeweiligen Bewertungsrelation durch das InEk (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) Berücksichtigung finden.

Für die seit 2002 erstellten Kodierleitfäden Rheumatologie [5] wurde mit der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie zudem der notwendige Rahmen geschaffen, in dem bis 2011 bereits die 9. aktualisierte Auflage mit jährlicher Anpassung publiziert wurde [13]. Die unter Punkt 2 der VRA-Strukturqualität 2001 geforderte Zahl von mindestens 2 Rheumatologen ist auch in den Mindestkriterien der OPS 8–983 (multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im Operationenschlüssel 2005 berücksichtigt worden [8].

Die ab 2006 ins Fallpauschalensystem aufgenommene G-DRG I97Z (rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe) in Anlage 3a [9] führt nur zur Vergütung, wenn dieses Kriterium erfüllt wird.

Schließlich hat dieser Punkt 2 der Strukturqualität 2001 auch auf die Zulassung zur ambulanten Tätigkeit nach §116b (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG, 2004) Einfluss gehabt, indem auch hier mindestens 2 Fachärzte für internistische Rheumatologie tätig sein müssen, die hauptamtlich im Krankenhaus arbeiten.

Auf der Basis einer vergleichbaren Strukturqualität erfolgte ab 2003 die Teilnahme von 13 VRA-Kliniken und der Deutschen Rheuma-Liga am obra-Projekt (Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) im Förderschwerpunkt BIG (Benchmarking im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales), in dem mit dem Fokus auf die Patientenzufriedenheit und -sicherheit die Behandlungsqualität in der Tracer-Diagnose rheumatoide Arthritis und zeitnahe Arztbriefschreibung möglichst am Entlassungstag (Einweiserzufriedenheit) die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität (Tab. 2) Aufgaben dieses Benchmarking-Projektes waren [2, 14]. Die Implementierung des Qualitätsprojektes in die Routine nach Ende der Förderung gelang ab 2007 mit dem Qualitätsprojekt Kobra (Kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung) mit 26 VRA-Kliniken und wurde 2010 erfolgreich abgeschlossen.

Mit der am 15.11.2010 von der Mitgliederversammlung des VRA verabschiedeten neuen Strukturqualität (Tab. 1) erfolgte nicht nur eine notwendige Anpassung aufgrund der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, sondern ab 2012 soll neben der Teilnahme am neuen Kobra-Projekt die Vorhaltung der neuen Strukturkriterien die Voraussetzung für die Erlangung des ersten VRA-Qualitätslabels sein (Tab. 2), welches durch ein externes Zertifizierungsunternehmen vergeben wird.

Dieser Weg des VRA hat damit noch verstärkt die Umsetzung eines erfolgreichen Qualitätsmanagements in den Mitgliedskliniken zur Konsequenz. Daneben besteht entsprechend der VRA-Satzung §4 für akut-stationäre rheumatologische Einrichtungen z. B. mit nur einem hauptamtlichen internistischen Rheumatologen oder anderen nicht erfüllten Strukturkriterien die Möglichkeit einer Mitgliedschaft im VRA, um an den Aktivitäten des Verbands teilnehmen zu können mit dem Ziel der Weiterentwicklung zu einer VRA-Klinik mit Qualitätslabel. Für den zukünftigen Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser und der politisch geplanten Einführung des selektiven Kontrahierens (für elektive Leistungen) hat der VRA wichtige Voraussetzungen geschaffen, um mit der Vorhaltung einer hohen Behandlungsqualität den chronisch erkrankten Rheumapatienten weiterhin eine akut-stationäre Behandlung bei entsprechender Aufnahmeindikation anzubieten.

Schließlich lässt sich hervorheben, dass außer der mit den Kinderreumatologen in Deutschland und dem VRA erarbeiteten Strukturqualität von kinder- und jugendrheumatologischen Akutkliniken und -abteilungen [12] kein vergleichbarer Qualitätsansatz national oder international für gleiche oder andere Fachgebiete in der akutstationären Patientenversorgung publiziert wurde.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-J. Lakomek

Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin, Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden
rheumatologie@klinikum-minden.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Fiori W, Franz D, Roeder N et al (2004) DRG-Evaluationsprojekt Rheumatologie – Abbildungsqualität und Anpassungsbedarf akutstationärer rheumatologischer Behandlungen im G-DRG-System. Verband Rheumatologischer Akutkliniken (Hrsg) Schüling, Münster, ISBN:3-934849-97-0
2. Fiori W, Lakomek HJ, Liman W et al (2009) Qualität verbessern durch Benchmarking. Große Erfolge des Modellprojekts obra in der akutstationären Rheumatologie. *arthritis + rheuma* 29:371–377
3. Keyßer G, Burmester GR (2008) Zur aktuellen Struktur der internistischen Rheumatologie an deutschen Hochschulen. Die Rhesus- und RISA-II-Studie. *Z Rheumatol* 67:602–608
4. Lakomek HJ, Neeck G, Lang B, Jung J (2002) Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken – Projektgruppenarbeit des VRA. *Z Rheumatol* 61:405–414
5. Lakomek HJ, Hülsemann JL, Köneke N et al (2002) Kodierleitfaden Rheumatologie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis, Version 2002. *Z Rheumatol* 61:311–335
6. Lakomek HJ (2006) Brauchen wir eine stationäre Rheumatologie? *Dtsch Med Wochenschr* 131:2292–2294
7. Lakomek HJ (2009) Auswirkungen auf die Rheumatologie – Fallpauschaliertes Entgeltsystem mit Schrittmacherfunktion für Veränderungsprozesse in der Rheumatologie – In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Kohlhammer, Stuttgart, ISBN:978-3-17-020349-5
8. Lakomek HJ, Fiori W, Buscham K et al (2005) Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8–983) – Herausforderungen, Lösungen und Perspektiven. *Z Rheumatol* 64:557–563
9. Lakomek HJ, Fiori W, Buscham K et al (2006) Zunehmend sachgerechtere Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem. *Z Rheumatol* 65:46–51
10. Maus J (2010) Medizinische Versorgungszentren: weiter auf Wachstumskurs. *Dtsch Arztebl* 107(47):A2318
11. Memorandum der DGRh. Kommission „Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Juni 2008 (<http://www.dgrh.de/rheumamemorandum.html>)
12. Michels H, Ganser G, Dannecker G et al (2006) Strukturqualität von kinder- und jugendrheumatologischen Akutkliniken und -abteilungen. *Z Rheumatol* 65:315–326
13. Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA); DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster (2011) Kodierleitfaden Rheumatologie, Version 2011. Ein Leitfaden für die klinische Praxis, 9. Aufl. Schüling, Münster, ISBN 978-3-86523-175-8
14. Verband Rheumatologischer Akutkliniken (Hrsg) (2007) Projektbericht Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung. Schüling, Münster, ISBN: 978-3-86523-077-6