

Redaktion

E. Edelman, Bad Aibling
 W. Graninger, Graz
 W. Mau, Halle/Saale
 P.M. Villiger, Bern



CrossMark

J. Braun¹ · M. Schneider² · H.-J. Lakomek³

¹ Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Deutschland

² Rheumatologie, Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

³ Rheumatologie, Johannes Wesling Klinikum, Minden, Deutschland

Eckpfeiler der Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland

Wichtige Impulse für die rheumatologische Versorgungssituation

In dem am 1.1.2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz [KHSG]) wird der Versorgungsqualität ein hoher Stellenwert eingeräumt [1]. Mit dem nachfolgenden Beitrag gehen die Autoren auf spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgungsqualität in der Rheumatologie ein und diskutieren das Thema Qualitätsindikatoren anhand international publizierter Beispiele, die sich vor allem auf die ambulante Versorgung beziehen. Ergänzend zu dieser Übersicht wurde vor kurzem bereits allgemein zum Thema Qualität in der Medizin in Deutschland Stellung genommen [2], wobei zum einen ein kurzer Überblick über bereits bestehende Institutionen (**Infobox 1**; [3–12]) und zum anderen ein Einblick in aktuelle Gesetze und andere staatliche Maßnahmen und Initiativen gegeben wurde. Ziel dieser Übersicht ist es, einen Überblick zu ambulanten und akutstationären Qualitätsmaßnahmen in der Rheumatologie zu geben mit dem Anliegen, eine breite Diskussion zum Thema Behandlungsqualität in der rheumatologischen Versorgung anzustoßen. Darüber hinaus soll aber auch aufgezeigt werden, dass es in Deutschland bereits heute sehr gute Beispiele für eine qualifizierte Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen gibt.

Ein relativ junges Instrument der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen ist die Qualitätsbericht-

erstattung der Krankenhäuser. Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen und die Inhalte für eine Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um die Veröffentlichung von Qualitäts- und Leistungsdaten mit dem Ziel der systematischen Qualitätsverbesserung von Gesundheitsleistungen. Diese kann freiwillig, gesetzlich verpflichtend oder unkontrolliert erfolgen. Im Gegensatz zur Gesundheitsberichterstattung zielt die Qualitätsberichterstattung auf Steuerungswirkungen im Gesundheitswesen [12]. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat vor Kurzem entschieden, dass die deutschen Krankenhäuser in ihrem Qualitätsbericht des Jahres 2014 von insgesamt 416 Qualitätsindikatoren 279 aus der stationären Qualitätssicherung darstellen müssen. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2013 kommen 25 Indikatoren hinzu, 41 entfallen [13]. Für den einrichtungsübergreifenden Vergleich dokumentieren Krankenhäuser die Behandlungsqualität in 31 ausgewählten Leistungsbereichen. Alle Qualitätsindikatoren sind für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus grundsätzlich wichtig, aber nicht alle eignen sich laut Klakow-Franck, Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung im G-BA, für den Qualitätsbericht, z. B. weil sie für Laien unverständlich sind [14].

Insgesamt besteht wenig Zweifel daran, dass der Versorgungsqualität in

der Medizin in Deutschland ein hoher Stellenwert zukommt und dass es einen politischen Willen gibt, dies in Zukunft eher noch intensiver zu gestalten. Die deutsche Rheumatologie hat sich der Herausforderung der ständigen Qualitätsverbesserung auf verschiedenen Ebenen bereits seit einiger Zeit gestellt [15–22]. Beispielhaft werden hierzu Projekte des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ) und des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) – hierbei geht es v. a. um das vom Bundesministerium geförderte Projekt „Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung“ (obra) – vorgestellt.

Infobox 1 Mit Qualität in der Medizin befassete Institutionen und Instrumente in Deutschland

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) [3–6]
- Aktionsbündnis Patientensicherheit [7]
- Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) [8]
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) [9]
- Institut für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) [10]
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [11]
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) [12]
- Qualitätsberichterstattung [13, 14]

Historische Entwicklung und Definition von Qualität in der Medizin

Die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ist eng mit dem im Jahr 2000 verstorbenen Avedis Donabedian verbunden. Im Jahr 1966 führte er mit einer Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung von ärztlicher Leistung als Erster den Qualitätsbegriff in die Bereiche Medizin und Pflege wissenschaftlich ein [23]. Dabei stellt er die notwendige Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als zentrale Qualitätsdimensionen in der gesundheitlichen Versorgung dar. Donabedian definierte die Qualität innerhalb des Gesundheitswesens folgendermaßen: „Qualität der Gesundheitsversorgung ist das Ausmaß, in dem die tatsächliche Versorgung mit vorausgesetzten Kriterien für gute Versorgung übereinstimmt.“ [23] Er unterteilte den Qualitätsbegriff in die 3 Qualitätsdimensionen

- Struktur- oder Potenzialqualität („structure“),
- Prozessqualität („process“) und
- Ergebnisqualität („outcome“).

Wegen seiner Anschaulichkeit und Praktikabilität wurde dieses Konzept in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens aufgegriffen. Inzwischen fordert auch der Gesetzgeber den Nachweis dieser 3 Qualitätsdimensionen [24], die vor Kurzem etwas detaillierter erläutert wurden [2].

Was versteht man unter medizinischer Qualität und wie wird sie gemessen?

Vom Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA wurde 1990 folgende Definition des Qualitätsbegriffs entwickelt: „Qualität der Behandlung ist das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.“ [25] Diese Definition ist patientenzentriert, weil nicht das Ergebnis

medizinischen Handelns allein im Mittelpunkt steht, sondern gerade das vom Patienten erwünschte Ergebnis, dieses jedoch gemessen an dem Erkenntnisstand der Medizin [26]. Daraus folgt, dass Qualität nur in Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient erzielt werden kann. Die Beteiligung des Patienten an der Behandlungsplanung und seine bewusste Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme aufgrund von umfassender Information durch den Arzt ist somit unabdingbare Voraussetzung für Qualität. Dies ist inzwischen Standard in vielen Empfehlungen auch zum Management rheumatischer Erkrankungen [27–29].

Aus ärztlicher Sicht und wohl auch aus Sicht der meisten Patienten ist medizinische Qualität mit dem Erreichen eines Gesundheitszustandes gleichzusetzen, der vor Auftritt einer akuten oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung bestanden hat. Wird die Heilung oder der verbesserte Patientenzustand in möglichst kurzer Zeit und ohne Komplikationen erreicht, so wird die Qualität der Behandlung gemeinhin als gut empfunden. In der Praxis können für definierte klinische Diagnosen z. B. Krankenhausaufenthalte, Wiederaufnahmen, die Anzahl der mit dieser Diagnose innerhalb eines definierten Zeitraumes Verstorbenen oder an andere Krankenhäuser transferierte Patienten und deren Behandlungskosten verglichen werden. Damit erhält man einen gewissen Einblick in die medizinische Behandlungsqualität.

Qualitätsindikatoren

Ein Qualitätsindikator ist ein quantitatives Maß, das zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management- und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf ein Ergebnis auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität, es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann [25]. Medizinische Qualitätsindikatoren (= klinische Messgrößen) messen Eigenschaften der Gesundheitsversorgung (z. B. von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen), die im Rahmen des Qualitätsmanagements bewertet werden

sollen [30]. In Deutschland existieren mittlerweile umfangreiche Programme zur Qualitätsbewertung der medizinischen Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren. Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V hat das AQUA-Institut allgemeine Methoden erarbeitet. In dem Projekt der sog. „Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ wurden insgesamt 302 Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung in der beschriebenen Art und Weise analysiert [31]. Das Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH (BQS) hat mit Qualify ein Instrument entwickelt, mit dem die Güte von Qualitätsindikatoren mit wissenschaftlicher Methodik bestimmt werden kann [32]. Einen größeren Einsatz scheint dieses Instrument aber bisher nicht erfahren zu haben.

In einer 2003 erschienenen Arbeit hat der aktuelle Leiter des AQUA-Institutes, Herr Prof. Szecsenyi, dargestellt, welche Probleme es bei der Definition von Qualitätsindikatoren geben kann [33]. Danach können Qualitätsindikatoren u. a. nur leicht messbare Aspekte der Versorgung bewerten (was nicht gemessen wird, ist nicht), die fragmentierte Betrachtung der Qualität begünstigen, schwer interpretierbar sein (Zufall- und unkorrigierte Case-Mix-Variationen), kostspielig und aufwendig in der Erstellung sein (Reduktion der Zahl der Qualitätsindikatoren), auf zweifelhaften Qualitätsdaten und Informationen beruhen und bei der Suche nach Negativabweichern zu viele falsch positive Ergebnisse produzieren.

Welche Qualitätsindikatoren gibt es in der Rheumatologie in Deutschland?

Indikatoren der Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung

In der deutschen Rheumatologie gibt es eine mehr als 20-jährige Tradition der Messung, Rückkopplung und

Verbesserung der Versorgungsqualität anhand systematisch erhobener Daten. Als im Jahr 1993 die Regionalen Kooperativen Rheumazentren konstituiert wurden, gehörte zu den Kriterien der Förderfähigkeit die Beteiligung an einer systematischen Beobachtung des Versorgungsgeschehens. Wie gut die Ziele der Rheumazentren – Verbesserung der Kooperation in der wohnortnahen ambulanten Versorgung – erreicht wurden, sollte anhand messbarer Parameter überprüft werden. Aus diesem Grund wurde verpflichtend eine gemeinsame Dokumentation der ambulant behandelten Patienten eingeführt, die am DRFZ angesiedelte Kerndokumentation [34]. Von Anfang an war diese Dokumentation darauf angelegt, die Qualität der ambulanten Versorgung anhand definierter Zielgrößen zu messen. Darüber hinaus sollte die Dokumentation auch dazu geeignet sein, die interne Qualitätssicherung der beteiligten Einrichtungen zu unterstützen. Deshalb erhielten und erhalten bis heute alle beteiligten Rheumatologen jährliche Auswertungen ihrer eigenen Daten im Vergleich zu strukturgleichen Einrichtungen und der Gesamtsituation. Abweichungen vom Therapieverhalten, aber auch vom Patientenspektrum anderer Rheumatologen können so leicht erkannt werden, und es kann ihnen gezielt nachgegangen werden [35]. Diese Analysen der Praxisvariation waren stets integrativer Bestandteil der Kerndokumentation. Im Folgenden werden am Beispiel der rheumatoiden Arthritis (RA) die definierten Qualitätsindikatoren und ihre Entwicklung im Zeitverlauf (1993–2013) dargestellt.

Qualitätsindikator 1: Frühzeitigkeit des Beginns der rheumatologischen Mitbetreuung

Lange vor der Definition eines „window of opportunity“ zielten die Rheumazentren darauf ab, den Zeitraum zwischen ersten Symptomen und Behandlungsbeginn beim Rheumatologen zu verringern.

Ergebnisse. Die Zeitdauer bis zum ersten Rheumatologenkontakt hat sich von 2 Jahren auf weniger als 1 Jahr verringert [36]. Der Anteil der im ersten Jahr gesehenen Patienten hat sich von 60 auf 74 %

Z Rheumatol 2016 · 75:203–212 DOI 10.1007/s00393-016-0054-x
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

J. Braun · M. Schneider · H.-J. Lakomek

Eckpfeiler der Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland. Wichtige Impulse für die rheumatologische Versorgungssituation

Zusammenfassung

Das vor Kurzem verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz betont die große Bedeutung der Versorgungsqualität für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Wie kann eine Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgungsqualität in der Rheumatologie erreicht werden und wie kann dies gemessen werden? Eine wichtige Grundlage für solche Messungen sind Qualitätsindikatoren – Parameter, die anzeigen, welche Qualität ein bestimmter Versorgungsbereich bereits erreicht hat bzw. als Zielformulierung in Zukunft erreichen will. In der deutschen Rheumatologie sind durch die Anstrengungen des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums (DRFZ) und des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) bereits Qualitätsindikatoren zum Einsatz gekommen. Dies wurde in

einem anderen Manuskript thematisiert. International sind in den letzten Jahren bisher ebenfalls Qualitätsindikatoren publiziert worden – alle für die häufigste entzündlich rheumatische Erkrankung, die rheumatoide Arthritis (RA). Diese Indikatoren sind das zentrale Thema des vorliegenden Beitrags. Der damit gegebene Überblick zu vorgeschlagenen Qualitätsmessinstrumenten in der Rheumatologie hat das Ziel, eine breite Diskussion zum Thema Behandlungsqualität in der rheumatologischen Versorgung in Deutschland anzustoßen.

Schlüsselwörter

Versorgungsqualität · Qualitätsdimensionen · Qualitätsindikatoren · Rheumatoide Arthritis · Rheumatologie

Cornerstones of quality assurance in medicine in Germany. Important impulse for the situation in treatment of rheumatism

Abstract

The recently passed German hospital structure act (*Krankenhausstrukturgesetz*) stresses the immense importance of quality for the medical care of the population. How can inpatient and outpatient treatment in the field of rheumatology be improved and how can this be assessed? A very important basis for such measurement approaches are quality indicators, i.e. parameters that indicate to what degree a certain level of quality has already been reached or is planned to be reached in the future. The work performed by the German Rheumatism Research Center (DRFZ) and the Association of Rheumatological Acute Clinics (VRA) in Germany has already used certain quality

indicators and this topic has been recently described elsewhere. International quality indicators have also been published in recent years, all for rheumatoid arthritis (RA), the most prevalent inflammatory rheumatic disease and are the central subject of this article. This overview of proposed instruments for quality assessment in rheumatology is intended to initiate a broad discussion on the subject of quality of rheumatological care in Germany.

Keywords

Quality of care · Quality dimensions · Quality indicators · Rheumatology · Rheumatoid arthritis

erhöht. Dennoch wird das Ziel der Behandlung in den ersten 6 Monaten auch heute nur in rund der Hälfte der Fälle erreicht, was sich z. B. mit dem strukturellen Problem der zu geringen Zahl ambulant tätiger Rheumatologen erklären lässt. Nicht auszuschließen ist darüber hinaus, dass der zum Teil schleichende, nicht selten eher unspezifische Beginn

von entzündlich rheumatischen Erkrankungen sowie das initial gute Ansprechen auf nichtsteroidale Antirheumatika Ursache einer verzögerten Diagnosestellung sein können.

Qualitätsindikator 2: Übereinstimmung der Behandlung mit anerkannten Leitlinien

Hierzu gehören die Einleitung einer DMARD („disease-modifying anti-rheumatic drugs“)-Therapie bei gesicherter Diagnose einer RA, die Verordnung von Mitteln zur Prävention oder Behandlung einer Osteoporose bei aktiver Erkrankung, insbesondere bei länger andauernder Therapie mit Glukokortikoiden, das Tapering der Glukokortikoidosis, die regelmäßige Verordnung von Physiotherapie oder Funktionstraining bei funktionseingeschränkten Patienten, die ergotherapeutische Versorgung, die Patientenschulung und die rehabilitative Versorgung.

Ergebnisse. Auf diesen Gebieten sind unterschiedlich große Erfolge zu verzeichnen [36]. So ist der Versorgungsgrad mit DMARDs mit über 90 % inzwischen ausreichend hoch, im Falle unzureichender Wirkung wird rasch auf ein anderes DMARD (konventionell synthetisch oder biologisch) gewechselt. Die Verordnung von Mitteln zur Prävention oder Therapie einer Osteoporose ist von 16 auf 47 % gestiegen, Glukokortikoide werden heute in deutlich niedrigeren Dosierungen verordnet, eine anhaltende Therapie mit Dosierungen über 7,5 mg ist eine Seltenheit. Weniger erfolgreich stellt sich die Situation im Hinblick auf die Verordnung ambulanter Physiotherapie, Ergotherapie und Patientenschulung dar. Hier stehen offenbar Einschränkungen bei der Kostenübernahme sowie strukturelle Bedingungen wie das Fehlen einer ausreichenden Zahl ambulant tätiger Ergo- und Schmerztherapeuten einer optimalen Versorgung entgegen.

Qualitätsindikator 3: Erreichung einer niedrigen Krankheitsaktivität

Seit 1997 wird die Krankheitsaktivität bei RA in der Kerndokumentation nicht nur als globales Arzturteil, sondern auch mithilfe des Disease Activity Score 28 (DAS28) gemessen. Anerkanntes Therapieziel ist es, eine Remission (DAS28 < 2,6) oder eine niedrige Krankheitsaktivität (DAS28 < 3,2) zu erreichen.

Ergebnisse. Hier zeigt sich die verbesserte Versorgungsqualität besonders eindrucksvoll [37]. Die mittlere Krankheitsaktivität aller RA-Kranken in der Kerndokumentation (jeweils rund 8000 Patienten pro Jahr) hat sich von 1997 bis 2013 von 4,6 auf 3,2, also in den Bereich niedriger Krankheitsaktivität, verringert. Im Jahr 2013 befanden sich 53 % der Patienten in Remission oder niedriger Krankheitsaktivität, 1997 waren dies noch 24 % gewesen. Diese klinisch in hohem Maße relevante Verbesserung wird unabhängig von der Krankheitsdauer der Patienten beobachtet.

Qualitätsindikator 4: Häufigkeit und Dauer stationärer Aufnahmen

Ergebnisse. Auch hier zeigen sich eindrucksvolle Veränderungen. Die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen ist zwischen 1994 und 2013 von 28 auf 9 % der ambulant behandelten Patienten pro Jahr zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich die mittlere, über 1 Jahr kumulierte Verweildauer stationär behandelter Patienten von 28 Tagen auf 15 Tage halbiert, sodass die Zahl der Krankenhaustage pro ambulant behandeltem RA-Patienten anstelle von 7,8 nun 1,4 Tage beträgt. Dieser Rückgang spiegelt einerseits die bessere gesundheitliche Situation der Patienten, andererseits aber auch den Paradigmenwechsel der akutstationären Patientenversorgung mit Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems/DRG („diagnosis related groups“) wider. Die ökonomischen Herausforderungen haben hierbei zu Prozessoptimierungen und Verweildauerverkürzungen geführt, was eine nicht unerhebliche Herausforderung für die Qualitätssicherung darstellt. Auf der anderen Seite ist zu betonen, dass mit Einführung z. B. der rheumatologischen Komplexbehandlung (OPS-8-983) bei vorhandener Notwendigkeit (Einschränkung der funktionalen Gesundheit) mehrwöchige akutstationäre Aufenthalte weiterhin möglich sind. Auf der anderen Seite ist an dieser Stelle allerdings auch die demografische Entwicklung zu erwähnen, die eine Häufung gerontorheumatologischer Erkrankungen wie Polymyalgia

rheumatica und „late onset rheumatoid arthritis“ (LORA) erwarten lässt.

Qualitätsindikator 5: Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen Patienten und Anteil Erwerbstätiger an allen Patienten im erwerbsfähigen Alter

Ergebnisse. Ähnlich eindrucksvoll wie die Verringerung stationärer Behandlungen ist die Zunahme des Anteils der erwerbstätigen RA-Patienten [38]. So ist der Anteil der erwerbstätigen RA-Patienten unter 65 Jahren von 37 auf 55 % bei Frauen und von 47 auf 64 % bei Männern gestiegen. Gleichzeitig haben sich die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit dramatisch reduziert: Pro Kopf fielen 2013 nur 8 Fehltage wegen der RA an, während es 1997 noch 35 Tage waren.

Qualitätsindikator 6: Zahl rheumachirurgischer Eingriffe

Die frühere und erfolgreichere Behandlung zeigt sich auch in der Endstrecke der Behandlung: bei den rheumachirurgischen Eingriffen. Hatten sich im Jahr 1994 noch 18 % aller ambulant behandelten Patienten in den letzten 12 Monaten einem rheumachirurgischen Eingriff unterziehen müssen, so waren es 2013 nur noch 9 %. Auch die Zahl der Gelenkersatzoperationen ist von 5 auf 3 % pro Jahr zurückgegangen.

Qualitätsindikator 7: Lebensqualität der Betroffenen (Schmerzen, Fatigue, Funktionseinschränkung, gemessen als Einzelitems oder als komplexe Maße wie RAID oder EQ5D)

Alle wesentlichen patientenberichteten Outcomes, wie sie von Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) und der European League against Rheumatism (EULAR) definiert wurden, werden in der Kerndokumentation seit mehr als 20 Jahren erfasst. Es konnte gezeigt werden, dass sich die arztseitig dokumentierten Verbesserungen auch patientenseitig in geringeren Schmerzen, besserer Funktionsfähigkeit, in Verbesserungen von Symptomen wie Fatigue und Schlafstörungen und allgemein in einer Steigerung der Lebensqualität abbilden



Abb. 1 ▲ Gütesiegel des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken (VRA). (Mit freundl. Genehmigung des VRA)

[39]. Der Einfluss veränderter subjektiver Erwartungshaltungen wird darin deutlich, dass aus der Sicht der Patienten das Ausmaß der Verbesserungen weniger eindrucksvoll ist, als man es nach dem Arzturteil oder nach den Ressourcenverbräuchen erwarten könnte. Dies zeigt, dass bei der Bewertung der Qualität der Versorgung immer auch berücksichtigt werden muss, von welchen erreichbaren Zielen Arzt und Patient ausgehen und wie sich diese Erwartungen im Zeitverlauf verändern können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Rheumatologie für die ambulante Versorgung eine Datenbasis zur Bewertung der Versorgungsqualität geschaffen hat, wie sie kaum ein anderes Fach der Medizin aufzuweisen hat. Auch internationale Bemühungen, Versorgungsqualität zu messen und Versorgungsstandards zu definieren, sind zu keinen anderen Parametern gekommen als denjenigen, die die deutsche Rheumatologie seit mehr als 20 Jahren anwendet.

Qualitätsindikatoren in der akutstationären Rheumatologie

Der Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) hat bereits 1998 in seiner Gründungssatzung die Implementierung von Qualitätssicherung und -management in der akutstationären Patientenversorgung in seinen Einrichtungen gefordert. Nach einer verbindlichen Festlegung auf eine gemeinsame Strukturqualität der Kliniken im Jahr 2002 [40] wurde 2003 im Rahmen des Förderungsschwerpunktes BIG (Benchmarking im Gesundheitswesen) durch das Bundes-

ministerium für Gesundheit und Soziales das Benchmarking-Qualitätsprojekt obra mit 13 VRA-Kliniken gestartet mit dem Ziel, die Prozess- und Ergebnisqualität der Einrichtungen weiterzuentwickeln und das Projekt nachhaltig in der stationären Versorgung zu implementieren. Die aktive Einbindung der Deutschen Rheuma-Liga bereits mit dem Start von obra zu Themen wie „Patientensicherheit“ und später „Partizipation“ (Einbindung des Patienten in das Behandlungskonzept) hat auch im aktuell laufenden KOBRA (Kontinuierliches Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung)-Projekt mit 28 VRA-Kliniken wichtige Impulse für eine patientenfokussierte akutstationäre Rheumaversorgung ausgelöst. Das VRA-Benchmarking-Qualitätsprojekt hat schon ab 2003 4 Qualitätsdimensionen erfasst. Neben der Behandlungsqualität anhand der Tracer-Diagnose rheumatoide Arthritis (RA) und im Verlauf zusätzlich anhand der Tracer-Diagnose Spondyloarthritis (SpA) werden die Patientensicherheit und -zufriedenheit sowie die Einweiserzufriedenheit gemessen. Seit 2012 erhalten VRA-Kliniken auf der Basis der Erfüllung der 2011 neu gefassten 9 Strukturkriterien [41] und der erfolgreichen Teilnahme an den im 2-jährigen Intervall durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren (KOBRA) ein von der BQS (Institut für Qualität und Patientensicherheit) verliehenes Gütesiegel (Abb. 1), jeweils befristet auf 2 Jahre [42]. Das KOBRA-Qualitätssicherungsprojekt umfasst aktuell 15 Qualitätsindikatoren (Tab. 1) für die Tracer-Diagnose RA und SpA sowie von Non-Tracer-Diagnosen, von denen jeweils eine Teilmenge zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und Entlassung sowie 2,5 Monate nach stationärem Aufenthalt erfasst wird.

KOBRA hat das Ziel, die Qualität der Behandlung in rheumatologischen Akutkliniken nachhaltig zu sichern und weiter zu verbessern, und steht für ein kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der stationären Versorgung der teilnehmenden Kliniken. Für den Klinikalltag bedeutet dies, dass regelmäßig Informationen über die Behandlungsergebnisse während der Messphasen erhoben, aus-

gewertet und dann zwischen den Kliniken verglichen werden (Abb. 2). In gemeinsamen Benchmark-Workshops tauschen die KOBRA-Kliniken regelmäßig ihre Erfahrungen und die Ergebnisse der Qualitätsmessung untereinander aus und lernen auf diese Weise voneinander, ob und ggf. wie die Behandlung weiter verbessert werden kann (Tab. 2).

In Abb. 2 findet sich eine charakteristische Benchmark-Darstellung. Die blaue Säule steht für eine Rheumaklinik und zeigt deren Position hinsichtlich der Verbesserung des RADAI (2,5 Monate nach Entlassung) im Vergleich zu den übrigen KOBRA-Kliniken.

In Tab. 2 wird beispielhaft das Thema „Patientenwissen“ innerhalb eines Benchmarking-Workshops erörtert. Auf der Basis einer intensiven Diskussion wurde in diesem Fall für den nächsten Messzyklus der Zielwert von 85 % für Wissensaspekte gefordert. Mögliche Lösungsansätze hierfür wurden in der KOBRA-Gruppe erarbeitet.

Mit dem Instrument EQ-5D-VAS (VAS = Visuelle Analogskala, Dimension 0–100) wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst (Abb. 3). Damit wurde auch der aktuelle Gesundheitszustand der teilnehmenden RA-Patienten erfasst, und zwar in 5 Dimensionen (Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit) mit jeweils 3 möglichen Qualitäten (keine Probleme, einige Probleme, extreme Probleme).

Es konnte gezeigt werden, dass auch 2,5 Monate nach erfolgtem akutstationärem Aufenthalt alle erfassten RA-Patienten eine verbesserte Lebensqualität im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme aufwiesen. Dies war unabhängig von der vorliegenden RA-Krankheitsdauer.

Die Befragung der Patienten 2,5 Monate nach Entlassung und die Datenerfassung erfolgen anonym. Die Informationen werden durch das BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit ausgewertet und den Kliniken zur Verfügung gestellt. Seit mehr als einem Jahrzehnt steht bei den KOBRA-Kliniken der gemeinsame Qualitätserfolg über dem der einzelnen Klinik. Im Fokus stehen dabei

Tab. 2 Benchmarking-Workshop als Beispiel (Indikator: Patientenwissen [alle Aspekte] nach 2 1/2 Monaten)

Ergebnis	49 % der Patienten mit „gutem Wissen“
Beurteilung durch Arbeitsgruppe	Weitere Steigerung des Patientenwissens wichtig; Zielwerte des Wissens (85 %) nur in Teilaspekten erreicht
Lösungsansätze	Förderung ambulanter Patientenschulungen, verstärkte Information im Rahmen der Visiten, größeres Angebot von Informationsmaterial

Tab. 1 Die 15 Qualitätsindikatoren (QI) des KOBRA (Kontinuierliches Outcome Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung)-Projektes

QI 1	Erhebung der RA-Krankheitsaktivität mit dem RADAI bei stationärer Aufnahme
QI 3	Erhebung des Funktionsstatus mittels FFbH bei stationärer Aufnahme
QI 5	Erhebung der Polyarthritistätigkeit mittels DAS28/CRP
QI 8	Erhebung der Krankheitsaktivität bei Spondyloarthritis mittels BASDAI
QI 10	Erhebung der Krankheitsaktivität bei Spondyloarthritis mittels BASFI
QI 11	Messung der spinalen Beweglichkeit
Entlassung (T1 ^a)	
QI 6	Reduktion der Polyarthritistätigkeit während der stationären Behandlung (DAS28/CRP)
QI 7	Therapiestrategiewechsel bei aktiver Polyarthritist
QI 13	Vollständiger Arztbrief am Entlassungstag
2,5 Monate nach Entlassung (T2 ^a)	
QI 2	Polyarthritistätigkeit 2,5 Monate nach Entlassung (RADAI)
QI 4	Funktionsstatus mittels FFbH 2,5 Monate nach Entlassung
QI 9	Krankheitsaktivität mittels BASDAI 2,5 Monate nach Entlassung
QI 12	Patientenwissen zu Erkrankung und Therapie
QI 14	Erhebung des Schmerzgrades mittels numerischer Ratingskala
QI 15	Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt
<small>RA rheumatoide Arthritis, RADAI „rheumatoid arthritis disease activity index“, FFbH Funktionsfragebogen Hannover, DAS-28/CRP „disease activity score-28/C-reactive protein“, BASDAI „Bath ankylosing spondylitis disease activity index“, BASFI „Bath ankylosing spondylitis functional index“ ^aMesszeitpunkte</small>	

die multimodale Versorgung, die Abwendung von möglichen Therapiekomplicationen sowie der Erhalt der funktionalen Gesundheit und Teilhabe („treat to participation“) [45].

Welche Qualitätsindikatoren gibt es in der Rheumatologie international?

Im Jahr 2008 stellten Adhikesavan et al. [46] die Ergebnisse einer systematischen Literatursuche (SLR) zur Frage der Umsetzung publizierter Qualitätsindikatoren für die RA durch Rheumatologen in Amerika vor. Im Jahr 2012 folgte eine erneute zusammenfassende Betrachtung zu diesem Thema durch europäische Rheumatologen [47]. Konkrete Vorschläge gab es aber schon 2009 – eine

der ersten Arbeiten war die von van Hulst et al. [48], in der unter anderem die Rolle von spezialisierten Krankenschwestern in der Versorgung betont wird. Die aktuellste systematische Datenanalyse wurde 2015 publiziert [49]. Zwei kritische Übersichten stehen ebenfalls zur Verfügung [50, 51]. Vor Kurzem wurden auch europäische Vorschläge zu „standards of care“ für die RA veröffentlicht [52, 53]. Diese werden aktuell von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V (DGRh) und dem VRA ausgewertet.

Im Rahmen der in der „Systemic Literature Research“ gefundenen Arbeiten zu Qualitätsindikatoren für RA ging es nur bei einer um den Krankheitsverlauf [46], 3 weitere hatten einen anderen Fokus [54–56]. Das Arthritis Foundation HC-

QI Set hat das umfassendste Programm mit 27 Indikatoren vorgelegt [56]. Alle Vorschläge beinhalten Qualitätsindikatoren für die Messung von Krankheitsaktivität und Funktionsstatus sowie regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen. Zwei Vorschläge beinhalten auch die Feststellung von Strukturschäden [53, 56], 3 Vorschläge das Management von DMARDs [53, 54, 56]. Im Unterschied zu anderen beinhaltet das Set der Arthritis Foundation auch Indikatoren für Physiotherapie, Übungsbehandlungen und Hilfsmittel sowie Überweisung zu orthopädischen Eingriffen, und letztlich auch für reproduktive Fragen und Impfungen in Kombination mit Pharmakotherapie [56]. Informationen über Komorbiditäten und Behandlungsrisiken/-vorteile wurden auch als mögliche Qualitätsindikatoren identifiziert [53, 56].

Allgemein kritisiert wurde, dass Qualitätsindikatoren für Patientenschulung und Selbstmanagement der Erkrankung eher selten vorgeschlagen wurden. In die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurden andere Beteiligte nicht einbezogen, z. B. Vertreter von Organisationen, die für die Versorgung bezahlen, Gesundheitsmanager, -politiker und v. a. Patienten. Eine modifizierte Evidenz- und Konsensmethode wurde für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren in den meisten [54–57], aber nicht in allen Fällen genutzt [58]. Die Validität wurde in 3 Fällen von externen Experten beurteilt. In den zitierten Publikationen wurde zu ganz unterschiedlichen medizinischen Themen (■ **Infobox 2**) die Wertigkeit von Qualitätsindikatoren geprüft, der Benchmark-Gedanke wurde hierbei häufig aufgegriffen.

Vergleicht man die Qualitätsinitiativen in der Kerndokumentation (ambulante Versorgung) und die des KOBRA-Projektes (akutstationäre Versorgung) in Deutschland mit internationalen Qualitätsprojekten zur rheumatologischen Versorgung, finden sich im Ausland kaum darüber hinausgehende Aspekte, sodass an dieser Stelle eine umfangreichere Betrachtung entbehrlich ist. Eine Analyse der nationalen Qualitätsprojekte in der Rheumatologie ergab zudem, dass diese bisher ausschließlich in der ambulanten Rheumaversorgung einge-

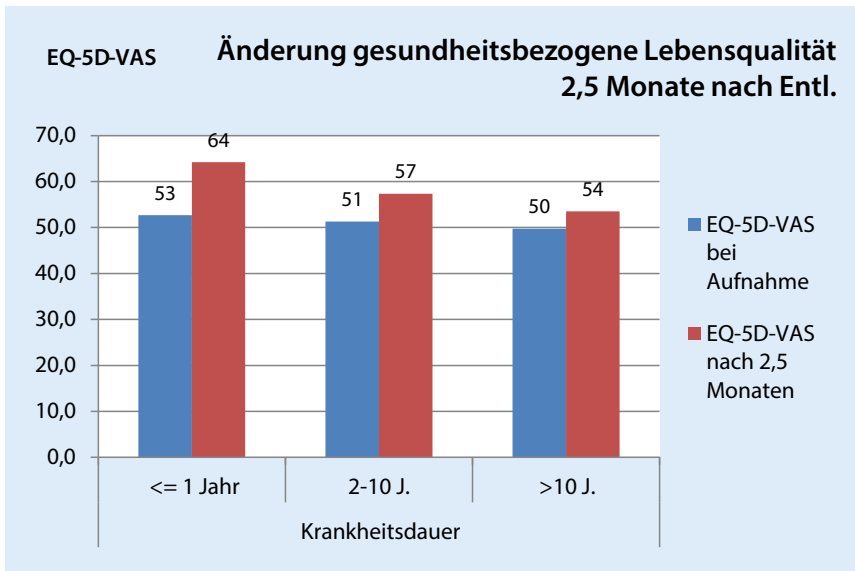


Abb. 3 ▲ Änderung gesundheitsbezogener Lebensqualität 2,5 Monate nach Entlassung. Der EQ-5D ist ein generisches Messinstrument, das durch ein standardisiertes, präferenzbasiertes Verfahren die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt und untersucht. Dabei handelt es sich beim EQ-5D um einen Gesundheitsfragebogen zum Einsatz in bevölkerungsbezogenen, klinischen oder gesundheitsökonomischen Studien. Der EQ-5D drückt den Gesundheitszustand der Befragten in einer eindimensionalen Maßzahl von 0 (sehr schlecht) bis 1 (best möglicher Gesundheitszustand) aus. Der Fragebogen wurde 1987 von der EuroQol Group entwickelt, die deutsche Version wird seit 1998 eingesetzt [44]

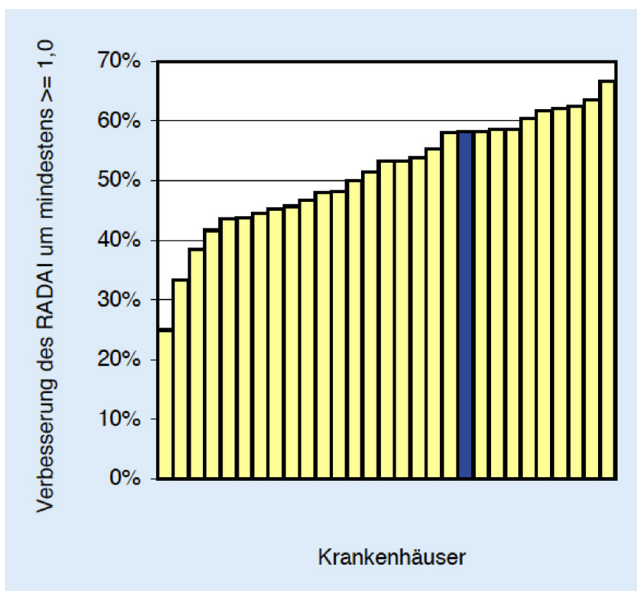


Abb. 2 ◀ Reduzierung der Krankheitsaktivität im Benchmark. Der blaue Balken zeigt ein willkürlich ausgewähltes Krankenhaus, welches die Krankheitsaktivität der Patienten (2,5 Monate nach Entlassung) über 50 % reduziert hat. RADAI rheumatoid arthritis disease activity index [43]

setzt wurden. Nichtsdestoweniger ist eine systematische Sichtung der bisher gemachten Vorschläge erforderlich, zumal die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Medizin in den nächsten Jahren sicher noch weiter abgebaut werden.

Bei der Entwicklung und v. a. beim Einsatz von Qualitätsindikatoren ist die

Definition von Zielkriterien besonders kritisch. Zielkriterien und Ziele könnten z. B. sein:

- Messung der mittleren Zeit bis zum ersten Rheumatologenkontakt und Verkürzung der Zeit auf 6 Wochen,
- Messung des Anteils von Patienten mit DMARD-Therapie innerhalb von

4 Wochen nach Diagnosestellung und Erreichung von $> 90 \%$,

- Messung des Anteils von Patienten mit relevanter Funktionseinschränkung, die innerhalb von höchstens 3 Tagen nach Diagnosestellung eine professionelle Physiotherapie erhalten.

Dies können nur Beispiele sein, denn Ziel dieses Beitrags ist es keineswegs, Qualitätsindikatoren für Deutschland festzulegen, sondern für das Thema zu sensibilisieren und einen Prozess anzustoßen, der zu einem nationalen Konsens der Experten führt, in dem festgelegt wird, was gemessen wird und welche Ziele erreicht werden sollen bzw. können.

Diskussion

Das Thema Qualität in der Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen hat bereits seit Jahren eine große Bedeutung und wird wohl zukünftig auch für die Rheumatologie eine eher zunehmende Rolle spielen. Wie hier gezeigt wird, gibt es in Deutschland bereits seit Jahren eine Reihe von herausragenden Qualitätsinitiativen in der Rheumatologie, die sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung im Rahmen wissenschaftlicher und versorgungstechnischer Fragestellungen (DRFZ) und zu Benchmarking-Zwecken (obra, KOBRA) v. a. für die RA bereits in den 1990er-Jahren initiiert wurden [16, 18, 19, 40–42, 59]. Da in den letzten Jahren zum Thema Qualitätsindikatoren national und international wichtige Projekte aufgelegt wurden, haben die Autoren die Initiative ergriffen, die bisherigen Qualitätsmaßnahmen und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum noch bekannter zu machen. Dies soll helfen, gemeinsam z. B. mit dem IQTiG Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die sektorübergreifend eingesetzt werden können, um die Versorgungsqualität in Zukunft auf verschiedenen Ebenen mit zu gestalten. Darüber hinaus gibt es natürlich auch ein klares wissenschaftliches Interesse an Qualitätsindikatoren in der Rheumatologie, da sich jede diagnostische und therapeutische Neuerung letztlich daran messen lassen muss, ob

Infobox 2 Beispiele von internationalen Qualitätsthemen in der Rheumatologie

1. Zeit bis zum ersten Rheumatologenkontakt
2. Messung der Krankheitsausprägung (Schmerz, Aktivität, Funktion)
3. Strukturschäden
4. Monitoring, Kontrolluntersuchungen
5. Pharmakotherapie
6. Reproduktion
7. Impfungen
8. TBC-Screening
9. Osteoporoseprophylaxe
10. Risikofaktoren, Prognose
11. Komorbidität
12. Patientenschulung
13. Physiotherapie, Training, Sport
14. Hilfsmittelversorgung
15. Lebensstilmodifikation
16. Chirurgische Eingriffe

Infobox 3 Übersicht über bisher international publizierte Qualitätsindikatoren für die rheumatoide Arthritis

1. Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review [60]
2. Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis [48]
3. Quality indicators in rheumatoid arthritis: results from the METEOR database [49]
4. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project [52]
5. Rheumatoid arthritis quality indicators. ACR 2012 [61]

dadurch auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität gelingt bzw. messbar wird.

Die 3 Hauptsäulen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) sind beschrieben worden, die bisher publizierten Qualitätsindikatoren orientieren sich an diesem Qualitätsmodell. Die in **Infobox 2** gegebene Übersicht zeigt darüber hinaus die Vielzahl der möglichen Qualitätsthemen. Lag der Fokus bis heute vorwiegend auf Qualitätsindikatoren zur RA so stellt sich zukünftig die Frage, ob es sinnvoll ist,

Qualitätsindikatoren für jede einzelne Indikation bzw. Erkrankung zu entwickeln, oder ob man sich eher auf initiale Leitsymptome wie etwa Arthritis fokussiert? Diese Frage sollten rheumatologische Experten gemeinsam mit der DGRh angehen.

Die bisher vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren für die RA (**Infobox 3**) beinhalten Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität wie die Verfügbarkeit von Verlaufsuntersuchungen zur Messung von Krankheitsaktivität, Funktion und Strukturschäden. Das stimmt in hohem Maße mit den Grundlagen der Treat-to-Target-Strategie überein. Darüber hinaus gibt es eine interessante Parallele zwischen aktuellen politischen Forderungen (ambulante Terminvergabe beim Facharzt innerhalb von 4 Wochen) gemäß dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 und international akzeptierten Therapiestrategien, in denen die Frühdiagnose und die frühe Therapie einen besonderen Stellenwert einnehmen. Die Verwendung von etablierten Scores für Therapieentscheidungen und Outcome-Parametern (Ergebnisqualität) wird daher von vielen gefordert.

Darüber hinaus wird wiederholt auf die Erfordernis der Patientenbeteiligung bei Managemententscheidungen hingewiesen. Vor allem interessant in diesem Zusammenhang ist auch die Betonung des hohen Stellenwerts von Patientenschulung. Hierzu liegen Initiativen von EULAR und der DGRh vor [58, 62].

Die stationäre Patientenversorgung steht zudem vor einem Paradigmenwechsel, indem die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern nicht nur der Abbildung einer guten Behandlungsqualität genügen muss, sondern insbesondere auch zukünftig Entscheidungskriterium sein soll, Kliniken mit sehr guter Qualität zu fördern, dies anderen zu versagen bzw. diese u. U. sogar ganz aus der Versorgung herauszunehmen (Krankenhausstrukturgesetz 2016).

In diesem Spannungsfeld wird eine Risikoadjustierung benötigt, ansonsten sind Kliniken nicht miteinander vergleichbar. Wer alte, morbide, chronisch erkrankte und mit einer langen Medikamentenliste versehene Patienten betreut,

darf nicht der Verlierer sein. Bei dieser skizzierten Herausforderung bleiben jedoch nur wenige verlässliche Qualitätsindikatoren übrig. Hier wollen VRA und DGRh für den stationären Bereich mitwirken, gemeinsam mit dem IQTIG sachgerechte und plausible Qualitätsindikatoren zu entwickeln.

Die Prüfung der Literatur zu Qualitätsindikatoren in der Rheumatologie hat Erfolg versprechende nationale und internationale Ansätze ergeben. Mit der Initiative des VRA, ein Benchmarking-Projekt ab 2003 in die akutstationäre Rheumatologie zu implementieren, wurde schon früh ein richtiger und vielversprechender Weg mit Verleihung eines Qualitätssiegels eingeschlagen [41]. Hierbei wird nicht nur eine entsprechende Strukturqualität der Kliniken/Fachabteilungen gefordert [40], sondern – basierend auf 15 Qualitätsindikatoren (**Tab. 1**) – mit Erfassung der Behandlungsqualität der Tracer-Diagnosen RA und Spondyloarthritis (SpA) im 2-jährlichen Intervall regelmäßig eine Qualitätsmessung vorgenommen. Das KOBRA-Projekt hat schon allein durch die dadurch entfachte Qualitätsdiskussion unter den teilnehmenden Kliniken messbare Qualitätsverbesserungen in den Kliniken ausgelöst.

Die Autoren wollen mit der hier vorgelegten Übersicht die Diskussion innerhalb der Fachgesellschaft DGRh und dem VRA anstoßen, um auf die kommenden gesundheitspolitischen Diskussionen zu Qualitätsindikatoren auch in der akutstationären Rheumatologie vorbereitet zu sein und eigene Positionen zu entwickeln und zu formulieren. Die vorgestellten nationalen und internationalen Beispiele sollen hierfür eine Diskussionsgrundlage darstellen. Interessant ist hierbei, dass die publizierten nationalen und internationalen Vorschläge über Qualitätsindikatoren in vielen Punkten überlappen. Die Verwendung von standardisierten Aktivitätsparametern und eine zielgerichtete Strategie des Therapiekonzepts („treat-to-target“) werden ebenfalls zunehmend umgesetzt.

Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren schließt die Patientenperspektive auch Kommunikation, Information, soziale Interaktion, ökonomische Le-

bensfaktoren, Verdienst, Beruf, Ausbildung, familiäres Umfeld, Patientenzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit sowie Zuweiserzufriedenheit mit ein. Auch Einschränkungen der Interpretationsmöglichkeit von verfügbaren Daten wie der Mangel an historischen kennzahlenorientierten Zielvereinbarungen zur besseren Vergleichbarkeit, grundsätzliche Dokumentationsschwächen und oft fehlende Qualitätssicherung sind bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beachten.

Zusammengefasst werden sich die Rheumatologen (Vertragsärzte wie Krankenhausärzte) dem Thema Qualität in den nächsten Jahren zunehmend stellen müssen. Die abgestimmte Einigung auf Qualitätsindikatoren für die Patientenversorgung auch in der Rheumatologie könnte hierfür ein wichtiger Schritt sein. Auch in der Zukunft wird die akutstationäre Rheumatologie den eingeschlagenen Weg, das Outcome-Benchmarking-Projekt KOBRA in möglichst enger Abstimmung mit den gesundheitspolitischen Schrittmachern (z. B. IQTIG) hinsichtlich Qualität im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln, verfolgen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Braun

Rheumazentrum Ruhrgebiet
Claudiusstr. 45, 44649 Herne, Deutschland
J.Braun@rheumazentrum-ruhrgebiet.de

Danksagung. Wir danken Frau Prof. A. Zink für ihre Unterstützung bei der Verfassung dieses Manuskripts.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Braun und H.-J. Lakomek sind Mitglieder des Vorstands des VRA. J. Braun und M. Schneider sind Mitglieder des Vorstands der DGRh.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bundesregierung (2015) Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz-KHSG) in Kraft getreten am 1.1.2016. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>

2. Braun J, Robbers J, Lakomek HJ (2016) Qualität in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* (Epub ahead of print)
3. Ollenschläger G (2003) Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 1995–2002. *Gesundheitswesen* 64:413–416
4. ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). www.aezq.de (Erstellt: 5. April 2011)
5. Ollenschläger G, Thomeczek C, Weinbrenner S, Schaefer C (2011) Strategie ÄZQ 2020: Bestandsaufnahme zu Arbeit und Organisation des ÄZQ sowie Vorschläge zur inhaltlichen und organisatorischen Weiterentwicklung. *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin* (Stand 31. März 2014)
6. Ollenschläger G, Marshall C, Qureshi S et al (2004) Improving the quality of health care: using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). *Qual Saf Health Care* 13:455–460
7. Aktionsbündnis Patientensicherheit. <http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de> Zugegriffen: 5.11.2015
8. BQS Institut. <http://www.bqs-institut.de> Zugegriffen: 5.11.2015
9. AQUA-Institut GmbH. <http://www.aqua-institut.de> Zugegriffen: 5.11.2015
10. KTQ GmbH. <http://www.ktq.de> Zugegriffen: 5.11.2015
11. IQWiG. <https://www.iqwig.de/> Zugegriffen: 5.11.2015
12. IQTIG. <http://www.iqtig.org/index> Zugegriffen: 5.11.2015
13. <http://www.g-ba.de/institutionen/Themenschwerpunkte/Qualitaetsberichte/Qualitaetsberichte/Qualitaetsberichte> Zugegriffen: 5.11.2015
14. Gemeinsamer Bundesausschuss Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Qualitätsindikatoren für das Berichtsjahr 2014 – Anhang 3 zu Anlage 1. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2272/> Zugegriffen: 5.11.2015
15. Was die neuen Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten müssen. www.aerzteblatt.de/nachrichten/63229 Zugegriffen: 5.11.2015
16. Lakomek HJ, Braun J, Gromnica-Ihle E, Fiehn C, Claus S, Specker C, Jung J, Krause A, Lorenz HM, Robbers J (2011) Amendment of the structural quality for inpatient rheumatology. A forward-looking concept. *Z Rheumatol* 70(7):615–619
17. Schneider M, Lelgemann M, Baerwald C, Braun J, Hammer M, Kern P, Krause A, Alten R, Faubel U, Hammer M, Lakomek J, Liman W, Pauly T, Schnabel A (2004) Value of inpatient care in rheumatoid arthritis – an evidence based report. *Z Rheumatol* 63(5):402–413
18. Roeder N, Lakomek HJ (2011) The “outcome benchmarking in rheumatologic acute care” project of the Association of Rheumatologic Acute Care Clinics (VRA e.V.) in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105(5):343–349
19. Lakomek HJ, Hülsemann JL, Küttner T, Buscham K, Roeder N (2007) Clinical pathways in rheumatological inpatient treatment – a structured process management. *Z Rheumatol* 66(3):247–254
20. Braun J, Zochling J, Grill E, Liman W, Stucki G (2007) International classification of functioning, disability and health and its significance for rheumatology. *Z Rheumatol* 66(7):603–606, 608–610
21. Krüger K, Wollenhaupt J, Albrecht K, Alten R, Backhaus M, Baerwald C, Bolten W, Braun J, Burkhardt H, Burmester G, Gaubitz M, Gause A, Gromnica-Ihle E, Kellner H, Kuipers J, Krause A, Lorenz HM, Manger B, Nüßlein H, Pott HG, Rubbert-Roth A, Schneider M, Specker C, Schulze-Koops H, Tony HP, Wassenberg S, Müller-Ladner U, European League of Associations for Rheumatology (EULAR) (2012) European League of Associations for Rheumatology (EULAR). German 2012 guidelines for the sequential medical treatment of rheumatoid arthritis. Adapted EULAR recommendations and updated treatment algorithm. *Z Rheumatol* 71(7):592–603
22. Kiltz U, Sieper J, Rudwaleit M, Kellner H, Krause D, Böhle E, Böhm H, Böhncke WH, Chenot JF, Heiligenhaus A, Herrmann KG, Jaresch S, Mau W, Oberschelp U, Pleyer U, Reipschläger U, Schneider E, Smolenski U, Stallmach A, Stemmer M, Swoboda B, Ulrich C, Winking M, Braun J, German Society for Rheumatology (2014) German Society for Rheumatology S3 guidelines on axial spondyloarthritis including Bechterew's disease and early forms: 1 Introduction/preliminary comments. *Z Rheumatol* 73(Suppl 2):23–25
23. Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 44(3 Suppl):166–206
24. Zollondz HD (2006) Grundlagen Qualitätsmanagement. Oldenbourg, München
25. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (1990) *Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care.* Oakbrook Terrace
26. Lohr KN, Schroeder SA (1990) A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med* 322(10):707–712
27. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevéz E, Dagfinrud H, Dijkmans B, Dougados M, Emery P, Geher P, Hammoudeh M, Inman RD, Jongkees M, Khan MA, Kiltz U, Kvien T, Leirisalo-Repo M, Maksymowych WP, Olivieri I, Pavelka K, Sieper J, Stanislawski-Biernat E, Wendling D, Ozgocmen S, van Drogen C, van Royen B, van der Heijde D (2011) 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 70(6):896–904
28. Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, Ash Z, Marzo-Ortega H, van der Heijde D, FitzGerald O, Aletaha D, Balint P, Boumpas D, Braun J, Breedveld FC, Burmester G, Cañete JD, de Wit M, Dagfinrud H, de Vlam K, Dougados M, Helliwell P, Kavanaugh A, Kvien TK, Landewé R, Luger T, Maccaroni M, McGonagle D, McHugh N, McInnes IB, Ritchlin C, Sieper J, Tak PP, Valesini G, Vencovsky J, Winthrop KL, Zink A, Emery P, European League Against Rheumatism (2012) European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis* 71(1):4–12
29. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, Gossec L, Nam J, Ramiro S, Winthrop K, de Wit M, Aletaha D, Betteridge N, Bijlsma JW, Boers M, Buttgerit F, Combe B, Cutolo M, Damjanov N, Hazes JM, Kouloumas M, Kvien TK, Mariette X, Pavelka K, van Riel PL, Rubbert-Roth A, Scholte-Voshaar M, Scott DL, Sokka-Isler T, Wong JB, van der Heijde D (2014) EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 73(3):492–509

30. Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschläger G (2002) Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. *ZaeFQ* 96:91–96
31. AQUA-Institut (2011) Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Überarbeitete, ergänzte und korrigierte Version vom 15.05.2011. AQUA-Institut, Göttingen
32. BQS-Institut (Hrsg) (2008) *Qualify-Instrument*. BQS-Institut, Düsseldorf
33. Szecsenyi J, Stock J, Broge B (2003) Qualität greifbar machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. *Schweizer Z Manag Care Care Manag* 7:18–20
34. Zink A, Huscher D, Schneider M (2006) The national database of the German Arthritis Centres – a 12 year balance. *Z Rheumatol* 65(2):144–146–151
35. Zink A, Huscher D, Thiele K, Listing J, Schneider M (2004) National database of German arthritis centers. Tool for health services research. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47(6):526–532
36. Ziegler S, Huscher D, Karberg K, Krause A, Wassenberg S, Zink A (2010) Trends in treatment and outcomes of rheumatoid arthritis in Germany 1997–2007: results from the national database of the German Collaborative Arthritis Centres. *Ann Rheum Dis* 69(10):1803–1808 (Erratum in: *Ann Rheum Dis*. 2011 Feb;70(2):398.)
37. Zink A, Huscher D, Schneider M (2010) How closely does rheumatology treatment follow the guidelines? Ambition and reality. *Z Rheumatol* 69(4):318–326
38. Zink A, Listing J, Kary S, Ramlau P, Stoyanova-Scholz M, Babinsky K, von Hinueber U, Gromnica-Ihle E, Wassenberg S, Antoni C, Herzer P, Kekow J, Schneider M, Rau R (2005) Treatment continuation in patients receiving biological agents or conventional DMARD therapy. *Ann Rheum Dis* 64(9):1274–1279
39. Gerhold K, Richter A, Schneider M, Bergerhausen HJ, Demary W, Liebhaber A, Listing J, Zink A, Strangfeld A (2015) Health-related quality of life in patients with long-standing rheumatoid arthritis in the era of biologics: data from the German biologics register RABBIT. *Rheumatology* 54(10):1858–1866
40. Lakomek H-J, Neeck G, Lang B, Jung J (2002) Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken – Projektgruppenarbeit des VRA. *Z Rheumatol* 61(4):405–414
41. 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: ein zukunftsweisendes Projekt. *Z Rheumatol* 70(7):615–619
42. 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, Roeder N (2014) Das „KOBRA-Qualitätsprojekt“: Verleihung eines Qualitätssiegels an Einrichtungen der akut-stationären Rheumatologie. *Krankenhaus* 10:914–923
43. Stucki G, Liang MH, Stucki S, Brühlmann P, Michel BA (1995) A self-administered rheumatoid arthritis disease activity index (RADAI) for epidemiologic research. Psychometric properties and correlation with parameters of disease activity. *Arthritis Rheum* 38(6):795–798
44. Graf v. d. Schulenburg JM, Claes C, Greiner W, Uber A (1998) Die deutsche Version des EuroQoL-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 6(1):3–20
45. Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, Engel J-M, Genth E, Lange U (2015) Treat to Participation. DGRh-Positionspapier zur nachhaltigen Verbesserung des funktionalen Gesundheitszustandes von Rheumakranken. *Kommission Rehabilitation, Physikalische Medizin und Sozialmedizin der DGRh. Z Rheumatol* 74:553–557
46. Adhikesavan LG, Newman ED, Diehl MP, Wood GC, Bili A (2008) American College of Rheumatology quality indicators for rheumatoid arthritis: benchmarking, variability, and opportunities to improve quality of care using the electronic health record. *Arthritis Rheum* 59(12):1705–1712
47. Petersson B, Strömbeck IF, Vliet Vlieland TP, EUMUSC.net WP6 group (2013) Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review. *Rheumatology* 52(2):382–390
48. van Hulst LT, Franssen J, den Broeder AA, Grol R, van Riel PL, Hulscher ME (2009) Development of quality indicators for monitoring of the disease course in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 68(12):1805–1810
49. Navarro-Compán V, Smolen JS, Huizinga TW, Landewé R, Ferracoli G, da Silva JA, Moots RJ, Kay J, van der Heijde D (2015) Quality indicators in rheumatoid arthritis: results from the METEOR database. *Rheumatology* 54(9):1630–1639
50. Vliet Vlieland TP, Huizinga TW (2009) Quality indicators in rheumatology: valid for whom? *Ann Rheum Dis* 68(12):1797–1799
51. Bombardier C, Mian S (2013) Quality indicators in rheumatoid arthritis care: using measurement to promote quality improvement. *Ann Rheum Dis* 72(Suppl 2):ii128–ii131
52. Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, Cimmino M, Greiff R, Loza E, Sciré C, Stamm T, Stoffer M, Uhlig T, Woolf AD, Vliet Vlieland TP, eumusc.net-working group (2014) Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis* 73(5):906–908
53. Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Bosworth A, Carmona L, Fialka-Moser V, Loza E, Olejnik P, Petersson IF, Uhlig T, Stamm TA, eumusc.net-working group (2014) Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis* 73(5):902–905
54. American College of Rheumatology (2012) Rheumatoid arthritis quality indicators. <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/quality/RA.asp>. Zugegriffen: 23 Januar 2012
55. American College of Rheumatology (2012) Quality indicators, rheumatoid arthritis. <http://www.rheumatology.org.au/downloads/MHAQ-ARAVersion> (Erstellt: 2. September 2010). Zugegriffen: 23.1.2012
56. MacLean CH, Pencharz JN, Saag KG (2007) Quality indicators for the care of osteoarthritis in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 55(Suppl 2):S383–S391
57. MacLean CH, Saag KG, Solomon DH et al (2004) Measuring quality in arthritis care: methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. *Arthritis Rheum* 51(2):193–202
58. Jansen MJ, Hendriks EJ, Oostendorp RA, Dekker J, De Bie RA (2010) Quality indicators indicate good adherence to the clinical practice guideline on "Osteoarthritis of the hip and knee" and few prognostic factors influence outcome indicators: a prospective cohort study. *Eur J Phys Rehabil Med* 46(3):337–345
59. Zink A (2014) Healthcare research in rheumatology. Current state. *Z Rheumatol* 73(2):115–122
60. Strömbeck B, Petersson IF, Vliet Vlieland TP (2013) EUMUSC.net WP6 group. Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review. *Rheumatology (Oxford)* 52(2):382–390
61. <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/quality/RA.asp> Zugegriffen: 5.11.2015
62. Patermann J, Ehlebracht-König I, Lind-Albrecht G, Genth E, Reusch A, Küffner R, Müller-Ladner U, Braun J (2016) EULAR recommendations for patient education of people with inflammatory arthritis: Translation and evaluation in Germany. *Z Rheumatol* (Epub ahead of print)



Beitragsserie „Qualität in der Medizin“

Zu diesem Thema werden insgesamt vier Beiträge veröffentlicht:

Ausgabe 1/16: Qualität in der Medizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Ausgabe 2/16: Eckpfeiler der Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland

– wichtige Impulse für die rheumatologische Versorgungssituation

Ausgabe 3/16: Internationale Qualitätsindikatoren in der Rheumatologie – Vorschläge für die rheumatoide Arthritis

Ausgabe 4/16: Europäische Versorgungsstandards für Menschen mit rheumatoider Arthritis – Übersetzung und Kommentierung der von der EULAR unterstützen Vorschläge des eumusc.net durch eine Task Force von DGRh und VRA mit Unterstützung der Deutschen Rheumaliga