

Z Rheumatol 2022 · 81:472–481
<https://doi.org/10.1007/s00393-022-01190-9>
Angenommen: 6. Februar 2022
Online publiziert: 1. April 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Redaktion
Andreas Krause, Berlin



Akutstationäre Rheumatologie – mehr als eine Komplexbehandlung

Versorgungsdaten und -strukturen

Wolfgang Fiori¹ · Heinz-Jürgen Lakomek^{2,3} · Johannes Strunk^{2,4} · Ansgar Klemann⁵

¹ DRG-Research-Group, Roeder & Partner Ärzte PartG, Senden, Deutschland

² Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V., Berlin, Deutschland

³ Universitätsklinik für Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Minden, Deutschland

⁴ Klinik für Rheumatologie, Krankenhaus Porz am Rhein, Köln, Deutschland

⁵ St. Josef-Stift, Sendenhorst, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Material und Methoden**
Datenbrowser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) • Qualitätsberichte
- **Ergebnisse**
Stationäre Fallzahlen 2019 und 2020 • Versorgungsstrukturen 2019
- **Diskussion**

Zusammenfassung

Zur Bestandsaufnahme und Vorbereitung auf bevorstehende Reformen wurden Daten aus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)-Datenbrowser und den strukturierten Qualitätsberichten für die akutstationäre Rheumatologie ausgewertet. Die Versorgung ist sowohl in Bezug auf die Diagnosen als auch die Strukturen sehr vielschichtig. Unterschiedliche Formen der Spezialisierung können identifiziert werden. Dabei ist die rheumatologische Komplexbehandlung (RKB) nur eine davon, die im Mittel in knapp über 10 % der Fälle durchgeführt wird. 2020 gingen die Fallzahlen bei ausgewählten rheumatologischen Diagnosen um mehr als 20 % im Vergleich zu 2019 zurück. Bei der RKB war der Rückgang mit über 30 % noch ausgeprägter. Hinweise auf eine höhere Krankheitsschwere fanden sich in den verfügbaren Daten nicht. Es bleibt abzuwarten, ob das Fallzahlniveau der Vor-Corona-Zeit in den nächsten Jahren wieder erreicht wird. Es wurden 146 Organisationseinheiten (OE) mit mehr als 20 Hauptdiagnosen (HD) einer rheumatoiden Arthritis (RA) im Jahr 2019 identifiziert; 47 (32 %) davon haben mehr als 10-mal, 29 (20 %) mehr als 100-mal eine RKB kodiert. Alle 23 OE mit mehr als 300 HD RA sind Mitglieder im Verband rheumatologischer Akutkliniken (VRA); 15 davon nahmen am KOBRA-Qualitätsprojekt teil und tragen das VRA-Gütesiegel. Von den 116 internistischen OE weisen nur 55 (47 %) einen spezifischen rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V auf. Angaben zur fachärztlichen Ausstattung waren zum Teil widersprüchlich. Wie viele Fälle mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in fachlich spezialisierten Strukturen behandelt werden, kann mit den verfügbaren Daten nicht beantwortet werden. Dennoch können die verfügbaren Daten für die fachlichen, strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklungen in der akutstationären Rheumatologie genutzt werden.

Schlüsselwörter

Stationäre rheumatologische Diagnosen · Leistungsdaten · Qualitätsberichte · Fachärzte · Corona-Pandemie



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Über die Inzidenz und Prävalenz entzündlich-rheumatischer Erkrankungen existieren verlässliche Erkenntnisse (Zusammenstellung in [1]). Über die akutstationären Strukturen, in denen Menschen mit Rheuma in Deutschland versorgt werden, ist deutlich weniger bekannt. Versuche des

Verbandes rheumatologischer Akutkliniken e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), sich der Thematik zu nähern, liegen bereits einige Jahre zurück [2, 3]. Die Corona-Pandemie hatte einen erheblichen Einfluss auf die akutstationäre Patientenversorgung in Deutsch-

Tab. 1 Fälle aus dem Jahr 2019 mit Indikator Diagnosen als Hauptdiagnose (HD), gruppiert im aG-DRG-System 2020

HD	Text	Fälle gesamt	%	VWD	PCCCL > 2 (%)	Langlieger (%)	Weiblich (%)	< 18 Jahre (%)	18–59 Jahre (%)	60–79 Jahre (%)	≥ 80 Jahre (%)	TOP 3 DRG 2020 (%)
M05-	Seropositive chronische Polyarthritis	15.373	20,5	8,2	4,09	5,00	71,51	0,44	38,14	50,61	10,82	169A: 67,95, 197Z: 13,68, 166G: 3,04
M06-	Sonstige chronische Polyarthritis	15.449	20,6	8,1	3,34	4,19	65,95	0,43	37,27	47,03	15,27	169A: 76,61, 197Z: 9,59, 166E: 2,51
L40.5+	Psoriasis-Arthropathie	5795	7,7	8,2	2,20	3,45	63,87	2,74	62,05	32,56	2,64	166G: 73,41, 197Z: 15,08, 166H: 4,94
M79.70	Fibromyalgie	12.804	17,1	10,6	0,72	1,86	92,32	1,72	68,04	28,38	1,86	179Z: 58,83, 197Z: 20,22, 142B: 10,47
M31.3	Wegener-Granulomatose	5.295	7,1	6,2	22,61	6,95	46,91	0,89	38,96	50,65	9,50	166G: 45,02, 166H: 40,89, 166B: 3,40
M32-	Systemischer Lupus erythematoses	4451	5,9	6,9	21,84	6,85	78,59	5,06	68,23	23,77	2,94	166G: 64,05, 166H: 23,12, 166B: 5,14
M45.0-	Spondylitis ankylosans	3960	5,3	9,1	2,57	4,65	41,84	0,38	72,45	23,61	3,56	166G: 65,38, 197Z: 22,65, 166H: 6,41
M31.5/1.6	Riesenzellarteriitis (mit/ohne PMR)	4997	6,7	8,1	8,59	6,26	68,80	0,02	9,69	63,26	27,04	166E: 68,42, 128D: 19,29, 166H: 6,00
M35.3	Polymyalgia rheumatica (ohne Riesenzellarteriitis)	6942	9,2	8,0	6,06	7,51	56,97	0,03	13,34	60,88	25,76	166G: 86,19, 166H: 4,03, 197Z: 3,34
-	Summe	75.066	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PMR Polymyalgia rheumatica, % Prozent der Summe der Fälle mit Indikator-HD, VWD mittlere arithmetische Verweildauer in Belegungstagen, PCCCL patientenbezogener Gesamtschweregrad („patient clinical complexity level“), DRG „diagnose-related groups“, Langlieger VWD oberhalb oberer DRG-Grenzverweildauer

land [4]. Dass ein Teil der beobachteten Veränderungen von Dauer ist, ist nicht ausgeschlossen. Parallel plant die Politik grundlegende Reformen in der Krankenhausplanung, den Vergütungssystemen und an der Grenze zwischen stationärem und ambulantes Sektor [5, 6]. In diesem Kontext ist es wichtig, Informationen über die akutstationäre Versorgung und die Versorgungsstrukturen zu gewinnen.

Material und Methoden

Es wurden überwiegend öffentlich zugängliche Datenquellen genutzt.

Datenbrowser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Zur Auswertung der akutstationär versorgten Fälle wurde der Datenbrowser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus [7] für die Datenjahre 2019 (gruppiert nach 2020) und 2020 (gruppiert nach 2021) verwendet.

Durch eine Arbeitsgruppe des Verbandes rheumatologischer Akutkliniken (VRA) wurden für die akutstationäre Rheumatologie relevante Indikator Diagnosen ermittelt (Tab. 1, 2, 3 und 4). Auch wenn diese Indikator Diagnosen nicht das gesamte stationäre Behandlungsspektrum der Rheumatologie, zu dem beispielsweise auch viele „orphan diseases“ gehören, umfassen, decken die Indikator Diagnosen quantitativ den größten Teil der Fälle in internistisch-rheumatologischen Kliniken ab. Allerdings sind die Indikator Diagnosen nicht spezifisch für eine rheumatologische Versorgung. Zum einen werden Fälle mit diesen Diagnosen gelegentlich auch nicht fachspezifisch behandelt, und zum anderen können auch andere Fachdisziplinen mit ihren spezifischen Behandlungsmethoden in die Behandlung eingebunden worden sein (z.B. Rheumaorthopädie, Nephrologie/Kardiologie/Dermatologie). Für die ausgewählten Indikator Diagnosen wurden die Fälle, die in Hauptabteilungen vollstationär behandelt wurden, mit ihren demographischen und versorgungsbezogenen Kennzahlen ermittelt. Als Subgruppe wurden die Fälle mit einer rheumatologischen Komplexbehandlung (RKB) ab 14 Behandlungstagen

Tab. 2 Fälle aus dem Jahr 2019 mit Indikator Diagnosen als Hauptdiagnose (HD) und rheumatologischer Komplexbehandlung, gruppiert im aG-DRG-System 2020

HD	Text	Fälle gesamt	8-893. 1/2	% aller Fälle	VWD	PCCL > 2 (%)	Langlieger (%)	Weiblich (%)	≥ 80 Jahre (%)
M05.-	Seropositive chronische Polyarthrit	15.373	2094	13,6	15,2	1,63	1,77	76,27	8,07
M06.-	Sonstige chronische Polyarthrit	15.449	1477	9,6	15,2	1,02	1,42	75,56	10,02
L40.5+	Psoriasis-Arthropathie	5795	855	14,8	15,1	0,23	0,58	68,54	1,87
M79.70	Fibromyalgie	12.804	2443	19,1	15,2	0,86	0,16	93,45	0,98
M31.3	Wegener-Granulomatose	5295	23	0,4	14,4	17,39	0,00	65,22	17,38
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes	4451	127	2,9	15,1	14,96	3,94	86,61	1,57
M45.0-	Spondylitis ankylosans	3960	896	22,6	15,2	0,67	0,56	39,17	2,12
M31.5/.6	Riesenzellarteriitis (mit/ohne PMR)	4997	59	1,2	14,7	0,00	0,00	69,49	13,56
M35.3	Polymyalgia rheumatica (ohne Riesenzellarteriitis)	6942	232	3,3	15,2	0,00	2,59	71,12	15,95
-	Summe	75.066	8206	10,9	-	-	-	-	-
-	Alle Fälle mit OPS 8-983.1/2	-	10.147	-	15,2	1,29	1,52	76,33	5,95
-	Anteil Selektion an allen Fällen mit OPS	-	80,9%	-	-	-	-	-	-

PMR Polymyalgia rheumatica, % Prozent der Summe der Fälle mit Indikator-HD, VWD mittlere arithmetische Verweildauer in Belegungstagen, PCCL patientenbezogener Gesamtschweregrad („patient clinical complexity level“), DRG „diagnose-related groups“, Langlieger VWD oberhalb oberer DRG-Grenzverweildauer, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel

ausgewertet [8, 9]. Da die teilstationäre und belegärztliche Versorgung eine untergeordnete Rolle in der internistischen Rheumatologie spielt, wurden hier nur die Fallzahlen ermittelt.

Qualitätsberichte

Die Erkenntnisse über die Versorgungsstrukturen entstammen der Sammlung der aktuellsten Qualitätsberichte (QB) der Krankenhäuser aus dem Jahr 2019 [10], die in eine Datenbank eingelesen und so einer aggregierten Auswertung zugänglich gemacht wurden. Für die weitere Auswertung wurden alle „Organisationseinheiten“ (in der Regel Fachabteilungen) selektiert, bei denen im QB 20 oder mehr Hauptdiagnosen (HD) mit rheumatoider Arthritis (ICD M05-M06) berichtet wurden. Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung [1] und mit Abstand die häufigste entzündlich-rheumatische Hauptdiagnose (HD) unter den stationären Fällen (Tab. 1 und 3). Zusätzlich wurden Organisationseinheiten selektiert, bei denen im QB 20 oder mehr HD mit systemischem Lupus erythematodes (ICD M32.-) berichtet wurden.

Die in der Analyse genutzten Daten der QB, werden bislang nur sehr sporadisch einer Qualitätskontrolle unterzogen,

sodass ein relevantes Maß an Fehlangeben nicht ausgeschlossen werden kann. Bei den Angaben von HD und Prozeduren sind vielfältige Limitationen zu beachten. Am relevantesten für die vorgenommene Selektion der OE ist, dass Häufigkeiten von Hauptdiagnosen und OPS unter 4 aus Datenschutzgründen im QB nicht angegeben werden. Es kann in diesem Fall dem QB zwar entnommen werden, dass ein Code verschlüsselt wurde, aber nicht, ob dieser 1-, 2- oder 3-mal verschlüsselt wurde. Für die Auswertung ging in diesem Fall der Code mit der Anzahl 1 in die Summenberechnungen ein. Damit kann eine gewisse Unterschätzung der Anzahlen nicht ausgeschlossen werden, was in Einzelfällen sogar den Ein- oder Ausschluss in die Auswertung beeinflusst haben könnte. Bei den Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) können Mehrfachkodierungen nicht ausgeschlossen werden, da in den QB nur die Kodierungen der OPS selbst und nicht die „Fälle mit OPS“ gezählt werden. Ergänzend wurde untersucht, ob Krankenhäuser Mitglied im VRA sind und ob sie das VRA-Gütesiegel für die Erfüllung der KOBRA-Qualitätskriterien [11–13] erhalten haben.

Ergebnisse

Stationäre Fallzahlen 2019 und 2020

Über die Indikator Diagnosen wurden aus dem InEK-Datenbrowser für 2019 75.066 und für 2020 58.740 vollstationäre Fälle, die in Hauptabteilungen behandelt wurden, identifiziert. Die Ergebnisse sind in Tab. 1, 2, 3 und 4 dargestellt.

Quantitativ dominiert die RA mit über 40% der Fälle mit einer der Indikator Diagnosen. Bei der Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) und dem systemischen Lupus erythematodes (SLE) finden sich etwas geringere Verweildauern bei höherer Standardabweichung als bei den anderen Indikator Diagnosen. Beim Fibromyalgiesyndrom (FS) finden sich umgekehrt längere Verweildauern bei niedrigerer Standardabweichung. Die meisten Fälle weisen eine Verweildauer innerhalb der Grenzverweildauern ihrer jeweiligen DRG auf, Langlieger mit Verweildauern oberhalb der oberen Grenzverweildauer sind selten und kommen noch am häufigsten bei den Vaskulitiden und Kollagenosen vor. Hier finden sich auch häufiger höhere Werte beim DRG- und patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL). Die Alters- und Geschlechterverteilung entspricht den Erwartungen. Es zeigt sich eine Konzentration der Fälle mit den Indi-

Tab. 3 Fälle aus dem Jahr 2020 mit Indikator diagnosen als Hauptdiagnose (HD), gruppiert im aG-DRG-System 2021

HD	Text	Fälle gesamt	%	FZ Rück- gang (%)	VWD	PCCL > 2 (%)	Langlieger (%)	Weiblich (%)	< 18 Jahre (%)	18–59 Jahre (%)	60–79 Jahre (%)	≥ 80 Jahre (%)	TOP 3 DRG 2021 (%)
M05.-	Seropositive chronische Polyarthrit	12.092	20,6	-21,3	7,8	4,16	5,07	70,39	0,31	37,49	50,36	11,83	I69A: 69,06, I97Z: 11,61, E74Z: 3,55
M06.-	Sonstige chronische Polyarthrit	12.043	20,5	-22,0	8,0	3,92	4,13	64,36	0,46	36,73	46,37	16,45	I69A: 76,71, I97Z: 9,03, I66E: 2,82
L40.5+	Psoriasis-Arthropathie	4460	7,6	-23,0	7,9	1,79	7,22	64,51	2,89	61,28	32,71	3,12	I66G: 74,84, I97Z: 13,50, I66H: 4,42
M79.70	Fibromyalgie	8666	14,8	-32,3	10,4	0,84	2,80	91,95	2,03	68,64	27,45	1,88	I79Z: 59,37, I97Z: 19,22, I42A: 1,40
M31.3	Wegener-Granulomatose	4455	7,6	-15,9	6,5	21,34	8,19	47,12	0,99	39,06	49,99	9,97	I66G: 44,29, I66H: 40,92, I66B: 4,06
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes	3828	6,5	-14,0	7,1	19,80	9,54	77,82	5,38	69,46	21,79	3,37	I66G: 64,99, I66H: 22,94, I66B: 3,89
M45.0-	Spondylitis ankylosans	3088	5,3	-22,0	8,7	2,78	7,29	42,94	0,39	72,28	23,41	3,92	I66G: 70,21, I97Z: 19,88, I66H: 4,27
M31.5/6	Riesenzellarteritis (mit/ohne PMR)	4196	7,1	-16,0	8,1	8,60	6,39	67,14	0,00	9,58	60,89	29,53	I66E: 68,02, I28D: 20,88, I66H: 5,55
M35.3	Polymyalgia rheumatica (ohne Riesenzellarteritis)	5912	10,1	-14,8	7,9	5,31	9,59	54,96	0,00	13,41	59,62	26,96	I66G: 86,57, I97Z: 3,52, I66H: 3,23
-	Summe	58.740	100,0	-21,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FZ Rückgang Rückgang der Fallzahl in Bezug auf 2019, **PMR** Polymyalgia rheumatica, % Prozent der Summe der Fälle mit Indikator-HD; **VWD** mittlere arithmetische Verweildauer in Belegungstagen, **PCCL** patientenbezogener Gesamtschweregrad („patient clinical complexity level“), **DRG** „diagnose-related groups“, **Langlieger** VWD oberhalb oberer DRG-Grenzwertverweildauer

katordiagnosen auf wenige DRG. Mit den drei häufigsten DRG werden stets über 80 % der Fälle, häufig sogar mehr als 90 % der Fälle getroffen.

Das Ausmaß der Fälle mit den Indikator diagnosen, die eine RKB erhalten, schwankt wie zu erwarten deutlich (Tab. 2). Am häufigsten wird eine RKB bei der axialen Spondyloarthritis, dem FS, der Psoriasis-Arthritis und der RA durchgeführt. Über alle Indikator diagnosen hinweg wird eine RKB bei 10,9 % der Fälle durchgeführt. Bei Kollagenosen und Vaskulitiden spielt die RKB quantitativ keine große Rolle. Mit der Auswahl der Indikator diagnosen werden 80,9 % der Fälle, die eine RKB erhalten haben, identifiziert. Die Verweildauern unterscheiden sich kaum nach der HD, und die Standardabweichung der Verweildauer ist gering. Langlieger sind sehr selten. Der Anteil der Frauen, die eine RKB erhalten, ist fast durchweg höher als in der Gesamtgruppe der jeweiligen Indikator diagnose. Der SLE mit Organbeteiligung (ICD M32.1), der in der Gesamtgruppe mit 58 % am häufigsten ist, dominiert nicht mehr die Fälle mit RKB (hier stehen mit ebenfalls 58 % „sonstige Formen“ des LE [ICD M32.8] im Vordergrund). Fast alle Fälle mit RKB werden in die spezifische DRG I97Z gruppiert.

Werden die Daten aus 2020 (Tab. 3) mit den Daten aus 2019 (Tab. 1) verglichen, zeigt sich ein ausgeprägter Fallzahlrückgang von insgesamt -21,7 %. Dieser war beim FS besonders ausgeprägt. Im Gegensatz dazu war der Fallzahlrückgang bei den Kollagenosen und Vaskulitiden weniger ausgeprägt, aber dennoch beachtlich. Die Verweildauern sind tendenziell gesunken (Ausnahme GPA und SLE). Weitere qualitative Veränderungen (Normallieger, Langlieger, PCCL, Alter, Geschlechterverhältnis und DRG-Zusammensetzung) sind nicht evident. Geringere Abweichungen können auch durch die unterschiedlichen G-DRG-Systeme verursacht sein, wobei sich die Systeme 2020 und 2021 im betrachteten Bereich nur wenig unterscheiden.

Bei den Fällen, die eine RKB erhalten haben, zeigt sich ein vergleichbares Bild (Tab. 4 in Vergleich mit Tab. 2). Im Wesentlichen kam es zu einem Fallzahlrückgang, der mit 31,6 % den Rückgang bei der Gesamtgruppe von 21,7 % nochmals deutlich übertraf. Im Hinblick auf die

Tab. 4 Fälle aus dem Jahr 2020 mit Indikator Diagnosen als Hauptdiagnose (HD) und rheumatologischer Komplexbehandlung, gruppiert im aG-DRG-System 2021

HD	Text	Fälle gesamt	8-983.1/2	% aller Fälle	FZ Rück- gang (%)	VWD	PCCL > 2 (%)	Langlieger (%)	Weiblich (%)	≥ 80 Jah- re (%)
M05.-	Seropositive chronische Polyarthrit	12.092	1402	11,6	-33,0	15,1	1,57	3,85	75,39	8,63
M06.-	Sonstige chronische Polyarthrit	12.043	1085	9,0	-26,5	15,2	1,11	2,95	75,21	9,95
L40.5+	Psoriasis-Arthropathie	4460	593	13,3	-30,6	15,0	0,67	2,53	69,48	1,52
M79.70	Fibromyalgie	8666	1558	18,0	-36,2	15,0	1,22	0,51	93,13	0,96
M31.3	Wegener-Granulomatose	4455	19	0,4	-17,4	14,8	0,00	0,00	52,63	0,00
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes	3828	80	2,1	-37,0	14,6	8,75	1,25	81,25	5,00
M45.0-	Spondylitis ankylosans	3088	613	19,9	-31,6	15,0	0,82	1,14	40,46	1,14
M31.5/6	Riesenzellarteriitis (mit/ohne PMR)	4196	58	1,4	-1,7	14,5	1,72	1,72	75,86	10,34
M35.3	Polymyalgia rheumatica (ohne Riesenzellarteriitis)	5912	208	3,5	-10,3	15,0	2,40	3,37	63,46	19,71
-	Summe	58.740	5616	9,6	-31,6	-	-	-	-	-
-	Alle Fälle mit OPS 8-983.1/2	-	7014	-	-30,9	15,1	1,83	2,65	75,11	6,37
-	Anteil Selektion an allen Fällen mit OPS	-	80,1 %	-	-	-	-	-	-	-

FZ Rückgang Rückgang der Fallzahl in Bezug auf 2019, **PMR** Polymyalgia rheumatica, % Prozent der Summe der Fälle mit Indikator-HD, **VWD** mittlere arithmetische Verweildauer in Belegungstagen, **PCCL** patientenbezogener Gesamtschweregrad („patient clinical complexity level“), **DRG** „diagnose-related groups“, **Langlieger** VWD oberhalb oberer DRG-Grenzverweildauer, **OPS** Operationen- und Prozedurenschlüssel

Tab. 5 Fälle aus den Jahren 2019/2020 mit Indikator Diagnosen als Hauptdiagnose (HD) und Behandlung in der Tagesklinik oder Belegabteilung

HD	Text	Teilstationäre Fälle			Belegabteilung		
		Fälle 2019	Fälle 2020	Differenz (%)	Fälle 2019	Fälle 2020	Differenz (%)
M05.-	Seropositive chronische Polyarthrit	1015	688	-32,2	128	82	-35,9
M06.-	Sonstige chronische Polyarthrit	1222	737	-39,7	193	98	-49,2
L40.5+	Psoriasis-Arthropathie	920	523	-43,2	56	30	-46,4
M79.70	Fibromyalgie	1434	927	-35,4	33	19	-42,4
M31.3	Wegener-Granulomatose	235	177	-24,7	8	7	-12,5
M32.-	Systemischer Lupus erythematodes	425	323	-24,0	10	3	-70,0
M45.0-	Spondylitis ankylosans	652	396	-39,3	24	16	-33,3
M31.5/6	Riesenzellarteriitis (mit/ohne PMR)	75	46	-38,7	11	5	-54,5
M35.3	Polymyalgia rheumatica (ohne Riesenzellarteriitis)	211	138	-34,6	93	59	-36,6
-	Summe	6189	3955	-36,1	556	319	-42,6

Zusammensetzung der Fälle, die eine RKB erhalten haben, finden sich keine Auffälligkeiten. Auch 2020 zeigte sich eine höhere Quote an Frauen als in der Gesamtgruppe. Nur die mittleren Verweildauern sind bei fast allen Indikator Diagnosen mit RKB etwas gesunken.

Auch wenn die teilstationäre und belegärztliche Versorgung eine untergeordnete Rolle in der internistischen Rheumatologie spielt, zeigt sich auch für diese Versorgungsformen mit -36,1 % bei der teilstationären und -42,6 % bei der belegärzt-

lichen Versorgung ein deutlicher und auch stärkerer Rückgang für 2020 (■ **Tab. 5**) als in der vollstationären Versorgung in Hauptabteilungen (-21,7 %; ■ **Tab. 3**) oder sogar bei der RKB (-31,6 %; ■ **Tab. 4**).

Versorgungsstrukturen 2019

Insgesamt wurden aus den Qualitätsberichten 146 Organisationseinheiten (OE) identifiziert, die gesichert jeweils 20 oder mehr HD mit RA (ICD M05-M06) im QB berichtet haben. Diese OE be-

handelten mindestens 26.857 Fälle mit entsprechenden HD. Mitunter wurden mehrere unterschiedliche OE im selben Krankenhaus identifiziert (z. B. Rheumatologie und Rheumaorthopädie). Von den 146 OE waren 116 internistische OE, 26 chirurgische/orthopädische OE, eine kinderheilkundliche OE, 2 neurologische OE und eine ausgewiesene schmerztherapeutische OE (■ **Abb. 1**). Von den 116 internistischen OE wiesen nur 55 (47 %) einen spezifischen rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V

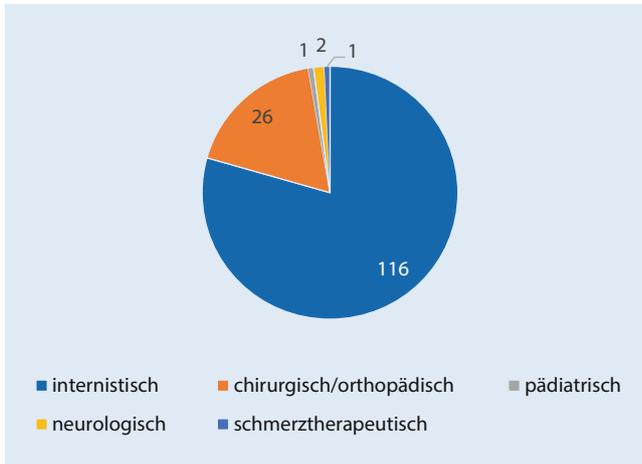


Abb. 1 ◀ Verteilung der identifizierten Organisationseinheiten (OE) mit 20 oder mehr Hauptdiagnosen (HD) mit rheumatoider Arthritis (ICD M05-M06) anhand der Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V

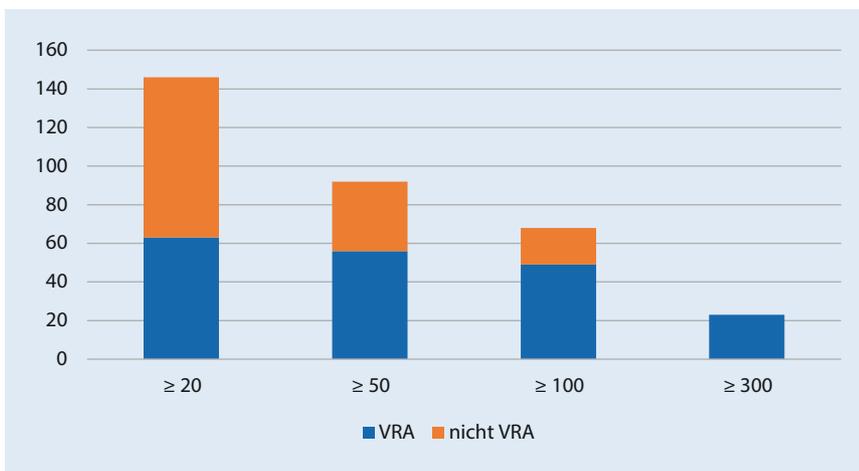


Abb. 2 ▲ Anteil der Organisationseinheiten (OE) in Krankenhäusern, die im Verband rheumatologischer Akutkliniken (VRA) organisiert sind, in Abhängigkeit von der Anzahl der Hauptdiagnosen (HD) mit rheumatoider Arthritis (RA; ICD M05-M06)

auf („0109“ oder „09xx“). Von den 26 chirurgischen/orthopädischen OE nutzten nur 4 den spezifischen Fachabteilungsschlüssel „2309“ nach § 301 SGB V (Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie).

Insgesamt 92 OE berichteten 50 oder mehr Fälle mit einer HD RA, 68 OE 100 oder mehr Fälle. Innerhalb der 146 OE schwankte der Anteil der Fälle mit einer HD aus M05-M06 zwischen 0,2 und 47,6% (eine *Ausreißer-OE* 98,2%). Der Anteil der 146 OE, deren Krankenhäuser im VRA organisiert sind, beträgt 43%, von den OE mit 50 oder mehr Fällen mit einer HD RA bereits 61% und bei 100 oder mehr Fällen 72% (Abb. 2). Alle 23 OE mit mehr als 300 Fällen mit einer HD RA sind Mitglieder im VRA, 15 davon nahmen am KOBRA-Qualitätsprojekt teil und haben für die Jahre 2019–2021 das VRA-Gütesiegel erhalten.

Für 20 OE fanden sich ambulante Versorgungsstrukturen nach § 116b SGB V, davon hatten aber 2019 erst 6 OE bereits eine Ambulanz für die neue ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV). Einen spezifischen rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V hatten 13 der 20 OE („0109“ oder „09xx“), bei 11 OE sind die Krankenhäuser Mitglieder im VRA.

Von den 116 internistischen OE haben 96 angegeben, dass mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt für „Innere Medizin und Rheumatologie“ der OE zugeordnet war. 43 (45%) dieser 96 OE nutzten keine spezifischen rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel. Sechs internistische OE mit 50 oder mehr HD RA haben keine entsprechend zugeordnete fachärztliche Kompetenz angegeben, 2 davon besaßen sogar einen spezifisch rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel. Auch 2 der

OE mit ambulanten rheumatologischen Versorgungsstrukturen nach § 116b SGB V gaben keine entsprechende Facharztkompetenz an. Individuelle Nachforschungen legen eine relevante Untererfassung dieses Merkmals im QB nahe. Von den 26 chirurgischen/orthopädischen OE haben 15 mindestens eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „orthopädische Rheumatologie“ angegeben. Insgesamt gab es unter den 116 internistischen OE 2 und unter den chirurgischen/orthopädischen OE 3 Belegabteilungen (davon eine gemischte OE). 33 der 146 OE wiesen eine tagesklinische Fallzahl von mehr als 4 Fällen auf.

Insgesamt 57 (39%) der 146 OE befanden sich an Standorten, die 2019 nicht die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach den G-BA-Regelungen [14] erfüllt haben. Von den 68 OE mit 100 oder mehr Fällen mit HD RA waren es mit 35 sogar mehr als die Hälfte.

Unter den 146 OE mit 20 oder mehr HD RA fanden sich nur 17 (12%) OE an Universitätskliniken. Werden hingegen OE mit 20 oder mehr HD SLE (ICD M32) betrachtet, befanden sich 21 (35%) der 60 OE, die identifiziert werden konnten, an Universitätskliniken. Von den 60 OE waren 54 internistische OE und 25 hatten einen spezifischen internistisch-rheumatologischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.

Von den 146 OE mit 20 oder mehr HD RA haben 47 (32%) angegeben, 2019 mehr als 10-mal eine RKB (OPS aus 8-983 oder 8-986) kodiert zu haben, 29 davon mehr als 100-mal (Abb. 3). Eine OE hatte mit 2232 RKB mehr als doppelt so viele wie die OE mit der zweithöchsten Anzahl (985 Kodierungen). Der Anteil der Kodierungen mit RKB an allen Fällen der OE lag für die 47 OE zwischen 0,3 und 84,7%, im Mittel bei 16,8% (25,5% bei den 29 OE mit mehr als 100 RKB). Von den 47 OE haben 44 OE 50 oder mehr Fälle mit der HD RA und 37 (79%) 100 oder mehr Fälle versorgt. Umgekehrt haben von den 68 OE mit 100 oder mehr Fällen mit der HD RA nur 37 (54%) mehr als 10 Kodierungen der RKB (OPS aus 8-983 oder 8-986) angegeben. Die meisten OE, die die RKB erbracht haben, waren daher auch „große Versorger“, aber nicht alle OE mit hohen Fallzahlen haben die RKB erbracht.

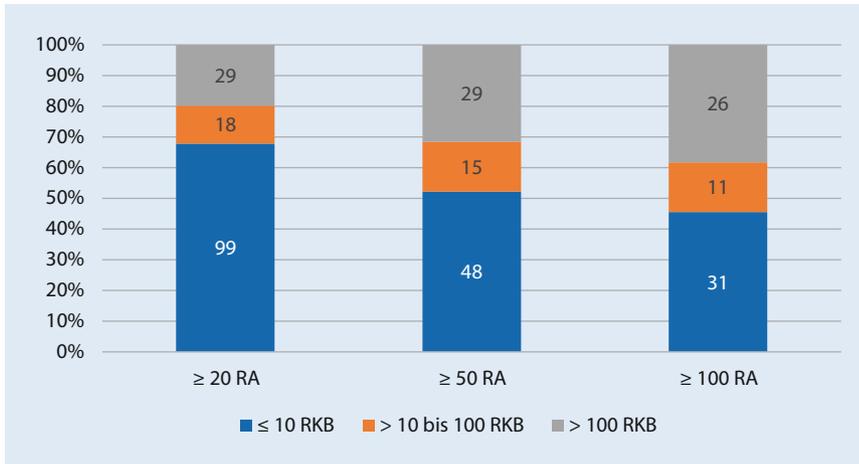


Abb. 3 ▲ Anteil und Anzahl der Organisationseinheiten, die die rheumatologische Komplexbehandlung (RKB) in bestimmten Häufigkeiten erbringen, in Abhängigkeit von der Anzahl der Hauptdiagnosen (HD) mit rheumatoider Arthritis (RA; ICD M05-M06)

In den Versorgungsdaten wurden für 2019 insgesamt 33.380 Fälle (inklusive Belegabteilungen und teilstationären Fällen) mit der HD einer RA (ICD M05-M06) ermittelt. Die Auswertung der QB zeigte, dass die identifizierten 146 OE mindestens 26.857 Fälle mit entsprechenden Hauptdiagnosen behandelt haben. Auch wenn die Fallzahlen methodisch nicht unbedingt vergleichbar sind, kann man davon ausgehen, dass über 80% der akutstationären Fälle von den identifizierten 146 OE betreut wurden. 54 der 146 OE haben Verschlüsselungen der RKB (OPS 8-983.1; 8-983.2; 8-986.1 und 8-986.2) angegeben, insgesamt mindestens 10.141 OPS (maximal 10.149 OPS, Unschärfe durch Datenschutz im QB bedingt, s. „Methoden“). Weitere 550–600 Kodierungen der RKB wurden bei 6 OE berichtet, die nicht in unsere Auswertung aufgenommen wurden (häufig OPS 8-986.1 und 8-986.2). Aus den Versorgungsdaten wurden 10.147 Fälle mit einer RKB ermittelt (nur OPS 8-983.1 und 8-983.2) und weitere 607 Fälle mit einer kinder- und jugendrheumatologischen RKB (OPS 8-986.1 und 8-986.2). Bezüglich der Versorgungsdaten scheinen die Angaben in den QB daher von hoher Qualität zu sein.

Diskussion

In der öffentlichen Diskussion wird die Rheumatologie häufig mit der RKB gleichgesetzt. Die Auswertungen der Versorgungsdaten zeigen aber deutlich, dass

das Fallkollektiv mit rheumatologischen Hauptdiagnosen sehr vielschichtig ist. Nur bei knapp über 10% der ausgewählten rheumatologischen Indikatordiagnosen wurde eine RKB kodiert. Dabei wurden seltenere rheumatologische Diagnosen und „orphan diseases“ gar nicht berücksichtigt. Insbesondere bei der Behandlung von Kollagenosen und Vaskulitiden spielt die RKB keine wesentliche Rolle in der Versorgung. Die RKB wird nur von wenigen, darauf spezialisierten Kliniken vorgenommen. Selbst in diesen Kliniken werden im Mittel nur 16,8% (> 10 RKB) bzw. 25,5% (> 100 RKB) der Fälle mit einer RKB behandelt. Die auf die RKB spezialisierten Kliniken weisen zumeist auch hohe Fallzahlen bei der Behandlung der RA auf. Es existieren aber auch viele Kliniken mit hohen Fallzahlen, die keine RKB erbringen. Für die RKB müssen spezielle Strukturen, insbesondere auch beim therapeutischen Personal, vorgehalten werden [8, 9]. Gerade Krankenhäuser der Maximal- und Supramaximalversorgung weisen eine andere Spezialisierung auf. Diese Krankenhäuser qualifizieren sich aufgrund der seitens des G-BA festgelegten Kriterien eher für Zentren nach der Zentrumregelung. Der Grad der Spezialisierung wird sich auch in der Zusammensetzung der unterschiedlichen Indikatordiagnosen im Fallspektrum bemerkbar machen. Die 24/7-Aufnahmebereitschaft, wie sie in den Strukturkriterien für die akutstationäre Rheumatologie gefordert [15, 16] und von den meisten akutstationären Rheu-

makliniken erfüllt wird, führt nicht alleine zu einer Einstufung in die Notfallstufen des G-BA, von denen wiederum finanzielle Kompensationen abhängig sind. Eine Refinanzierung der 24/7-Aufnahmebereitschaft in der akutstationären Rheumatologie ist damit erschwert. Besonders betroffen sind spezialisierte Fachkliniken, die weniger andere Fachabteilungen am selben Standort betreiben.

Die Fallzahlen der Versorgungsanalyse aus dem InEK-Browser für 2019 entsprechen in etwa den Ergebnissen eines vom VRA 2015 in Auftrag gegebenen Gutachtens [2]. Allerdings haben die Gutachter, vermutlich um die damals verfügbaren Datenquellen nutzen zu können, eine teilweise größere Aufteilung in Diagnosegruppen (ICD-Dreisteller) vorgenommen, die in stärkerem Maße auch nicht rheumatologisch zu behandelnde Diagnosen umfassen. In Anbetracht der Tatsache, dass auch hochspezialisierte Fachabteilungen für Rheumatologie teilweise keinen spezifischen Fachabteilungsschlüssel nutzen, lässt sich keine qualifizierte Aussage dazu machen, welcher Anteil der identifizierten Fälle besser in einer spezialisierten Versorgungsstruktur hätte behandelt werden sollen.

Eine retrospektive Auswertung von Versorgungsdaten lässt keine Aussagen zu Kausalitäten zu. Trotzdem kann an mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der beobachtete dramatische Fallzahlrückgang zwischen 2019 und 2020 durch die Corona-Pandemie und die durch die Gesundheitspolitik getroffenen Maßnahmen ausgelöst wurde. Unterstützt wird diese Hypothese durch die Tatsache, dass der Fallzahlrückgang bei den Kollagenosen und Vaskulitiden geringer und bei dem FS, der RKB sowie in der tagesklinischen und belegärztlichen Versorgung höher ausfiel. Erstaunlich ist jedoch, dass die gewählten Kennzahlen, die einen Hinweis auf die Krankheitsschwere geben könnten (Verweildauer, PCCL, Langliegeranteil, Alter), keine auffälligen Veränderungen zwischen den Datenjahren aufweisen. Der vielfach berichtete Eindruck, dass während der Corona-Pandemie im Mittel schwerer Erkrankte in den Krankenhäusern behandelt wurden, erscheint zwar plausibel, lässt sich aber mit den erhobenen Daten nicht belegen.

Dies könnte auch daran liegen, dass in den Abrechnungsdaten spezifische Attribute zur Abbildung der Krankheitsschwere in der Rheumatologie, wie beispielsweise Krankheits-/Entzündungsaktivität oder Funktionseinschränkungen fehlen. Bemerkenswert ist, dass der Fallzahlrückgang in der Rheumatologie deutlich über den Fallzahlrückgängen in anderen medizinischen Bereichen lag. So berichten Busse und Nimptsch [4] von Fallzahlrückgängen von nur jeweils 13 % im DRG und im PEPP-Bereich (psychiatrische und psychosomatische Versorgung). Auch bei Herzinfarkten und Schlaganfällen ging die Fallzahl zwischen 2019 und 2020 zurück, allerdings nur um 8 %. Hüftprothesen-Erstimplantationen gingen jedoch um 25 % zurück. Busse und Nimptsch stellen die Hypothese auf, dass das Inanspruchnahmeverhalten eine größere Rolle gespielt hätte als die aktive Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser selbst. Spannend und existenziell für viele rheumatologische Kliniken ist die Frage, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß nach Überwindung der Corona-Pandemie die Fallzahlen wieder steigen. Ohne Budgetausgleiche, die sich am Versorgungsvolumen 2019 orientieren, können Versorgungskapazitäten, die nicht mehr in Anspruch genommen werden, nicht dauerhaft aufrechterhalten werden.

Welche Veränderungen ohne die Corona-Pandemie aufgetreten wären, lässt sich schwer einschätzen. Durch solch ein disruptives Ereignis werden diskretere Veränderungen überlagert. Da die Daten des neuen InEK-Datenbrowsers ebenfalls der Corona-Pandemie (§ 21 Abs. 3b KHEntG, vormals § 24 Abs. 2 KHG) zu verdanken sind, stehen nur Daten seit 2019 zur Auswertung zur Verfügung. Eine längere Trendbeschreibung ist daher noch nicht möglich.

Die Angaben zur fachärztlichen Ausstattung in den QB deuten darauf hin, dass Untererfassungen vorliegen. Auch wenn keine gezielte Überprüfung der Angaben stattfindet und keine direkten Konsequenzen bei Untererfassungen drohen, sollten Krankenhäuser von sich aus darauf achten, ihre Kompetenz nicht herunterzuspielen. Versorgungsforscher und zunehmend auch Kostenträger nutzen die öffentlich zugänglichen Angaben. So werden Angaben aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. Kodierung von Komplexkodes und Anga-

ben im Qualitätsbericht) abgeglichen und Krankenhäuser mit den Widersprüchen in ihren eigenen Angaben konfrontiert.

Trotz noch optimierbarer Quellen zur Struktur der akutstationären Versorgung bieten die bereits verfügbaren Daten und der hier beschriebene methodische Ansatz der Analyse eine gute Basis für eine von nun an kontinuierliche Beobachtung der akutstationären Versorgung in der Rheumatologie.

Fazit für die Praxis

- **Jährliche Datenanalysen sind hilfreich und wertvoll für fachliche, strukturelle und organisatorische Weiterentwicklungen in der akutstationären Rheumatologie.**
- **Die rheumatologische Komplexbehandlung ist nur eine Form der Spezialisierung.**
- **Versorgungsstrukturen mit hohen Fallzahlen der rheumatoiden Arthritis (RA) sind mehrheitlich im Verband rheumatologischer Akutkliniken (VRA) organisiert; viele davon nehmen am KOBRA-Qualitätsprojekt teil und tragen das VRA-Gütesiegel.**
- **Wie viele Fälle mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen noch in nichtspezialisierten Strukturen behandelt werden, kann mit den verfügbaren Daten nicht beantwortet werden.**
- **In der Corona-Pandemie kam es zu erheblichen Rückgängen der Fallzahlen bei klassischen rheumatologischen Diagnosen, ohne eine qualitative Veränderung im Fallkollektiv. Überproportional stark betroffen war die rheumatologische Komplexbehandlung.**
- **Informationsgehalt und Qualität der strukturierten Qualitätsberichte können noch verbessert werden.**

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Fiori
DRG-Research-Group, Roeder & Partner Ärzte PartG
Am Dorn 10, 48308 Senden, Deutschland
wolfgang.fiori@roederpartner.de

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Universitätsklinik für Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden, Deutschland
heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W. Fiori gibt folgende Interessenskonflikte an: Hauptberuflich Berater für eine

Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen, unter anderem Beratung des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. H.-J. Lakomek gibt folgende Interessenskonflikte an: Geschäftsführer des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V. J. Strunk gibt folgende Interessenskonflikte an: Vorstandsvorsitzender des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V. A. Klemann gibt folgende Interessenskonflikte an: Mitglied des Vorstands des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V.

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. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2021) Rheuma in Zahlen. Betroffene Menschen in Deutschland. <https://dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Daten-und-Fakten/Rheuma-in-Zahlen.html>. Zugegriffen: 3. Dez. 2021
2. Jünkeres H, Schlüter RG (2015) Analyse der akutstationären medizinischen Leistungsdaten Rheumatologischer Krankheitsbilder. Jünkeres & Schlüter, Düsseldorf
3. Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek H-J, Mau W, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Specker C, Schneider M (2017) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Kommission Versorgungsqualität der DGRh. Z Rheumatol 76:195–207. <https://doi.org/10.1007/s00393-017-0297-1>
4. Busse R, Nimptsch U (2021) Bettenauslastung auf Rekordtief. Dtsch Arztebl 118(41):A1852–A1853 (<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=221559>)
5. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP) vom 24.11.2021. <https://www.spd.de/koalitionsvertrag2021/>. Zugegriffen: 03.12.2021
6. Roeder N, May P-J, Kösters RR, Fiori W (2021) Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung. Krankenhaus 10:873–892
7. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) <https://datenbrowser.inek.org>. Zugegriffen: 03.12.2021
8. Lakomek H-J, Fiori W, Buscham K, Hülsemann JL, Köneke N, Liman W, Märker-Hermann E, Roeder N (2005) Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8-983) – Herausforderungen, Lösungen und Perspektiven. Z Rheumatol 64:557–563
9. Lakomek H-J, Fiori W, Buscham K, Hülsemann JL, Köneke N, Liman W, Märker-Hermann E, Roeder N (2006) Zunehmend sachgerechtere Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-Fallpauschalensystem. Z Rheumatol 65:46–51
10. Gemeinsamer Bundesausschuss Qualitätsberichte der Krankenhäuser. <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>. Zugegriffen: 03.12.2021
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, Roeder N (2014) „KOBRA-Qualitätsprojekt“ – Verleihung eines Gütesiegels an Einrichtungen der

- akut-stationären Rheumatologie. Krankenhaus 10:914–923
12. Lakomek H-J, Rudwaleit M, Hentschel A, Broge B, Abrolat J, Bessler F, Hellmich B, Klemann A, Krause A, Klass A, Strunk J, Fiori W, Roeder N, Braun J (2021) Qualität in der akutstationären Rheumatologie 2021. Aktuelle Aspekte zum KOBRA-Qualitätslabel des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA e.V.). *Z Rheumatol* 80:758–770. <https://doi.org/10.1007/s00393-021-01015-1>
 13. Verband rheumatologischer Akutkliniken e.V. Zertifizierte KOBRA-Kliniken. https://vraev.de/schwerpunkte/tbl_zert_kliniken_2021.htm. Zugegriffen: 3. Dez. 2021
 14. Gemeinsamer Bundesausschuss Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/>. Zugegriffen: 03.12.2021
 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. 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 akutstationären Rheumatologie – ein zukunftsweisendes Projekt. *Z Rheumatol* 70(7):615–619

Rheumatologic inpatient treatment—more than a complex treatment. Data reflecting services and structures

To review and be prepared for upcoming reforms, data from the InEK (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*, institute for remuneration in hospitals) data browser and the structured quality reports for inpatient rheumatologic treatment were evaluated. Rheumatologic treatment is very diversified, both in terms of diagnoses and structures. Different specializations can be identified. Rheumatologic complex treatment (RCT) is just one of these and is performed on average in just over 10% of cases. In 2020, cases for selected rheumatological diagnoses decreased by more than 20% compared to 2019. For RCT, the decline was even more pronounced with more than 30%. Evidence of higher disease severity could not be found in the available data. It remains to be seen whether the pre-Corona caseload will be regained in the coming years. In all, 146 organizational departments with more than 20 principal diagnoses of rheumatoid arthritis (RA) were identified in 2019. Forty-seven (32%) of these coded RCT more than ten times, and 29 (20%) more than one hundred times. All 23 departments with more than 300 principle diagnoses of RA are members of the Association of Rheumatological Acute Care Hospitals (*Verband rheumatologischer Akutkliniken*, VRA), 15 of which participated in the KOBRA quality project and carry the VRA seal of approval. Of the 116 internal medicine departments, only 55 (47%) use a specific specialty code for a rheumatology department according to Article 301 SGB V (social insurance code). Information on specialist staffing was partly contradictory. How many cases with inflammatory rheumatic diseases are treated in specialized departments cannot be answered with the available data. Nevertheless, the available data can be used for specialist, structural, and organizational developments in acute inpatient rheumatology.

Keywords

Inpatient rheumatologic diagnoses · Health care data · Quality records · Specialists · Coronavirus pandemic