



**Positionspapier des
Verbandes Rheumatologischer
Akutkliniken e.V. (VRA)**

Inhaltsverzeichnis:

1.	Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA)	3
2.	Ausgangslage	3
a)	Rheumatologie	3
b)	Aufgaben der akut-stationären Rheumatologie	4
c)	Versorgungsstruktur für an Rheuma Erkrankte	5
d)	Anzahl akut-stationärer Einrichtungen.....	6
3.	Leistungsvergütung	7
4.	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	9
a)	Strukturqualität.....	9
b)	Prozess- und Ergebnisqualität	10
c)	Klinische Behandlungspfade	11
5.	Ambulante Leistungen in der Rheumatologie	12
6.	Zehn Erwartungen des VRA zur Verbesserung der rheumatologischen Versorgung	13
7.	Quellenverweis	14

1. Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA)

Der Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) ist 1998 gegründet worden¹. Im Herbst 2008 wurde die Geschäftsstelle des VRA durch den Geschäftsführer, Herrn Rechtsanwalt Robbers, in Berlin eingerichtet. Dem VRA gehören zurzeit insgesamt 55 Mitglieder an, darunter sowohl rheumatologische Akutkliniken (Fachkliniken) als auch Krankenhäuser mit rheumatologischen Abteilungen. Die Verbandsorgane setzen sich gleichrangig aus leitenden Ärzten und Vertretern der Träger zusammen. Dies gewährleistet die Verfolgung der angestrebten Verbandsziele aus einer umfassenden Sicht.

Ziele sind:

- die Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten mit Rheuma-Erkrankungen. Dies soll insbesondere durch den Ausbau von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den VRA-Kliniken unterstützt werden.
- Die Erhaltung und Verbesserung der qualitativ hochwertigen Leistungsfähigkeit der rheumatologischen Versorgung u. a. auch durch die Verbesserung der wirtschaftlichen Grundlagen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen. Damit soll eine wirtschaftliche und medizinisch zweckmäßige Leistungserbringung entsprechend den ärztlichen Regeln auf Dauer sichergestellt werden.

Der VRA arbeitet eng mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) – einer primär wissenschaftlich ausgerichteten Fachgesellschaft – zusammen. Demgegenüber stehen beim VRA die hochqualifizierten Diagnostik- und Behandlungsangebote der akut-stationären Einrichtungen im Mittelpunkt, die in Verbindung mit den niedergelassenen (Fach-)Ärzten und rehabilitativen Einrichtungen zu sehen sind.

Weitere Partner sind der Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., die Rheuma-Stiftung sowie der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh).

2. Ausgangslage

a) Rheumatologie

Die Rheumatologie steht für eine hohe Spezialisierung in der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis innerhalb der Inneren Medizin. Über 100 verschiedene entzündlich-rheumatische Erkrankungen stellen den Schwerpunkt der akut-stationären Versorgung dar. Dabei muss nach epidemiologischen Untersuchungen mit

insgesamt 800.000 Patienten mit rheumatoider Arthritis (ca. 1 % der Bevölkerung), weiteren 800.000 mit Spondyloarthritis (ca. 1 % der Bevölkerung) und ca. 40.000 Patienten mit Immunvaskulitiden und Kollagenosen gerechnet werden, um nur einige Schlüsseldiagnosen zu nennen. Davon werden ca. 20 % akut-stationär rheumatologisch versorgt².

b) Aufgaben der akut-stationären Rheumatologie

Zu den Aufgaben der akut-stationären Rheumatologie gehört die Versorgung von schwerer betroffenen Rheumapatienten, wie insbesondere bei

1. systemisch entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, insbesondere Vaskulitiden/ Kollagenosen mit Organbeteiligung bis hin zum Organversagen
2. entzündlich rheumatischen Erkrankungen im ambulant nicht beherrschbaren Krankheitsschub
3. ambulant nicht ausreichend behandelbaren rheumatischen Schmerzzuständen
4. der Behandlung gravierender Therapie-Komplikationen
5. speziellen, lokalen Gelenk- und Wirbelsäulen-Therapiemaßnahmen
6. Rheumapatienten mit hoher Komorbidität und/oder (drohender) Immobilität zur Diagnostik und Therapie.

Diese Aufgaben schließen die Vorhaltung einer Notfallambulanz sowie die prä-, post- und ggf. teilstationäre Betreuung ein.

Vorteile der akut-stationären rheumatologischen Versorgung sind:

- äußerst erfahrenes Team von Rheumatologen im Hinblick auf Krankheitsbild, Schmerzbehandlung und Therapiemöglichkeiten und –komplikationen; eingebunden in eine Krankenhausstruktur mit schnellem Zugriff auf andere Fachdisziplinen
- in der Betreuung von Rheumapatienten geschulte Pflegekräfte und Physiotherapeuten
- multiprofessionelle Behandlungsteams für Komplexbehandlungen.

Nach vorliegenden Studien konnte ein anhaltender Nutzen für die akut-stationär behandelten Patienten nachgewiesen werden – verglichen mit den ambulant behandelten Patienten – wie insbesondere hinsichtlich der Krankheitsaktivität mit Schmerzreduzierung, Funktionsverbesserung und Abwendung von Krankheitskomplikationen³⁾⁴⁾.

Dies bedeutet in vielen Fällen Abwendung von drohender Erwerbsunfähigkeit und/oder einer Behinderung bzw. des Verlustes der Selbstversorgung. Dies führt zu einer Minimierung der Folgekosten für die Betroffenen und die Solidargemeinschaft.

c) Versorgungsstruktur für an Rheuma Erkrankte

Bereits in den 1970er Jahren erfolgte der Wandel von einer „Kurort-Rheumatologie“ hin zu einer universitätsnahen, klinisch-internistischen stationären Akutrheumatologie. Seit 1980 kam es zu einem bundesweiten Aufbau von rheumatologischen Fachkrankenhäusern und rheumatologischen Abteilungen in Krankenhäusern und Universitätskliniken (Rheumazentren).

Heute ist das Ziel, möglichst flächendeckend eine integrierte rheumatologische Versorgung zu schaffen. Zentrale Strukturelemente sind

- die rheumatologische Schwerpunktpraxis
- das Akutkrankenhaus und die Fachklinik
- das tertiäre Behandlungszentrum, d. h. rheumatologische Einrichtungen an Kliniken der Maximalversorgung mit Aufgaben in Forschung und Lehre, Forschungseinrichtungen, Rheumazentren und Kerndokumentation (Orthopädie)
- Rehabilitationseinrichtungen
- Patientenschulung
- Selbsthilfeorganisation und Selbsthilfegruppen.

Die vorgenannten Leistungsbereiche sind unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern wie der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung zugeordnet mit jeweils eigenen gesetzlichen Regelungsbereichen, was häufig zu Abgrenzungsproblemen führt. Weitere Kostenträger sind u. a. die private Krankenversicherung und die Beihilfe. Zur Finanzierung des Systems tragen ferner Zuzahlungen, Gebühren und Selbstbehalte der Versicherten bei.

Die akut-stationäre rheumatologische Behandlung erfolgt auf der Grundlage des § 39 Abs. 1 SGB V, aber nur zum Teil gemäß § 17c KHG [G-AEP Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol)], da diese Kriterien für die stationäre Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen nur eingeschränkt geeignet sind. So findet z. B. der Schub einer chronischen Erkrankung als Indikationskriterium der stationären Aufnahme in den G-AEP-Kriterien keine Berücksichtigung. Diese Kriterien stellen die inhaltliche Grundlage für die Angemessenheit der Krankenhausbehandlung dar; sie umfassen die Schwere der Erkrankung, Intensität der Therapie, Operationen, Komorbidität, Rehabilitationsbedarf sowie soziale Faktoren.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Trennung der Sozialversicherungszweige, die sektorale Finanzierung mit unterschiedlichen Anreizen und die Ausgestaltung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach wie vor etablierte medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle Behandlungskonzepte in der Rheumatologie erschweren und behindern. Auch wenn es in den letzten Jahren zu einer besseren Vernetzung und Kooperation ge-

kommen ist, sind weitere Verbesserungen in den rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowohl im Interesse des einzelnen Patienten als auch der Gesellschaft erforderlich.

d) Anzahl akut-stationärer Einrichtungen

In zahlreichen in den Statistiken der Länder und des Bundes nicht explizit für die Behandlung von Rheumakranken erfassten Plankrankenhäusern wird die Rheumatologie in internistischen Abteilungen als Schwerpunkt neben anderen Schwerpunkten betrieben. Hier werden Bettenkapazitäten je nach Bedarf auch für Rheumapatienten genutzt. In dem Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sind nur Krankenhausbetten aufgeführt, die in eigenständigen rheumatologischen Abteilungen ausschließlich für Rheumapatienten betrieben werden und die in den Krankenhausplänen der Länder aufgenommen sind. Danach sind nach dem Stand 2003 insgesamt 4.188 Betten in 88 Krankenhäusern für die vollstationäre Versorgung akut und chronisch Rheumakranker ausgewiesen, von denen 78 % (3.267) der internistischen Rheumatologie zugeordnet waren.

In jedem Bundesland existiert mindestens eine internistisch-rheumatologische Einrichtung, wobei die Versorgungsdichte in den Bundesländern zwischen 55 (bzw. 70 einschl. teilstationäre) Betten pro 1 Mio. Einwohner in Bremen und 9 Betten pro 1 Mio. Einwohner in Sachsen variiert. Orthopädisch-rheumatologische Einrichtungen sind nur in zwei Dritteln aller Bundesländer vorhanden. Nach absoluten Zahlen bestehen die größten Kapazitäten in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg; bezogen auf die Einwohnerzahl in den Stadtstaaten Bremen und Berlin. Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsdichten kann man davon ausgehen, dass ein nicht unerheblicher Teil von Patienten aus Ländern mit geringen Bettenkapazitäten in den benachbarten Bundesländern versorgt wird.

In den meisten Bundesländern wird die akut-stationäre Versorgung für Rheumapatienten überwiegend von Fachkliniken angeboten. Fachkliniken sind spezialisiert und versorgen Rheumapatienten häufig in Kooperation von internistischer und orthopädischer Rheumatologie und nicht ganz selten auch in Verknüpfung von akut-stationärer Versorgung und Rehabilitation (sog. gemischte Krankenanstalten).

Der Anteil von Fachkliniken an der stationären Versorgung von Rheumakranken beträgt 63 %. Nur in 6 Bundesländern, u. a. in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, befinden sich rheumatologische Fachabteilungen für die Akutbehandlung von Rheumapatienten ausschließlich in allgemeinen Akutkrankenhäusern. Dieser hohe Anteil von Fachkliniken spiegelt sich auch in der Bettenzahl von Krankenhäusern wider, in denen die akut-stationäre Versorgung angeboten wird. So stehen 81 % aller akut-

rheumatologischen Betten in kleineren Krankenhäusern mit maximal 400 Betten. Im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser findet sich ein Schwerpunkt bei den 300 – 500 Betten-Häusern und ein zweiter bei den großen Kliniken überwiegend öffentlicher Träger mit 1000 und mehr Betten, die insgesamt einen Anteil von knapp 10 % an der akut-rheumatologischen Versorgung haben.

Die insgesamt 66 internistisch-rheumatologischen Einrichtungen verfügen über mindestens 5 und maximal 180 Betten (Mittelwert 50, Median 38, Modus 20 Betten). Die 22 orthopädisch-rheumatologischen Einrichtungen verfügen über mindestens 5 und maximal 101 Betten (Mittelwert 41,73; Median 36,5; Modus 5 bzw. 20 Betten). Ambulante und teilstationäre Einrichtungen sowie ausschließlich pädiatrische Einrichtungen wurden im Rahmen dieser Erhebung nicht erfasst.

Die Kommission „Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) hält eine Anzahl von knapp 50 akut-rheumatologischen Betten pro 1 Mio. Einwohner in Deutschland für bedarfsdeckend. Dabei sind regionale Bevölkerungsdaten (Dichte, Geschlechts- und Altersstruktur) zu berücksichtigen. In den meisten Bundesländern wird die Vorgabe der Kommission heute zumindest annähernd erreicht. Nur Sachsen, Niedersachsen, das Saarland und Hamburg bleiben hinter dieser Forderung zum Teil erheblich zurück².

3. Leistungsvergütung

Das im Jahr 2004 obligat eingeführte Fallpauschalen-System (G-DRG) überführt das bisherige Budgetsystem zur Finanzierung akut-stationärer Krankenhausleistungen in ein neues einheitliches Preissystem. Ab 2010 muss jedes Krankenhaus innerhalb eines Bundeslandes den gleichen Preis für die gleiche DRG-Leistung abrechnen. Dieser Herausforderung hat sich auch die akut-stationäre Rheumatologie gestellt. Hierbei galt die Erschwernis, chronisch betroffene Rheumapatienten mit einer häufig komplexen Krankheitssymptomatik, wie Gelenk- und Rückenschmerzen, resultierenden Funktionseinschränkungen, verknüpft mit unterschiedlicher Organbeteiligung/-schädigung sachgerecht im DRG-System abzubilden. Die Notwendigkeit der Vorhaltung eines multiprofessionellen Behandlungsteams, der bestehende Rechtfertigungsdruck aufgrund längerer Verweildauern sowie erhöhte Anforderungen an die Behandlungsqualität machen eine kontinuierliche Verbesserung des Prozess- und Kostenmanagements erforderlich.

Mit der Erstellung eines ersten fachspezifischen Kodierleitfadens Rheumatologie ab Ende 2001 des VRA in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster stand 2002 den akut-stationären rheumatologischen Fachabteilungen/-kliniken ein hilfreiches Instrument

neben den deutschen Kodierrichtlinien zur Verfügung, um die notwendigen Voraussetzungen für eine sachgerechte Teilnahme am fallpauschalierten Entgeltsystems der Kliniken zu unterstützen. Sowohl quantitativ als auch qualitativ hat sich die Datengrundlage für die DRG-Fallkostenkalkulation seit Einführung der DRGs erheblich verbessert. Der VRA führte von 2002 bis 2004 ein DRG-Evaluationsprojekt durch und gab jährlich Anpassungsvorschläge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), wie auch an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Diese Arbeit wird durch den VRA konsequent fortgesetzt.

Entscheidende Ergebnisse des abgestimmten Vorgehens des VRA mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) sind:

- 2002 bis 2004 DRG-Evaluationsprojekt – ab 2004 jährliche Anpassungsvorschläge an InEK und DIMDI
- Ab 2005 Einführung der OPS-8-983 (die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung) im OPS-Katalog
- 2005 Implementierung der Diagnose „Fibromyalgie“ in der ICD-10-GM mit dem M 79, 70 und der ersten rheumatologischen G-DRG I79Z (Fibromyalgie) im G-DRG-Katalog
- 2005 Etablierung von Zusatzentgelten z. B. für humane Immunglobuline ab einer bestimmten Menge sowie für einzelne Biologika
- 2006 Einführung einer zweiten, spezifisch für die Rheumatologie vorgesehenen G-DRG: die I97Z (Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe) auf Basis der OPS 8-983.2 sowie der OPS 8-986.2 (Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung), die in der Anlage 3a der Fallpauschalenvereinbarung bis 2008 als krankenhauses-individuell zu verhandelnde G-DRG aufgeführt wurde. Ab 2009 ist die I97Z bundeseinheitlich bewertet.
- Im aktuell gültigen AEP-Protokoll, wurde insbesondere das Kriterium A 10 [ein Kriterium zur Feststellung der Notwendigkeit stationärer Behandlung (Prüfverfahren gem. § 17c Abs. 4 Satz 9 KHG)] auf Veranlassung des VRA angepasst.

Die wesentliche DRG-Änderung 2009 für die Rheumatologie besteht in der bewerteten bundesweiten G-DRG I97Z für die rheumatologischen Komplexbehandlung, die bisher auf lokaler Ebene nach Art und Höhe zwischen Krankenhaus und Kostenträgern im Rahmen der Entgeltverhandlung verhandelt werden musste. Damit steht Rheumakliniken ab 2009 nicht mehr die Möglichkeit offen, innerhalb des DRG-Systems krankenhausesindividuelle Preise zu vereinbaren. Krankenhäuser mit höheren Kosten müssen daher prüfen, ob sie die rheumatologische Komplexbehandlung weiter erbringen wollen und können und ggf. Anpassungen an ihren Behandlungsinhalten und Behandlungspfaden vornehmen.

Auch die kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung führt in die G-DRG-I97Z. Dies ist nicht sachgerecht. 2009 haben kinder- und jugendrheumatologische Einrichtungen/Kliniken noch das Wahlrecht, als Besondere Einrichtungen (§1 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 VBE2009 i. V. m. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) von der Finanzierung über G-DRGs ausgenommen zu werden. Bei der Finanzierung über Mittelwerte der Kostenkalkulation dürfte die Kombination aus Operation und rheumatologischer Komplexbehandlung systematisch unterfinanziert werden. Sachgerechter könnte daher die Finanzierung der rheumatologischen Komplexbehandlung über ein Zusatzentgelt sein. Nur so könnten auch seltenere Kombinationsleistungen angemessen vergütet werden.

Auch die G-DRG-Version 2009 weist somit noch Unzulänglichkeiten auf, die zu einer systematischen Unterfinanzierung von spezialisierten Versorgern führt. Von einem ausgereiften System kann daher noch nicht gesprochen werden. Es ist daher von weiteren Änderungen auszugehen.

Belastend für die Kliniken ist der zur Erlössicherung notwendige ausufernde Dokumentationsaufwand, da die Krankenkassen gerade bei chronisch Kranken mit längeren Verweildauern im erheblichen Umfang Einzelfallprüfungen vornehmen. Dieser Aufwand ist zu unterscheiden von der medizinisch notwendigen Dokumentation des Behandlungsablaufs.

4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Wenn das Ende der Preisanpassungen im Rahmen der DRG-Einführung 2010 erreicht wird, sollen alle Krankenhäuser für gleichartige Leistungen auch dieselbe Vergütung erhalten. Unterscheidungskriterium wird dann voraussichtlich hauptsächlich die Qualität der für den Patienten erbrachten diagnostisch-therapeutischen Leistungen darstellen.

Ziel muss es also sein, zu bezahlbaren Preisen eine nachweisbar qualitativ hochwertige Leistung zu erbringen. Die Messung dieser Leistung erfolgt in direktem Krankenhausvergleich (Benchmarking), sofern hierfür Kennzahlen und Qualitätskriterien zur Verfügung stehen.

a) Strukturqualität

Der VRA betreibt eine offensive Qualitätspolitik. So werden zur Optimierung der Behandlungsabläufe seit Ende der (19)90er Jahre Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt. Behandlungsziel der akut-stationären Rheumatologie ist die Erreichung einer Remission der Grunderkrankung durch eine optimale Versorgung der Rheumapatienten mit einem multidisziplinären komplexen Behandlungsansatz. In akut-stationären Einrichtungen werden dafür hochspezialisierte Strukturen mit besonderen fachspezifischen Behandlungsprozessen vorgehalten. Der VRA hat 2002 eine für alle VRA-Kliniken gültige Strukturqualität festgelegt, aus der sich die vor-

zuhaltenden Ressourcen ableiten. Diese strukturellen Voraussetzungen ermöglichen komplexe Behandlungen, die in nicht-rheumatologischen Einrichtungen in dieser Weise nicht vorgehalten werden. Hierzu gehören die Festlegung von Behandlungssituationen (Krankheitsschwere, Behandlungsintensität) gemäß einem AEP-adjustiertem Indikationskatalog:

Indikationskatalog zur stationären Betreuung von Rheumapatienten

- Täglich mehrmalige Rheuma-Therapie
Nicht ambulant/ Reha nicht möglich
- Akuter Schub (ambulant nicht kontrollierbar)
- Organmanifestationen/-komplikationen zur stationären Überwachung
- Therapiekomplicationen zur stationären Überwachung
- Komplexe und/ oder risikobelastete Therapie zur stationären Überwachung
- Diagnostik aus gesundheitlichen Gründen ambulant nicht möglich

b) Prozess- und Ergebnisqualität

OBRA-Projekt (Outcome benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung)

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Ziele und Anforderungskriterien für die Umsetzung und Qualitätssicherung und –förderung im Gesundheitswesen vorgegeben. Danach ist das wichtigste Ziel für die in der Patientenversorgung tätigen Menschen die Sicherung der medizinischen Ergebnisqualität, um den Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen. Der VRA hat im Rahmen des Förderschwerpunktes *BIG* (Benchmarking im Gesundheitswesen) des Bundesministeriums für Gesundheit mit seinem Projekt „obra“ als einem von 10 Projekten bei 100 Antragstellungen teilgenommen.

Mit dem OBRA-Projekt wurde eine kontinuierliche Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität in den teilnehmenden Einrichtungen erzielt. Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und Kommunikationsstruktur konnten nachhaltig verbessert werden.

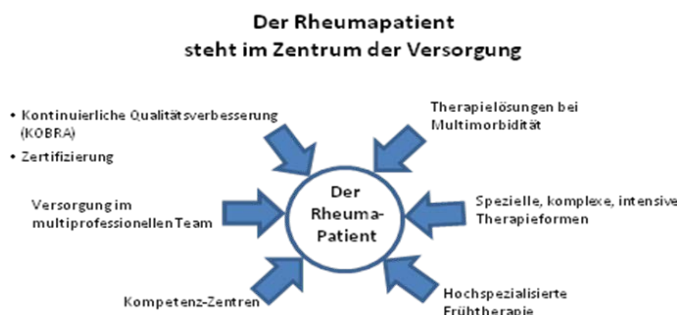
Auch konnte erstmalig für einen konservativen Fachbereich die Nachhaltigkeit der akut-stationären Versorgung an einer großen Patientengruppe nachgewiesen werden (rheumatoide Arthritis). Im Vergleich zu anderen Benchmarking-Prozessen geht das OBRA-Projekt weit über das herkömmliche Benchmarking im Sinne von Monitoring, Analysen und Ranking hinaus.

Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Ausweitung des Outcome-Benchmarking auf alle VRA-Kliniken mit resultierender Zertifizierung

soll den Übergang in das DRG-Preissystem flankieren. Damit soll auch bei begrenzter Finanzierung stiller Rationierung entgegengewirkt werden.

KOBRA-Projekt (kontinuierliches Outcome-Benchmarking in der rheumatologischen Akutversorgung)

Die aktuelle Überführung von OBRA in KOBRA mit jetzt 28 Mitgliedern unter Beibehaltung der ursprünglich 13 Rheumaklinken zeigt den hohen Stellenwert der Qualitätsprojekte. Ziel ist die weitere kontinuierliche Verbesserung der akut-rheumatologischen stationären Patientenbetreuung.



Ausgangspunkt für die Verbesserungsarbeit sind nachvollziehbare Daten und Ziele. Identifizierte Schwachstellen werden mit dem Verbesserungsprojekt gezielt verbessert.

Der Erfolg der Verbesserungsarbeit und weiterer Verbesserungsbedarf werden durch eine zweite Qualitätsmessung ausgewiesen. Ziel ist eine nachhaltige Qualitätsverbesserung, die Schaffung von Verbindlichkeiten, ein patientenorientierter Betrachtungsfokus und schließlich Schwerpunktsetzung. Es wird angestrebt, mit Kobra eine bundeseinheitlich vergleichbare Behandlungsqualität in rheumatologischen Einrichtungen des Verbandes zu etablieren. Sofern selektives Kontrahieren eingeführt werden sollte, wäre dies von großem Vorteil.

c) Klinische Behandlungspfade

Klinische Behandlungspfade sind aus einer modernen Akut-Rheumatologie nicht mehr wegzudenken. Sie können Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit verbessern und entscheidend dazu beitragen, dass Wartezeit reduziert, notwendige Leistungen zeitlich abgestimmt erbracht und nicht-indizierte Maßnahmen aus dem Behandlungsablauf herausgenommen werden.

Die Entwicklung von insgesamt 5 klinischen Behandlungspfaden für 3 – aufgrund ihrer Fallzahl im stationären Bereich und/ oder ihrer Diagnostik- und Therapiekosten ausgewählte – entzündlich-rheumatische Erkrankungen ist nur ein Beispiel für die angestrebte Prozessoptimierung in der akut-stationären Rheumatologie. Mithilfe von 3 Soll-Konzepten wurden

hierbei die Harmonisierung der Behandlungsabläufe, die zeitliche Abstimmung der Leistungsumsetzung, der ökonomische Umgang mit den vorgehaltenen Ressourcen sowie die Festlegung der Therapieinhalte erarbeitet.

Klinischer Behandlungspfad – Regelwerk

- Multiprofessionelles Team
- Einheitliche Abläufe
- Verbindliches Vorgehen
- Koordinierte Vorgehensweise
- Kette standardisierter Leistungen
- Optimierung der Schnittstellen im
- Konsens der verantwortlichen Bereiche
- Dokumentation und Begründung von
- Abweichungen

Die entwickelte Methodik berücksichtigt besonders die erfolgreiche Implementierung, denn Pfade können nur dann erfolgreich im Krankenhaus eingesetzt werden, wenn sie praktisch vom Team vor Ort gelebt werden. Dazu ist bereits bei der Erstellung der Pfade die Einbindung des gesamten Behandlungsteams notwendig, um dem Pfad die notwendige Akzeptanz zu geben. Sie sind aber keine „Kochbuchmedizin“ und ersetzen nicht die klinische Entscheidung. Die Verantwortung für den einzelnen Patienten bleibt bestehen.

5. Ambulante Leistungen in der Rheumatologie

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor geprägt von der Trennung des ambulanten vom stationären Sektor, auch wenn es Ausnahmen gibt. Am Krankenhaus tätige Rheumatologen nehmen nur dann an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wenn sie nach § 31 Ärztezulassungsverordnung persönlich ermächtigt sind. Diese Ermächtigung wird räumlich, in der Regel nur für bestimmte Leistungen, auf Überweisung und für befristete Zeiträume erteilt. In den letzten Jahren sind Neuerungen bei der Erbringung ambulanter Leistungen zu verzeichnen [GKV-Modernisierungsgesetz (2004); GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007)].

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht nach § 116b SGB V die Möglichkeit – unabhängig von der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen – Krankenhäusern durch die Landesbehörden Berechtigungen einzuräumen, institutionell ambulante Leistungen zu erbringen. Bezogen auf die Rheumatologie besteht diese „Öffnungsmöglichkeit“ bei schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen. Die Konkretisierung, was hierunter zu verstehen ist, erfolgte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu erwähnen ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007), welches eine Flexibilisierung des Einsatzes von Ärzten in Krankenhäusern, Praxen und Medizinischen Versorgungszentren ermöglicht.

Der VRA sieht im § 116b SGB V eine Erweiterung in der Versorgungsmöglichkeit rheumatologisch erkrankter Patienten und befürwortet diese Regelung.

6. Zehn Erwartungen des VRA zur Verbesserung der rheumatologischen Versorgung

1. Gemeinsame Anstrengungen der Beteiligten zur Bündelung der Kräfte zur Versorgung der Erkrankten
2. Einrichtung und Ausbau von Versorgungsschwerpunkten einschließlich regionaler Rheumazentren, Kooperationen zwischen den Leistungserbringern, Nutzen der Möglichkeiten ambulanter Krankenhausleistungen, Bildung vernetzter Versorgungsstrukturen, Entwicklung und Anwendung weiterer transparenter Behandlungspfade durch Einbeziehung des Sachverständigen des VRA
3. Ausgleich bestehender Versorgungsdefizite
4. Stärkung der Ausbildung von Rheumatologen
5. Umfassendere Einbindung der Rheumatologie in die Ausbildung der Medizin-Studenten
6. Definition von Struktur-, Prozess- und Indikationsstandards für rheumatologische Fachabteilungen (konservativ und operativ)
7. Schaffung von Wettbewerbsparametern durch zusätzliche Qualitätsstandards als Voraussetzung für Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern (obligatorische Berücksichtigung von OBRA/ KOBRA)
8. Sachgerechte Weiterentwicklung der Vergütung klinisch rheumatologischer Versorgung und der Finanzierung von Innovationen (NUBs)
9. Entwicklung sektorenübergreifender Finanzierungskonzepte
10. Bürokratieabbau u. a. durch Reduzierung der Prüfungen des medizinischen Dienstes

7. Quellenverweis

¹ Satzung des VRA (April 2009)

² Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Kommission Versorgung (Juni 2008)

³ Nutzen der stationären Therapie in der Versorgung von Patienten mit Rheumatoider Arthritis. Schneider M, Lelgemann M, Baerwald C, Braun J, Hammer M, Kern P, Krause A, Alten R, Faubel U, Lakomek HJ, Liman W, Pauly T, Schnabel A. Z Rheumatol 2004;63:402-413

⁴ Qualität verbessern durch Benchmarking – Große Erfolge des Modellprojektes „OBRA“ in der akutstationären Rheumatologie, Fiori W., Lakomek H.-J., Liman W., Lenz M., Hochreutener M.-A., Roeder N., arthritis + rheuma (2009), arthritis + rheuma 2009; 29:371-377

⁵ „Brauchen wir eine stationäre Rheumatologie?“ Lakomek H.-J., Deutsche Medizinische Wochenschrift (2006); 131: 2292 – 2294

⁶ Strukturqualität akut-internistischer rheumatologischer Kliniken - Projektgruppenarbeit des VRA, Lakomek H.-J, Neeck G, Lang B, Jung J. Z Rheumatol, 61(4): 400 ff. (2002)

⁷ Auswirkungen auf die Rheumatologie – Fallpauschaliertes Entgeltsystem mit Schrittmacherfunktion für Veränderungsprozesse in der Rheumatologie, H.-J. Lakomek – In: Rau/ Roeder/ Hensen (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Kohlhammer-Verlag (2009) ISBN: 978-3-17-020349-5

⁸ Klinische Behandlungspfade in der Inneren Medizin: Am Beispiel der akut-stationären Rheumatologie, Küttner T., Lakomek H.-J., Hülsemann J. L., Roeder N. (Hrsg.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2007)

⁹ Editorial: Fallpauschaliertes Entgeltsystem (G-DRG) mit Schrittmacherfunktion für Veränderungsprozesse in der akutstationären Rheumatologie Lakomek H.-J., Fiori W., Gross W. Z Rheumatol (2008); 67; 239 – 240

¹⁰ Das G-DRG-System 2009 – Relevantes für die Rheumatologie, Fiori W., Liedtke-Dyong A., Lakomek H.-J., Buscham K., Lehmann H., Liman W., Fuchs A.-K., Bessler F., Roeder N., DRG-Research-Group, Medizinisches Management, Universitätsklinikum Münster (2009)