

Z Rheumatol 2021 · 80:758–770
<https://doi.org/10.1007/s00393-021-01015-1>
 Angenommen: 8. April 2021
 Online publiziert: 17. Mai 2021
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2021

Redaktion

K. Albrecht, Berlin
 F. Schuch, Erlangen



H.-J. Lakomek¹ · M. Rudwaleit² · A. Hentschel³ · B. Broge³ · J. Abrolat⁴ · F. Bessler⁵ ·
 B. Hellmich⁶ · A. Klemann⁷ · A. Krause⁸ · M. Klass⁹ · J. Strunk¹⁰ · W. Fiori¹¹ ·
 N. Roeder¹¹ · J. Braun^{12,13}

¹ Universitätsklinik für Geriatrie, Johannes-Wesling-Klinikum Minden, Minden, Deutschland

² Universitätsklinik für Innere Medizin und Rheumatologie, Klinikum Bielefeld Rosenhöhe, Bielefeld, Deutschland

³ aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen, Deutschland

⁴ Klinik an der Weißenburg, Uhlstädt-Kirchhasel, Deutschland

⁵ Geschäftsbereich Medizin, Ev. Stiftung Volmarstein, Wetter, Deutschland

⁶ Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie, medius Klinik Kirchheim, Kirchheim unter Teck, Deutschland

⁷ St.-Josef-Stift Sendenhorst, Sendenhorst, Deutschland

⁸ Rheumatologie und Klinische Immunologie, Immanuel Krankenhaus Berlin, Berlin-Wannsee, Deutschland

⁹ Rheumatologie und Physikalische Therapie, Helios Klinikum Duisburg, Duisburg, Deutschland

¹⁰ Abteilung Rheumatologie, Krankenhaus Porz am Rhein, Köln, Deutschland

¹¹ Roeder & Partner, Ärzte Partnerschaftsgesellschaft, Senden, Deutschland

¹² Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Deutschland

¹³ Ruhr-Universität Bochum, Herne, Deutschland

Qualität in der akutstationären Rheumatologie 2021

Aktuelle Aspekte zum KOBRA-Qualitätslabel des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e.V.)

Präambel

Der Deutsche Bundestag hat am 26.02.2021 über das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland in erster Lesung beraten. Im folgenden Satz ist das zentral Wichtigste zusammengefasst: „Die Qualität und Transparenz in der Versorgung von Menschen mit Krankheiten soll durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche verbessert werden. Für die Krankenhäuser soll eine umfassende Qualitätsoffensive gestartet werden, auch mit dem Ziel, dass Versicherte von verbesserten Leistungen profitieren.“

Die wichtigsten Regelungen für die Krankenhäuser zielen ab auf die Schärfung der Vorgaben für die Festlegung von Mindestmengen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf die Weiterentwicklung von Pa-

tientenbefragungen, wie z. B. auch die Ausweitung von Qualitätsverträgen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern (die Qualitäts-Zu- und -Abschläge werden hingegen aufgegeben) (Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz [GVWG] – Regierungsentwurf vom 19.02.2021, Bundestagsdrucksache 19/26822). Im Kontext hierzu steht ein vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Auftrag gegebenes Gutachten zur Analyse der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen (NRW):

Hierin wird eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung in NRW empfohlen. Im Rahmen der Vorstellung des Gutachtens am 12.09.2019 hat Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann die Konsequenzen aus den vorliegenden Ergebnissen des Gutachtens wie folgt umrissen: „Mit mehr Leistungs- und Be-

darfsorientierung hin zu einer besseren Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten“. Zukünftig sollen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen geplant werden, wobei die Zuteilung von Leistungen an Qualitätskriterien gekoppelt werden soll (www.mags.nrw/Krankenhausplanung).

Der Schlüssel der erfolgreichen Umsetzung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wie auch der Reform der Krankenhausplanung NRW – Krankenhaus-Experten betrachten die neue Krankenhausplanung NRW als Blaupause für die übrigen 15 Bundesländer in Deutschland – sind die gesetzlichen Vorgaben zu Mindestmengen und die Ausweitung von Qualitätsverträgen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern sowie die Verwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für eine bedarfs- und qualitätsorientier-

Hier steht eine Anzeige.



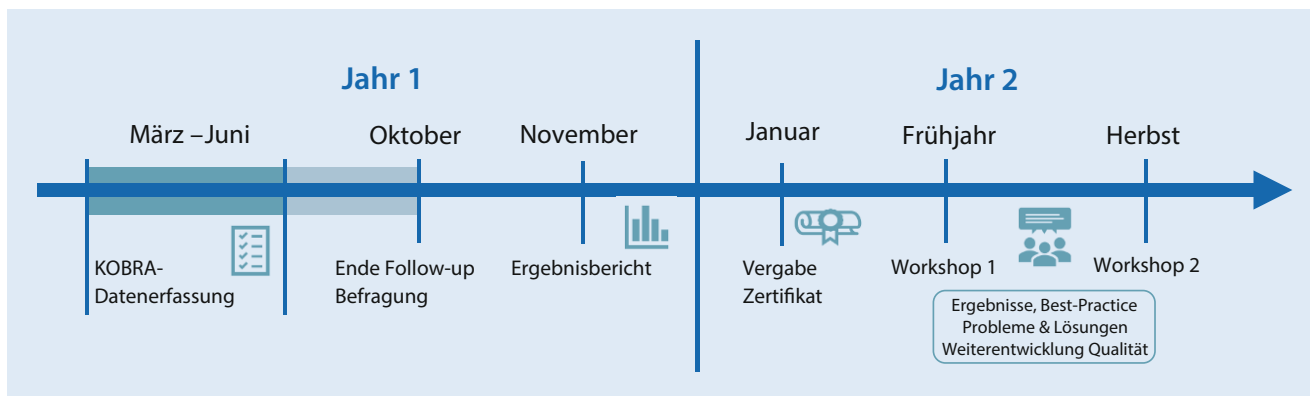


Abb. 1 ▲ KOBRA-Projektzyklus

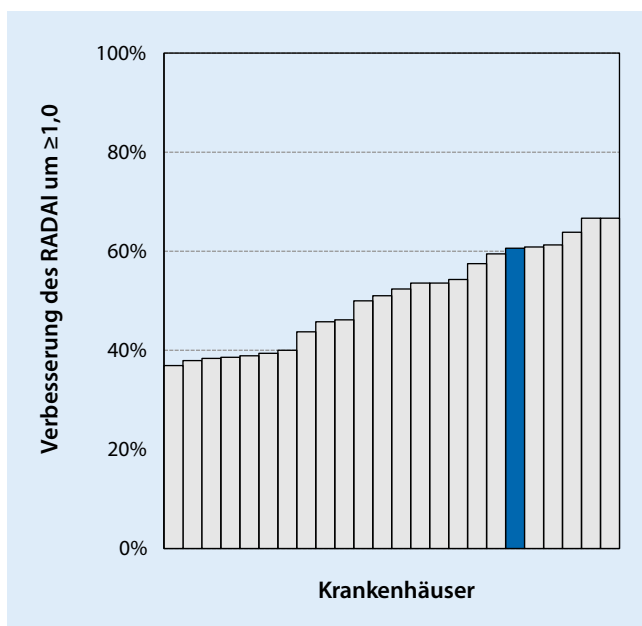


Abb. 2 ◀ „Longitudinale Erfassung der Krankheitsaktivität bei Polyarthritiden im Messzyklus 2018“ im Klinikvergleich zu 2 Messzeitpunkten (akutstationäre Aufnahme und im Follow-up 2,5 Monate nach Entlassung, 24 Kliniken). *Blauer Balken:* Position einer Klinik im Ergebnisvergleich zu anderen Kliniken, Verbesserung im Assessment RADAI größer/gleich 1

Einleitung

Das Thema „Entwicklung und Definition von Qualität in der Medizin“ hat sich auch der Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) schon früh nach der Gründung im Jahr 1998 umfassend angenommen.

Neben verschiedenen Projekten zur Struktur- und Prozessqualität [11, 13, 15] wurde schon im Jahr 2003 im Rahmen des Forschungsprojekts BIG (Benchmarking Im Gesundheitswesen) des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales in 13 Mitgliedskliniken das obra-Projekt gestartet [17], welches seit 2007 bis heute als KOBRA (Kontinuierliches Outcome Benchmarking in der Rheumatologischen Akutversorgung)-Projekt in 25 VRA-Kliniken implementiert ist [8]. Die aktive Einbindung der Deutschen Rheumaliga als eine der größten Patientenselbsthilfeorganisationen Deutschlands bereits mit dem Projektstart in 2003 zu Themen wie Patientenwissen und -sicherheit und später Partizipation („shared decision making“) [16] hat im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte kontinuierlich wichtige Impulse für die patientenfokussierte akutstationäre Rheumaversorgung ausgelöst [12, 14, 17, 18].

Seit 2012 erhalten alle VRA-Kliniken, die am KOBRA-Projekt erfolgreich teilnehmen und gleichzeitig die 2011 publizierten Strukturkriterien erfüllen, ein jeweils für 2 Jahre gültiges KOBRA-Qualitäts-Label. Dieses wurde von 2012 bis 2014 durch das Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) und seit 2016 durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im

te Weiterentwicklung der stationären Versorgung in Deutschland.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI) sind vonseiten des Gesetzgebers seit 2016 in die Debatte um eine bedarfs- und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der stationären Versorgung eingebracht worden.

„Die Zielsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren liegt gemäß Gesetzgeber in der Etablierung von bundesweit einheitlichen qualitätsorientierten Entscheidungshilfen für die Krankenhausplanung der zuständigen Landesbehörden durch einen zentralen, interessenübergreifenden und damit quasi neutralisierenden Ansatz“, beschrieben kürzlich Fischer und Koautoren [9].

In dem Beitrag von Fischer und Koautoren wird die Eignung medizinischer Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Planungsrelevanz kritisch erörtert, die Komplexität der Entscheidungsfindung auf dieser Basis erläutert und auf die Notwendigkeit einer sachgerechten und umfassenden Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren hingewiesen [9].

Das ganze Gesundheitswesen in Deutschland einschließlich der akutstationären Rheumatologie muss sich den gesteigerten Anforderungen durch den medizinischen Fortschritt, knapper werdende Ressourcen sowie durch veränderte Versorgungsstrukturen und Entgelte stellen, welche auch den Wettbewerb in der Versorgungsqualität zwischen den Krankenhäusern verstärken werden.

Z Rheumatol 2021 · 80:758–770 <https://doi.org/10.1007/s00393-021-01015-1>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

H.-J. Lakomek · M. Rudwaleit · A. Hentschel · B. Broge · J. Abrolat · F. Bessler · B. Hellmich · A. Klemann · A. Krause · M. Klass · J. Strunk · W. Fiori · N. Roeder · J. Braun

Qualität in der akutstationären Rheumatologie 2021. Aktuelle Aspekte zum KOBRA-Qualitätslabel des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e.V.)

Zusammenfassung

Mit einer umfassenden gesundheitspolitischen Qualitätsoffensive ab 2021 sollen die Qualität und Transparenz in der Versorgung von Menschen mit Krankheiten in Krankenhäusern in Deutschland verbessert werden. Gesetzliche Vorgaben zu Mindestmengen und die Ausweitung von Qualitätsverträgen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern sowie die Verwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für eine bedarfs- und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der stationären Versorgung werden den Wettbewerb in der Versorgungsqualität zwischen den Krankenhäusern verstärken. Dem Thema „Entwicklung und Definition von Qualität in der Medizin“ hat sich auch der Verband der Rheumatologischen Akutkliniken e. V. (VRA) schon früh nach der Gründung im Jahr 1998 umfassend angenommen. Im Zentrum der akutstationären Qualitätssicherung stehen verbindlich festgelegte

Strukturkriterien in Verknüpfung mit dem 2003 in der Rheumatologie gestarteten und bis heute kontinuierlich durchgeführten KOBRA-Projekt (Kontinuierliches Outcome Benchmarking in der Rheumatologischen Akutversorgung) mit der Messung von Prozess- und Ergebnisqualität. Auf der Basis dieses Rahmenkonzeptes (Erfüllung der Strukturkriterien und Durchführung des KOBRA-Projektes) können erfolgreich teilnehmende rheumatologische Einrichtungen für jeweils 2 Jahre das KOBRA-Label erwerben, welches von der Projektleitung – dem aQua-Institut – vergeben wird. Die herausragende Stellung des KOBRA-Projektes wird beispielhaft anhand von Datenauswertungen des Projektzyklus 2018 gezeigt mit Auswertungen zum Therapiestrategiewechsel bei aktiver rheumatoider Arthritis, Diagnosesicherung von Kollagenosen und Vaskulitiden während des stationären Aufenthaltes sowie zur

partizipativen Entscheidungsfindung bei rheumatoider Arthritis. Auf den gesundheitspolitisch geforderten „Paradigmenwechsel – weg vom Bett, hin zu einer leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Planung“ – ist die akutstationäre Rheumatologie mit der Verankerung von Projekten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sehr gut vorbereitet. Für die in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellten Richtlinie zu „Rheumatologischen Zentren“ geforderten Qualitätssicherung ist das KOBRA-Projekt ebenfalls eine sehr gute Voraussetzung.

Schlüsselwörter

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität · Behandlungsqualität · Planungsrelevante Qualitätsindikatoren · Patientensicherheit · Partizipation

Quality in acute inpatient rheumatology 2021. Current aspects of the KOBRA quality label of the Association of Rheumatological Acute Care Clinics

Abstract

A comprehensive health policy quality campaign launched in 2021 aims to improve the quality and transparency of hospital care for people with diseases in Germany. Legal requirements for minimum volumes and the expansion of quality contracts between cost units and hospitals as well as the use of quality indicators relevant to planning for demand-oriented and quality-oriented further development of inpatient care will increase competition in the quality of care between hospitals. The topic of development and definition of quality in medicine was also comprehensively addressed by the Association of Rheumatological Acute Care Clinics (VRA) shortly after its foundation in 1998. At the center of acute inpatient quality management

are binding structural criteria linked to the continuous outcome benchmarking in acute rheumatology care (KOBRA) project launched in 2003 in rheumatology (and continuously implemented to date) measuring process and outcome quality. Based on this framework (fulfillment of the structural quality and participation in the KOBRA project) successfully participating rheumatology units can acquire the KOBRA seal of approval for 2 years at a time, which is awarded by the project management, the aQua Institute. The outstanding position of the project is exemplified by data evaluation on treatment change in active rheumatoid arthritis, diagnosis confirmation of connective tissue diseases and vasculitis during the inpatient

stay as well as on participatory decision-making processes concerning rheumatoid arthritis (referring to the results of the data collection period 2018). By anchoring projects for structural, process and outcome quality acute inpatient rheumatology is well prepared for the paradigm shift demanded by health policies. Additionally, the KOBRA project is a good prerequisite to meet the requirements concerning quality management fixed in the Federal Joint Committee (G-BA) guidelines for recognition as a rheumatology center.

Keywords

Structural, process and outcome quality · Quality of care · Quality indicators relevant to planning · Patient safety · Participation

Gesundheitswesen (aQua-Institut) als jeweils verantwortliche Projektleitungen vergeben [12].

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales initial geförderten Benchmarking-Projekte und Initiativen obra und KOBRA sind die

ersten konkreten Qualitätsprojekte der deutschen Rheumatologie. Im Folgenden wird zu relevanten Inhalten des KOBRA-Projektes wie auch zu den damit verbundenen Strukturkriterien für akutstationäre rheumatologische Einrichtungen [11, 12, 15] auch unter

Würdigung der aktuellen Gesetzgebung mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (G V W G, Regierungsentwurf vom 19.02.2021, Bundes Drucksache 19/26822), der zukünftigen Krankenhausplanung NRW (Blaupause für die weiteren 15 Bundesländer) auf

Tab. 1 KOBRA-Qualitätsindikatoren (QI) 2018

| QI-Nr. | Beschreibung des Indikators (Prozess- oder Ergebnisqualität) |
|--|--|
| <i>Patienten mit Polyarthrit</i> | |
| 1 | Erhebung der Polyarthritaktivität mittels RADAI bei stationärer Aufnahme |
| 2 | Relevante Verbesserung der Polyarthritaktivität (mittels RADAI) 2 ½ Monate nach stationärer Entlassung |
| 3 | Erhebung des Funktionsstatus mittels FFbH bei stationärer Aufnahme |
| 4 | Relevante Verbesserung des Funktionsstatus (mittels FFbH) 2 ½ Monate nach stationärer Entlassung |
| 5 | Erhebung der Polyarthritaktivität mittels DAS28-CRP |
| 6 | Erhebliche Reduktion der Polyarthritaktivität (mittels DAS28-CRP) während der stationären Behandlung |
| 7 | Therapiestrategiewechsel bei aktiver Polyarthrit |
| <i>Patienten mit Spondyloarthrit</i> | |
| 8 | Erhebung der Krankheitsaktivität mittels BASDAI |
| 9 | Relevante Reduktion der Krankheitsaktivität (mittels BASDAI) 2 ½ Monate nach stationärer Entlassung |
| 10 | Erhebung des Funktionsstatus mittels BASFI |
| 11 | Messung der spinalen Beweglichkeit |
| <i>Patienten mit Kollagenose oder Vaskulit</i> | |
| 12 | Patient erhält während der stationären Behandlung Prednisolon-Therapie und Osteoporoseprophylaxe |
| 13 | Diagnosesicherung während des stationären Aufenthaltes |
| <i>Patienten mit Tracerdiagnose</i> | |
| 14 | Patientenwissen zu Erkrankung und Therapie |
| <i>Alle KOBRA-Patienten</i> | |
| 15 | Vollständiger Arztbrief am Entlassungstag |
| 16 | Erhebung des Schmerzgrades mittels numerischer Rating-Skala |
| 17 | Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt (Mittelwert) |

Tab. 2 Die Indikationsliste des VRA für stationäre Aufnahmen in der Rheumatologie

| | |
|-----|---|
| 1. | Patienten mit komplexer Krankheitssymptomatik und Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung bei bislang ambulant nicht gelungener Diagnosestellung |
| 2. | Entzündlich rheumatische Erkrankungen im ambulant nicht beherrschbaren akuten Schub |
| 3. | Entzündlich rheumatische Erkrankungen mit drohender oder potenziell fortschreitender Organbeteiligung |
| 4. | Ambulant nicht beherrschbare Schmerzzustände muskuloskeletaler Erkrankungen zur multimodalen konservativen Behandlung |
| 5. | Behandlung gravierender Therapiekomplicationen, z. B. Organtoxizität |
| 6. | Reevaluation bei komplexem Krankheitsverlauf mit Verschlechterungstendenz zur möglichen Neufestlegung einer differenzierten immunsuppressiven Therapie |
| 7. | Stationäre Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zur akuten Verbesserung funktioneller Defizite |
| 8. | Spezielle systemische und lokale Gelenk- und Wirbelsäulentherapien, z. B. überwachungspflichtige Infusionen und Injektionen, auch bei relevanter funktioneller Beeinträchtigung |
| 9. | Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und klinisch relevanten Komorbiditäten, z. B. kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes Typ II |
| 10. | Akutstationäre Versorgung multimorbider geriatrisch-rheumatologischer Patienten zur Funktionsverbesserung und Optimierung der Therapieeinstellung |

der Grundlage von Qualitätssicherung mit Qualitätskriterien (www.mags.nrw/Krankenhausplanung) und der G-BA-Richtlinie für Rheumatologische Zentren (Bekanntmachung BAnz AT 12. März 2020 B2) inklusive eines entsprechenden Qualitätssicherungsverfahrens Stellung genommen.

Das KOBRA-Qualitätsprojekt – Projektstruktur

Eckpfeiler des KOBRA-Projektes ist ein anonymisiertes Benchmarking der teilnehmenden VRA-Kliniken mit der Erfassung von Qualitätsindikatoren *in 4 Dimensionen*:

- medizinische Behandlungsqualität,
- Patientenwissen und -sicherheit bei Polyarthritiden, den Spondyloarthritiden, den Kollagenosen und den Vaskulitiden (Tracer-Diagnosen),
- Patientenzufriedenheit (alle akutstationären Patienten während des Messzyklus),
- Organisationseffizienz (alle akutstationären Patienten während des Messzyklus).

Die am KOBRA-Projekt teilnehmenden VRA-Kliniken (24 Einrichtungen im Jahr 2018) durchlaufen einen 2-jährigen Qualitätsmanagementzyklus (Abb. 1). In einem Projekthandbuch sind hierzu für die KOBRA-Teilnehmer alle Schritte erläutert.

Auf eine *Datenerhebungsphase* mit Patientenbefragungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten (bei akutstationärer Aufnahme, bei Entlassung und 2,5 Monate nach akutstationärem Aufenthalt) mittels in der Rheumatologie validierter Instrumente (Assessments) und der *Ergebnisauswertung im Benchmark* folgt eine *Qualitätsmanagementphase* mit ergebnisbezogenen Workshops. Für die KOBRA-Teilnehmer ergibt sich aus dem Wechsel von datengestütztem Feedback und aktiver Qualitätsmanagementarbeit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, der am Erkenntnisgewinn über die Behandlungsqualität und weitere Einflussfaktoren auf die Patienten- und Einweiserzufriedenheit ansetzt [11]. Nach der Datenerhebungsphase werden die klinikeigenen Ergebnisse im Vergleich

Hier steht eine Anzeige.



zur Datengesamtheit aller anderen Teilnehmer (anonymisiert) den Kliniken vom aQua-Institut zur Verfügung gestellt.

Qualitätsindikatoren im KOBRA-Projekt – Das KOBRA-Qualitätslabel

Seit dem Start des obra-Projektes in 2003 erfolgt bis heute eine permanente Überprüfung der primär festgelegten Indikatoren für Prozess- und Ergebnisqualität hinsichtlich der Eignung für die Festlegung von Mindestanforderungen in der akutstationären Rheumatologie [17].

Seit 2018 werden im Rahmen eines Messzyklus jeweils 17 Qualitätsindikatoren (■ Tab. 1) mit Fokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität einer Einrichtung erfasst. Gegenüber früheren Qualitätserfassungen wurden die Qualitätsindikatoren 12 und 13 (■ Tab. 1) neu aufgenommen mit dem Ziel, für die ebenfalls neu etablierten Tracer-Diagnosegruppen der „Kollagenosen“ und „Vaskulitiden“ diagnosebezogene Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter zu erfassen. Alle in ■ Tab. 1 aufgelisteten Qualitätsindikatoren für die Messung von Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen alle etablierten wissenschaftlich begründeten Voraussetzungen.

Sollte für die akutstationäre Rheumaversorgung – vergleichbar zu den hüftgelenknahen Frakturen – eine Richtlinie zur Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den G-BA unter Mitwirkung des Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (zur Eignungsbeurteilung von Qualitätsindikatoren) erstellt werden, könnten die Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem KOBRA-Projekt unter zusätzlicher Berücksichtigung der 2011 publizierten Strukturkriterien [12] eine wertvolle Voraussetzung und Grundlage darstellen. Denn alle 3 Qualitätsdomänen werden systematisch und fachbezogen erfasst, weil für die jeweilige Erlangung des KOBRA-Qualitätslabels neben der erfolgreichen Teilnahme am KOBRA-Messzyklus auch die Kriterien der 2011 publizierten Strukturqualität zusätzlich erfüllt sein müssen [11]. In der Veröffentlichung des IQTiG vom 15.04.2019

werden „Methodische Grundlagen“ erläutert, und zur Eignungsbeurteilung von Qualitätsindikatoren wird Stellung bezogen (iqtig.org Methodische Grundlagen V1.1s. Würdigung der ... – IQTiG 15.04.2019). Auch in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung der „hüftgelenknahen Femur-Fraktur“ sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschrieben (BAnz AT 21.01.2021 B4). Die Ziele dieser Richtlinie umfassen eine qualitativ hochwertige und frühestmögliche operative Versorgung, Gewährleistung der Patientensicherheit und die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgungsmaßnahme. Hiervon lassen sich durchaus qualitätsbezogene Parallelen zum konservativen Fachgebiet der Rheumatologie ableiten.

Neue Aspekte zur Qualitätsmessung im KOBRA-Projekt

Die durch das KOBRA-Projekt gewonnene Vorreiterrolle bei der Qualitätsverbesserung in der rheumatologischen Akutversorgung soll anhand von Beispielen aus der KOBRA-Messphase 2018 gespiegelt werden:

Die in ■ Tab. 1 aufgelisteten Qualitätsindikatoren mit Zuordnung zu den 4 Tracer-Diagnosegruppen: Polyarthritiden, Spondyloarthritiden, Kollagenosen und Vaskulitiden, haben sich hinsichtlich der Messung von Prozess- oder Ergebnisqualität mehrfach bewährt. Die Erfassung der Krankheitsaktivität (QI 1, ■ Tab. 1) mit dem RADAI („rheumatoid arthritis disease activity index“) bei Polyarthritiden (M05.– Seropositive chronische Polyarthritiden, M06.– Sonstige chronische Polyarthritiden, M13.0– Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet) ermöglicht vergleichende Messungen zum Zeitpunkt der akutstationären Aufnahme und 2,5 Monate nach Entlassung. Damit wird der Grad der Verbesserung der Krankheitsaktivität untersucht, womit dann der Anteil der Patienten bestimmt werden kann, der das klinisch wichtige Ziel der Krankheitsremission (QI 2, ■ Tab. 1) erreicht [1].

In ■ Abb. 2 findet sich eine charakteristische Benchmark-Darstellung der teilnehmenden 24 KOBRA-Klini-

ken mit insgesamt 630 Patienten mit Polyarthritiden am Beispiel der RADAI-Messergebnisse: Eine klinisch relevante Verbesserung des RADAI um ≥ 1 zeigte sich bei fast der Hälfte der Patienten, bei denen vollständige Messergebnisse vorlagen. Die blaue Säule (■ Abb. 2) zeigt beispielhaft die Position einer Klinik im Ergebnisvergleich (ca. 60% der dort behandelten Polyarthritidenpatienten weisen mit dem Assessment RADAI 2,5 Monate nach Entlassung noch eine Verbesserung der Krankheitsaktivität im Vergleich zu den anderen Kliniken auf). Im 2. Jahr des KOBRA-Projektzyklus werden die Ergebnisse aus dem 1. Jahr des Projektzyklus (■ Abb. 1) mit den KOBRA-Kliniken in Workshops mit dem Ziel diskutiert, im Vergleich zu den Kliniken mit besseren Ergebnissen zu erfahren, ob es mögliche Erklärungen für das erfolgreichere Abschneiden gibt. Hierbei ist immer zu berücksichtigen, dass es Unterschiede in den untersuchten Populationen geben kann: z. B. hinsichtlich Krankheitsdauer, Krankheitslast und Altersverteilung. Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren wurde im KOBRA-Projekt allerdings bisher noch nicht gemacht. Im Rahmen des KOBRA-Netzwerkes besteht somit die Möglichkeit, Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren.

Ein Krankheitsschub der rheumatoiden Arthritis (RA [Polyarthritiden]) mit einem DAS28-CRP $> 3,2$ kann nach Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsressourcen eine klare Indikation für eine akutstationäre Behandlung sein (■ Tab. 2). Mit dem Qualitätsindikator 7 – Strategiewechsel bei aktiver Polyarthritiden – (■ Tab. 1) werden die Ergebnisse aus 2 Handlungsoptionen („Therapieintensivierung allgemein“ und „qualifizierter Therapiestrategiewechsel“) gegenübergestellt (■ Tab. 3):

Im ersten Fall (■ Tab. 3 oben) wurden die Polyarthritidenpatienten einbezogen, die zusätzlich 2 weitere Therapieoptionen wie einen „Therapiebeginn mit oralen Glukokortikoiden“ bzw. „Dosiserhöhung“ oder „intraartikuläre Steroidinjektion“ angeboten bekamen. Die Behandlungsoptionen im zweiten Fall (■ Tab. 3 unten), wie z. B. „Austausch eines oder mehrerer DMARDs (disease

Tab. 3 Qualitätsindikator 7: Therapiestrategiewechsel bei aktiver Polyarthrit 2016 und 2018

| | Gesamt 2016 | | Gesamt 2018 | |
|---|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| Therapieintensivierung (allgemein): Patienten, bei denen mindestens 1 Therapieänderung erfolgt ist, d. h. Austausch eines oder mehrerer DMARD oder zusätzliches DMARD (Erhöhung der DMARD-Anzahl) oder Beginn mit Biologika/JAK-I-Therapie zusätzlich zur Vortherapie oder Wechsel des Biologikums/JAK-I oder Therapiebeginn mit oralen Steroiden bzw. Dosiserhöhung oder intraartikuläre Steroidinjektionen | – | – | 888/1142 | 77,8% |
| Qualifizierter Therapiestrategiewechsel: Patienten, bei denen mindestens 1 Therapieänderung erfolgt ist, d. h. Austausch eines oder mehrerer DMARD oder zusätzliches DMARD (Erhöhung der DMARD-Anzahl) oder Beginn mit Biologika/JAK-I-Therapie zusätzlich zur Vortherapie oder Wechsel des Biologikums/JAK-I | 514/912 | 56,4% | 734/1142 | 64,3% |
| <i>Vertrauensbereich</i> | 53,1–59,5% | | 61,5–67,0% | |
| <i>Referenzbereich</i> | Nicht definiert | | Nicht definiert | |

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit der Diagnose Polyarthrit und mit vollständiger Messung des DAS28-CRP bei Aufnahme und mit DAS28-CRP > 3,2 bei Aufnahme und mit gültiger Angabe zur Therapiestrategie/-änderung

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

Tab. 4 Qualitätsindikator 12: Akutstationäre Behandlung von Kollagenose- und Vaskulitispatienten mit Prednisolon unter Osteoporoseprophylaxe

| | Gesamt 2018 | |
|---|-----------------|--------|
| | Anzahl | Anteil |
| Patienten mit Kollagenose oder Vaskulitis und mit Angabe Prednisolon-Therapie und Osteoporoseprophylaxe während der stationären Behandlung (Gruppe 1) | 271/402 | 67,4% |
| <i>Vertrauensbereich</i> | 62,7–71,8% | |
| <i>Referenzbereich</i> | Nicht definiert | |
| Patienten mit Kollagenose und mit Angabe Prednisolon-Therapie und Osteoporoseprophylaxe während der stationären Behandlung (Gruppe 2) | 103/141 | 73,0% |
| Patienten mit Vaskulitis und mit Angabe Prednisolon-Therapie und Osteoporoseprophylaxe während der stationären Behandlung (Gruppe 3) | 168/261 | 64,4% |

Erfassung des Patientenanteils mit Osteoporoseprophylaxe bei Prednisolon-Gabe

Grundgesamtheit: **Gruppe 1:** Alle Patienten mit der Diagnose Kollagenose oder Vaskulitis und mit Angabe Prednisolon-Therapie bei Aufnahme und/oder bei Entlassung. **Gruppe 2:** Alle Patienten mit Kollagenose und mit Angabe Prednisolon-Therapie bei Aufnahme und/oder bei Entlassung. **Gruppe 3:** Alle Patienten mit Vaskulitis und mit Angabe Prednisolon-Therapie bei Aufnahme und/oder bei Entlassung

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

modifying antirheumatic drugs)“ oder „zusätzliches DMARD“ oder „Beginn mit Biologika/JAK1-I-Therapie“ zusätzlich zur Vortherapie oder „Wechsel des Biologikum/JAK1-I“ wurden auch im ersten Fall (Tab. 3 oben) angeboten. Für die Behandlungsoption „Therapieintensivierung allgemein“ (Tab. 3 oben) gab es aus 2016 leider keine Vergleichsdaten. Die Beobachtung in 2018, dass bei 77,8% der akutstationär therapierten Patienten die Medikation neu festgelegt wurde, zeigt, dass in der überwiegenden Mehrheit der aktiven RA-Patienten (DAS28-CRP $\geq 3,2$) eine Therapieanpassung nötig war. Das war für die Behandlungsoption „qualifizierter Therapiestrategiewechsel“ ähnlich: Bei 64,3% der Patienten erfolgte eine spezifische Therapieanpassung mit DMARDs.

Die Behandlung von Patienten mit Kollagenosen oder Vaskulitiden ist v. a. bei Erstdiagnose oder bei Krankheitsrezidiven aufgrund der Vielfältigkeit der Krankheitssymptome und der Schwere der Erkrankung durch die Beteiligung verschiedener Organe sehr komplex.

In vielen Fällen muss unmittelbar eine höher dosierte Glukokortikoidtherapie (z. B. mit 250 mg Prednisolon i.v. bei Nierenbeteiligung) oder mit 1 mg/kg Körpergewicht bei Myositis eingesetzt werden. Hierbei treten die unerwünschten Wirkungen der Glukokortikoide, wie z. B. Diabetes mellitus oder Osteoporose, zwar zunächst in den Hintergrund, müssen aber im weiteren Verlauf unbedingt berücksichtigt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Mit Überprüfung des Qualitätsindikators 12 (akutstationäre Behandlung mit Prednisolon und Erfassung des Patientenanteils mit einer Osteoporoseprophylaxe, Tab. 1) bei Kollagenose- oder Vaskulitispatienten wird die Behandlungsqualität mit Fokus auf die Verhinderung von bekannten Nebenwirkungen einer nicht vermeidbaren Therapie im akutstationären Setting bewertet (Tab. 4).

Am Beispiel von Kollagenose- und Vaskulitispatienten wurde auch geprüft, wie groß der Anteil der Patienten mit Diagnosesicherung erst beim akutstationären Aufenthalt ist (Tab. 5). Hierzu wurden im jeweiligen Aufnahmebefund-

Tab. 5 Qualitätsindikator 13: Anteil der Patienten mit Diagnosesicherung während des stationären Aufenthaltes

| | Gesamt 2018 | |
|--|-----------------|--------|
| | Anzahl | Anteil |
| Patienten mit Kollagenose oder Vaskulitis und mit Angabe CT und/oder PET-CT und/oder MRT und/oder Biopsie und/oder Sonographie bei Entlassung (Gruppe 1) | 275/645 | 42,6 % |
| Vertrauensbereich | 38,9–46,5 % | |
| Referenzbereich | Nicht definiert | |
| Patienten mit Kollagenose und mit Angabe CT und/oder PET-CT und/oder MRT und/oder Biopsie und/oder Sonographie bei Entlassung (Gruppe 2) | 140/317 | 44,2 % |
| Patienten mit Vaskulitis und mit Angabe CT und/oder PET-CT und/oder MRT und/oder Biopsie und/oder Sonographie bei Entlassung (Gruppe 3) | 135/328 | 41,2 % |

Grundgesamtheit: **Gruppe 1:** Alle Patienten mit der Diagnose Kollagenose oder Vaskulitis. **Gruppe 2:** Patienten mit Kollagenose. **Gruppe 3:** Patienten mit Vaskulitis
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

Tab. 6 Partizipative Entscheidungsfindung (Polyarthritis – Follow-up)

| | Gesamt 2018 | |
|--|-------------|--------|
| | Anzahl | Anteil |
| <i>Wer soll die Entscheidung über die Art Ihrer Behandlung treffen?</i> | | |
| Der Arzt, nachdem ich aufgeklärt wurde | 185 | 15,5 % |
| Ich gemeinsam mit meinem Arzt | 856 | 71,8 % |
| Ich alleine nach Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten durch meinen Arzt | 77 | 6,5 % |
| <i>Haben die Ärzte/innen während des stationären Aufenthalts in einer Art und Weise gesprochen, die Sie verstanden haben?</i> | | |
| Nie | 12 | 1,0 % |
| Selten | 32 | 2,7 % |
| Gelegentlich | 102 | 8,6 % |
| Oft | 355 | 29,8 % |
| Immer | 624 | 52,3 % |
| <i>Ich wurde in die Entscheidung über die medikamentöse Behandlung meiner Gelenkerkrankung so einbezogen, wie ich mir das gewünscht habe</i> | | |
| Trifft überhaupt nicht zu | 16 | 1,3 % |
| Trifft eher nicht zu | 61 | 5,1 % |
| Teils/teils | 204 | 17,1 % |
| Trifft eher zu | 393 | 33,0 % |
| Trifft voll und ganz zu | 446 | 37,4 % |

bogen für Kollagenosen und Vaskulitiden (QI 13) die 3 folgenden Fragen gestellt:

- a | Neu diagnostiziert in den ersten 3 Werktagen
- Ja | Vaskulitis bzw. Kollagenose war bereits vor Aufnahme bekannt
- Nein | Vaskulitis bzw. Kollagenose war bekannt, Aufnahmegrund jedoch z. B. Infektion/Therapie anderer Krankheiten

Der Anteil der Patienten mit neu gestellter Diagnose (Erstdiagnose) lag hier bei insgesamt 42,6 % (■ Tab. 5).

Auch für Kollagenose- und Vaskulitispatienten gilt, dass die Prognose der Erkrankung ganz wesentlich von einer frühen Diagnosesstellung abhängt, was die Bedeutung der akutstationären rheumatologischen Versorgung bei noch nicht geklärt Zuordnung der Krankheitssymptome unterstreicht. Neben der obligat vorgehaltenen fachlichen Kompetenz steht im Rahmen einer akutstationären Versorgung eine aufwendigere radiologische Diagnostik, z.B. mit Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT)

oder Positronenemissionstomographie (PET), zeitnah zur Verfügung (■ Tab. 5).

Im Rahmen eines erfolgreichen Qualitätsmanagements sind auch zunehmend die Belange der Menschen mit Erkrankungen zu berücksichtigen. Bereits beim Start des obra-Projekts im Jahr 2003 gab es eine wichtige Kooperation mit der größten deutschen Patientenvereinigung, der Deutschen Rheumaliga, die als Partner für die Formulierung von Patientenwissensfragen mit dem Ziel hinzugezogen wurde, durch ein frühes Erkennen von Krankheits- und Therapiekomplicationen die Patientensicherheit zu erhöhen (QI14, ■ Tab. 1).

In der Betreuung chronisch erkrankter Patienten ist in den letzten Jahren in allen rheumatologischen Versorgungsbereichen die partizipative Entscheidungsfindung zunehmend etabliert worden. Als Teil des KOBRA-Projekts wurde erstmals 2018 bei allen 4 Tracer-Diagnosen zu diesem Thema eine Befragung 2,5 Monate nach der akutstationären Entlassung gestartet. In ■ Tab. 6 sind beispielhaft die Ergebnisse der Polyarthritispatienten aller Kliniken gemeinsam aufgelistet. Für alle 3 Fragenkomplexe beschrieben über 70 % der befragten Patienten ein gutes partizipatives Arzt-Patienten-Verhältnis im Sinne von „shared decision-making“.

Strukturqualität in der akutstationären Rheumaversorgung

Die jeweilige Erfüllung der 9 Kriterien der 2011 publizierten Strukturqualität in der akutstationären Rheumatologie und die erfolgreiche KOBRA-Teilnahme führen zur Verleihung des *KOBRA-Qualitätslabels für 2 Jahre* an die teilnehmenden VRA-Kliniken [11, 12].

Einzelne dieser Strukturkriterien wurden vom G-BA in die „Richtlinie über die Anforderungen an Rheumatologische Zentren“ übernommen (Anlage 4: Bekanntmachung BAnz At 12. März 2020 B2). In den im März 2020 veröffentlichten Zentrumsregelungen für die akutstationäre Rheumatologie finden sich zudem spezifische Qualitätsanforderungen, die schon seit 2007 im KOBRA-Projekt weitgehend umgesetzt werden.

Hier steht eine Anzeige.



In diesem Zusammenhang gibt es auch eine vom VRA weiterentwickelte und modifizierte *Indikationsliste* zur akutstationären Aufnahme (■ Tab. 2), die erstmals 2002 publiziert wurde (abgestimmt mit dem MDK Baden Württemberg) und zur Transparenz der stationär versorgten Patienten beiträgt.

Rahmenkonzept des KOBRA-Qualitätslabels als Unterstützung für die Etablierung eines rheumatologischen Zentrums

Strukturelle Anforderungen der G-BA-Richtlinie an rheumatologische Zentren (Anlage 4)

Unter Punkt 1a wird eine organisatorisch eigenständige Fachabteilung für Rheumatologie am Standort des rheumatologischen Zentrums (entspricht dem Punkt 1 der VRA-Strukturkriterien), eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft für akut-rheumatologische Fälle (entspricht dem Punkt 4 der VRA-Strukturkriterien) und in Anlehnung an den Punkt 5 der Strukturkriterien eine Mindestfallzahl von mehr als 500 Fällen mit entzündlich rheumatischen Krankheitsbildern der Gelenke, der Wirbelsäule, des Bindegewebes und der Gefäße als Hauptdiagnose oder die stationäre Betreuung von jährlich mindestens 100 Fällen aus einer vorgegebenen Liste von Kollagenosen und Vaskulitiden gefordert [11] (Anlage 4, Bekanntmachung BAnz AT 12. März 2020 B2). Für kinder-rheumatologische Zentren gelten andere Anforderungen.

Qualitätsanforderungen der G-BA-Richtlinie an rheumatologische Zentren (Anlage 4)

Neben Mindestkriterien zur Forschungstätigkeit (Punkt 2 der Richtlinie) werden auch „besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung“ (Punkt 3 der Richtlinie), wie z. B. die „regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand des vierstufigen Regelkreises von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen wie dem PDCA-Zyklus (Plan, Do,

Check, Act) sowie die Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Qualitätsberichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt“, als Vorgaben aufgeführt. Mit den turnusmäßig durchgeführten Benchmarking-Workshops steht für die KOBRA-Kliniken mit Zentrumszuschlag eine exzellente Ideenbörse zum Qualitätsmanagement der jeweiligen Klinik zur Verfügung, um kontinuierlich Verbesserungsprozesse mit dem PDCA-Zyklus umzusetzen.

Für die rheumatologischen Akutkliniken werden im Regelfall zunächst die Anforderungen an die Strukturmerkmale die wichtigen Faktoren für eine Zentrumsbewerbung sein. Hinsichtlich der geforderten „besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung“ könnte der Hinweis auf das vom VRA regelmäßig seit 2007 durchgeführte Qualitätsprojekt eines „Kontinuierlichen Outcome Benchmarking in der Rheumatologischen Akutversorgung (KOBRA)“ ebenfalls wichtig sein, da es möglicherweise den zu diesem Punkt geforderten Inhalten entsprechen könnte [8, 12, 14, 18], denn das KOBRA-Projekt gilt als Vorreiter der akutstationären rheumatologischen Versorgungsqualität.

Die Zertifizierung als „Qualitäts-Rheumatologie“ wird der VRA gemeinsam mit dem aQua-Institut ab 2021 umsetzen, indem die KOBRA-Erhebung wie bisher erfolgt, allerdings mit folgenden Erweiterungen:

- einige (wenige) neue Qualitätskriterien,
- Intensivierung des Netzwerkes der KOBRA-Kliniken,
- Begleitung des PDCA-Zyklus,
- Erstellung eines klinikbezogenen, jährlichen KOBRA-Qualitätsberichtes.

Mit dem aufgezeigten KOBRA-Planungskonzept sollten die in Anlage 4 unter Punkt 3 (G-BA-Richtlinie der Rheumatologischen Zentren) geforderten „Besonderen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung“ mehr als erfüllt sein.

Diskussion

Auch wenn die SARS-COV-2-Pandemie seit März 2020 alle anderen Themen überlagert hat, besteht der gesetzlich forcierte Trend zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung unvermindert fort.

Auch wenn die ursprüngliche Idee einer „qualitätsorientierten Vergütung“ auf Basis von in der externen stationären Qualitätssicherung erhobenen Qualitätsindikatoren („pay for performance“) mittlerweile in den Hintergrund gerückt zu sein scheint, hat sich die Politik offensichtlich auf sog. „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ (Plan-QI) verständigt. Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) von 2016 wurde dieses Konzept auch bereits in das Sozialgesetzbuch (SGB) V und das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) übertragen [6] – und in eine entsprechende Richtlinie umgesetzt (G-BA-Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: BAnz AT 23.03.2017 B2).

Dem Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ zufolge – das unter Krankenhausexperten als Blaupause auch für die weiteren 15 Bundesländer gilt – wird die Zukunftsfähigkeit des stationären Versorgungssektors v. a. davon abhängen, wie gut die Krankenhäuser den „Paradigmenwechsel weg vom Bett, hin zu einer leistungs-, bedarfs- und qualitäts-orientierten Planung“ bewältigen können (www.mags.nrw/Krankenhausplanung). Ob auch für die akutstationäre Rheumatologie zukünftig solche planungsrelevanten Qualitätsindikatoren implementiert werden, ist noch nicht klar.

Wenn, handelt es sich wahrscheinlich vorrangig um Strukturparameter und Mindestmengen, da belastbare Messungen der Ergebnisqualität, die auch einer juristischen Überprüfung Stand halten würden, nicht realistisch sind.

Der Erfolg des KOBRA-Projektes ist maßgeblich mit darin begründet, dass

- Indikatoren ausgewählt wurden, die relevant sind und bei denen Verbesserungen erzielt werden können,
- die Messung auf Vertrauensbasis erfolgt und Vertraulichkeit bei der

Hier steht eine Anzeige.



Präsentation und Diskussion der Ergebnisse im Benchmark-Workshop gesichert ist,

- das Benchmarking kein Ranking, sondern ein gemeinsames Commitment darstellt, das Lernen vom Besten (und von Fehlern) ermöglicht wird und *das „Gemeinsam-besser-Werden“* im Fokus steht.

Inwieweit bei der Festlegung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. bei zukünftigen Krankenhausplanungen der Bundesländer wie auch für die Qualitätsanforderungen bei der seit 2020 gültigen G-BA-Richtlinie für Rheumatologische Zentren (Bekanntmachung BAnz AT 12. März 2020 B2) Erkenntnisse aus Vorarbeiten des VRA zur Strukturqualität in der akutstationären Rheumatologie berücksichtigt werden, ist ungewiss. Dass das KOBRA-Projekt als praktiziertes Mittel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der akutstationären Rheumatologie nicht berücksichtigt wird, ist allerdings nicht anzunehmen. In jedem Fall wird KOBRA weiterhin fester Bestandteil der Qualitätsmessung und des strukturierten Benchmarkings in den rheumatologischen Kliniken bleiben.

Darüber hinaus belegen die zahlreichen Aktivitäten der DGRh und auch des BDRh in den letzten Jahren, dass die Rheumatolog*innen das Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ernst nehmen – z. B. indem sie selbst, und zwar auf nationalem und internationalem Level, Qualitätsstandards definieren [2–5, 7, 10, 19]. Eine Verbesserung der rheumatologischen Versorgung ist also offensichtlich ein gemeinsames Ziel von Politik und den rheumatologischen Verbänden und ihren Mitgliedern. Dazu gehören auch die weitere Stärkung und Verbesserung der rheumatologischen Lehre an den Universitäten durch Schaffung neuer Lehrstühle und Lehrkapazitäten.

Das KOBRA-Projekt hat eine Leuchtturmfunktion in der akutstationären Qualitätssicherung in Deutschland. Wichtige Qualitätsimpulse erhalten die teilnehmenden Kliniken kontinuierlich aus dem KOBRA-Projekt. Die zukünftige Ausrichtung der akutstationären Rheumatologie gilt dem Bestehen im

Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser in Deutschland. KOBRA ist als innovatives, sich ständig weiterentwickelndes Qualitätsmanagementprojekt auch für andere Fachdisziplinen wegweisend.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-J. Lakomek

Universitätsklinik für Geriatrie, Johannes-Wesling-Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden, Deutschland
geriatrie-minden@muehlenkreiskliniken.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.-J. Lakomek, M. Rudwaleit, A. Hentschel, B. Broge, J. Abrolat, F. Bessler, B. Hellmich, A. Klemann, A. Krause, M. Klass, J. Strunk, W. Fiori, N. Roeder und J. Braun geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Aletaha D, Stamm T, Smolen J (2006) Krankheitsaktivitätsmessung bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 65:93–102
2. Braun J, Bessler F, Lakomek HJ, Rudwaleit M (2016) International quality indicators in rheumatology: Suggestions for rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol* 75:330–337
3. Braun J, Krause A, Aringer M, Burmester G, Bessler F, Engel JM, Faubel U, Fischer-Betz R, Genth E, Gromnica-Ihle E, Hellmich B, Kötter I, Krüger K, Lakomek J, Lorenz HM, Manger B, Märker-Hermann E, Minden K, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Rehart S, Riemekasten G, Rudwaleit M, Rütter W, Schett G, Schuch F, Schulze-Koops H, Specker C, Wassenberg S, Wiek D, Zink A, Schneider M (2016) Standards of care for people with rheumatoid arthritis in Europe: translation and comments of the eumusc.net recommendations supported by EULAR performed by a national task force of the professional organisations DGRh and VRA supported by “Deutsche Rheumaliga”. *Z Rheumatol* 75:416–428
4. Braun J, Robbers J, Lakomek HJ (2016) Quality of German medical services: a review. *Z Rheumatol* 75:97–102
5. Braun J, Schneider M, Lakomek HJ (2016) Cornerstones of quality assurance in medicine in Germany: important impulse for the situation in treatment of rheumatism. *Z Rheumatol* 75:203–212
6. Döbler K, Ahrens B (2020) Planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136 c SGB V: Konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung – ein Diskussionsbeitrag. MDK-Kompetenzzentrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Stuttgart
7. Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E, Froschauer S, Feist E, Karberg K, Ruehlmann JM, Schuch F, Welcker M, Zinke S (2020) Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh). *Z Rheumatol* 79(8):770–779
8. Fiori W, Lakomek H-J, Liman W, Lenz M, Hochreutener M-A, Roeder N (2009) Qualität verbessern durch Benchmarking. *Arthritis Rheuma* 29:371–377
9. Fischer F-J, Lüßem B, Blum K, Offermanns M (2021) Planungsrelevante Qualitätsindikatoren als sinnvolles Planungsinstrument? das Krankenhaus. *112(13):66–69*
10. Kiltz U, Landewé RBM, van der Heijde D, Rudwaleit M, Weisman MH, Akkoc N, Boonen A, Brandt J, Carron P, Dougados M, Gossec L, Jongkees M, Machado PM, Marzo-Ortega H, Molto A, Navarro-Compán V, Niedermaier K, Sampaio-Barros PD, Slobodin G, Van den Bosch FE, van Tubergen A, van Weely S, Wiek D, Braun J (2019) Development of ASAS quality standards to improve the quality of health and care services for patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 0:1–9
11. Lakomek H-J, Bungard S, Rudwaleit M, Bessler F, Braun J, Fiehn C, Gromnica-Ihle E, Hellmich B, Kneitz C, Krause A, Veit C, Fiori W, Das RN (2014) „KOBRA-Qualitätsprojekt“ – Verleihung eines Qualitätssiegels an Einrichtungen der akut-stationären Rheumatologie. *Krankenhaus* 10:914–923
12. Lakomek H-J, Braun J, Gromnica-Ihle E, Fiehn C, Claus S, Specker C, Jung J, Krause A, Lorenz H-M, Robbers J (2011) Neufassung der Strukturqualität der akut-stationären Rheumatologie. *Z Rheumatol* 70:7:615–619
13. Lakomek H-J, Hülsemann JL, Küttner T, Buscham K, Roeder N (2007) Klinische Behandlungspfade in der akut-stationären Rheumatologie – ein strukturiertes Prozessmanagement. *Z Rheumatol* 66:247–254
14. Lakomek H-J, Krause A, Braun J, Hellmich B, Klass M, Lorenz H-M, Schneider M, Schulze-Koops H, Specker C (2021) Zukunft der akutstationären Rheumatologie in Deutschland. Stellungnahme der DGRh- und VRA-Vorstände zur Krankenhausplanung NRW 2019 für den Leistungsbereich Rheumatologie. *Z Rheumatol* 80:103–106
15. Lakomek H-J, Neeck G, Lang B, Jung J (2002) Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken – Projektgruppenarbeit des VRA. *Z Rheumatol* 61:405–414
16. Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, Engel J-M, Genth E, Lange U (2015) Kommission Rehabilitation, Physikalische Medizin und Sozialmedizin der DGRh. *Z Rheumatol* 74:553–557
17. Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) (2007) Projektbericht obra. Schöling, Münster. ISBN 978-3-86523-077-6 (Initiiert durch den Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA))
18. Roeder N, Lakomek H-J (2011) Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung (obra) – Projekt des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e. V.). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 105(5):322–416
19. Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Specker C, Schneider M (2017) Memorandum of the German Society for Rheumatology on the quality of treatment in rheumatology – update 2016. *Z Rheumatol* 76(3):195–207