



Kommission „Struktur – Krankenhausversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

A) Struktur und spezifische Merkmale der „Inneren Allgemein“ sowie regionale Versorgung fünf internistischer Schwerpunkte in den Bundesländern Bayern, Berlin und Brandenburg

Survey Innere Medizin - Folgeprojekt 2010/2011

Veröffentlichung: April 2011

Prof. Dr. M.P. Manns, Hannover (Vorsitzender der Kommission Struktur und Krankenhausversorgung)

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München Bogenhausen (Stellv. Vorsitzende)

Kommissionsmitglieder:

Prof. Dr. M. Freund, Rostock · Prof. Dr. G. Hasenfuß, Göttingen · Prof. Dr. K. Mann, Essen
Prof. Dr. N. Suttorp, Berlin · Prof. Dr. B. Wiedenmann, Berlin · Prof. Dr. M. Weber, Köln

B) Struktur des Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland

Veröffentlichung: Februar 2009

Prof. Dr. H. Lehnert, Lübeck (Vorsitzender der Kommission Struktur und Krankenhausversorgung)

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München Bogenhausen (Stellv. Vorsitzende)

Kommissionsmitglieder:

Prof. G. Gerken, Essen · Prof. J. F. Riemann, Ludwigshafen
Prof. W. Seeger, Gießen · Prof. M. Weber, Köln



Inhaltsverzeichnis A	1. Aufgabenstellung	S. 3
	2. Leistungsstruktur der „Inneren Allgemein“	
	2.1 Zielsetzung und Datenbasis	S. 3
	2.2 Analyse der TOP 10-DRG - Schwerpunkte	S. 4
	2.3 Analyse der TOP 10-DRG - 20 fallstärkste DRG	S. 4
	2.4 Analyse der TOP 10-DRG - 10 am häufigsten gen. DRG	S. 5
	2.5 Zusammenfassung und Fazit	S. 6
	3. Fünf internistische Schwerpunkte in Bayern, Berlin, Brandenburg	
	3.1 Zielsetzung und Datenbasis	S. 6
	3.2 Internistische Versorgung in Bayern, Berlin, Brandenburg	S. 7
	3.3 Struktur der fünf ausgewählten Schwerpunkte	S. 8
	3.4 Zusammenfassung	S. 11
	4. Grenzen der Evaluation	S. 12
	5. Ausblick	S. 13
Inhaltsverzeichnis B	1. Grundsätzliche Zielsetzung des Projektes	S. 15
	2. Übersicht über die stationäre Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland	S. 16
	3. Übersicht über die Situation der Inneren Medizin in der stationären Versorgung	S. 17
	4. Regionale Strukturmerkmale der Inneren Medizin	S. 19
	5. Struktur der Survey-Gruppe	S. 19
	6. Strukturelle Merkmale der Schwerpunktbildung an den Universitätskliniken	S. 21
	7. Zusammenfassung	S. 21
	8. Grenzen der Evaluation und Ausblick	S. 22

Survey Innere Medizin - Folgeprojekt

Struktur und spezifische Merkmale der „Inneren Allgemein“ sowie regionale Versorgung fünf internistischer Schwerpunkte in den Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg

Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, Stellv. Vorsitzende der Kommission „Struktur und Krankenhausversorgung“

1. Aufgabenstellung

Die stationäre internistische Medizin ist dadurch gekennzeichnet, dass über 61% aller internistischen Fälle in internistischen Abteilungen behandelt werden, die einem internistischen Schwerpunkt nicht eindeutig zugeordnet werden können. Im Folgenden werden diese Abteilungen „Innere Allgemein“ genannt. Im ersten Teil des Folgeprojektes wird

untersucht, welche spezifischen Merkmale die „Innere Allgemein“ aufweist und in welchem Ausmaß sich Behandlungsfälle wiederfinden, die einem internistischen Schwerpunkt zugeordnet werden können. Der zweite Teil des Folgeprojektes befasst sich mit einer regionalen Analyse des stationären und ambulanten Leistungsangebots

von fünf internistischen Schwerpunkten – Endokrinologie/Diabetologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und Geriatrie - am Beispiel der Bundesländer Bayern, Berlin und Brandenburg. Das Projekt erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Leo Neu Consulting GmbH (ehemals Harrison Consulting GmbH).

2. Leistungsstruktur der „Inneren Allgemein“ - Analyse der TOP 10-DRG

2.1 Zielsetzung und Datenbasis

Aus der vorausgegangenen Erhebung „Survey Innere Medizin“ (siehe Seite 15 ff.) wissen wir, dass in 67% aller Krankenhäuser Deutschlands die Innere Medizin mit mindestens einer Fachabteilung vertreten ist. In 1.460 Häusern sind 2.510 internistische Fachabteilungen geführt; 43% davon sind Schwerpunktabteilungen. Die restlichen 57% führen keine Schwerpunktbezeichnung, hier „Innere Allgemein“ genannt. In den Abteilungen „Innere Allgemein“ werden über 61% aller stationären internistischen Fälle behandelt.

Da die „Innere Allgemein“ einen solch hohen Stellenwert für die Innere Medizin hat, wird sie in diesem Teil des Folgeprojektes dahingehend untersucht, welche internistischen Leistungen unter

der „Inneren Allgemein“ zusammengefasst sind. Als Datenbasis dienen, analog dem „Survey Innere Medizin“, wiederum die 467 Krankenhäuser der Survey-Gruppe (35 Universitätskliniken und deren 332 Lehrkrankenhäuser). Von den insgesamt 467 Krankenhäusern verfügen 322 Häuser über eine Abteilung „Innere Allgemein“. In den Abteilungen der „Inneren Allgemein“ der

Surveygruppe wurden 1.246.731 Fälle, das entspricht 43% aller internistischen Fälle in der Survey-Gruppe, behandelt. Um die Konsistenz in der Auswahl der Datenbasis zu bewahren, wurden wie beim „Survey Innere Medizin“ wiederum die Qualitätsberichte 2004/2005 analysiert. Herangezogen wurden die obligatorisch zu veröffentlichenden TOP 10-DRG.

	Survey-Gruppe	davon mind. 1 Abteilung „Innere Allgemein“	
Krankenhäuser	477	322	68%
Fälle Innere Medizin gesamt	2.914.638	1.852.839	64%
Fälle „Innere Allgemein“	1.246.731	1.246.731	100%
Anteil Fälle Innere Allgemein	43%	67%	

Tabelle 1: Bedeutung der „Inneren Allgemein“ in der Survey-Gruppe

2.2 Analyse der TOP 10-DRG - welche Schwerpunkte sind vertreten

Von den 1.246.731 Fällen der „Inneren Allgemein“ der Survey-Gruppe entfallen 479.992 Fälle, das sind 39%, auf die TOP 10-DRG.

90,5% der Fälle können internistischen Schwerpunkten zugeordnet werden, d.h. in der „Inneren Allgemein“ wird durchaus Schwerpunktmedizin betrieben. 42,1% der Fälle sind kardiologische Fälle, 17,2% der Gastroenterologie zuzuordnen, 13,5% der Pneumologie, 12,1% der Hämatologie/Onkologie, 3,4% der Endokrinologie, 1,3% der Nephrologie und 0,9% der Rheumatologie; 9,5% waren keinem Schwerpunkt zuzuordnen. Diese Reihenfolge bei den Fallzahlen wurde bestätigt durch eine Stichprobe von 10 Häusern aus der Survey-Gruppe, bei denen alle Fälle der „Inneren Allgemein“ herangezogen wurden und nicht nur die TOP 10-DRG. Bis auf die Geriatrie und Angiologie sind alle internistischen Schwerpunkte in der „Inneren Allgemein“ vertreten. Ferner

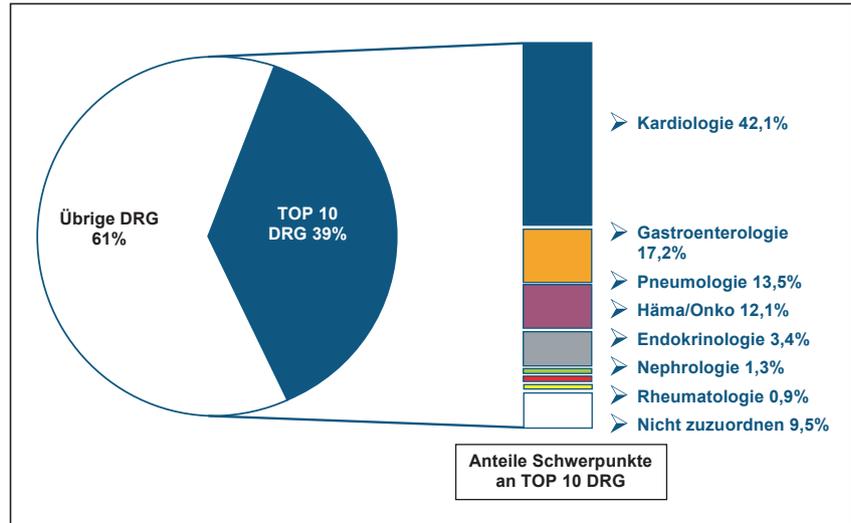


Abbildung 1: Verteilung TOP 10-DRG „Innere Allgemein“

fiel auf, dass in praktisch allen Häusern mit „Innerer Allgemein“ (genau in 321 von 322 Häusern) Fälle aus mindestens 3 internistischen Schwerpunkten ver-

treten sind. Dies ist ein starkes Indiz für die weiterhin bestehende Notwendigkeit einer breiten internistischen Ausbildung.

2.3 Analyse der TOP 10-DRG - die 20 fallstärksten DRG

Insgesamt sind 78 verschiedene DRG als TOP 10-DRG in der „Inneren Allgemein“ vorgekommen. Unter den 78 DRG waren 16 kardiologische DRG, 10 gastroenterologische, 10 hämatologisch/onkologische, 6 pneumologische, 4 endokrinologische, 4 rheumatologische und 2 nephrologische DRG sowie 12 DRG, die keinem Schwerpunkt zuzuordnen waren. Die 20 fallstärksten DRG repräsentieren 80% aller Fälle, 20% verteilen sich auf die übrigen 58 DRG.

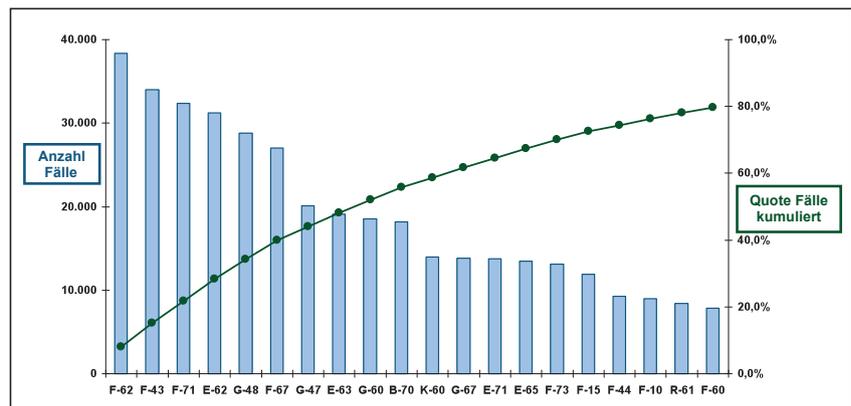


Abbildung 2: Kumulierte Häufigkeit der 20 fallstärksten TOP 10-DRG

Von den 20 fallstärksten TOP 10-DRG sind 9 kardiologische DRG, jeweils 3 DRG sind der Pneumologie, Gastroenterologie und Hämatologie/Onkologie zuzurechnen. Ferner zählen noch Diabetes mellitus (K-60) als endokrinologische DRG und Schlaganfall (B-70), der keinem Schwerpunkt zugeordnet wurde, zu den fallstarken DRG der „Inneren Allgemein“.

	DRG	Bezeichnung / Krankheit	Schwerpunkt	Fälle	Quote	Häufigkeit
1	F-62	Herzschwäche	Kardio	38.386	8,0%	88%
2	F-43	Herzkatheter-Untersuchung ohne Herzinfarkt	Kardio	34.037	7,1%	43%
3	F-71	Herzrhythmusstörungen	Kardio	32.392	6,7%	76%
4	E-62	Lungenentzündungen	Pneumo	31.197	6,5%	77%
5	G-48	Dickdarmspiegelung	Gastro	28.778	6,0%	67%
6	F-67	Bluthochdruck	Kardio	27.026	5,6%	74%
7	G-47	Magenspiegelung	Gastro	20.104	42%	54%
8	E-63	Atemstillstand im Schlaf	Pneumo	19.089	4,0%	19%
9	G-60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	Gastro	18.522	3,9%	24%
10	B-70	Schlaganfall (Appoplexie)	n.z.	18.214	3,8%	37%
11	K-60	Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Endo	14.003	2,9%	35%
12	G-67	Entzündungen im Magen-Darm-Trakt	Gastro	13.838	2,9%	41%
13	E-71	Krebserkrankungen der Luftröhre	Häma/Onko	13.784	2,9%	29%
14	E-65	Asthma, chronische Bronchitis	Pneumo	13.506	2,8%	46%
15	F-73	Ohnmacht und Kollaps	Kardio	13.137	2,7%	45%
16	F-15	Ballonkatheter und/oder Stent ohne Herzinfarkt	Kardio	11.875	2,5%	18%
17	F-44	Herzkatheter-Untersuchung bei Herzinfarkt	Kardio	9.235	1,9%	14%
18	F-10	Ballonkatheter und/oder Stent bei akutem Herzinfarkt	Kardio	8.953	1,9%	21%
19	R-61	Lymphom oder Leukämie	Häma/Onko	8.378	1,7%	12%
20	F-60	Herzinfarkt ohne invasive Diagnostik	Kardio	7.867	1,6%	23%
die 20 meist genannten TOP 10-DRG				382.321	79,7%	
21-78 die 58 übrigen TOP 10-DRG				97.671	21,7%	
Alle TOP 10-DRG				479.992	100,0%	

Tabelle 2: Fallzahl und Häufigkeit der TOP 10-DRG

2.4 Analyse der TOP 10-DRG - die am Häufigsten genannten DRG

Einen weiteren Einblick in die „Innere Allgemein“ bietet die Häufigkeit der Nennung einzelner DRG. 6 der 20 fallstärksten DRG sind bei mehr als 50% aller Abteilungen unter den TOP 10-DRG. In der Reihenfolge der Häufigkeit der

Nennungen sind dies Herzschwäche (F-62), Lungenentzündung (E-62), Herzrhythmusstörung (F-71), Bluthochdruck (F-67), Dickdarmspiegelung (G-48) und Magenspiegelung (G-47). Zumindest die Schwerpunkte Kardiologie,

Pneumologie und Gastroenterologie sollten also in den weitaus meisten Abteilungen der „Innere Allgemein“ kompetent vertreten sein.

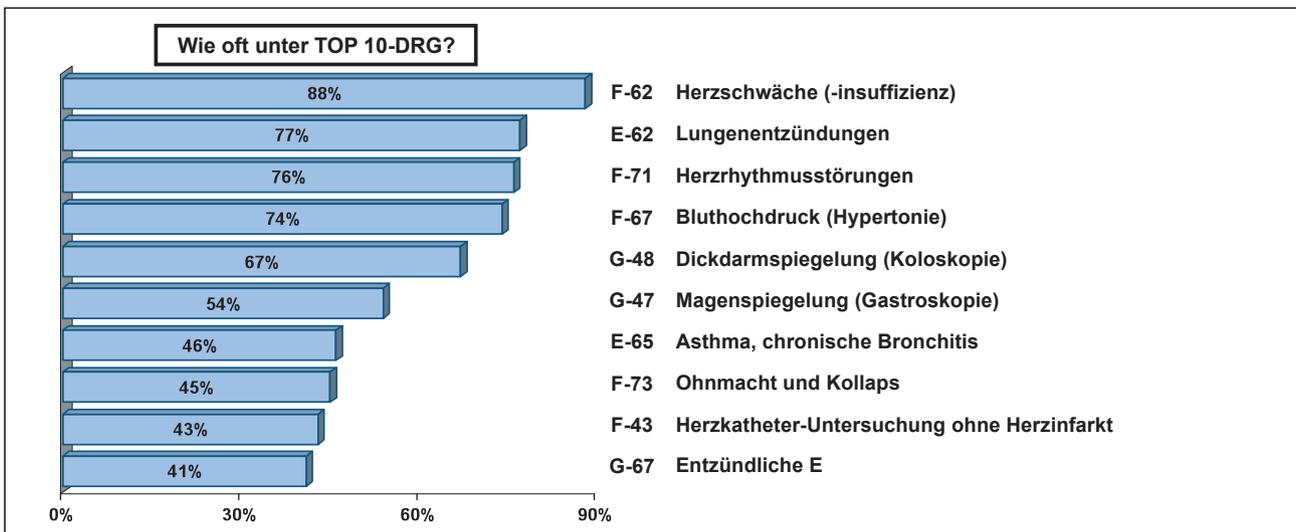


Abbildung 3: Häufigkeit der Nennungen als TOP 10-DRG

2.5 Zusammenfassung und Fazit

Die Erhebung zeigt, dass in der „Inneren Allgemein“ zu 90% internistische Schwerpunktmedizin geleistet wird. Die Anforderung an die Kompetenz und die Ausbildung des ärztlichen Personals sind daher sehr hoch, weil sich die „Innere Allgemein“ als Querschnittsabteilung entpuppt, die mindestens 3 internistische Schwerpunkte abzudecken hat.

42% der Fälle sind der Kardiologie zuzuordnen. Weitere 43% der Fälle entfallen auf Gastroenterologie, Pneumologie und Hämatologie/ Onkologie zusammen, die Endokrinologie liegt dank dem Diabetes-DRG bei über 3%. Nephrologische und rheumatologische Fälle spielen eine geringe Rolle. Die nicht vertretenen Schwerpunkte

Angiologie und Geriatrie ausgenommen, kommt die Aufteilung innerhalb der „Inneren Allgemein“ der Aufteilung der internistischen Schwerpunkte aus der vorangegangenen Erhebung „Survey Innere Medizin“ sehr nahe.

3. Fünf internistische Schwerpunkte in Bayern, Berlin und Brandenburg

3.1 Zielsetzung und Datenbasis

Der zweite Teil des Folgeprojektes untersucht die stationäre und ambulante Versorgung von fünf internistischen Schwerpunkten, (Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und klinische Geriatrie) in den Bundesländern Bayern, Berlin und Brandenburg. Wesentliches

Motiv der Untersuchung ist, am Beispiel der ausgewählten Schwerpunkte, regionale Unterschiede im internistischen Leistungsangebot und Versorgungsgrad aufzuzeigen und mögliche Ansätze für eine Über- oder Unterversorgung zu gewinnen. Bei der regionalen Auswahl stand im Vordergrund, die 3

Grundtypen Stadtstaat (Berlin), bevölkerungsreicher (Bayern) und bevölkerungsärmer (Brandenburg) Flächenstaat gegenüber zu stellen, um etwaige strukturelle Besonderheiten aufzuzeigen.

Basis für die Untersuchung waren Daten des Jahres 2008 oder jünger. Die Daten zur stationären Versorgung wurden den Internetseiten der zugelassenen Krankenhäuser in den 3 Bundesländern und, wo nötig, den aktuellen Qualitätsberichten entnommen. Die Daten zur ambulanten Versorgung stammen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen der jeweiligen

ärztlichen Vereinigungen der jeweiligen Länder. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Daten normiert auf jeweils 1 Mio. Einwohner. Dem liegen die Einwohnerzahlen des statistischen Bundesamtes zugrunde. Wie die nachfolgenden Abschnitte zeigen, weicht die Versorgung in den einzelnen Schwerpunkten doch zum Teil erheblich vom bundesweiten Durchschnitt ab, und zwar in beide Richtungen.

Für jedes ausgewählte Bundesland wurden „internistische Landkarten“ erstellt, in denen die jeweiligen Standorte von Krankenhäusern und Praxen der jeweiligen Schwerpunkte ersichtlich sind. Diese Landkarten können bei der DGIM auf Nachfrage eingesehen werden.

3.2 Internistische Versorgung in Bayern, Berlin und Brandenburg insgesamt

Gemessen an der Zahl der internistischen Abteilungen je 1 Mio. Einwohner liegt die stationäre Versorgung in Bayern (BY) auf Bundesniveau, in Berlin (BE) um 20% und in Brandenburg (BB)

um 10% unter dem Bundesdurchschnitt. Ambulant ist Bayern, was die internistische Fachärztdichte anbelangt, ausreichend versorgt, Brandenburg hingegen weist eine nur etwa halb

so hohe Fachärztdichte wie Bayern auf und liegt damit noch um etwa 1/3 unter dem Bundesdurchschnitt.

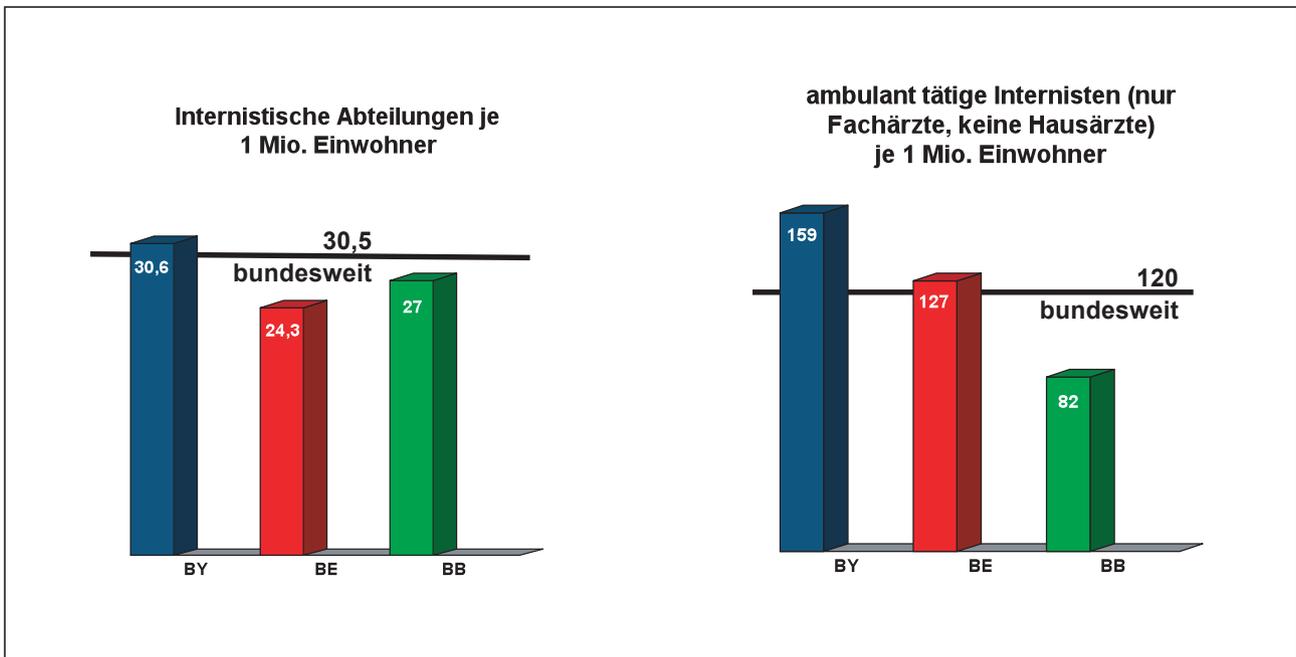


Abbildung 4: Vergleich von stationärer und ambulanter internistischer Versorgung in Bayern, Berlin und Brandenburg

3.3 Struktur der 5 ausgewählten Schwerpunkte in Bayern, Berlin und Brandenburg

Die Struktur der 5 internistischen Schwerpunkte stellt sich wie folgt dar:

Endokrinologie/Diabetologie: Im stationären Sektor liegen alle 3 Länder über dem Bundesdurchschnitt von 0,8 Fachabteilungen je 1 Mio. Einwohner (EW). In Bayern konzentriert sich das stationäre

Leistungsangebot auf die Zentren München, Nürnberg und Augsburg sowie die Uniklinik Standorte Regensburg und Würzburg. In Berlin (0,9 Fachabteilungen je 1 Mio. EW) und Brandenburg (2,7 Fachabteilungen je 1 Mio. EW) wird das stationäre Leistungsangebot dadurch wesentlich er-

weitert, dass neben den Häusern mit endokrinologischen Abteilungen auch Häuser mit einbezogen wurden, sofern sie an den DMP-Programmen Diabetes mellitus teilnehmen und einen Diabetologen in der betreffenden internistischen Abteilung haben.

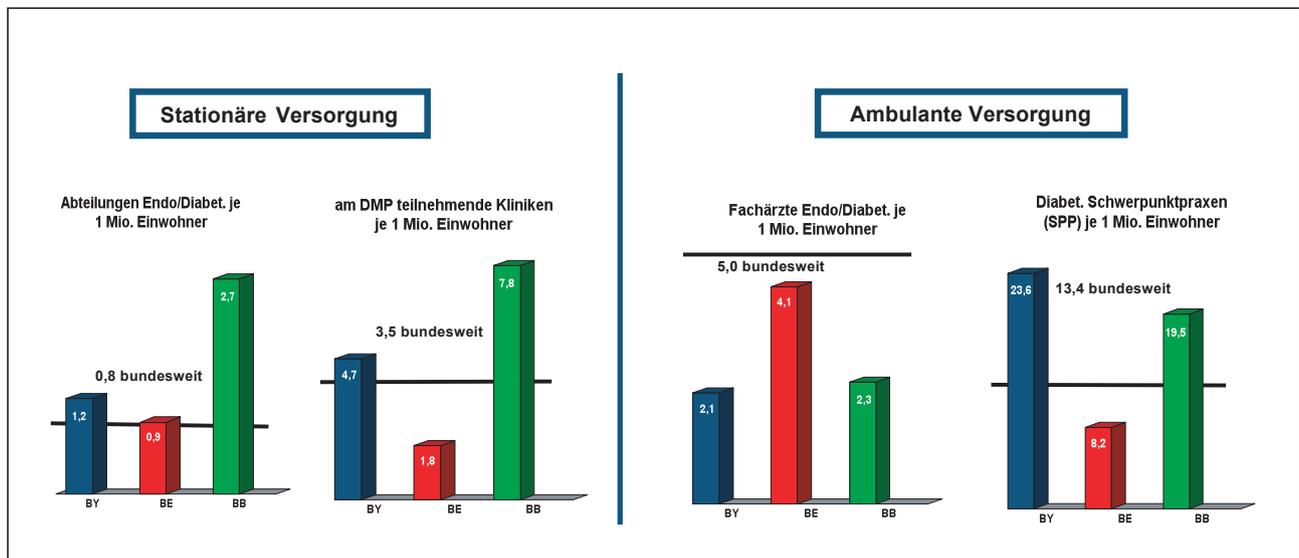


Abbildung 5: Endokrinologie/Diabetologie in Bayern, Berlin und Brandenburg

Ambulant ist die endokrinologische Versorgung nur in Berlin ausreichend; in Bayern und Brandenburg besteht hier noch Nachholbedarf, auch wenn dies durch das überdurchschnittlich gute Angebot an stationärer Versorgung ein wenig abgemildert wird. Verglichen mit dem Bundesdurchschnitt liegt das Niveau der ambulanten endokrinologischen Versorgung in Bayern bei 42%, in Brandenburg bei 46%. Die Versorgung für Diabetes-Patienten durch diabeto-

logische Schwerpunktpraxen wiederum ist in Bayern flächendeckend sehr gut, in Brandenburg insgesamt sehr gut, ausgenommen in den Städten Angermünde, Jüterbog, Rathenow, Templin. Berlin fällt hier zurück, was an den relativ niedrigen Honoraren für Leistungen in den DMP-Diabetes-Programmen liegen könnte.

Geriatric: Bayern hat mit 0,8 Fachabteilungen je 1 Mio. EW erheblichen

Nachholbedarf gegenüber dem bundesweiten Durchschnitt von 2,5 Fachabteilungen je 1 Mio. EW. Sowohl Berlin (3,5 Fachabteilungen je 1 Mio. EW), als auch Brandenburg (4,7 Fachabteilungen je 1 Mio. EW) sind wesentlich besser vorbereitet auf den erwarteten langfristigen Anstieg von geriatrischen Fällen aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung.

Im ambulanten Sektor spielt die Geriatrie noch keine große Rolle. So sind bundesweit laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung lediglich 117 Fachärzte mit einer Zusatzweiterbildung

Geriatrie ambulant tätig. 30 Ärzte davon sind in Bayern niedergelassen, 4 in Berlin und 1 in Brandenburg. Die ambulante Betreuung geriatrischer, d.h. multimorbider, älterer Patienten dürfte

nach wie vor zum überwiegenden Teil durch die hausärztliche Versorgung abgedeckt sein.

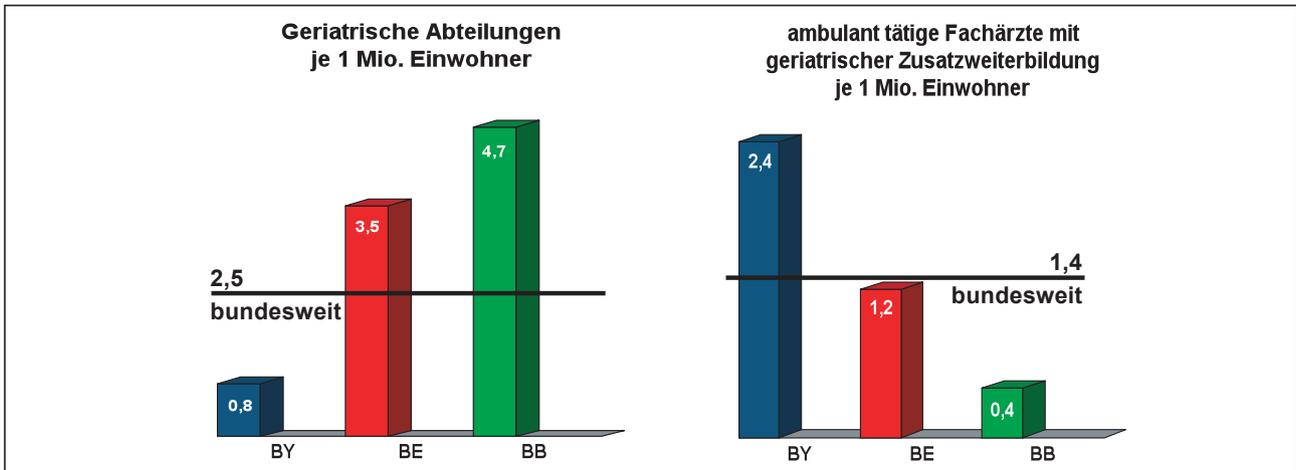


Abbildung 6: Geriatrie in Bayer, Berlin und Brandenburg

Nephrologie: Die stationäre Nephrologie in den 3 Ländern liegt zwar unter dem Bundesdurchschnitt von 2,3 Fachabteilungen je 1 Mio. Einwohner, kann aber als noch ausreichend betrachtet werden. Die

stationäre Schwäche insbesondere in iBrandenburg wird abgemildert durch eine hohe Versorgungsdichte im ambulanten Bereich und bei den Dialyseeinrichtungen. In allen drei Ländern ist eine wohnortnahe Versorgung mit

Dialyseeinrichtungen gewährleistet. Diese dürfte nicht zuletzt auf die attraktive Honorierung von Dialyseleistungen zurückzuführen sein.

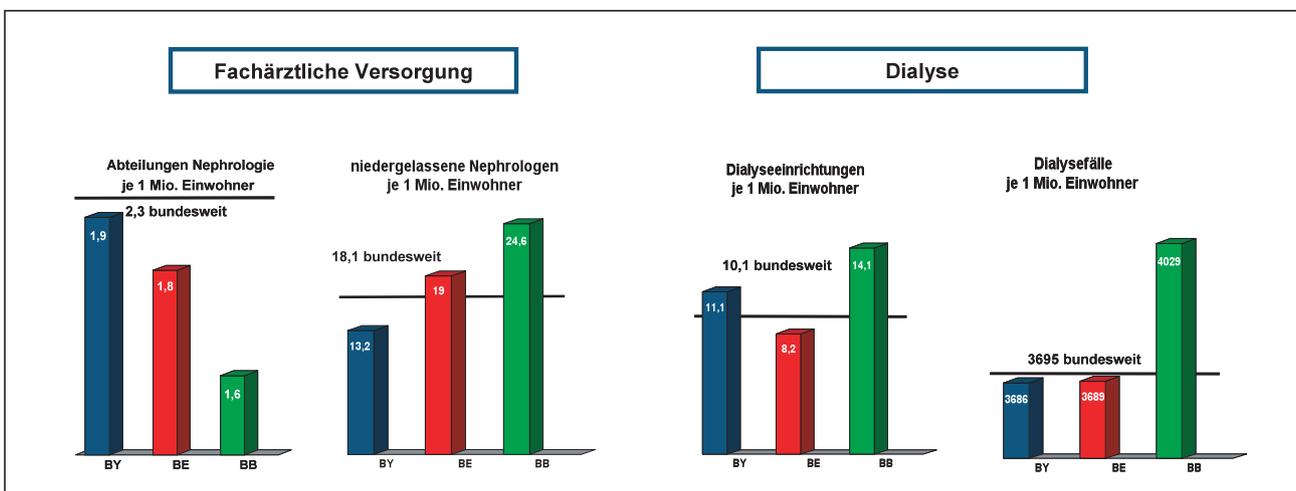


Abbildung 7: Nephrologie in Bayer, Berlin und Brandenburg

Pneumologie: Die stationäre Pneumologie in Bayern ist geprägt durch 7 pneumologische Fachkliniken und die Unikliniken Regensburg und Würzburg. Von den 6 Berliner Häusern mit Pneumologie sind 2 Charité-Standorte

und 1 Lungenfachklinik. In Brandenburg gibt es keine echte Lungenfachklinik, aber mit 6 Fachabteilungen ein ausreichendes Leistungsangebot. Die stationäre Versorgungsdichte liegt in Berlin um 25%, in Brandenburg um

17% und in Bayern um 12% unter dem bundesweiten Wert von 2,4 Fachabteilungen je 1 Mio. EW. Die ambulante Versorgung ist in Bayern und Brandenburg noch ausreichend, in Berlin gut.

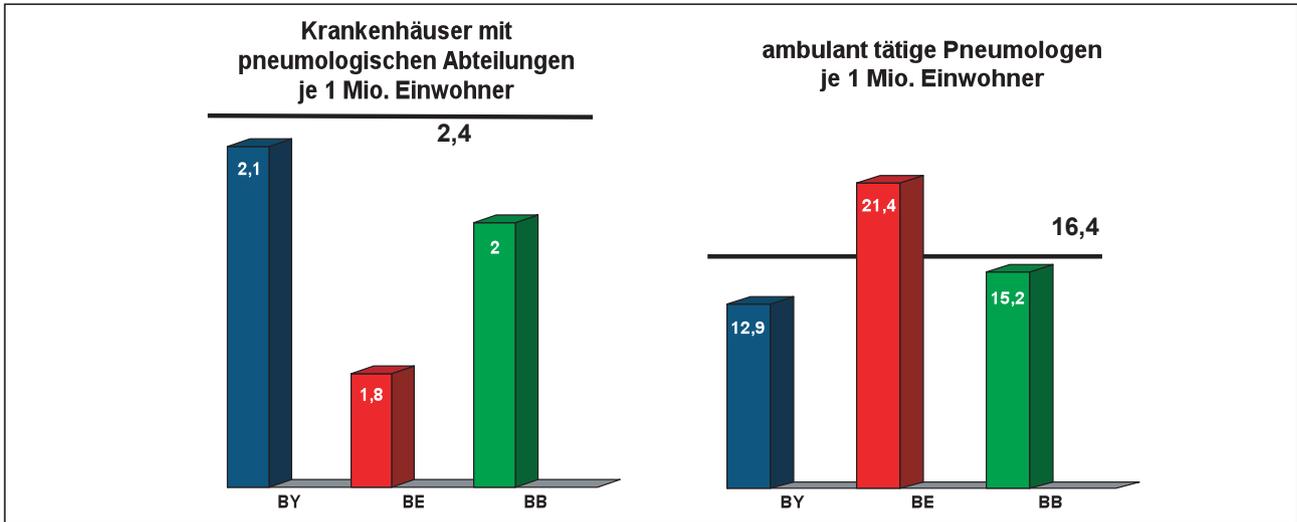


Abbildung 8: Pneumologie in Bayer, Berlin und Brandenburg

Rheumatologie: In der stationären Rheumatologie fällt Brandenburg mit 0,8 Fachabteilungen je 1 Mio. EW zurück. Hier kann Nachholbedarf vermutet werden. Bayern und Berlin liegen

nahe am Bundesdurchschnitt von 1,3 Fachabteilungen je 1 Mio. EW. Ambulant weist Bayern eine Versorgungslücke auf. Hier liegt die Zahl

der niedergelassenen Rheumatologen je 1 Mio. EW um 47% unter dem Bundesdurchschnitt, Berlin und Brandenburg weisen eine signifikant bessere Versorgungsdichte auf.

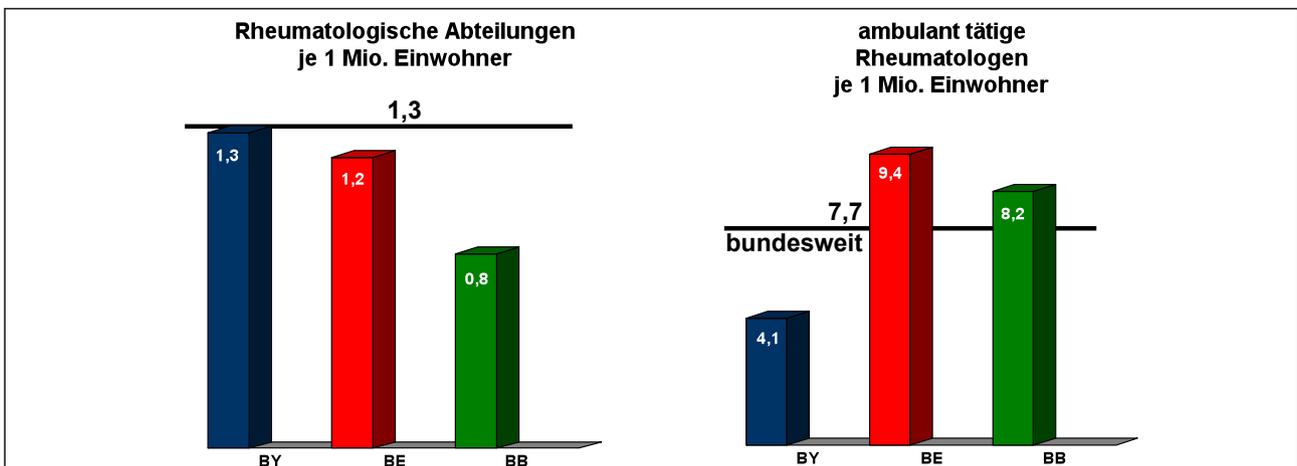


Abbildung 9: Rheumatologie in Bayer, Berlin und Brandenburg

3.4 Zusammenfassung

Die Analyse der 5 internistischen Schwerpunkte Endokrinologie/Diabetologie, Geriatrie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie in den 3 Bundesländern Bayern, Berlin und Brandenburg hat zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Die internistische Versorgung insgesamt in Bayern ist zwar erheblich umfassender als bundesweit und im Vergleich zu Brandenburg und Berlin, allerdings sind die Schwerpunkte Geriatrie (stationär) sowie Endokrinologie und Rheumatologie (ambulant) deutlich geringer vertreten als im bundesweiten Durchschnitt. Brandenburg hat, in Relation zur Bevölkerung, etwa halb so viel internistische Fachärzte wie Bayern.
- Stationär sind in Brandenburg die Rheumatologie unterrepräsentiert, ambulant Endokrinologie und Geriatrie.
- In Berlin ist die Versorgung angemessen und aufgrund der kleinen Fläche eine wohnortnahe Versorgung in jedem Fall gegeben.

	stationär	ambulant
Bayern	Geriatric	Endokrinologie/Diabetologie Rheumatologie
Berlin	-	-
Brandenburg	Rheumatologie	Endokrinologie/Diabetologie Geriatrie

Tabelle 3: Ansätze für Verbesserung der Versorgung

- Die ambulante Versorgung in den eher „dezentralen“ Schwerpunkten Diabetologie und Nephrologie/Dialyse ist in allen drei Bundesländern, mit wenigen regionalen Ausnahmen in Brandenburg, gut bis sehr gut.
- Ansätze für eine Verbesserung der Versorgung in einzelnen Schwerpunkten finden sich in Bayern und Brandenburg; Annahme hierbei ist, dass die Versorgungsdichte eines Schwerpunkts um mindestens 40% unter dem Bundesdurchschnitt liegt; in der folgenden Abbildung 10 sind diese Segmente rot markiert.

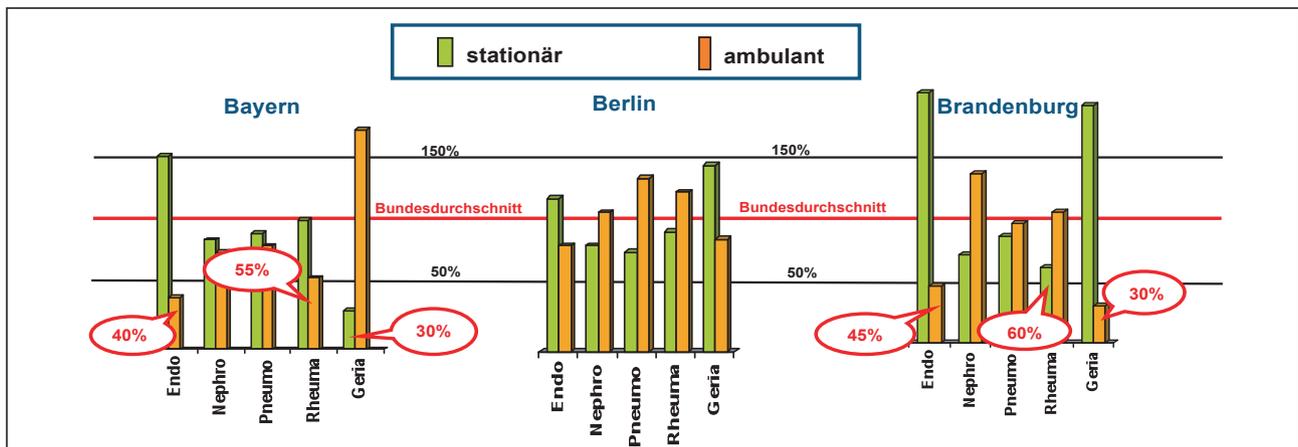


Abbildung 10: Zusammenfassung der 5 internistischen Schwerpunkte in Bayer, Berlin und Brandenburg

Internistische Fachabteilungen	Deutschland		Bayern		Berlin		Brandenburg	
	Anzahl Fachabt.	Fachabt. je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachabt.	Fachabt. je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachabt.	Fachabt. je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachabt.	Fachabt. je 1 Mio. Einw.
Endokrinologie/ Diabetol. DMP Diabetes	69 250*)	0,8 3,5*)	15 58	1,2 4,7	9 6	2,6 1,8	7 20	2,7 7,8
Geriatric	209	2,5	10	0,8	12	3,5	12	4,7
Nephrologie Stationäre Dialysen	188 282	2,3 3,4	23 19	1,9 1,5	6 6	1,8 1,8	4 4	1,6 1,6
Pneumologie	197	2,4	26	2,1	6	1,8	5	2,0
Rheumatologie	109	1,3	26	1,3	4	1,2	2	0,8
Innere Medizin insgesamt	2.510	30,5	381	30,6	83	24,3	69	27,0

*) lt. DDU, Gesundheitsbericht Diabetes 2008 Quellen: DDU, DKG, KVen BY, BB und BE, stat. Bundesamt
 Tabelle 4: Regionaler Vergleich der 5 internistischen Schwerpunkte stationär

Niedergelassene Ärzte 2008*)	Deutschland		Bayern		Berlin		Brandenburg	
	Anzahl Fachärzte	FÄ je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachärzte	FÄ je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachärzte	FÄ je 1 Mio. Einw.	Anzahl Fachärzte	FÄ je 1 Mio. Einw.
Endokrinologie/ Diabetologie Diabetologische Schwerpunktpraxen (SPP)	409 1.100**)	5,0 13,4**)	26 293	2,1 23,6	14 29	4,1 8,5	6 50	2,3 19,5
Geriatric	117***)	1,4	30***)	2,4	4***)	1,2	1***)	0,4
Nephrologie Ambulante Dialyseeinrichtungen	1.491 563	18,1 6,8	164 109	13,2 8,8	65 22	19,0 6,4	63 32	24,6 12,5
Pneumologie	1.353	16,4	161	12,9	73	21,4	39	15,2
Rheumatologie	635	7,7	51	4,1	32	9,4	21	8,2
Innere Medizin insgesamt	22.765	277	3.739	301	1.272	372	683	267
davon intern. Fachärzte	9.866	120	1.973	159	434	127	210	82
davon Hausärzte	12.899	157	1.766	142	838	245	473	185

*) Vertragsärzte, Partner-Ärzte, angestellte Ärzte, ermächtigte Ärzte
 **) lt. DDU, Gesundheitsbericht Diabetes 2008
 ***) Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Geriatric Quellen: DDU, KVB, KVen BY, BB und BE, Stat. Bundesamt
 Tabelle 5: Regionaler Vergleich der 5 internistischen Schwerpunkte ambulant

4 Grenzen der Evaluation

Die Aussagen hinsichtlich des Leistungsumfangs und der Versorgungsdichte stützen sich einzig auf normierte ärztliche Ressourcen. Dies war erforderlich mangels durchgängiger Fallzahlen, insbesondere im ambulanten Sektor. Hier mussten also Unschärfen bei den

Aussagen über mögliche Versorgungslücken in Kauf genommen werden. Hätte man die Fallzahlen für alle Schwerpunkte ambulant und stationär, so hätten diese in Bezug zu den ärztlichen Ressourcen ein genaueres Bild ergeben. Eine andere Unschärfe war bei dem Teil

„Innere Allgemein“ in Kauf zu nehmen. Hier musste man sich auf die Top 10-DRG beschränken, die ja bekanntlich nur 39% der Fälle der „Inneren Allgemein“ abdecken. Zumindest konnte hier eine Stichprobe die ermittelte Aufteilung auf die Schwerpunkte bestätigen.

5 Ausblick

Die vorliegende Erhebung zeigt eindrucksvoll, dass in den Abteilungen, die unter „Innere Allgemein“ zusammengefasst sind, Abteilungen also ohne Schwerpunktzuordnung, die mehr als 60% aller internistischen Fälle behandeln, zu 90% internistische Schwerpunktmedizin geleistet wird. Dabei werden mindestens drei internistische Schwerpunkte je Abteilung „Innere Allgemein“ abgedeckt, die Aufteilung gleicht dabei der früheren Erhebung „Survey Innere Medizin“. Dieses Ergebnis unterstreicht mit Nachdruck die enorme Bedeutung der allgemeinen Inneren Medizin in einer realitätsnahen klinischen Versorgung und sollte Anlass sein, die allgemeine Innere Medizin in Lehre, Forschung und Weiterbildung entsprechend viel stärker zu fördern und weiter zu entwickeln.

Im zweiten Teil des Folgeprojektes wurde eine Analyse der internistischen Schwerpunkte (Endokrinologie / Diabetologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und Geriatrie) in drei Bundesländern (Bayern, Berlin und Brandenburg) durchgeführt, die zeigt, dass eine Verbesserung der Versorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung für die Endokrinologie in Bayern und Brandenburg, sowie die Rheumatologie in Bayern und Geriatrie in Brandenburg notwendig und sinnvoll voranzutreiben wäre, während eine Verbesserung der stationären Versorgung der Geriatrie in Bayern und Rheumatologie in Brandenburg aufgrund der Daten angezeigt erscheint.

Vor allem im Hinblick auf die hohe und steigende Erkrankungsprävalenz,

vor allem in den Schwerpunkten Geriatrie, sowie Endokrinologie / Diabetologie erscheint es von besonderer Bedeutung, eine Optimierung der Versorgung zukünftig zu erreichen. Hierbei sollte eine Sektoren-übergreifende Zusammenarbeit, bzw. der gezielte Aufbau regionaler klinischer Kooperationen eine prospektive Stabilisierung und Verbesserung der Versorgungssituation gewährleisten.

Die wichtigen Daten auch des Survey Innere Medizin-Folgeprojektes werden von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin aufgegriffen und Anlass sein, Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in den entsprechenden Gremien und mit entsprechenden Projekten voranzubringen.

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, Endokrinologie/ Diabetologie, 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 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 interistische 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.

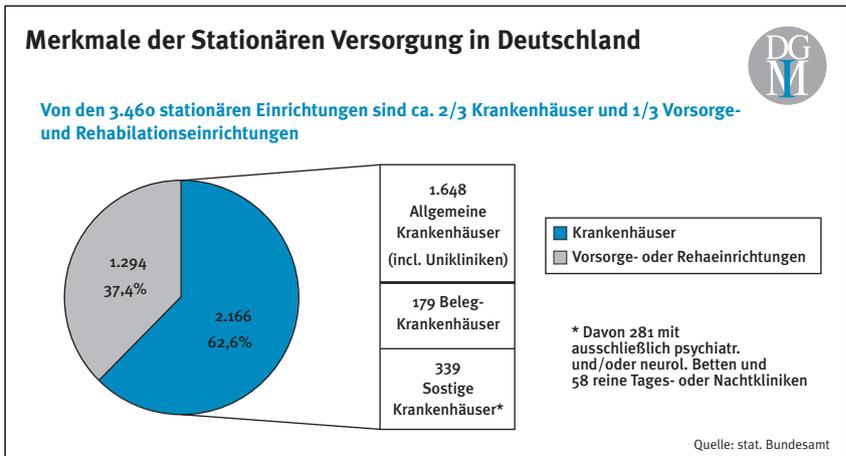


Abb. 1

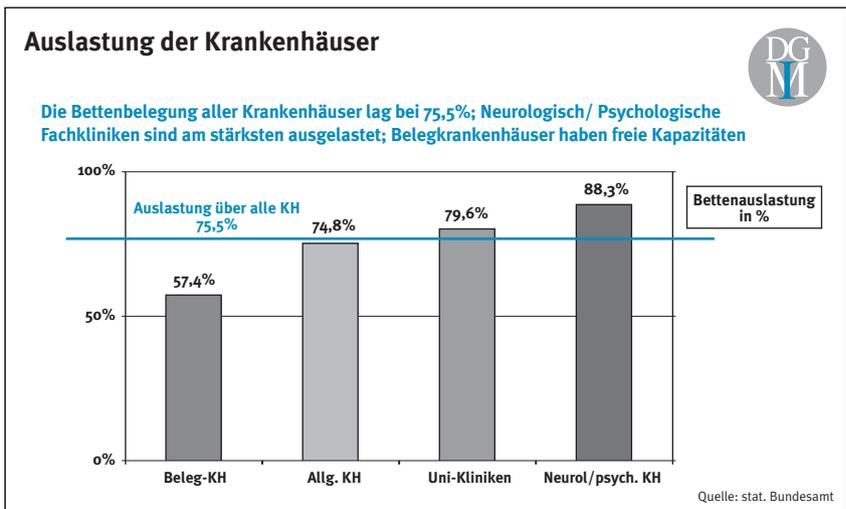


Abb. 2

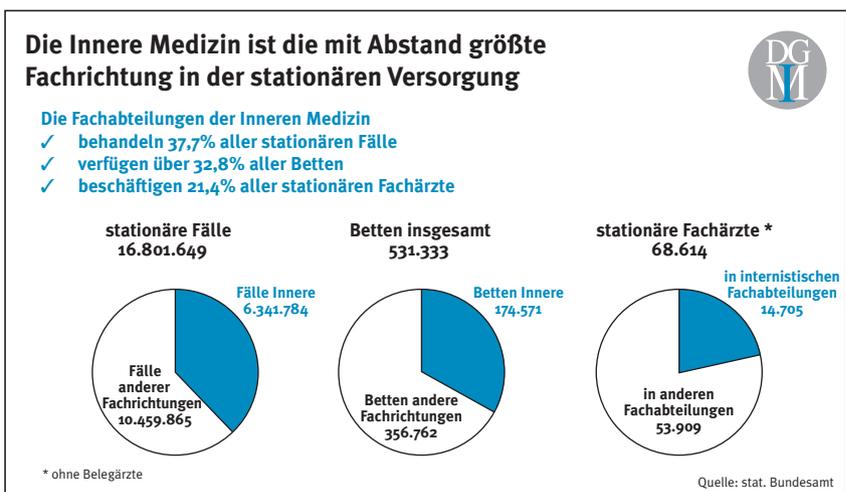


Abb. 3

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

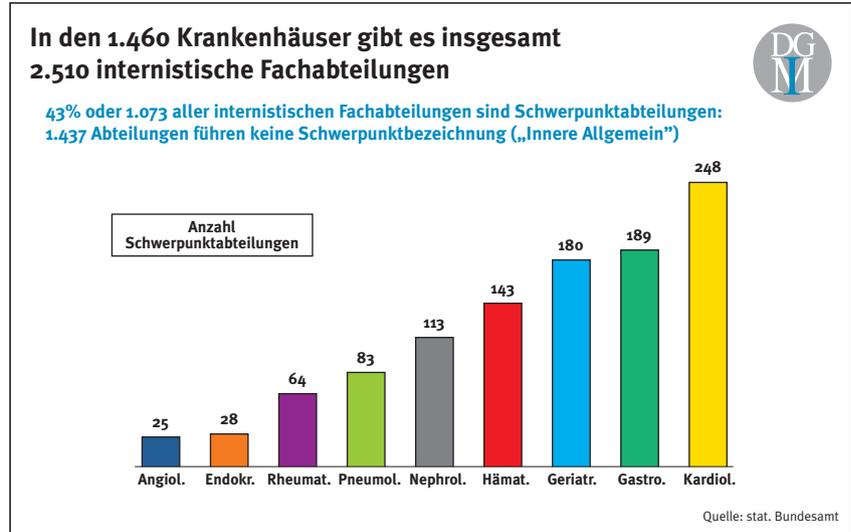


Abb. 4

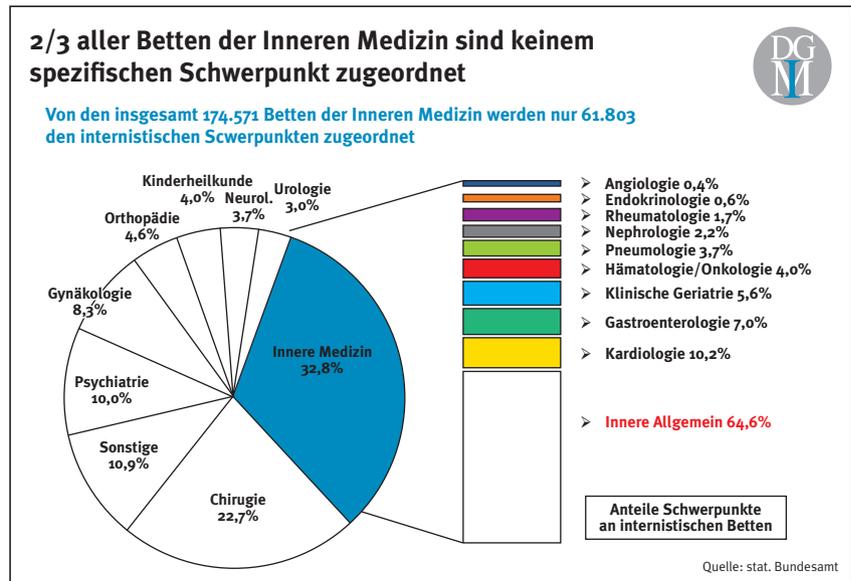


Abb. 5

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%.

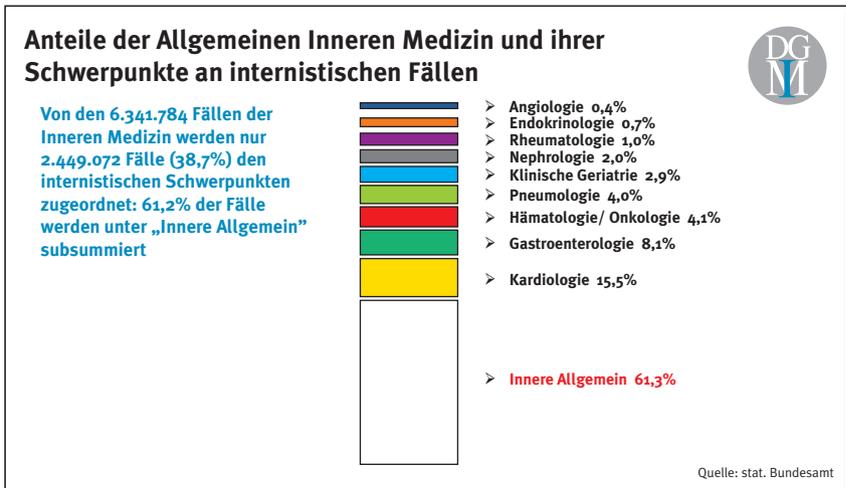


Abb. 6

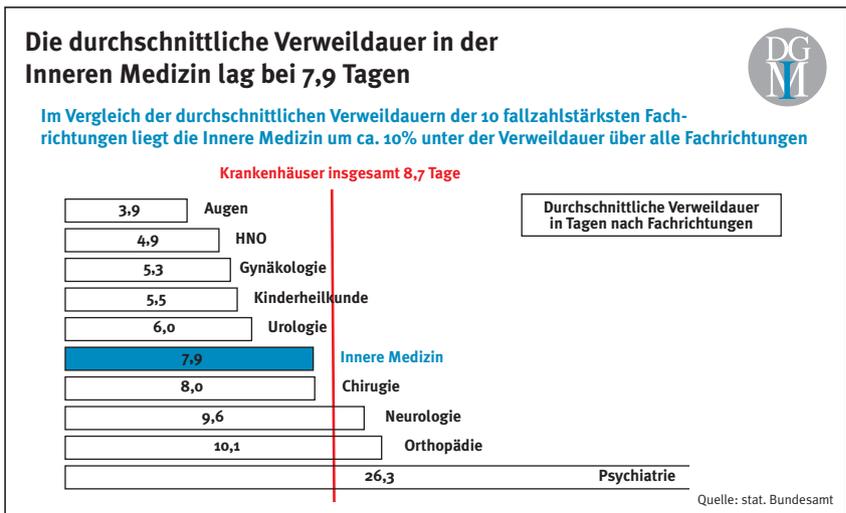


Abb. 7

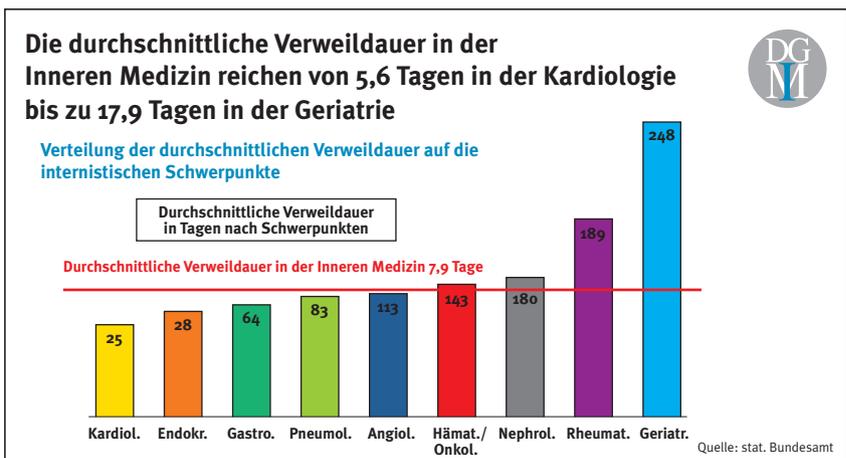


Abb. 8

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

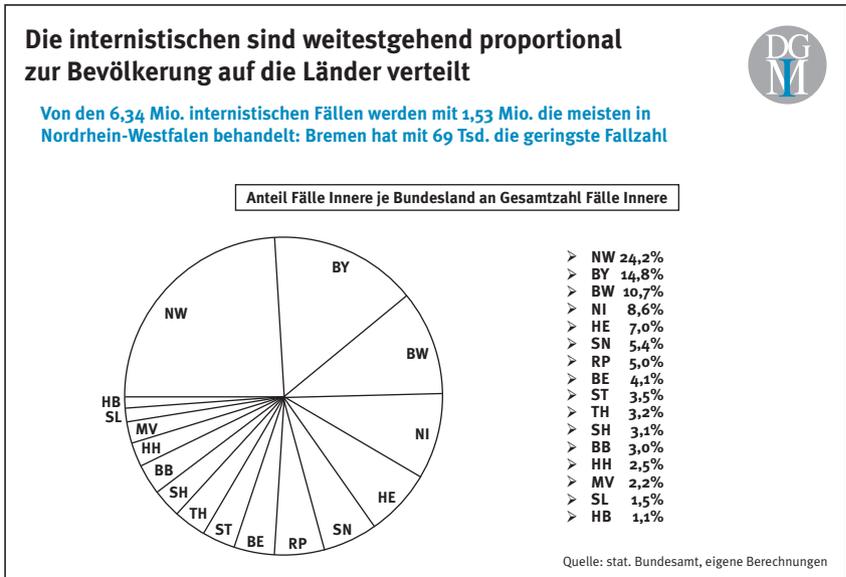


Abb. 9

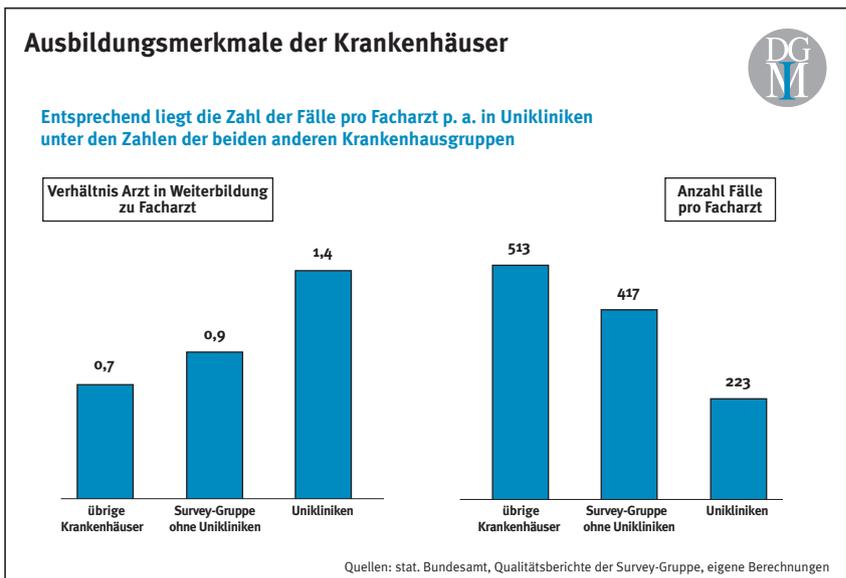


Abb. 10

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.

Repräsentanz der Schwerpunkte an den Universitätskliniken



Der Stellenwert von Unikliniken bei den einzelnen Schwerpunkten der Inneren Medizin variiert stark. Rheumatologie, Angiologie und Geriatrie spielen eine untergeordnete Rolle. Die Anteile der Unikliniken an Leistung und Kapazität der Schwerpunkte sind:

Nr.	Schwerpunkt	Anteil Fälle	Anteil Betten
1	Endokrinologie	42,2%	45,6%
2	Nephrologie	34,5%	28,2%
3	Hämatologie/Onkologie	32,4%	32,0%
4	Kardiologie	15,8%	18,1%
5	Gastroenterologie	12,9%	13,4%
6	Pneumologie	9,8%	8,4%
7	Rheumatologie	7,5%	3,9%
8	Innere Allgemein	2,3%	2,2%
9	Aniologie	2,1%	4,1%
10	Geriatrie	1,9%	1,7%
	INSGESAMT	7,9%	7,1%

Quellen: stat. Bundesamt, Qualitätsberichte Unikliniken, eigene Berechnungen

Abb. 12

7. Zusammenfassung

Diese 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 1,8 mal 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 Lehrkrankenhäuser 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)

