

IMPLICON

Gesundheitspolitische Analysen

Baustellen im Krankenhaus

Die Sichtweise des GKV-Spitzenverbandes

12 | 2017

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4978

Baustellen im Krankenhaus

Die Sichtweise des GKV-Spitzenverbandes

Defizite in der pflegerischen Versorgung, Fehlallokationen in Notfallambulanzen sowie der Abbau von Überkapazitäten sind die gegenwärtig offenen Baustellen in der stationären Versorgung. Die Aufgaben für die Selbstverwaltung sind so umfangreich und komplex, dass sie nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes für die nächsten zwei Jahre mit Arbeit voll ausgelastet ist, ohne dass der Gesetzgeber weitere Aufträge erteilt. Aber: Spätestens wenn der Sachverständigenrat sein Gutachten zur Notfallversorgung im Sommer 2018 fertiggestellt haben wird, wird auch der Gesetzgeber wieder aktiv werden. Und als Dauerthema wird auch die Krankenhausplanung und -finanzierung wieder auf die Agenda kommen. Bei den diesjährigen Bad Orber Gesprächen, organisiert von Bayer und Vivantes Ende November in Berlin, hat sich der GKV-Spitzenverband positioniert.

...

...

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten hat der Gesetzgeber mit dem neuen Paragraphen 137i den Abschnitt Qualitätssicherung um eine weitere Vorgabe ergänzt: Danach müssen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Benehmen mit dem PKV-Verband pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festlegen, für die bis spätestens zum 30. Juni 2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen vereinbart werden, die zum 1. Januar 2018 wirksam werden. Dazu gehörende Intensiveinheiten sind ebenso zu berücksichtigen wie Besetzungen im Nachtdienst. Ferner müssen Vorkehrungen getroffen werden, mit denen verhindert wird, dass durch Personalverlagerung Lücken in anderen Krankenhausbereichen entstehen. Da aber Pflegepersonal generell knapp ist, müssen Ausnahmetatbestände definiert und Übergangsregelungen geschaffen werden. Andererseits: Bei Nichteinhaltung der Vorgaben soll es Vergütungsabschläge geben, die noch konkret ausgestaltet werden müssen. Ferner muss die Erfüllung der Vorgaben für die Besetzung in pflegesensitiven Bereichen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ausgewiesen werden. Kommt es zu keiner Lösung auf der Selbstverwaltungsebene, kann das Bundesgesundheitsministerium zu Ersatzvornahmen greifen oder die automatische Schiedsstelle tritt in Aktion.

Mindestbesetzung in der Pflege – akute Umsetzungsprobleme

Die vom Gesetzgeber gestellte Aufgabe ist keineswegs trivial, wie Dr. Wulf-Dietrich Leber, zuständiger Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, darlegt. Neben den Vertragspartnern GKV und DKG sind auch die PKV, die Gewerkschaften und Arbeitgeber, der Deutsche Pflegerat, Verbraucherschützer und Patientenvertreter, die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie das InEK und das IQTiG und am Ende auch das Bundesgesundheitsministerium beteiligt.

Zur Finanzierung des erhöhten Pflegepersonalbedarfs stehen maximal jährlich 330 Millionen Euro zur Verfügung. Die Verteilung der Mittel soll über eine verbesserte Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs durch Berücksichtigung von Pflegegraden im DRG-System erfolgen. Ferner müssen Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen konkret definiert werden.

In einer Expertise hat der Hamburger Gesundheitsökonom Jonas Schreyögg den Zusammenhang zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern aus einer Zusammenführung von Daten aus den Abrechnungsergebnissen und den Daten der Qualitätsberichte ermittelt. Solche evidenzbasierten pflegesensitiven Ergebnisparameter sind beispielsweise Dekubitus, Harntraktinfektionen, im Krankenhaus erworbene Pneumonien, Sepsis oder physiologische/metabolische Entgleisungen. Das Ergebnis: In 15 von 28 Fachabteilungen bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und dem Auftreten

unerwünschter Ereignisse. Die Konsequenz wäre, dass in diesen Abteilungen mehr Pflegepersonal eingesetzt würde.

So pauschal sei das aber nicht zielführend, argumentiert Leber und bemüht die „Cockpit-Metapher“: „Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigungsgesamtzahl vorschreibt.“

Pflege im Krankenhaus – eine „empirische Wüste“

Das Vorgehen in der Expertise von Schreyögg hält Leber für plausibel – die empirische Anreicherung mit den zur Verfügung stehenden Daten jedoch für problematisch:

- Es gebe keinen Überblick über die tatsächliche Stationsbesetzung.
- Zwischen Bettenbelegungsplanung und Stationsbesetzung gebe es keinen Zusammenhang und keine abgestimmte Planung, nicht einmal in guten Kliniken.
- Man wisse nicht, wann und wo Fehler geschehen.
- Die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser seien „DRG-durchseucht“ – will sagen: was als Komplikation nicht DRG-relevant ist, wird nicht kodiert –, und die Qualitätsberichte seien „gelogen“. „Das ist alles Voodoo, die Pflege im Krankenhaus ist eine empirische Wüste“, so Leber.

Notwendig sei es, in den nächsten Monaten eine einigermaßen verlässliche Datenbasis zu ermitteln. Dabei müsse auch der individuelle Pflegebedarf der Patienten berücksichtigt werden, der je nach Abteilung, aber auch im Zeitablauf variieren kann. Zwischen Belegungsplanung und Dienstplanung müsse ein Zusammenhang hergestellt werden. Leber: „Wer nicht monatlich die pflegebedarfs-adjustierten Personal-Patienten-Quoten für alle Stationen und Schichten überprüft, hat seinen Laden nicht im Griff.“ Nötig sei zumindest eine repräsentative Stichprobe von Dienstplänen mit Personalbesetzung je Schicht und Station, um Pflegepersonaluntergrenzen verantwortlich festlegen zu können. Am Ende sollte eine taggenaue Abfrage zu stationsbezogenen Schichtbesetzungen im Vergleich zum Pflegebedarf möglich sein, um ein noch eben tolerierbares Ausmaß an Unterbesetzung zu bestimmen. Welches Ausmaß toleriert werden soll, kann nicht objektiv bestimmt werden, sondern muss als bestimmter Prozentsatz vereinbart werden. Unabdingbar sei aber, dass Nachweispflichten klar geregelt sind und Verstöße gegen vereinbarte Mindestbesetzungen Konsequenzen haben.

Reformbedürftig: Die Notfallversorgung

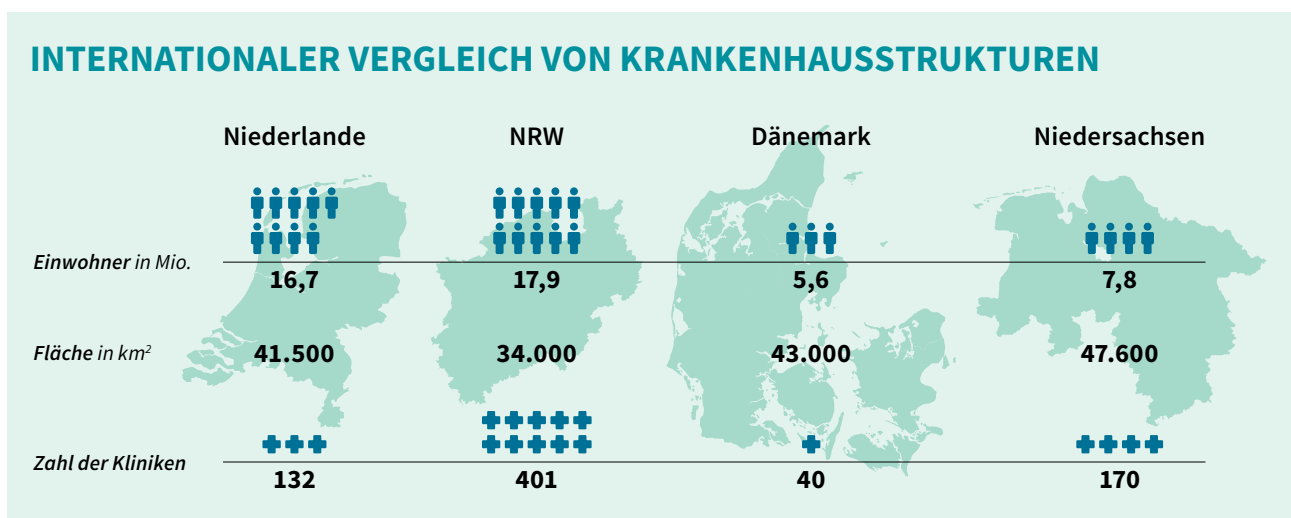
Konsens besteht zwischen allen Beteiligten darüber, dass die Notfallversorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Medizin reorganisiert werden muss. Die Krankenhäuser beklagen eine finanzielle Unterdeckung, die KBV und die Kranken-

kassen eine teure Fehlallokation und qualitative Schwächen. Tatsächlich betreiben 70 Prozent der Kliniken eine zentrale Notaufnahme, aber nur 60 Prozent verfügen über Intensivbetten. In den Notfallambulanzen sind oft überforderte Assistenzärzte tätig, die in lebenskritischen Situationen Entscheidungen treffen müssen. Andere Länder konzentrieren deshalb die Notfallaufnahmen auf wenige Standorte. Beispiel: In Wien gibt es sechs Notfallaufnahmen für Herzinfarkte (nachts nur zwei), in Berlin jedoch 39.

Der GKV-Spitzenverband hat ein System entwickelt, das aus einem gestuften Grundmodell (von der Basis- über die erweiterte und schließlich umfassende) Notfallversorgung reicht, das durch die Module Kindernotfallversorgung und Schwerverletztenversorgung ergänzt wird. Mindestanforderungen sind eine zentrale Notfallaufnahme, Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie, die Erreichbarkeit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten, Vorhaltung von Intensivbetten, Schockraum und CT für die Basisnotfallversorgung. Ferner sollen allgemeinärztliche Notdienstpraxen mit festem Standort am Krankenhaus als Anlaufstelle für Notfallpatienten mit einem definierten Versorgungsauftrag installiert werden. Am gemeinsamen Tresen von Notdienstpraxis und Krankenhausambulanz wird entschieden, mit welcher Dringlichkeit ein Arzt-Patienten-Kontakt hergestellt werden muss und welchen weiteren Weg der Patient nimmt. Regelmäßig soll die KV für den Betrieb der Notfallpraxis zuständig sein – tut sie dies nicht, überträgt der erweiterte Zulassungsausschuss die Versorgung dem Krankenhaus – auf Kosten des Honorarbudgets der KV. Neben einer Neuregelung der Vergütungsstruktur müssen Navigations- und Leitsysteme für den Rettungsdienst bundesweit verpflichtend eingeführt werden.

Krankenhausplanung: Plädoyer für Strukturbereinigung

Braucht Deutschland mehr als 2000 Krankenhäuser? Die Antwort ist ein klares Nein. Der Blick auf andere Länder zeigt, in welchem Ausmaß eine Konzentration möglich sein könnte – und sich damit Effizienz und Qualität steigern ließe.



Quelle: GKV-Spitzenverband

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar wären. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat“, heißt es in den Thesen der Leopoldina zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Umgesetzt auf Deutschland würde das 82 Milliarden Euro Investitionen erfordern.

Beim GKV-Spitzenverband ist man sich der Tatsache bewusst, dass eine solche Reform in Deutschland illusorisch ist. Deshalb werden Vorschläge unterbreitet, den Prozess der Krankenhausplanung grundlegend neu zu gestalten. Das Modell von gestern (und heute): „Ein fürsorglicher Landesvater baut überall dort, wo Landeskinder stationärer Versorgung bedürfen, ein Krankenhaus, achtet auf Trägervielfalt und passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.“ Im Modell von morgen definiert der Gemeinsame Bundesausschuss die Erreichbarkeit und damit die notwendigen Krankenhausstandorte, das Kartellamt regelt die Trägervielfalt, GBA und IQTiG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.

Das Konzept der Sicherstellungszuschläge

Ein Teil dieses neuen Modells ist schon jetzt Realität. So muss der Bundesausschuss Vorgaben für Sicherstellungszuschläge nach Paragraph 136c Absatz 3 bestimmen, und zwar zur Erreichbarkeit (Minutenwerte für die Anfahrdauer), zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung zur Versorgung sicherzustellen ist. Nach dem Beschluss des GBA vom November 2016 gilt:

- Die zumutbare Fahrzeit mit dem Pkw beträgt 30 Minuten.
- Die Betroffenheitsnorm besagt, dass mindestens 5000 Einwohner von einer längeren Fahrzeit betroffen sein müssen.
- Die Einwohnerdichte muss unter 100 Einwohner je Quadratkilometer liegen.
- Vorgehalten werden müssen Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie.

Unter diesen Voraussetzungen, so ist errechnet worden, sind etwa hundert Krankenhäuser Kandidaten, die einen Sicherstellungszuschlag erhalten können – bei insgesamt rund 2000 Krankenhäusern in Deutschland nicht viel. Das heißt auch: Es besteht großer Spielraum zum Abbau von Krankenhauskapazitäten und zur Konzentration von Kliniken auf weniger Standorte, dafür aber gegebenenfalls mit einem größeren Leistungsspektrum, auf jeden Fall mit höheren Leistungsmengen, die Aussicht auf mehr Effizienz und Qualität versprechen.

Um diesen Prozess einzuleiten, wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 der mit jährlich 500 Millionen Euro dotierte Strukturfonds geschaffen mit dem Ziel, insbesondere kleinere, nicht leistungsfähige Krankenhäuser zu schließen, in andere medizinische oder pflegerische Einrichtungen (MVZ, Pflegeheime) umzuwandeln oder mehrere Krankenhäuser in einer Region an einem Standort zu konzentrieren.

Dabei sind folgende Effekte zu beobachten:

- Nahezu alle Länder schöpfen zu den Förderrahmen zu 100 Prozent aus.
- Die meisten Projektanträge hat Nordrhein-Westfalen gestellt (17), gefolgt von Bayern (7) und Baden-Württemberg (5).
- Von insgesamt 64 Projekten beziehen sich nur elf auf eine Schließung und zwölf auf eine Umwandlung. 40 Projekte zielen auf eine Konzentration ab.
- Der überwiegende Teil der Fördermittel fließt in Projekte zur Konzentration, nämlich 86 Prozent. Lediglich 6,6 und 5,8 Prozent werden zur Umwandlung oder Schließung genutzt.

Mittelverteilung nicht problemadäquat

Das heißt: Die Einrichtung des Strukturfonds und seine Ausgestaltung führen nicht zu einem wirksamen und zielführenden Abbau von Überkapazitäten. Außerdem ist die Mittelverteilung aus dem Strukturfonds auf die Länder nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel in der Sache fragwürdig. Der Königsteiner Schlüssel basiert auf einem Abkommen von Bund und Ländern aus dem Jahr 1949 und hat Verfassungsrang. Er regelt die Beteiligung der Länder an der Finanzierung von staatlichen Gemeinschaftsaufgaben. Kriterien sind die Bevölkerungszahl und das Steueraufkommen der Länder, die konkret jedes Jahr von der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz festgelegt werden. Dieser Schlüssel und die darin enthaltenen Ländergewichte haben sachlich nichts mit dem Ausmaß der Strukturprobleme in der stationären Versorgung eines Bundeslandes zu tun. So ist bekannt, dass die Krankenhausstruktur in den neuen Bundesländern aufgrund des Investitionsprogramms des Bundes nach der Wiedervereinigung vergleichsweise modern ist – anders als in den Rückstandsregionen Bayern und Baden-Württemberg. Insofern berücksichtigt der Königsteiner Schlüssel nicht die Dringlichkeit von Strukturproblemen in der Krankenhausversorgung.

Um dem abzuhelpen, schlägt der GKV-Spitzenverband vor:

- Nicht die Länder, sondern die Träger selbst sollten Anträge auf Schließungen beim Bundesversicherungsamt stellen können.
- Schließungen in Ballungsgebieten müssen Priorität vor Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen haben.
- Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ist nicht sinnvoll und muss modifiziert werden.
- Die PKV muss an der Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds beteiligt werden.

Fazit:

Die mit diversen Reformgesetzen in der vergangenen Legislaturperiode ausgelösten Veränderungsprozesse sind komplex und werden die Partner der Selbstverwaltung noch mindestens zwei Jahre beschäftigen. Gleichwohl bleibt der Gesetzgeber auch in der neuen Legislaturperiode gefordert, am dringendsten wohl bei der Reorganisation der Notfallversorgung. Ein Dauerbrenner wird die Investitionsfinanzierung bleiben. Und als neues Thema rückt der Pflegenotstand auf die Spitzenplätze der politischen Agenda – auch im Krankenhaus.

Helmut Laschet

Hauptstadtkorrespondent

Ärzte Zeitung

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Koalitionssondierungen: Bürgerversicherung wird Hürde

Der Weg zu Sondierungsgesprächen für die Bildung einer großen Koalition wird nicht nur durch die grundlegende Abneigung der SPD, mit der Union in die Regierungsverantwortung einzutreten, erschwert, sondern auch durch inhaltliche Fragen. So hat der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Professor Karl Lauterbach die Abschaffung der privaten Krankenversicherung als eine der Voraussetzungen für ein Regierungsbündnis genannt. „Es ist klar, dass es in Deutschland Altersarmut, Zweiklassenmedizin, ungerechte Bildungschancen und Wohnverhältnisse gibt. Wir werden sehen, ob die Union bereit ist, sich in Richtung eines gerechteren Landes zu bewegen“, zitiert die „Welt am Sonntag“ Lauterbach. Seit dem Scheitern der Sondierungen für ein Jamaika-Bündnis, bei dem die Bürgerversicherung nicht mehr auf der Agenda gestanden hätte, laufen die Gegner Sturm: Insbesondere Ärzteverbände protestieren, die Betriebsräte der privaten Krankenversicherung befürchten einen Verlust von 50.000 Arbeitsplätzen. Auch Entscheidungsträger in Unternehmen stehen der Bürgerversicherung skeptisch gegenüber, wie eine Umfrage der Roland Berger Unternehmensberatung ergab: 30 Prozent halten das Zwei-Säulen-Modell für innovations- und wettbewerbsfreundlicher, knapp 42 Prozent sagten, die Wahlmöglichkeiten bei der Krankenversicherung sollte nicht eingeschränkt werden.

Unterdessen plädierte der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, für eine einheitliche Gebührenordnung für Ärzte. Dann würden die Anreize für Ärzte verschwinden, Patienten unterschiedlich zu behandeln, sagte Baas in einem Interview der „Rheinischen Post“.

Ethikrat befasst sich mit Big Data im Gesundheitswesen

In einer 220 Seiten umfassenden Stellungnahme hat sich der Deutsche Ethikrat mit den technischen Implikationen sowie den rechtlichen Herausforderungen von Big Data beschäftigt. Grundsätzlich sieht der Rat die Entwicklung von Künstlicher Intelligenz zur Nutzung in der Medizin und zur Stützung ärztlicher Diagnose- und Therapieentscheidungen positiv. Die zentralen Empfehlungen: Datenaustausch- und Integration sollen erleichtert werden, ein kooperatives Forschungsdaten-Management müsse weiterentwickelt werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Datennutzung zu Forschungszwecken müssten angepasst werden. Dazu sei die Sekundärnutzung von Forschungsdaten weiterzuentwickeln, für Individuen müsse die Möglichkeit geschaffen werden, die umfassende Nutzung ihrer Daten für medizinische Forschung zu erlauben (Datenspende), digitale Entscheidungshilfen in der klinischen Praxis sollten gefördert werden ebenso wie die internationale Anschlussfähigkeit Deutschlands. Empfehlungen gibt der Ethikrat auch zur Sicherung individueller Freiheit und Privatheit: Dazu sollten unter anderem kaskadisch strukturierte Einwilligungsmodelle etabliert und privatsphärenfreundliche Grundeinstellungen gewährleistet werden. Der Einsatz von Algorithmen müsse transparent gemacht und erläutert werden.

Kassenüberschüsse wachsen im dritten Quartal weiter

Vor dem Hintergrund der unerwartet guten konjunkturellen Entwicklung verbuchen die gesetzlichen Krankenkassen bis zum Ende des dritten Quartals weiter wachsende Überschüsse auf insgesamt 2,5 Milliarden Euro. Die Ersatzkassen melden einen Zuwachs von 757 auf 925 Millionen Euro, die AOK von 550 Millionen auf 1,1 Milliarden Euro. Ursächlich bei dieser Kassenart sind nicht nur steigende Einnahmen, sondern auch der rückläufige Ausgabenzuwachs je Versicherten von 12,8 auf 1,1 Prozent. Die Betriebskrankenkassen nennen einen Überschuss von 200 Millionen Euro, im Vorjahr waren es 40 Millionen Euro, die IKKen konnten ihr Defizit von 7,4 in einen Überschuss von 126 Millionen Euro verwandeln.

GKV gibt 500 Millionen Euro für die Prävention aus

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes und seines Medizinischen Dienstes im vergangenen Jahr knapp 500 Millionen Euro in Präventionsmaßnahmen investiert. Pro Versicherten sei dies ein Betrag von 6,64 Euro, der damit schon nah an der gesetzlichen Vorgaben von sieben Euro liegt. Das Bundesgesundheitsministerium sprach die Erwartung aus, dass die Kassen in diesem Jahr ihren Verpflichtungen zur Prävention in vollem Umfang nachkommen. Die steigenden Ausgaben sind Folge des 2016 wirksam gewordenen Präventionsgesetzes. Dabei seien Projekte in sozialen Brennpunkten mit 113 Millionen Euro dotiert worden. Verdoppelt wurden die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung auf 147 Millionen Euro. Erreicht würden 1,4 Millionen Menschen in 13.000 Betrieben. Für individuelle Präventionsprogramme, etwa zur Rauch-Entwöhnung, gaben die Kassen 211 Millionen Euro aus, ein Wachstum von vier Prozent.

Bundesausschuss reformiert die Bedarfsplanung für das Ruhrgebiet

Der Sonderstatus des Ruhrgebiets bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung wird mit Wirkung vom 1. Januar 2018 an aufgehoben. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 17. November beschlossen. Nach Ablauf einer Übergangsfrist werden insgesamt rund 600 neue Hausarztsitze ausgewiesen, im Durchschnitt soll es jährlich 40 neue Sitze geben. Dabei sollen die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen laufend beobachtet werden, um auf Veränderungen in der Region reagieren zu können, betonte der G-BA-Vorsitzende Josef Hecken. Erhöht wird auch die Zahl der Psychotherapeuten-sitze: um 85. Dies halten die Psychotherapeuten für sehr unzulänglich. Entscheidungsgrundlage für den Bundesausschuss war ein Gutachten des Berliner IGES-Instituts, in dem die Versorgungslage des Ruhrgebiets analysiert worden war. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass in dieser größten deutschen Metropol-Region aufgrund hoher Verdichtung, Urbanität und Binnenverflechtungen die in der Bedarfsplanung übliche Unterscheidung von mitversorgenden und mitversorgten Bereichen nicht möglich ist. Daher wurde ein neuer Planungstyp, der „polyzentrische Verflechtungsraum“ eingeführt, dem alle Städte des Ruhrgebiets gleichermaßen zugeordnet werden.

Innovationsfonds beschließt 26 neue Förderprojekte

Der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses hat 26 neue Förderprojekte beschlossen und diese Ende November veröffentlicht. Zu den bewilligten Projekten zählen unter anderem ein E-Health-basiertes sektorübergreifendes Versorgungskonzept der Uni Mainz für geriatrische Patienten (GerNe), ein telemedizinisches Lebensstil-Interventionsprogramm für Typ 2-Diabetiker der AOK Rheinland (TeLIPro), die Optimierung der Notfallversorgung durch strukturierte Ersteinschätzung mit Hilfe intelligenter Assistenzsysteme (Optinova) der Uni Göttingen, sowie ein Familien-Scout zur sektorübergreifenden Unterstützung von Familien mit krebserkrankten Angehörigen der Uni Aachen.

Zahl der Rheuma-Patienten höher als bisher angenommen

Die Zahl der Patienten, die in Deutschland an einer rheumatoiden Arthritis (RA) leiden, ist deutlich höher als bisher angenommen. Dies geht aus einer Auswertung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung hervor. Während ältere Schätzungen von einer Prävalenz von 0,8 Prozent ausgingen, zeigen nun Daten des Versorgungsatlas des ZI, dass die Prävalenz 2014 bei 1,2 Prozent lag. Binnen sechs Jahren ist die Zahl der an RA erkrankten Patienten um 24 Prozent auf 666.000 gestiegen. Frauen sind 2,5fach häufiger betroffen als Männer, der Altersgipfel liegt bei den 65- bis 79-Jährigen. Am höchsten ist die Prävalenz Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Thüringen und Niedersachsen, am niedrigsten in Baden-Württemberg und Bayern.

Bedarf an Pflegeplätzen steigt, Personalknappheit wird zum Problem

Nach dem Pflegeheim Rating Report 2017 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, hcb GmbH und Deloitte GmbH ist die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime in Deutschland überwiegend gut, Sorge bereitet allerdings die wachsende Personalknappheit. Auf Basis einer Auswertung von 432 Jahresabschlüssen des Jahres 2015, die insgesamt 2050 Pflegeheime repräsentieren, kommt der Report zu dem Schluss, dass nur zwei Prozent insolvenzgefährdet sind, 82 Prozent aber im grünen Bereich arbeiten. Die wirtschaftliche Situation der Pflegeheime ist somit deutlich besser als die der Krankenhäuser. Insgesamt geht der Trend zur Privatisierung: 2015 waren 37,7 Prozent der Heime in privater Trägerschaft, bei den ambulanten Diensten sind es sogar 50,6 Prozent. Die Zahl der gemeldeten offenen Stellen hat sich zwischen 2007 und 2015 verdreifacht. Bis 2030 wird mit einem zusätzlichen Personalbedarf von bis zu 307.000 Vollzeitkräften in Heimen und 172.000 Vollzeitkräften in der ambulanten Pflege gerechnet.