



Struktur des Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihre Schwerpunkte

**Survey Innere Medizin der Kommission
„Struktur-Krankenhausversorgung“ der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.**

Hendrik Lehnert

Vorsitzender der Kommission 2003 - 2008
„Struktur-Krankenhausversorgung der DGIM“



Inhaltsverzeichnis

1. Grundsätzliche Zielsetzung des Projektes	S. 1
2. Übersicht über die stationäre Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland	S. 2
3. Übersicht über die Situation der Inneren Medizin in der stationären Versorgung	S. 3
4. Regionale Strukturmerkmale der Inneren Medizin	S. 5
5. Struktur der Survey-Gruppe	S. 5
6. Strukturelle Merkmale der Schwerpunktbildung an den Universitätskliniken	S. 7
7. Zusammenfassung	S. 7
8. Grenzen der Evaluation und Ausblick	S. 8

Survey Innere Medizin der Kommission „Struktur-Krankenhausversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.

Hendrik Lehnert

Vorsitzender der Kommission „Struktur-Krankenhausversorgung der DGIM“

1. Grundsätzliche Zielsetzung des Projektes

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen wenige verwertbare Daten zur Struktur des stationären Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte vor. Angaben darüber, in welchem Umfang Schwerpunkte (Teilgebiete) der Inneren Medizin in Universitätskliniken, akademischen Lehrkrankenhäusern aber auch in weiteren stationären Einrichtungen vorhanden sind, fehlen nahezu völlig. Dies ist zum Teil auch Ausdruck der Tatsache, dass die Krankenhausplanungen der Länder nahezu reine Kapazitäts-, aber keine Leistungsmengenplanungen sind. Mit Ausnahme der Bundesländer Bremen, Nordrhein-Westfalen und Saarland werden die Krankenhausplanungen der Länder den Krankenhäusern überlassen; dies beinhaltet eben auch die Auswahl der internistischen Schwerpunkte. Geht man im Idealfall von selbstregulierenden Kräften aus, könnte dies eine gleichmäßige und – bezogen auf die Größe der zu versorgenden Population – auch eine angemessene Versorgung bedeuten. Die Praxis zeigt aber, dass insbesondere in Krankenhäusern, die nicht den Status einer Universitätsklinik oder eines Lehrkrankenhauses besitzen, das Versorgungsangebot von einer

angemessenen Repräsentanz aller Schwerpunkte deutlich entfernt ist.

Ziel dieses Projektes war es daher, zunächst eine grundsätzliche Übersicht über die Vertretung der Inneren Medizin in den bundesdeutschen Krankenhäusern, auch im Vergleich mit anderen Fachrichtungen, zu erhalten und den Versorgungsgrad durch die acht Schwerpunkte der Inneren Medizin (in alphabetischer Reihenfolge: Angiologie, Diabetologie/ Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie/ Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie) zu erfassen. Diese Schwerpunktverteilung sollte dann noch einmal spezifischer für Universitätskliniken und akademische Lehrkrankenhäuser dargestellt werden. Darüber hinaus war auch zu erfassen, wie viele der Fälle, die einem Schwerpunkt zugeordnet werden können, in den Krankenhäusern der Survey-Gruppe (Universitätskliniken, Lehrkrankenhäuser) beziehungsweise in den weiteren stationären Einrichtungen versorgt werden.

Die Ergebnisse dieser Erhebung sollen vor allem der proaktiven Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Innere

Medizin in der politischen und medizinischen Diskussion sowie in der Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder dienen. Dies beinhaltet auch, dass idealerweise dieses und auch zukünftiges Datenmaterial dazu beiträgt, konkrete Vorschläge zur adäquaten internistischen Versorgung, insbesondere der Repräsentanz der Schwerpunkte in den stationären Einrichtungen, zu machen.

Die Angaben entstammen überwiegend den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie den Berichten des statistischen Bundesamtes; das Datenmaterial bezieht sich hier überwiegend auf die Jahre 2004 und 2005. Aktuellere Qualitätsberichte aus dem Jahres 2006 waren zu dem Zeitpunkt des Projektabschlusses noch nicht vollständig verfügbar; es kann aber davon ausgegangen werden, dass seit diesem Zeitpunkt nur eine geringfügige Verschiebung erfolgt ist. Die Erhebung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Harrison Consulting GmbH, der an dieser Stelle sehr herzlich zu danken ist.

2. Übersicht über die stationäre Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Die hier erfassten 3.460 stationären Einrichtungen in Deutschland sind zu etwa einem Drittel Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und zu ca. zwei Dritteln Akutkrankenhäuser (Abb. 1). Innerhalb der Akutkrankenhäuser sind derzeit 1.648 allgemeine Krankenhäuser (inklusive der Universitätskliniken) ausgewiesen.

Erhebliche Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Auslastung dieser Krankenhäuser (Abb.2). Die Bettenauslastung lag im Schnitt bei 75,5%, die Auslastung ist eindeutig am höchsten in neurologisch-psychiatrischen Fachkliniken, die größten „freien Kapazitäten“ fanden sich im Bereich der Belegkrankenhäuser.

In etwa 1.460 von 2.166 Krankenhäusern der Akutversorgung besteht eine internistische Fachabteilung, die Innere Medizin ist also hier zu zwei Dritteln in der stationären Versorgung repräsentiert. Dabei ist die Innere Medizin die mit Abstand größte Fachrichtung in der stationären Versorgung (Abb. 3). Innerhalb dieser werden über 37% aller stationären Fälle behandelt, sie verfügt über annähernd 33% aller Betten und beschäftigt dabei über gut über ein Fünftel aller stationären Fachärzte.

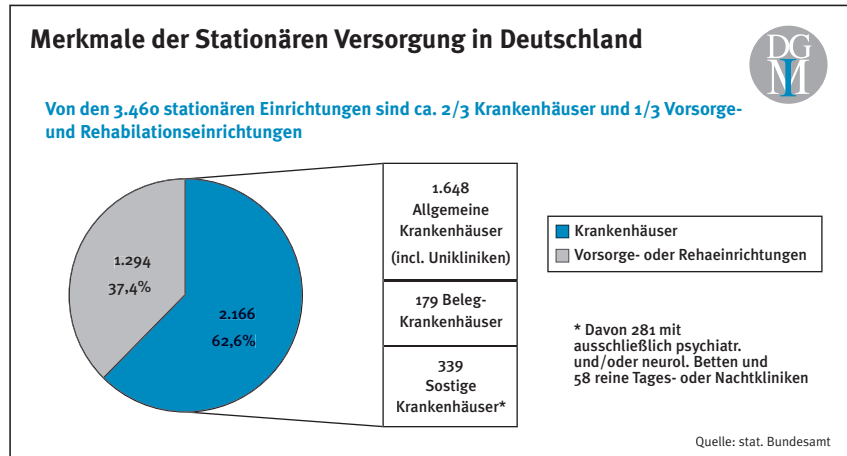


Abb. 1

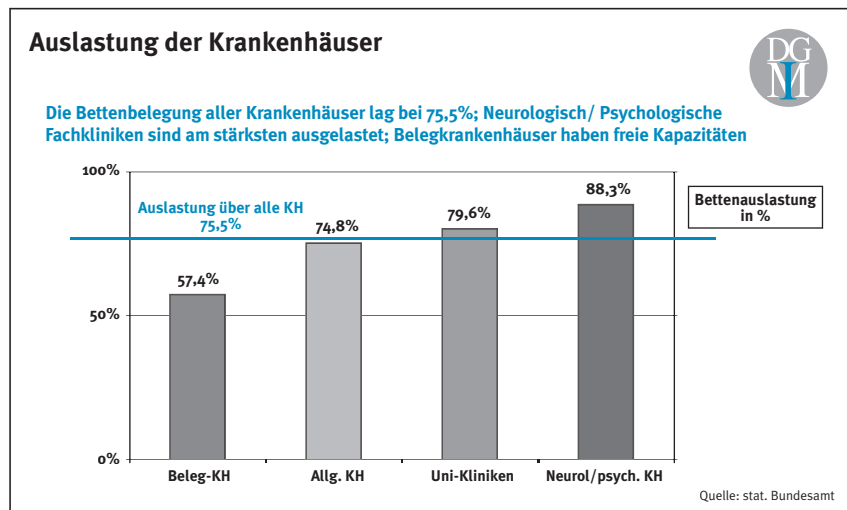


Abb. 2

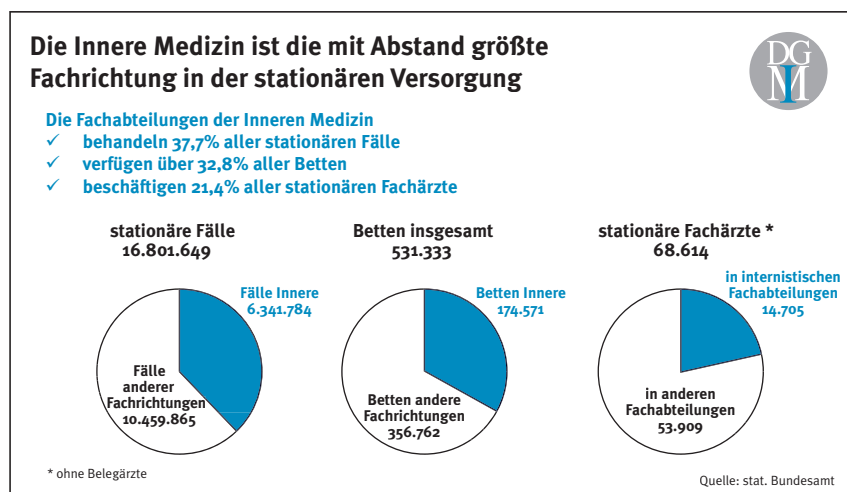


Abb. 3

3. Übersicht über die Situation der Inneren Medizin in der stationären Versorgung

Soweit aus den Datenangaben des Statistischen Bundesamtes herauslesbar, sind 2.510 internistische Fachabteilungen in diesen 1.460 Krankenhäusern ausgewiesen (Abb. 4). Die Angaben des Statistischen Bundesamtes von 2005 weisen 43% oder 1.073 aller internistischen Fachabteilungen als Schwerpunktabteilungen, 1.437 (oder 57%) als nicht eine Schwerpunktbezeichnung tragend aus (Allgemeine Innere Medizin).

Ein wesentliches Ergebnis darüber hinaus ist es, dass bei Zuteilung der tatsächlichen Betten zu einem spezifischen Schwerpunkt, die Mehrzahl der internistischen Betten, nämlich circa zwei Drittel, nicht einem spezifischen Schwerpunkt zugeordnet werden können. Dies bedeutet natürlich keineswegs, dass innerhalb der Allgemeinen Inneren Medizin keine „Schwerpunktmedizin“ betrieben wird; auch ist natürlich die Allgemeine Innere Medizin nicht immer scharf definiert. Angesichts der aktuellen Diskussion über ihre Bedeutung sind diese Daten aber von höchster Relevanz und veranschaulichen, dass die Allgemeine Innere Medizin an Krankenhäusern ihren hohen Stellenwert hat. Erfahrungsgemäß sind es ja gerade multimorbide Patienten, deren Erkrankungen sich nicht eben einem Schwerpunkt zuordnen lassen, sondern deren Probleme häufig gemeinsam auftretende Stoffwechsel- und Gefäßprobleme oder auch Infektionserkrankungen sind. Unstrittig

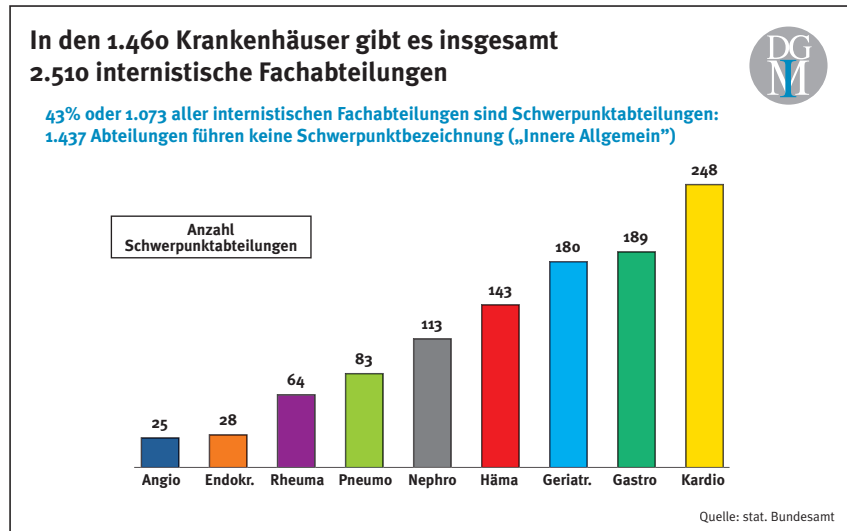


Abb. 4

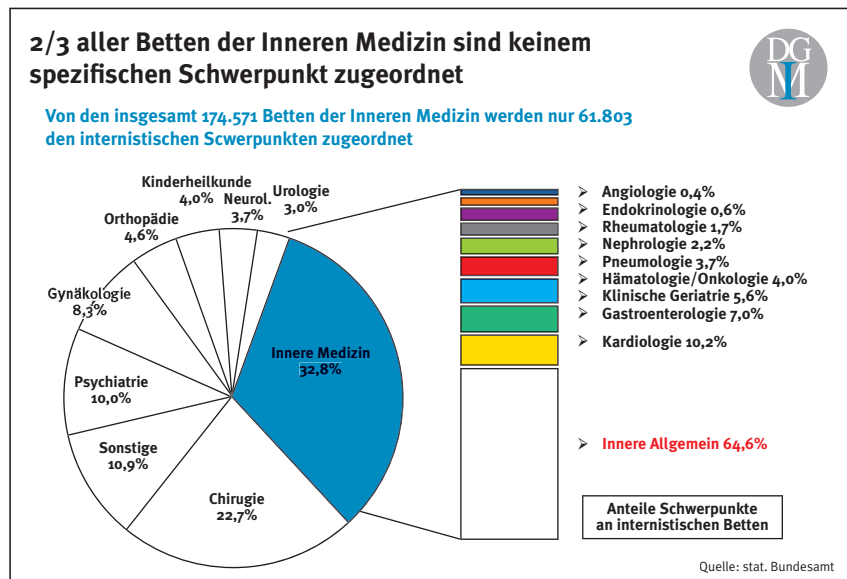


Abb. 5

ist allerdings auch, dass sich diese Verteilung in den kommenden Jahren in erheblichem Maße ändern wird. Dies wird zum Beispiel Ausdruck des wachsenden Anteils an geriatrischen Patienten oder auch onkologischen

Patienten sein (Abb. 5). Die Verteilung der Schwerpunkte der Allgemeinen Inneren Medizin auf die in Deutschland erfassten Fälle verhält sich weitgehend proportional zu der Verteilung auf die vorhandenen Betten.

Hier lassen sich laut der Angaben des Statistischen Bundesamtes der Allgemeinen Inneren Medizin 61,3% der Fälle zuordnen (Abb. 6)

Die aktuellen Verweildauerdaten der Inneren Medizin im Vergleich zu den anderen Fachdisziplinen aber auch innerhalb der Inneren Medizin verteilt auf die einzelnen Schwerpunkte sind in den Abbildungen 7 und 8 dargestellt.

Die Bettenauslastung der Inneren Medizin ist dabei insgesamt höher als die Belegung der Krankenhäuser insgesamt; sie liegt mit im Schnitt 78% über der Gesamtauslastung aller Krankenhäuser (75,5%). Innerhalb der Schwerpunkte fällt auf, dass die Bettenauslastung nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes in der Rheumatologie, Endokrinologie, Angiologie und Nephrologie geringfügig unterhalb dieses Schnittes liegt, relativ am höchsten ist die Auslastung in den Bereichen Hämatologie (82%), Kardiologie (84%), vor allem aber der Geriatrie mit 91,7%.

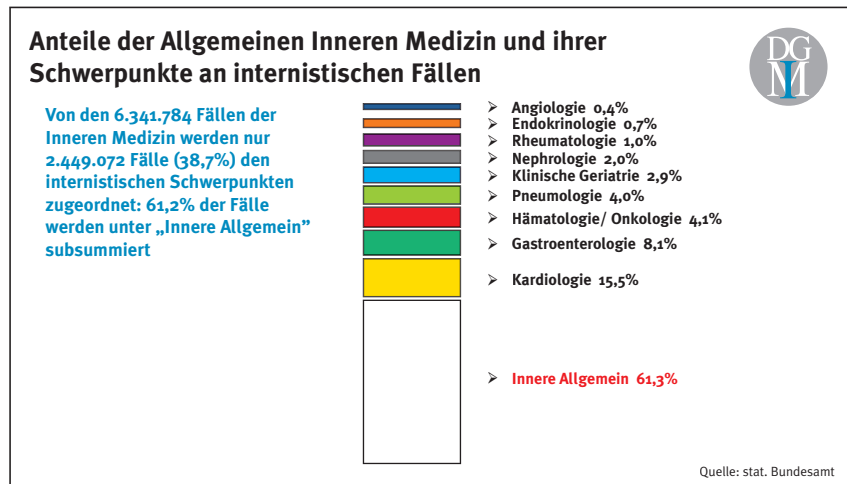


Abb. 6

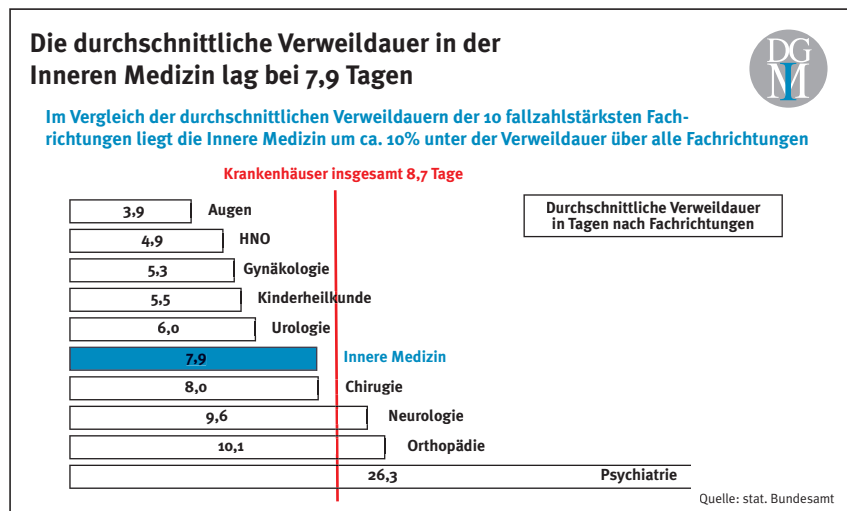


Abb. 7

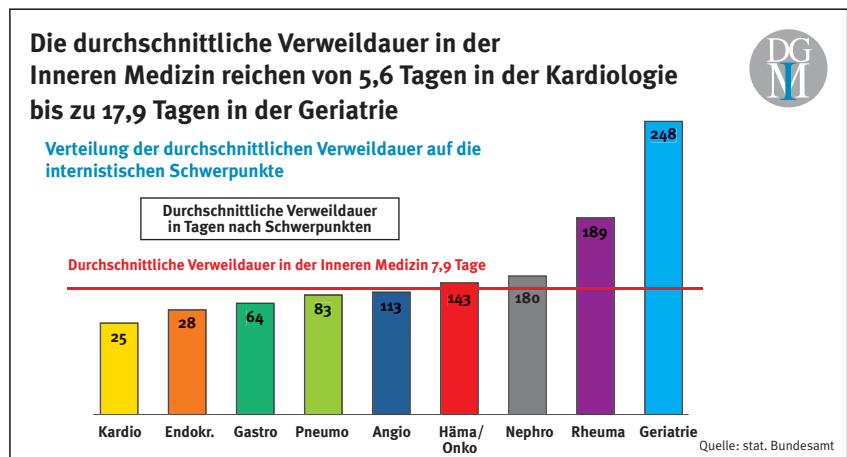


Abb. 8

4. Regionale Strukturmerkmale der Inneren Medizin

Innerhalb von Deutschland sind die internistischen Fälle weitestgehend proportional zur Bevölkerungsdichte auf die Länder verteilt; von insgesamt 6,34 Mio. erfassten internistischen Fällen wurden entsprechend die meisten in Nordrhein-Westfalen, die wenigsten in Bremen gesehen (Abb. 9).

5. Struktur der Survey-Gruppe

Die Survey-Gruppe im engeren Sinne umfasste 467 Krankenhäuser, darunter 25 Fachkliniken ohne Innere Medizin (überwiegend psychiatrisch-neurologische Krankenhäuser), sowie 35 Universitätskliniken. Die durchschnittliche Anzahl der Betten je Krankenhaus weist – wie erwartet – erhebliche Unterschiede auf zwischen Universitätskliniken, akademischen Lehrkrankenhäusern und den weiteren stationären Einrichtungen auf; die durchschnittliche Bettenzahl liegt in den Universitätskliniken bei 1.494, die durchschnittliche Anzahl von Fällen je Universitätsklinik bei rund 55.700, in den akademischen Lehrkrankenhäusern sind es durchschnittlich 509 Betten bei circa 17.200 Fällen je Krankenhaus, in den weiteren Krankenhäusern sind es 152 Betten und circa 4.340 Fälle pro Krankenhaus. Innere Medizin wird sowohl ausweislich der Betten (45%) wie auch der Fälle (46%) damit überwiegend in den Häusern der Survey-Gruppe repräsentiert. Die internistischen Fachärzte verteilen sich zu sogar 55% auf

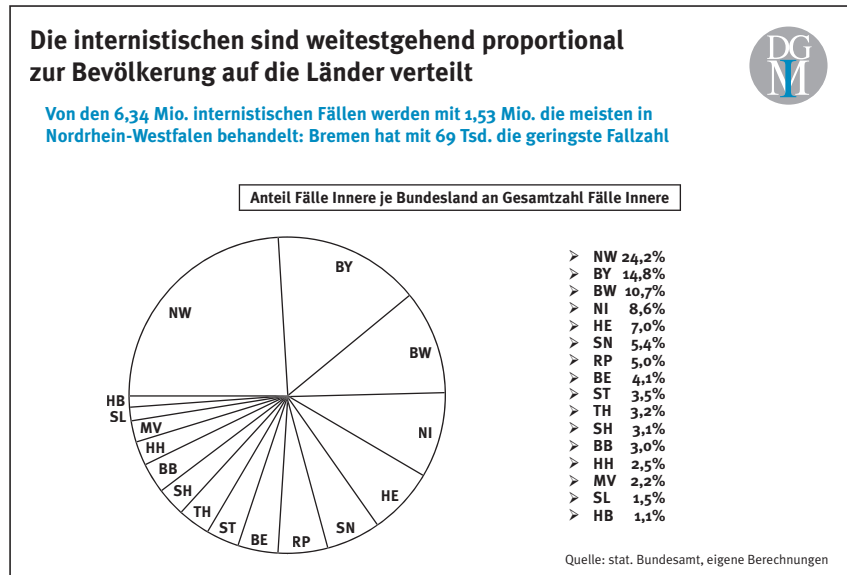


Abb. 9

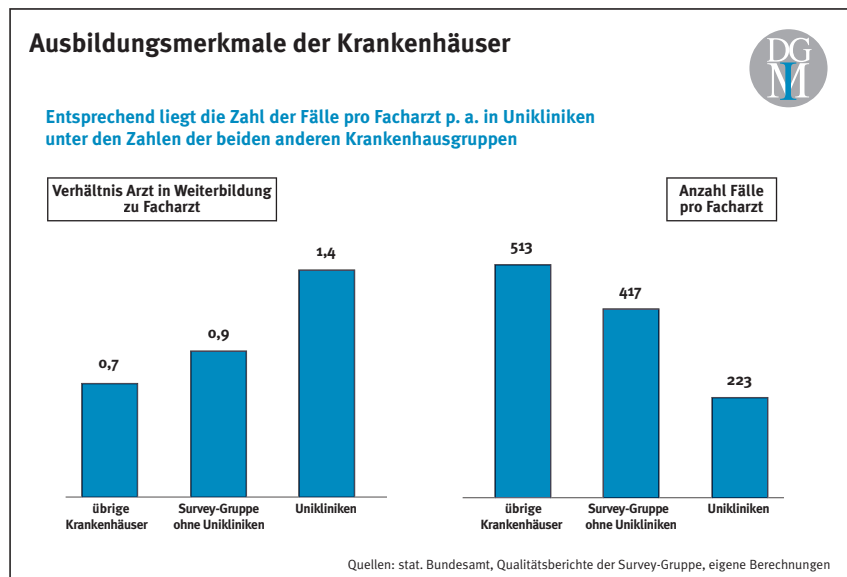


Abb. 10

die Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser. Dies wird auch durch die Ausbildungsstruktur reflektiert; das Verhältnis von Ärzten in Weiterbildung

zu Fachärzten ist entsprechend am höchsten in den Universitätskliniken, dagegen ist die Anzahl der Fälle pro Facharzt niedriger (Abb. 10).

Je nach Bundesland werden durch die Krankenhäuser der Survey-Gruppe (Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser) 44% - 87% aller Fälle der stationären Versorgung repräsentiert (Abb. 11).

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser in dieser Survey-Gruppe weisen ein außerordentlich heterogenes Verteilungsmuster der Schwerpunkte der Inneren Medizin auf. Zumindest ausweislich dieser Berichte, die nicht notwendigerweise den realen Versorgungsgrad reflektieren, weisen die Schwerpunkte folgende Anzahl der

Abteilungen auf: Angiologie 8, Rheumatologie 18, Endokrinologie 30, Geriatrie 37, Pneumologie 41, Nephrologie 77, Hämatologie 99, Gastroenterologie 133 und Kardiologie 151. De facto werden der Allgemeinen Inneren Medizin 333 Schwerpunktabteilungen zugeordnet (auch wenn dies in der Versorgungsrealität so sicher zu hoch ist).

Die Survey-Gruppe repräsentiert, je nach Bundesland, 44-87% aller Fälle der stationären Versorgung

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Surveygr.	Anteil Surveygr.	Betten	Betten Surveygr.	Anteil Surveygr.	Fälle	Fälle Surveygr.	Anteil Surveygr.
Baden-Württemberg	316	63	20%	62.387	37.680	60%	1.843.307	1.306.984	71%
Bayern	387	67	17%	79.674	38.790	49%	2.466.558	1.403.250	57%
Berlin	71	25	35%	20.531	13.234	64%	684.027	452.641	66%
Brandenburg	47	14	30%	15.534	7.047	45%	491.631	247.853	50%
Bremen	14	8	57%	5.877	4.403	75%	190.933	166.686	87%
Hamburg	47	16	34%	11.848	10.856	92%	392.057	329.587	84%
Hessen	172	31	18%	37.059	18.849	51%	1.136.401	664.809	59%
Mecklenburg-Vorp.	34	12	35%	10.390	7.069	68%	371.266	259.787	70%
Niedersachsen	206	55	27%	45.518	24.529	54%	1.429.318	910.510	64%
Nordrhein-Westfalen	456	81	18%	130.489	50.856	39%	3.804.925	1.708.620	45%
Rheinland-Pfalz	98	16	16%	25.780	10.111	39%	781.904	340.379	44%
Saarland	26	7	27%	7.351	3.865	53%	258.958	147.467	57%
Sachsen	86	20	23%	28.507	13.604	48%	868.638	451.271	52%
Sachsen-Anhalt	51	18	35%	17.332	13.107	76%	545.528	355.861	65%
Schleswig-Holstein	105	22	21%	16.297	9.788	60%	509.568	371.824	73%
Thüringen	50	12	24%	16.759	8.478	51%	508.727	298.163	59%
Summe	2.166	467	22%	531.333	272.266	51%	16.283.746	9.415.692	58%

Quellen: stat. Bundesamt, Qualitätsberichte der Survey-Gruppe, eigene Berechnungen

Abb. 11

6. Strukturelle Merkmale der Schwerpunktbildung an den Universitätskliniken

Die 35 erfassten Universitätskliniken repräsentieren 2% aller Krankenhäuser, stellen 10% aller Betten, behandeln 12% aller stationären Fälle und beschäftigen 16% aller Fachärzte und circa 25% aller Ärzte in Weiterbildung. Interessanterweise ist die Innere Medizin in Universitätskliniken im Vergleich zu den bundesweiten Zahlen eher unterrepräsentiert; hier werden 26% der stationären Fälle und 23% der Betten zugeordnet. Bundesweit liegen diese Zahlen bei 38% (Fälle) beziehungsweise 33% (Betten). Soweit dem Statistischen Bundesamt und den Qualitätsberichten der Universitätskliniken zu entnehmen, sind 82% der Betten und 83% der Fälle den internistischen Schwerpunkten zugeordnet. Ein eindeutiger und auch für die Analyse der Daten sehr wichtiger Trend ist der, dass einzelne Schwerpunkte – und hier vor allem Endokrinologie, Nephrologie und Hämatologie/Onkologie – in besonders hohem Maße an den Universitätskliniken repräsentiert sind (Abb. 12). Mit anderen Worten, möglicherweise aufgrund der zum Teil hohen Komplexität der Krankheitsbilder und insgesamt auch geringeren Zahl der diesen Schwerpunkten zugeordneten Fachärzte findet in einigen Bereichen schwerpunktmäßig die Versorgung an Universitätskliniken, aber auch an akademischen Lehrkrankenhäusern statt. Es ist vice versa eine sehr bedeutende Frage, welchen Einfluss dieses auf die Versorgung in der Inneren Medizin in den Krankenhäusern besitzt, die nicht diesen beiden Klinikformen angehören.

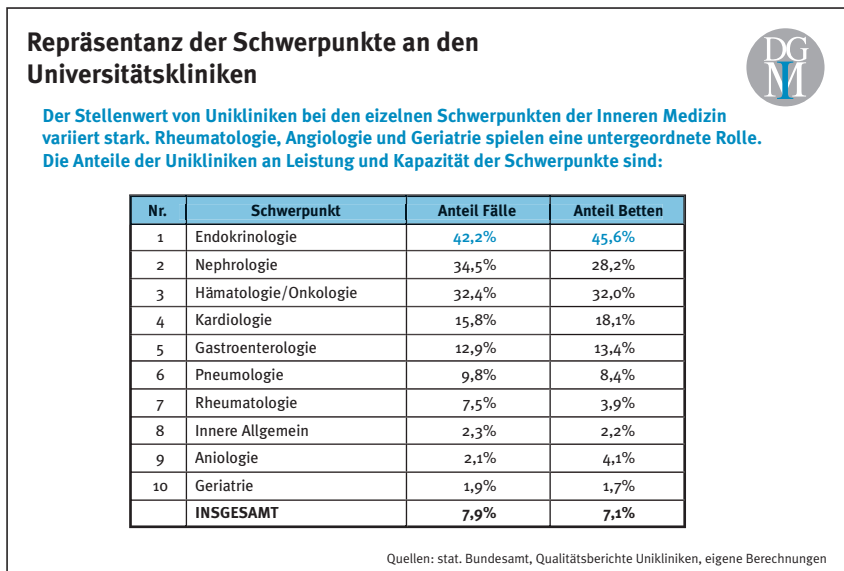


Abb. 12

7. Zusammenfassung

Die bundesweite Erhebung zeigt, dass die Innere Medizin die mit Abstand größte Fachrichtung in der stationären Versorgung ist; auf die 2.510 Fachabteilungen entfallen 38% aller stationären Fälle. Dabei betreut jeder Internist circa 1,8mal mehr Patienten als die Ärzte der übrigen Fachgebiete. Eine hohe Bedeutung in der bundesweiten internistischen Versorgung besitzt die „Allgemeine Innere Medizin“; dies unterstreicht aus Sicht der Autoren noch einmal die fundierte und breite Ausbildung im gesamten Fach.

Die Abschätzung der regionalen Dimensionierung der internistischen Schwerpunkte im bundesweiten Vergleich ist außerordentlich schwierig; wie eingangs erwähnt, werden nur in den Bundes-

ländern Bremen, Nordrhein-Westfalen und Saarland die internistischen Schwerpunkte auch explizit geplant. Die Analyse dieser Daten zeigt daher auch, dass eine aktivere Diskussion von Krankenhausplänen unter der Berücksichtigung der Verteilung der Schwerpunkte eine hoch bedeutsame Aufgabe ist.

Die Analyse für die Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern macht deutlich, dass einzelne Schwerpunkte (Endokrinologie, Nephrologie, Hämatologie/Onkologie) die Mehrzahl ihrer Fälle dort betreuen, andere Fächer, zum Beispiel Rheumatologie, Geriatrie und hier die Allgemeine Innere Medizin sind dort eher unterrepräsentiert. Dies hat in hohem Maße auch mit historisch gewachsenen Strukturen zu tun.

8. Grenzen der Evaluation und Ausblick

Bei der Datenanalyse mussten eine Reihe von Verzerrungen toleriert werden, die bei dem Studium der Qualitätsberichte oder der Daten des Statistischen Bundesamtes unvermeidlich waren. Ein wesentliches Problem ist zum Beispiel, dass Abteilungen häufig unter einem „dominierenden“ Schwerpunkt weitere Schwerpunkte zusammenfassen. Ferner ist nicht im Detail bekannt, welche spezifischen Fälle unter der Allgemeinen Inneren Medizin, unter der ja über 60% aller internistischen Fälle ausgewiesen werden, zusammengefasst sind. Ein weiteres Problem ist sicher der Umbruch bei wesentlichen Parametern; seit der erfolgten Umstellung der Vergütung der medizinischen Leistungen auf Fallpauschalen (DRGs) wird jeder Fall nach seiner Schwere und Komplexität bewertet und letztendlich bezahlt (Stichwort: Case-Mix und Case-Mix-Index). Da nur wenige Kliniken hierzu freiwillig Angaben gemacht haben, mussten diese essenziellen Daten in der Analyse unberücksichtigt bleiben. Für eine tatsächliche Erhebung der möglichen Über- oder Unterversorgung in einzelnen Schwerpunkten der Inneren Medizin bedarf es sicher detaillierter regionaler Analysen, zum Beispiel auch durch direkte Interviews in den Kliniken.

Auch der internationale Vergleich ist derzeit nicht möglich; weder EU noch WHO noch OECD differenzieren nach Fachrichtungen, Vergleiche sind deshalb nur auf der Stufe der stationären Versorgung insgesamt möglich.

Bei allen Limitationen verdeutlichen diese Daten dennoch sehr klar ein heterogenes Versorgungsmuster der stationären Fälle in Deutschland durch die Schwerpunkte der Inneren Medizin. Während sich für einige Schwerpunkte eine umfängliche, möglicherweise homogene Verteilung über die gesamte stationäre Versorgung zeigt (z.B. Kardiologie, Gastroenterologie) liegt der Schwerpunkt der Versorgung nephrologischer, endokrinologischer oder auch hämatologisch-onkologischer Patienten überwiegend in Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern. Vice versa zeigt sich durch die Analyse dieser Daten auch die hohe Bedeutung der Allgemeinen Inneren Medizin, insbesondere in den Häusern der Grund- und Regelversorgung.

Aus Sicht der Autoren ist es unstrittig, dass mit diesem Datenmaterial auch Vorschläge zur Etablierung regional-komplementärer Strukturen in der Versorgung formuliert werden können.

Diese Daten sollen es der DGIM erlauben, in spezifischen Fragen der Landeskrankenhausplanung beratend tätig zu sein und Vorschläge zur adäquaten Repräsentanz der Schwerpunkte zu machen.

Im Besonderen legen diese Daten auch nahe, dass eine wesentliche Aufgabe darin besteht, in den Häusern der Grund- und Regelversorgung, aber auch denen der Maximalversorgung die Versorgungsdefizite noch detaillierter zu erfassen und Strukturen zu etablieren (zum Beispiel Liaisondienste), die eine adäquate Versorgung garantieren. Dies gilt in hohem Maße für die Schwerpunkte der Inneren Medizin, die im stationären Versorgungsangebot eher unzureichend abgebildet sind, wie zum Beispiel Rheumatologie, Endokrinologie oder auch Nephrologie.

Ein klares Ziel wird es jetzt daher sein, wie bereits in ersten Diskussionen geschehen, aktiv mit zum Beispiel Vertretern der Sozialministerien Krankenhauspläne für die Innere Medizin mit zu gestalten.

Prof. Dr. Hendrik Lehnert
für die Strukturkommission der DGIM
(Amtsperiode 2003 – 2008)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Postfach 2170
65011 Wiesbaden

Telefon: 0611 / 2058040-0
Telefax: 0611 / 2058040-46

E-mail: info@dgim.de
Internet: www.dgim.de