

13. Juli 2016

**Bericht der AG Bedarfsplanung zum Letter of Intent:  
Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Ver-  
waltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf  
Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013**

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Datengrundlage	3
Wirkung des LOI auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung	4
Altersstruktur der Ärzte	4
Versorgungsbeitrag der Ärzte	4
Veränderungen seit Inkrafttreten des LOI	6
Demographische und sozialindikative Aspekte	9
Analyse der Bevölkerungsentwicklung	9
Ergebnisse der Versorgungsgrade nach Arztgruppen	14
Rechtliche und gesundheitspolitische Entwicklungen	15
Barrierefreiheit	18
Rechtliche und verwaltungsseitige Lage und Handhabung der Beratung niederlassungswilliger Ärzte auf bezirklicher Ebene	19
Zusammenfassung, kritische Würdigung und Ausblick	19

## Einleitung

Mit dem Letter of Intent (LOI) zur Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013 haben sich die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin das Ziel gesetzt, die regionalen Unterschiede zwischen den Verwaltungsbezirken in der ambulanten ärztlichen Verordnung anzugleichen. Dieses Vorhaben hat nach seiner Ingangsetzung erste Erfolge zu verzeichnen, welche im Zwischenbericht vom Dezember 2014 ersichtlich wurden. Im LOI war ein Abschlussbericht für den Herbst 2015 vorgesehen. Allerdings haben sich durch das Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 weitere Impulse zur Optimierung der sich auf einem hohen Niveau befindlichen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung innerhalb Berlins ergeben. Die neue Gesetzeslage findet im vorliegenden Bericht zum LOI Eingang. Daher wurde der Erarbeitungshorizont für den Bericht entsprechend adaptiert, da eine nachhaltige und konstruktive Behandlung der Thematik eine dezidierte und fundierte Herangehensweise erforderlich macht.

Der hier vorliegende aktuelle Bericht setzt sich mit der weiteren Entwicklung und Bewertung der Veränderung der Versorgungslandschaft unter Einbeziehung der eben genannten Aspekte auseinander. Die Ergebnisse des Zwischenberichtes werden in der Weiterentwicklung miteinbezogen und fortgeschrieben.

Die regionalen Versorgungsgrade, die dem Letter of Intent – Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013 – zugrunde liegen, werden entsprechend der nachfolgend vereinbarten Protokollnotiz regelmäßig angepasst:

„Die Vertragspartner des Letter of Intent über die Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013 passen die regionalen Versorgungsgrade, die dem Letter of Intent als Anlage beigefügt sind, jeweils im Zeitabstand von 6 bis 12 Monaten an. Datengrundlage für die Anpassung der Tabellen zu bezirklichen Versorgungsgraden sind die von der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils zur Verfügung zu stellenden aktuellen Angaben zu ärztlichen Vollzeitäquivalenten, die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zur Verfügung gestellten aus Zensusdaten fortgeschriebenen bezirklichen und altersgruppenspezifischen Bevölkerungszahlen zum jeweils aktuellsten verfügbaren Datenstand und der jeweils aktuelle Sozialindex I für Berlin, der in der Regel einmal pro Legislaturperiode neu berechnet wird. Die aktualisierten Versorgungsgrade und deren Stichtage werden zwischen den Vertragspartnern des Letter of Intent einvernehmlich abgestimmt.“

## Datengrundlage

Bislang beziehen sich die Berechnungen und Tabellen zum LOI auf die alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungszahlen gemäß Zensus 2011 bzw. die auf dieser Basis fortgeschriebenen Bevölkerungszahlen, zuletzt zum Stichtag 31.12.2013. Infolge einer Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes kann seit 2014 keine Bevölkerungsfortschreibung auf Bezirksebene mehr erfolgen, sondern nur noch für Berlin gesamt. Daher kann das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg bis zum nächsten Zensus lediglich Schätzdaten der bezirklichen Bevölkerungsstruktur zur Verfügung stellen.

Neben den zensusbasierten Bevölkerungsdaten liegen jedoch kleinräumige Bevölkerungsdaten aus den Einwohnermelderegistern vor, welche in verschiedenen Planungskontexten bereits Anwendung finden. Die Melderegisterdaten wurden im Zuge der Zensuserhebungen 2011 nicht korrigiert und weichen aufgrund ausbleibender oder verspäteter An-, Ab- und Ummeldungen von den Zensusdaten ab. So liegt die

Bevölkerungszahl zum Stichtag 31.12.2014 gemäß Einwohnermelderegister für Berlin insgesamt um gut 90.000 Personen über der gemäß Zensus 2011 fortgeschriebenen Bevölkerung zum gleichen Stichtag. Aus Gründen der Datenverfügbarkeit haben sich die Partner des LOI darauf verständigt, zur Berechnung der regionalisierten Versorgungsgrade künftig die Daten des Einwohnermelderegisters heranzuziehen. Durch die veränderte Datenbasis ergibt sich für die Tabellen zu bezirklichen Versorgungsgraden ein einmaliger Bruch in der Zeitreihe, da sich infolge höherer Bevölkerungszahlen bei gleichen Ärztezahlen geringere Versorgungsgrade ergeben.

## Wirkung des LOI auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung

Nachfolgend erfolgt zunächst anhand vorliegender Daten der Partner des LOI eine Analyse der Ist-Situation der vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin werden die bezirklichen Versorgungsgrade und ihre Veränderung seit Inkrafttreten des LOI dargestellt und hinsichtlich der bisherigen Wirkung der Versorgungssteuerung mithilfe des LOI bewertet.

### Altersstruktur der Ärzte

Die lange Ausbildung bis hin zur Facharztausbildung bedingt, dass Ärzte sich zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr erstmalig niederlassen können. Geht man von einem Renteneintritt zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr aus und nimmt den jeweiligen Mittelwert, überrascht es nicht, dass die Berliner Vertragsärzte im Schnitt 54 Jahre alt sind. Die einzelnen Fachgruppen differieren dabei wenig, Ausreißer sind die Praktischen Ärzte mit 61 Jahren (bei denen keine Neuniederlassungen möglich sind) und die Psychosomatiker mit 60 Jahren (die in der Regel zwei Facharztbezeichnungen führen) einerseits und Neurologen (47 Jahre) andererseits, welche sich erst neuerdings vermehrt niederlassen. Das Durchschnittsalter in den östlichen Stadtbezirken ist dabei um 3 Jahre höher als das Durchschnittsalter in den westlichen Bezirken. Rein mathematisch ist daher zu erwarten, dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren die Hälfte aller Arztsitze abgegeben wird und dabei insbesondere Praxen im Ostteil der Stadt bevorzugt nachbesetzt werden müssen. So sind in der Fachgruppe der Hausärzte 675 Ärztinnen und Ärzte derzeit über 65 Jahre alt.

**Tabelle 1:**  
Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte in Berlin nach  
Arztgruppen des LOI

Fachgruppe	Durchschnittsalter
Psychotherapeuten	56,3
Augenärzte	52,8
Internisten fachärztlich	53,1
Gynäkologen	53,4
HNO	53,1
Hausärzte	55,1
Hautärzte	50,7
Kinder-Jugend-Psychiater	52,3
Kinderärzte	54,6
Nervenärzte	56,1
Chirurgen	55,9
Orthopäden	51,9
Radiologen	53,8

(Quelle: KV Berlin)

### Versorgungsbeitrag der Ärzte

Die durchschnittliche Fallzahl je Arzt liegt in Berlin vergleichbar mit den bundesweiten Fallzahlen. Einzelnen Ärzten, bei denen sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass diese stark unterdurchschnittliche Fallzahlen haben, wurde die Zulassung zur Hälfte bzw. sogar zur Gänze entzogen. Dies ist insbesondere in der Fachgruppe der Psychotherapeuten von Belang, wo es stark unterschiedliche Tätigkeitsumfänge gibt.

In der Planungsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten beträgt die durchschnittliche Fallzahl in Berlin derzeit 169 Fälle im Jahr, dies entspricht 37,25 Fällen im Quartal, wohingegen der Bundesdurchschnitt derzeit bei etwa 45 Fällen liegt. Dabei divergieren gerade in dieser Planungsgruppe die Fallzahlen

**Tabelle 2:**  
**Behandlungsfälle pro Quartal der Arztgruppen des LOI in Berlin und im Bundesdurchschnitt im Vergleich**

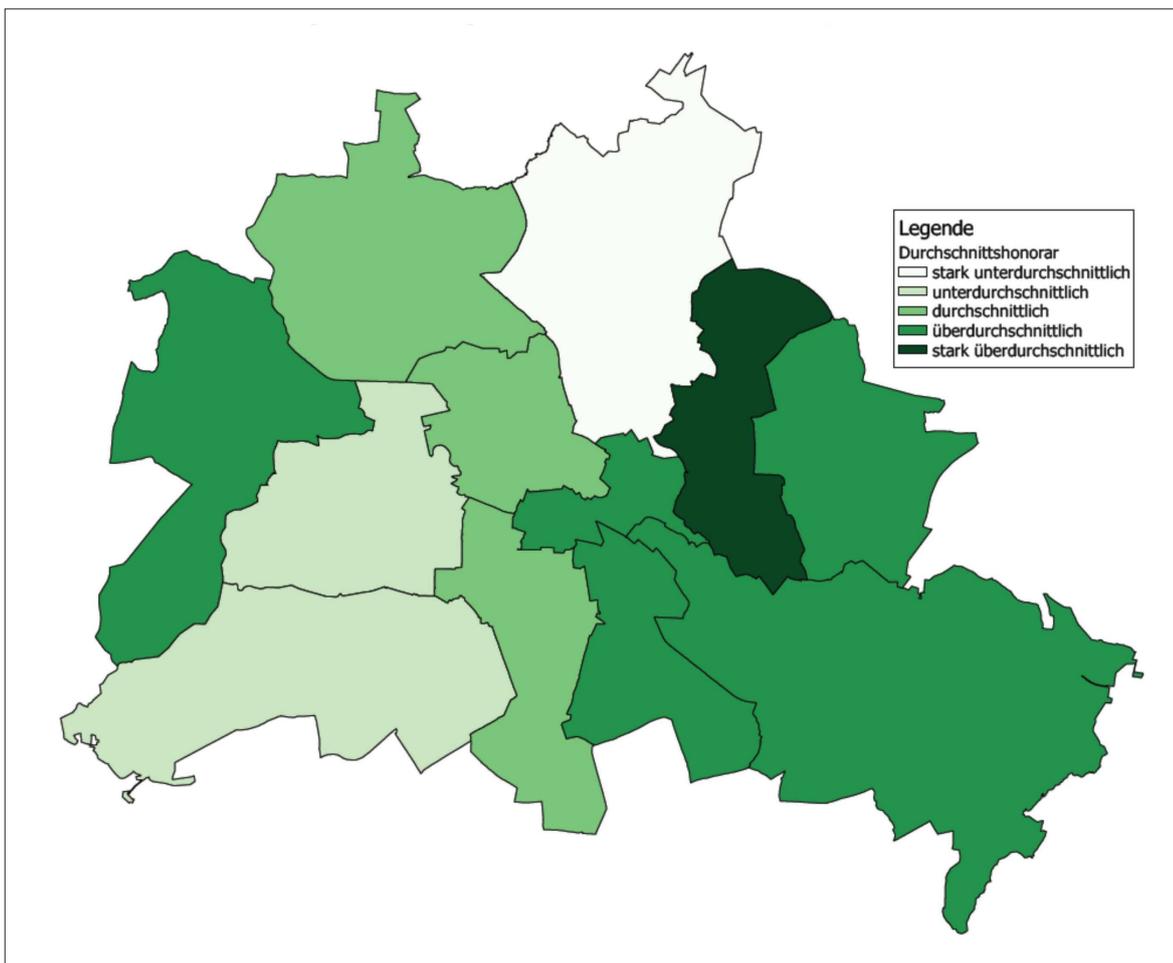
Arztgruppe	Behandlungsfälle pro Quartal	
	Berlin	Bund
Hausärztliche Internisten / Allgemeinmediziner / Praktiker	841	813
Hausärztliche Kinderärzte / Fachärztliche Kinderärzte	992	970
Augenärzte	1.270	1.324
Chirurgen	905	749
Gynäkologen	1.042	1.064
HNO-Ärzte	1.166	1.027
Hautärzte	1.436	1.372
Kinder- u. Jugendpsychiater	272	274
Nervenärzte, Fachärzte für Nerven- heilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	822	860
Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	541	421
Orthopäden	1.316	1.067
Radiologen	1.256	1.235
Urologen	1.216	1.028
Fachärztliche Internisten	924	843

(Quelle: KV Berlin / Honorarbericht Kassenärztliche Bundesvereinigung)

in Abhängigkeit von der jeweiligen Ausrichtung der psychotherapeutischen Praxis (höheren Fallzahlen im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie stehen in der Regel äußerst geringe Fallzahlen im Richtlinienverfahren Psychoanalyse gegenüber). Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie hingegen erzielen im Mittel Fallzahlen von etwa 100 Patienten im Quartal, ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte liegen mit einer in Berlin durchschnittlichen Fallzahl von etwa 45 Fällen im Bundesdurchschnitt.

Entgegen der oft zu hörenden Meinung ist die Umsatzerwartung der Praxen in den Bezirken mit unterdurchschnittlichen Versorgungsgraden besonders hoch. In der Abbildung wurde das durchschnittliche Honorar der Hausärzte je voller Zulassung je Bezirk aufgetragen. Der niedrige Wert in Pankow ist auf die hohe Dichte angestellter Ärzte in MVZ im Bereich Buch zurück zu führen, die deutlich unterdurchschnittlich an der Versorgung

**Abbildung 1:**  
**Durchschnittshonorar der Hausärzte in den Berliner Verwaltungsbezirken je Tätigkeitsumfang (TU)**



(Quelle: KV Berlin)

teilnehmen. So betreut durchschnittlich ein Hausarzt mit vollem Versorgungsumfang 841 Patienten (ein hausärztlicher Internist 842 Patienten). Ein Hausarzt im MVZ betreut hingegen nur durchschnittlich 702 Patienten. Die hohe Zahl der in MVZ beschäftigten Ärzte in Berlin führt also im Ergebnis zu einer Verzerrung des Versorgungsgeschehens.

Problematisch ist teilweise ein nicht quantitativer, sondern qualitativer Mangel in der Teilnahme an der Versorgung. So führen 253 von 2.324 Hausärzten (etwas über 10 %) gar keine Hausbesuche durch. Nur knapp unter 60 % aller Hausärzte machen mehr als einen Hausbesuch je Woche, nur noch rund 40 % machen mehr als 2 Hausbesuche je Woche. Hausbesuche gehören zum Kernbereich hausärztlicher Tätigkeit. Daraus kann gefolgert werden, dass nur ein kleinerer Teil der Hausärzte in Berlin noch in diesem hausärztlichen Kernbereich tätig ist.

Berlin hat darüber hinaus eine besondere Bedeutung für die Versorgung von Patienten aus den umliegenden Regionen, insbesondere für Patienten aus Brandenburg. Rund 10 % bis 15 % aller Berliner Behandlungsfälle entstehen durch die Behandlung von Patienten, die nicht in Berlin leben. In einzelnen Fachgruppen sind es deutlich mehr als 15 %. Damit zeigt sich, dass gerade im großstädtischen Planungsbereich Berlin die Mitversorgungseffekte für Brandenburg sehr hoch sind und vor diesem Hintergrund die Versorgungsgrade in den Planungsgruppen kritisch betrachtet werden müssen.

### **Veränderungen seit Inkrafttreten des LOI**

Ein Ziel des Letter of Intent ist, die Vertragsarztsitze und Vertragspsychotherapeutensitze langfristig im Wege einer Steuerung der Umzugsmöglichkeiten in Bezirke zu verlagern, die einen geringeren Versorgungsgrad aufweisen. Damit sollen langfristig eine bessere wohnortnahe Versorgung und eine Homogenisierung der Versorgungsgrade in den Verwaltungsbezirken erreicht werden. Die vorgenannten Beispiele zeigen, dass sich erste Erfolge verzeichnen lassen. Dies muss natürlich in Bezug gesetzt werden zur Realität in den Vertragsarztpraxen. In der Regel verfügen diese über mehrjährige, d. h. über fünf und mehr Jahre laufende Mietverträge. Erst beim Auslaufen des Mietvertrages wird ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut überlegen, ob er einen anderen Praxisstandort wählt, sei es aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen oder der Möglichkeit das Praxisprofil anzupassen.

Die vorgenommene Versorgungssteuerung konnte bei den bislang stattgefundenen Verlegungen von Vertragsarztpraxen bereits greifen. Im Zeitraum Juli 2013 bis Juli 2015 wurden insgesamt 639 Praxisverlegungsanträge gestellt, von denen 614 entsprochen werden konnte. 22 Anträge wurden jedoch abgelehnt. Der überwiegende Teil, nämlich 425, der genehmigten Verlegungen fand innerhalb der Bezirke statt. Außerhalb der jeweiligen Bezirke fanden Verlegungen in 209 Verfahren statt, wovon 189 Verfahren genehmigt wurden. Im Untersuchungszeitraum wurden dabei 19 Versorgungsaufträge in höher versorgte Verwaltungsbezirke verlegt, dies im Wesentlichen vor Inkrafttreten des LOI; in insgesamt vier Fällen wurde Klage gegen die Ablehnung respektive Genehmigung eingereicht. Im gleichen Zeitraum fanden 158 Verlegungen in Bezirke statt, die einen geringeren Versorgungsgrad aufwiesen. Bei Inkrafttreten des Letter of Intent (Stand: 01.07.2013) betrug die Zahl der Vertragspsychotherapeuten in Charlottenburg-Wilmersdorf 530, diese sank zum Stichtag 01.07.2015 auf 504, dies entspricht einem Rückgang des Versorgungsgrades von rund 5% (von 558 % auf 525 %). Zugleich stieg die Zahl der Vertragspsychotherapeuten in Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg um zwei bzw. drei, wodurch sich der Versorgungsgrad in Marzahn-Hellersdorf von 45 % auf 47 % erhöhte, in Lichtenberg von 81 % auf 82 %. Die Zahl der Hausärzte in Charlottenburg-Wilmersdorf betrug 2013 297,3 bei einem Versorgungsgrad von 170 %, am 01.07.2015 lediglich 291 bei einem Versorgungsgrad von 165 %. Demnach wurden sechs Hausärzte aus dem mit Abstand am besten versorgten Bezirk umverteilt. Dabei stieg zum Beispiel die Zahl der Hausärzte in Reinickendorf um drei, wodurch sich der Versorgungsgrad von 108 % auf 109 % erhöhte.

Tabelle 3:  
Genehmigte Verlagerungen von Versorgungsaufträgen im Zeitraum 1.7.2013 bis 1.7.2015 (nach Vollzeitäquivalenten)

nach Bezirk	von Bezirk										Zuzug	Zuordnung (LOI)				
	Mitte	Friedrichs- hain- Kreuzberg	Pankow	Charlott- enburg- Wilmer- sdorf	Span- nau	Steglitz- Zehlend- orf	Tempel- hof- Schöne- berg	Neu- kölln	Treptow- Köpenick	Marzahn- Hellers- dorf		Lichten- berg	Reinicken- dorf	Gesamt	„bergab“ [1]	„bergau“ [2]
Mitte	33,75	3	0,5	4,5	---	2	2	---	---	---	1	---	46,75	13	8	5
Friedrichsh.- Kreuzberg	10	25	---	1	---	1,75	2,5	4	---	---	2	---	47,25	22,25	16,25	6
Pankow	1	4	39,5	3,5	---	0,5	3,5	---	---	---	---	1	53	13,5	11,5	2
Charl.- Wilmerdorf	2	0,5	---	65,5	---	1	3,5	---	---	---	---	0,5	73	7,5	2	5,5
Spandau	0,5	---	---	---	16	---	1	---	---	---	---	---	17,5	1,5	1,5	---
St.-Zehlend.	4	1	1	8	---	55	7	---	---	---	---	1	78	23	18	5
Tempelhof- Schöneberg	---	1	---	9,5	---	6	49,75	---	---	---	---	1	67,25	17,5	17,5	---
Neukölln	4	4,5	---	1	0,5	4	1	26	2	3,5	1	1	48,5	22,5	20,5	2
Treptow- Köpenick	---	1	---	1	0,5	---	1	---	24,5	4	1	1	34	9,5	9,5	---
Marzahn- Hellersdorf	15,75	---	1,5	---	---	---	---	---	---	18,5	---	---	35,75	17,25	16,25	1
Lichtenberg	---	1	1	---	---	---	1,5	---	---	1	5,5	---	10	4,5	4	---
Reinickend.	3	1	---	2	---	1	1,5	---	---	---	---	21,5	30	8,5	8,5	---
Gesamt	74	42	43,5	96	17	71,25	74,25	30	26,5	30	12	24,5	541	160,5	133,5	26,5
Abgang	40,25	17	4	30,5	1	16,25	24,5	4	2	11,5	6,5	3	160,5	---	---	---

[1] von einem Bezirk mit höherem Versorgungsgrad in einen Bezirk mit niedrigerem Versorgungsgrad

[2] von einem Bezirk mit niedrigerem Versorgungsgrad in einen Bezirk mit höherem Versorgungsgrad

(Quelle: KV Berlin)

Aus der Übersicht über sämtliche Umzüge im Planungsbereich Berlin, zu ersehen in der Tabelle 3 sowie in der Tabelle 4, ergibt sich, dass ein Großteil der Umzüge je jeweils innerhalb eines der Verwaltungsbezirke stattfindet. Von insgesamt 639 Umzugsanträgen betrafen 430 Verlegungen innerhalb eines Bezirkes, 209 Verlegungen betrafen solche in andere Verwaltungsbezirke. Im faktisch in allen Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie äußerst gut versorgten Verwaltungsbezirk Charlottenburg-Wilmersdorf fanden insgesamt 96 Praxisverlegungen statt, dabei wurden insgesamt 30,5 Vertragsarztsitze in andere Verwaltungsbezirke verlegt, also etwa ein Drittel aller Praxisverlegungen. Dies zeigt exemplarisch eine Trendwende. Während in den Jahren bis 2013, wie bereits im Zwischenbericht zum LOI ausgeführt, die absoluten Arztszahlen in den ohnehin bereits sehr gut versorgten Verwaltungsbezirken anstiegen und damit zugleich die Arztszahlen in weniger gut versorgten Bezirken sanken, kam es jetzt zu einer deutlichen Trendumkehr. Damit zeigt sich eine deutliche Stabilisierung der Arztszahlen in den Bezirken – in den vergangenen Jahren kam es kaum mehr zu negativen Veränderungen in geringer versorgten Bezirken – und zugleich zu einem sukzessiven Anstieg der Arztszahlen in unterdurchschnittlich versorgten Bezirken. Die Versorgungsgrade spiegeln dies nicht immer wieder, auch wegen der mitunter hohen Ärztszahl insgesamt. Ein bei dieser Betrachtung nicht außer Acht zu lassender Effekt ist der der unterschiedlichen Anrechnung von Ärzten bei der Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung.

Die Bedarfsplanungsrichtlinie ordnet an, dass an der haus- oder fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bei einem Leistungsumfang im Bereich der Psychotherapie von 50 % nur noch mit 30 % ihres Vertragsarztsitzes in der somatischen Versorgung angerechnet werden müssen, 70 % aber bei der psychotherapeutischen Versorgung. Werden mehr als 90 % psychotherapeutische Leistungen erbracht, handelt es sich um einen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arzt, der dann ausschließlich in der Planungsgruppe Psychotherapeuten angerechnet werden muss. Viele Fachärzte und vor allem Hausärzte verfügen über die Qualifikation und Erlaubnis zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Demnach kommt es häufig vor, dass die Anrechnung bei den Hausärzten respektive Psychotherapeuten wechselt. Dies hat unmittelbar Einfluss auf die absolute Zahl an Psychotherapeuten und Hausärzten in einem Verwaltungsbezirk. Dies muss bei der kritischen Betrachtung der absoluten Arztszahlen Berücksichtigung finden. Ebenso kommt es mitunter zur freiwilligen Verzichtserklärung auf Vertragsarztsitze oder Anstellungsgenehmigungen, die dazu führen, dass die Arztszahl sinkt. In diesen Fällen wird dann kein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt und schlichtweg ein Vertragsarztsitz weniger gezählt. Das gleiche gilt für die Fälle, in denen durch ein Tätigwerden des Zulassungsausschusses von Amts wegen oder auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin oder eines Verbandes der Krankenkassen eine Zulassung entzogen wird, ohne dass es zu einem Nachbesetzungsverfahren kommt – der so genannten Entziehung wegen Nichtausübung. Auch dies hat unmittelbaren Einfluss auf die absoluten Arztszahlen. Größenschwankungen um mehrere Vertragsarztsitze, gerade bei hoher Arztdichte in einem Verwaltungsbezirk, sind immer wieder zu beobachten. Dies muss der Vollständigkeit halber auch hier Berücksichtigung finden.

**Tabelle 4:**  
**Genehmigte Verlagerungen von Versorgungsaufträgen im Zeitraum 1.7.2013 bis 1.7.2015 nach Arztgruppen des LOI**

Arztgruppe	"bergab"	"bergauf"
Augenärzte	3	0
Chirurgen	3,5	1
Frauenärzte	7	0,5
Hausärzte	21,75	6
Hautärzte	4	0
HNO-Ärzte	2	0
Kinderärzte	2	0
Nervenärzte	6	0
Orthopäden	8	0,5
Psychotherapeuten	47	8,5
Urologen	2,5	0
Radiologen	5,25	2
Internisten	6	0
Kinder- und Jugend-Psychiater	3,5	0
Neurochirurgen	0,5	0
Nuklearmediziner	0	2,5
Physikalische und Reha-Mediziner	4,5	5,5
Strahlentherapeuten	7	0
<b>Gesamt</b>	<b>133,5</b>	<b>26,5</b>

(Quelle: KV Berlin)

Die Auswirkungen des LOI werden auch beeinflusst durch die Struktur der Vertragsarztpraxen in Berlin. Seit Jahren nimmt die Zahl der kooperativ geführten Praxen zu, insbesondere die Zahl der medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Eine Analyse der Altersstruktur der Vertragsärzte in Berlin ergab, dass in den höher versorgten Innenstadt-Verwaltungsbezirken das Durchschnittsalter der Vertragsärzte geringer ist als in den etwas geringer versorgten Randbezirken. Dort ist daher innerhalb der nächsten zehn Jahre mit einer erhöhten Zahl an Praxisabgaben zu rechnen. Die Zunahme der Medizinischen Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften hat zur Folge, dass die Verlegung von Vertragsarztpraxen und Vertragsarztsitzen durchgehend schwieriger wird. Die Verlegung einer Einzelpraxis – diese stellt noch die Mehrzahl der Praxen in Berlin dar, nimmt aber stetig ab – ist durchaus einfacher durchzuführen, als die Verlegung eines MVZ mit fünf oder mehr dort tätigen Ärzten. Zugleich zeigen die hausärztlichen Praxen in den Innenstadt-Verwaltungsbezirken durchweg etwas geringere Fallzahlen als die Vertragsärztepraxen in Randbezirken. In den vergangenen Monaten konnte mehrfach festgestellt werden, dass dies zu Problemen bei der Nachbesetzung und damit dem weiteren Erhalt von Vertragsarztsitzen führt. Dies hat ebenfalls unmittelbar Einfluss auf die absolute Zahl an Vertragsärzten und den Versorgungsgrad im jeweiligen Verwaltungsbezirk. Die alleinige Verlagerung von Vertragsarztsitzen aus höher versorgten Bezirken kann die Versorgung in den Randbezirken nicht erhalten, ohne dass die dort bereits vorhandenen Vertragsarztpraxen ihrerseits erhalten werden. Dementsprechend zeigt sich gerade bei der Auswertung der Daten des LOI, dass eine multimodale Vorgehensweise notwendig ist. Wo die Versorgung noch nicht optimal ist, müssen die vorhandenen Strukturen unter allen Umständen erhalten werden und wo die Versorgung noch nicht optimal ist und Versorgungsbedarf besteht, muss zugleich darauf hingewirkt werden, dass Vertragsarztpraxen besser über den Planungsbereich verteilt werden. Damit geht einher, dass in einigen besonderen Bedarfsplanungsgruppen, insbesondere der Gruppe der Strahlentherapeuten, das Angebot an geeigneten Praxisräumen im Planungsbereich die Versorgungsdichte mitbestimmt. Dies führt zu einer arztgruppenspezifischen und auch von der Bedarfsplanungsrichtlinie implizierten Verteilung im Planungsbereich.

Die nachfolgenden/vorgenannten Ausführungen zeigen, dass für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung eine Steuerung auf Bezirksebene nicht sinnvoll ist, da die praktischen Gegebenheiten für die Praxen einer Verlegung mitunter entgegenstehen. Für einzelne Arztgruppen stehen schlichtweg nur in bestimmten Verwaltungsbezirken geeignete Praxisräume zur Verfügung. Zum Beispiel ist es für Strahlentherapeuten nahezu unmöglich außerhalb des Verwaltungsbezirks Mitte für die Errichtung von Strahlentherapiegeräten geeignete und zur Verfügung stehende Räume zu finden. Des Weiteren zeigen die Abrechnungsdaten, dass die gesondert fachärztliche Versorgung überwiegend überregional in Anspruch genommen wird, auch über die Planungsbereichsgrenzen hinweg.

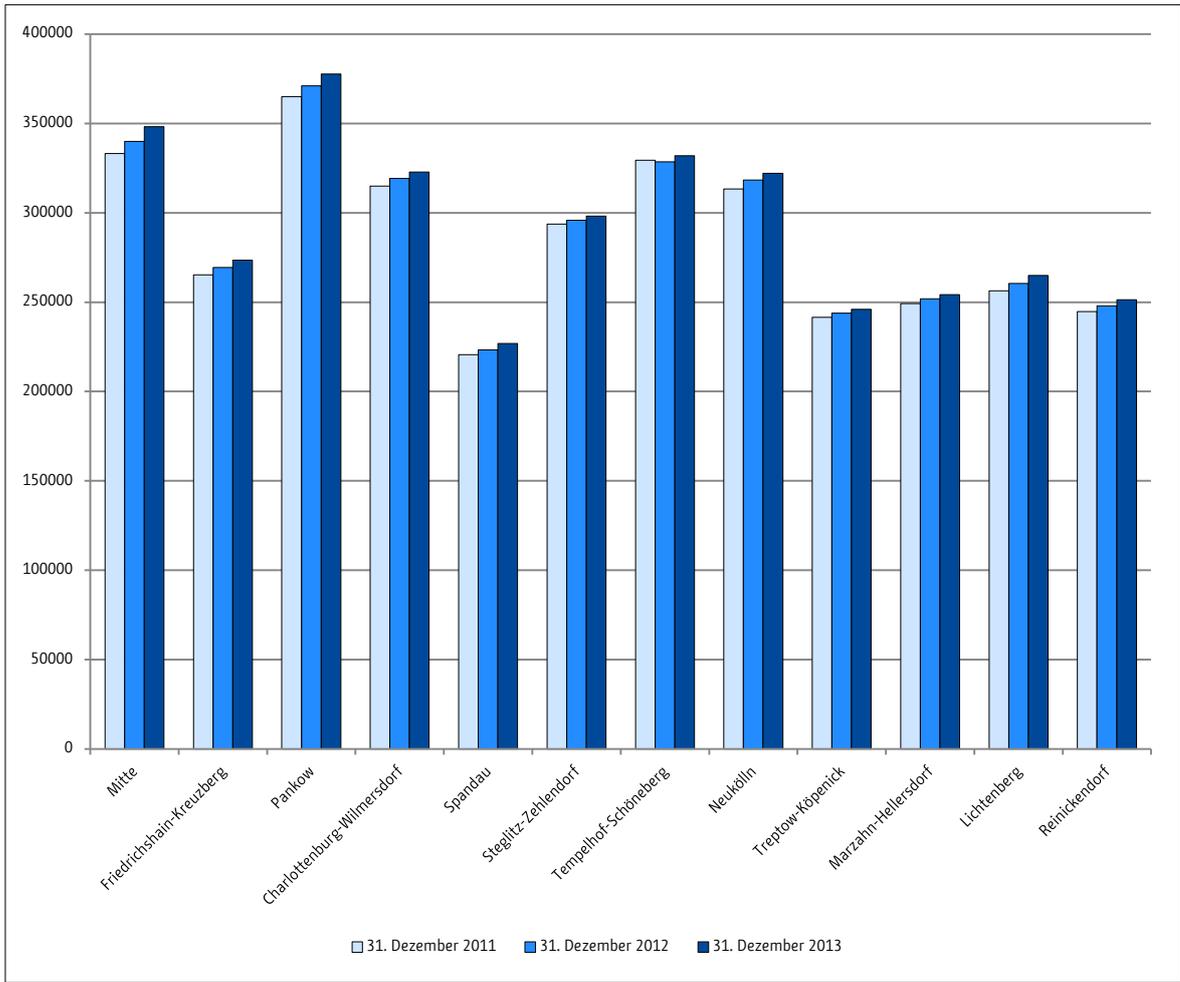
## Demographische und sozialindikative Aspekte

### Analyse der Bevölkerungsentwicklung

Der Betrachtungshorizont beginnt hier mit dem Zensusjahr 2011 – dies resultiert aus der bewussten Berücksichtigung der damit zusammenhängenden statistischen Besonderheiten im Hinblick auf einen Bruch zwischen den fortgeschriebenen Werten für 2010 und den per Zensus ermittelten Werten für 2011. Für die Bevölkerungsentwicklung in Berlin zeichnet sich von 2011 bis 2013 insgesamt ein wertemäßig positiver Trend ab; mit rund 3,43 Millionen Einwohnern zum Stichtag 2011, rund 3,47 Millionen für 2012 und rund 3,52 Millionen zum Stichtag 2013. Diese Entwicklung spiegelt sich auch ausnahmslos in allen Berliner Bezirken wieder, wie sich aus Abbildung 2 ersehen lässt.

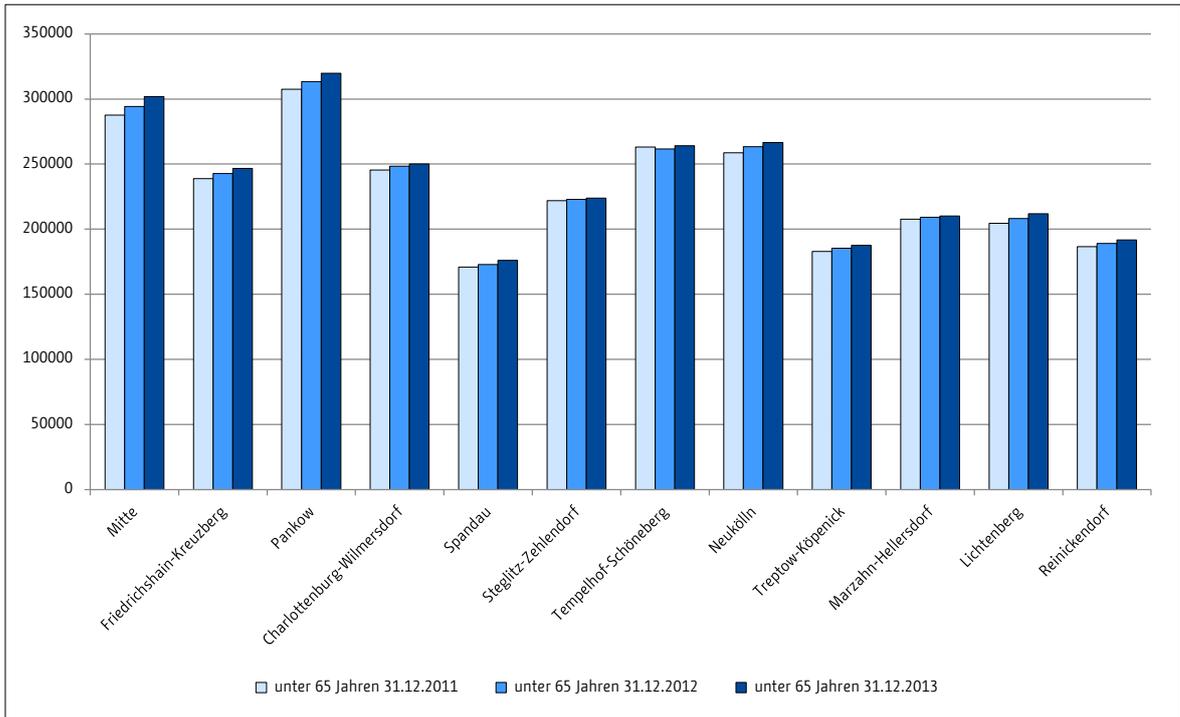
Die Bevölkerung nahm dabei am 31.12.2012 im Vergleich zum 31.12.2011 in fast ausnahmslos allen Bezirken zu. Lediglich im Bezirk Tempelhof-Schöneberg war in diesem Zeitraum ein Rückgang von rund

**Abbildung 2:**  
**Bevölkerungszahlen nach Bezirken zum Stichtag (2011-2013)**



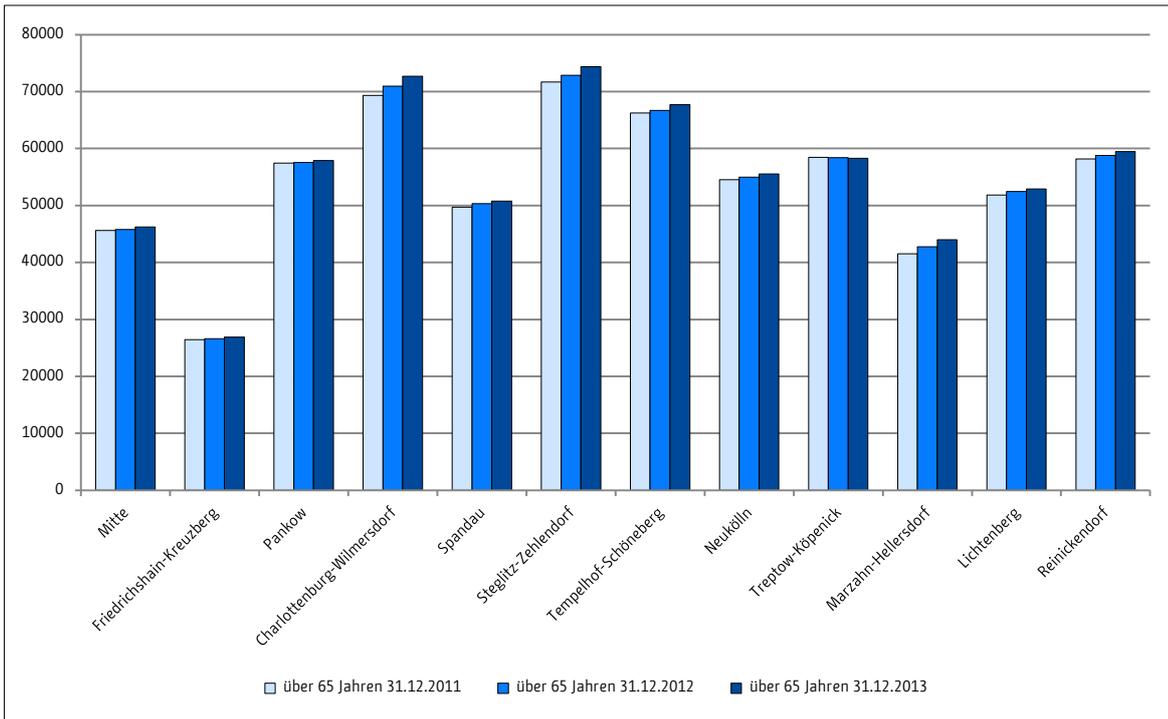
(Datenquelle und Berechnung: AFS BerlinBrandenburg/ Darstellung: SenGesSoz - I A -)

**Abbildung 3:**  
**Bevölkerungszahlen der unter 65-Jährigen nach Bezirken zum Stichtag (2011-2013)**



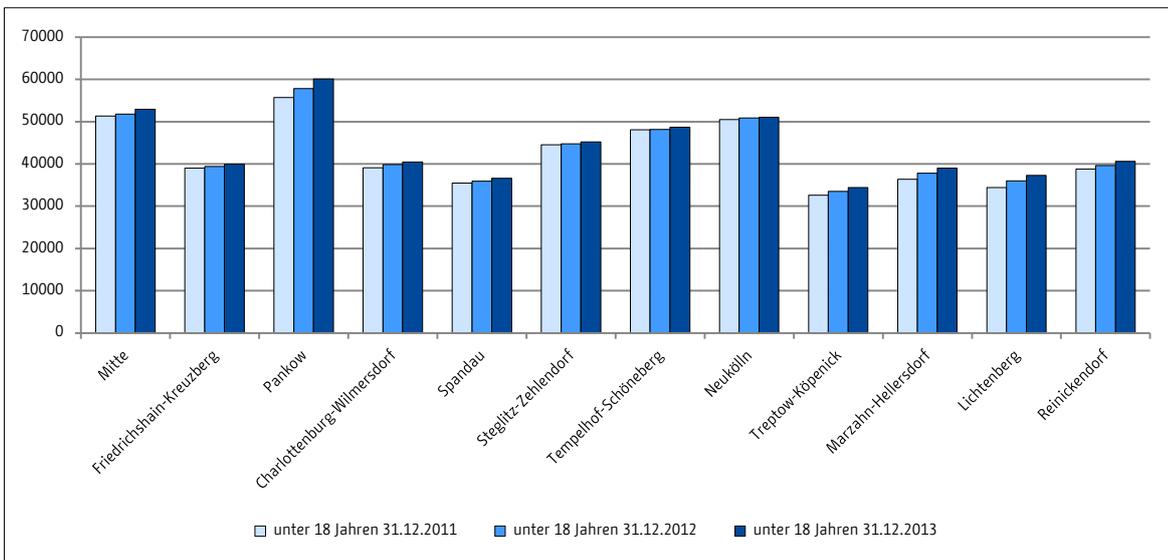
(Datenquelle und Berechnung: AFS BerlinBrandenburg/ Darstellung: SenGesSoz - I A -)

**Abbildung 4:**  
**Bevölkerungszahlen der über 65-Jährigen nach Bezirken zum Stichtag (2011-2013)**



(Datenquelle und Berechnung: AfS BerlinBrandenburg/ Darstellung: SenGesSoz - I A -)

**Abbildung 5:**  
**Bevölkerungszahlen der unter 18-Jährigen nach Bezirken zum Stichtag (2011-2013)**

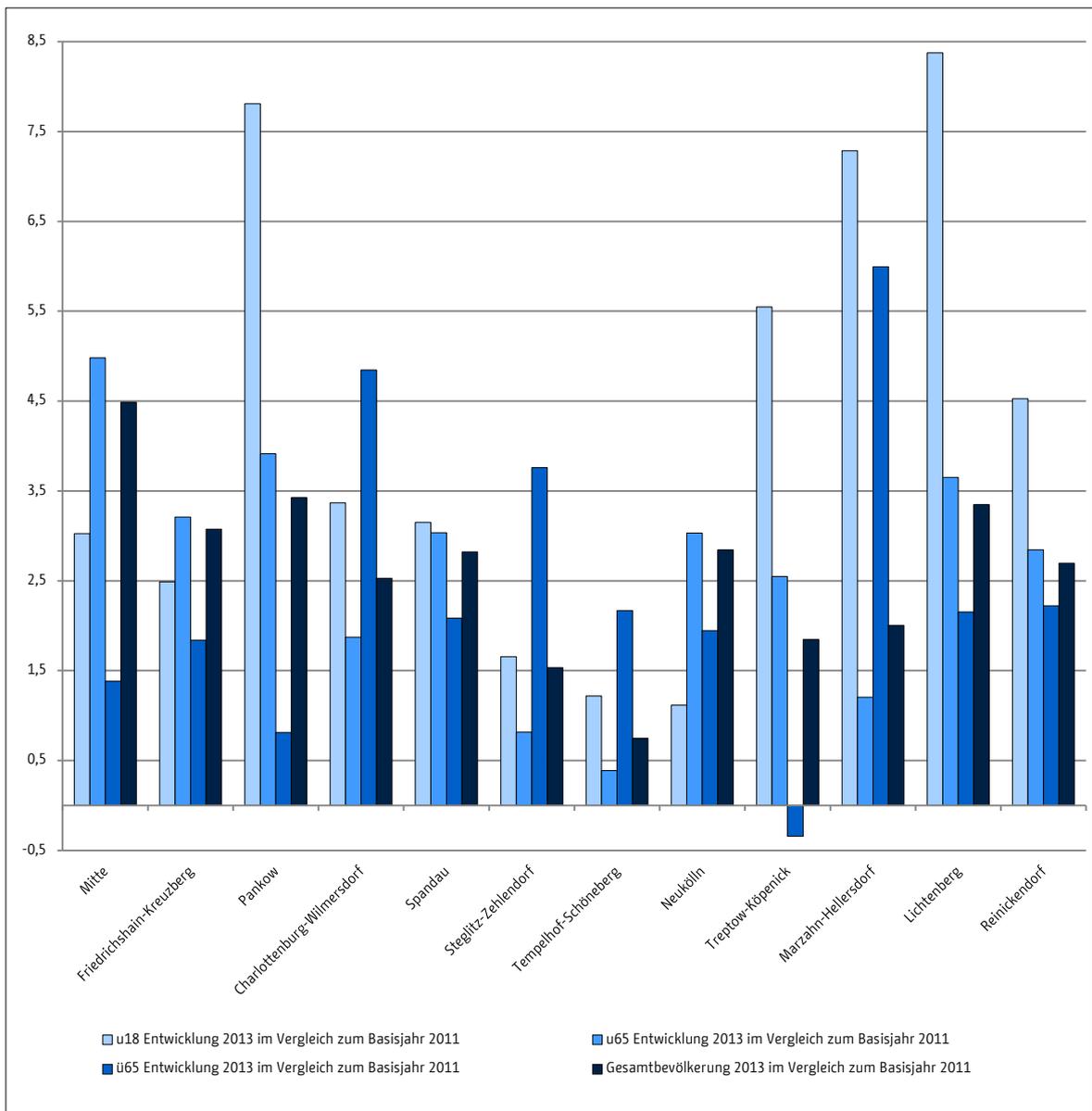


(Datenquelle und Berechnung: AfS BerlinBrandenburg/ Darstellung: SenGesSoz - I A -)

0,28 % zu vermerken (vgl. Abbildung 2). Im darauffolgenden Betrachtungszeitraum (Stichtag 31.12.2013) hingegen ist auch in diesem Bezirk ein Bevölkerungszuwachs im Vergleich zum 31.12.2011 eingetreten. Für Berlin insgesamt betragen die Wertzuwächse jeweils rund 1,24 % am 31.12.2012 im Vergleich zum 31.12.2011 und rund 2,64 % im darauffolgenden Betrachtungszeitraum (Stichtag 31.12.2013).

Betrachtet man zudem die Altersgruppen der unter 18-Jährigen sowie der über und unter 65-Jährigen separat (vgl. hierzu Abbildungen 3, 4 und 5), ergibt sich ein erwartungsgemäß ähnliches Bild. Auch hier nahm die Bevölkerung in fast allen Bezirken zu.

**Abbildung 6:**  
**Bevölkerung nach Bezirken zum Stichtag (2012 - 2013) im Verhältnis zum Basisjahr 2011 (relative Veränderung in Prozentpunkten)**



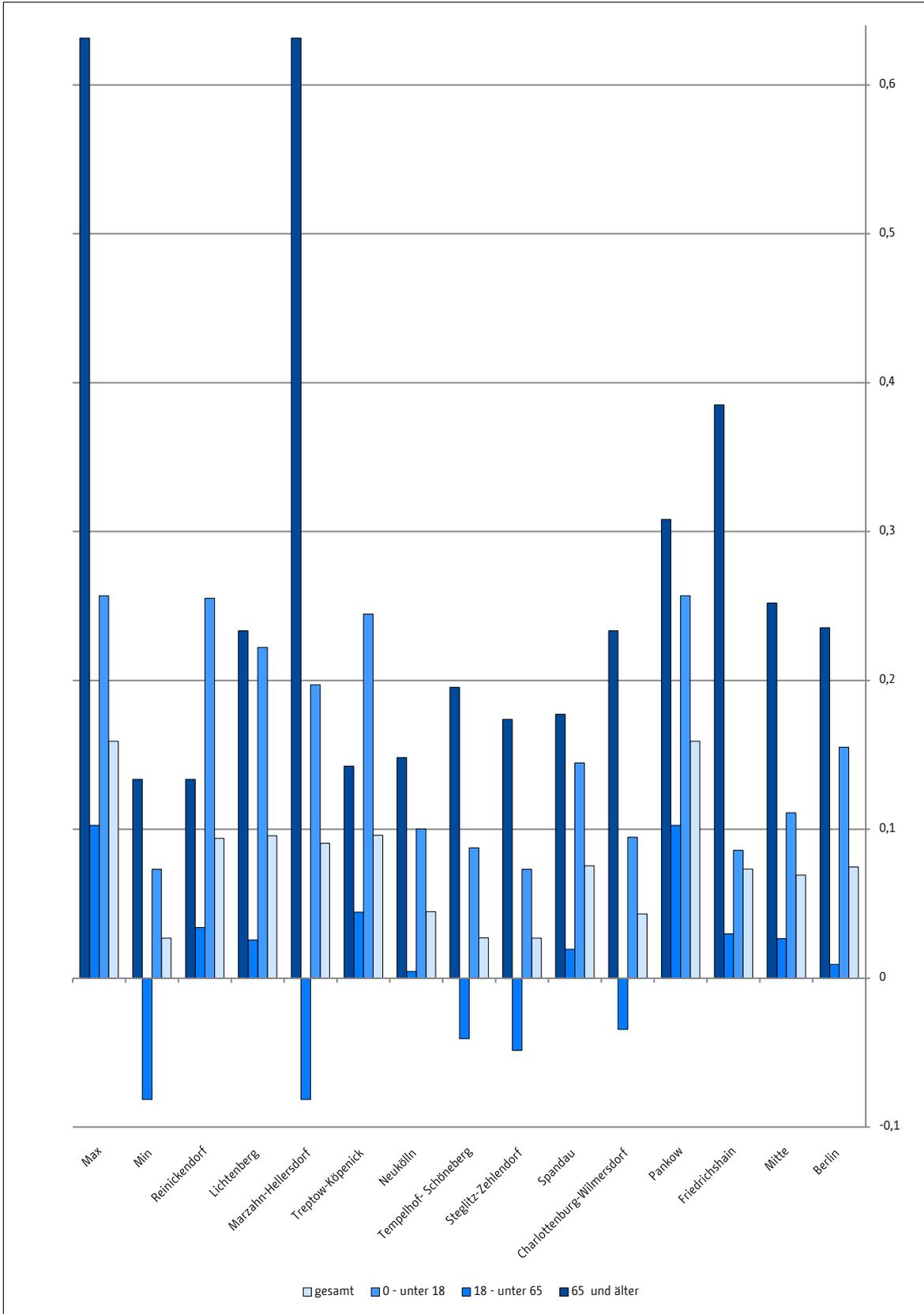
(Datenquelle: Afs BerlinBrandenburg/ Darstellung und Berechnung; SenGesSoz - I A -)

Lediglich in zwei Bezirken zeigt sich für jeweils eine Altersgruppe eine punktuell negative Bevölkerungsentwicklung: Zum einen weist der Bezirk Tempelhof-Schöneberg bei den unter 65-Jährigen im Vergleich zwischen 31.12.2011 und 31.12.2012 einen Bevölkerungsrückgang von rund 0,52 % aus, zum anderen zeigt sich für den Bezirk Treptow- Köpenick bei den über 65-Jährigen in beiden Betrachtungszeiträumen ein Rückgang von rund 0,13 % zwischen dem 31.12.2011 und dem 31.12.2012 sowie von rund 0,34 % zwischen dem 31.12.2011 und dem 31.12.2013. Alle weiteren Bezirke weisen hingegen durchweg zahlenmäßig positive Entwicklungen aus, wie sich auch aus Abbildung 6 hinsichtlich der prozentualen Darstellung der Bevölkerungsentwicklungen zum jeweiligen Stichtag erkennen lässt.

Außerdem bleibt festzuhalten, dass hinsichtlich der Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015 bis 2030 mit einem weiteren Anwachsen der Bevölkerungszahlen zu rechnen ist, was sich u. a. der Abbildung 7 entnehmen lässt.

Hier zeigt sich, dass für Gesamtberlin insbesondere die Gruppe der über 65-Jährigen stark anwachsen wird, d. h. um rund 24 %. Dieser Trend zeigt sich dabei besonders gravierend in Marzahn-Hellersdorf,

**Abbildung 7:**  
**Bevölkerungsentwicklung für Berlin Gesamt und nach Bezirken und Altersgruppen 2015-2030**  
**(relative Veränderung in Prozentpunkten)**



(Datenquelle: SenStadtUm - I A - / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

mit rund 63 %, während der Zuwachs der über 65-Jährigen in Reinickendorf, Treptow-Köpenick und Neukölln hingegen nur bei ungefähr 15 % prognostiziert wird. Die Gruppe der 18- bis unter 65-Jährigen hingegen stagniert für Gesamtberlin, d. h. nur ein Zuwachs von 1 %, und verzeichnet dabei den maximalen Zuwachs in Pankow mit rund 10 %, wohingegen die Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf (-3 %), Tempelhof-Schöneberg (-4 %), Steglitz-Zehlendorf (-5 %) und Marzahn-Hellersdorf (-8 %) rückläufige Tendenzen zeigen. In der Gruppe der unter 18-Jährigen zeigt sich für Gesamtberlin ein positiver Trend (+16 %), welcher sich insbesondere in Pankow und Reinickendorf – beide mit einem Zuwachs von 26 % – widerspiegelt, wohingegen Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln Werte von ungefähr 10 % aufweisen.

## Ergebnisse der Versorgungsgrade nach Arztgruppen

Gemäß Zwischenbericht zum LOI soll der Sozialindex I 2013 (vgl. Tabelle 5) für bestimmte Arztgruppen bei der Berechnung der AVZ und damit auch der Versorgungsgrade Anwendung finden. Es handelt sich dabei um die Gruppe der Hausärzte, Augenärzte, Chirurgen, HNO-Ärzte, Kinderärzte und Nervenärzte. Diese Vorgehensweise ist folgenden, zuvor bereits im Zwischenbericht zum LOI vom Oktober 2014 erstmals ausführlich erläuterten, Überlegungen geschuldet: Der Sozialindex I basiert auf den seit nunmehr 25 Jahren durchgeführten Analysen der Sozial und Gesundheitsberichterstattung, welche auf ausgewählten Einflussgrößen aus den Bereichen der Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur, der Bildung, des Erwerbslebens und Einkommens sowie der materiellen Lage und Gesundheit beruhen. Der auf Basis statistischer Methoden resultierende Sozialindex I ist dabei ein Gradmesser der sozialen Belastung und weist, wie im Zuge der Ausarbeitungen zum Zwischenbericht zum LOI vom Oktober 2014 ermittelt, eine statistisch signifikante Korrelation zu altersstandardisierten Fallzahlen der oben benannten Arztgruppen auf, welche die gleiche Größenordnung erreicht wie die zur altersstandardisierten Rate der abgerechneten Morbidität der Hausärzte. Diese Ergebnisse belegen die Eignung des Sozialindex I, als einen Parameter, welcher den Zusammenhang zwischen Versorgungsgeschehen und Sozialstruktur abbilden kann. Daher wird die bezirkliche Sozialstruktur in Berlin bei denjenigen Arztgruppen, für die ein hoher Zusammenhang zwischen Sozialindex I und arztgruppenbezogenen Fallzahlen besteht, bei der Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigt.

**Tabelle 5:**  
Sozialindex I 2013 auf Bezirksebene, transformiert zur Verwendung zur Modifikation der AVZ  
(Spreizung durch Sozialindex um max. +/- 10 %)

Bezirk	Sozialindex I 2013
Mitte	0,9295
Friedrichshain-Kreuzberg	0,9676
Pankow	1,0742
Charlottenburg-Wilmersdorf	1,0753
Spandau	0,9501
Steglitz-Zehlendorf	1,1
Tempelhof-Schöneberg	1,0343
Neukölln	0,9068
Treptow-Köpenick	1,0397
Marzahn-Hellersdorf	0,9628
Lichtenberg	0,9824

(Darstellung und Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Die Berechnungen zum Sozialindex I beruhen auf insgesamt 66 Indikatoren aus den oben genannten Kategorien. Unter diesen befinden sich neben Merkmalen wie Arbeitslosigkeit, Pro-Kopf-Einkommen, Empfang von Hilfe zum Lebensunterhalt oder der einfachen Wohnlage auch solche mit gesundheitlichem Bezug, z. B. Lebenserwartung oder Krebsmortalität. Dies gab Anlass zur Überlegung, ob es nicht ratsam sei, für die Berechnungen zu dem hier vorliegenden Bericht einen reduzierten Indikatorensatz zu verwenden. Diese wurde einer methodischen Prüfung unterzogen, indem zwei reduzierte Varianten des Sozialindex I 2013

- ohne Gesundheitsindikatoren (56 von 66 Indikatoren des Sozialindex I 2013) sowie
- ohne Gesundheitsindikatoren und mit Reduktion der übrigen Indikatoren auf einen Kernsatz von neun Sozialindikatoren

berechnet wurden. Die Berechnungen und die anschließende Inbezugsetzung und Korrelationsanalyse mit den Ergebnissen des nichtreduzierten, originären Sozialindex I 2013 zeigte jedoch, dass die alternativen Berechnungsvarianten zu keinem anderen Ergebnis gelangen. Aufgrund dieser nachgewiesenen Äquivalenz besteht hier somit keine Veranlassung von der seit nunmehr über zwei Dekaden wissenschaftlich, politisch und in der Bevölkerung akzeptierten Vorgehensweise, basierend auf dem so etablierten, kompletten Berliner Indikatorensetz, abzuweichen.

## Rechtliche und gesundheitspolitische Entwicklungen

Gemäß § 99 SGB V haben die Vertragspartner den Bedarfsplan aufzustellen und festzulegen. In der Sitzung des Landesausschusses am 06.02.2013 haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einvernehmlich auf einen Bedarfsplan verständigt. Auf der Grundlage der geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt seither eine rechtskonforme Weiterentwicklung und Fortschreibung des Bedarfsplans 2013.

Auf der Grundlage des vorgenannten Bedarfsplans erfolgt seit Inkrafttreten des Letter of Intent zur Versorgungssteuerung eine ergänzende Betrachtung, Bewertung und Umsetzung auf der regionalen Ebene/Bezirksebene. Die Zulassungsgremien im Land Berlin berücksichtigen seither bei Praxisverlegungen die Versorgungssteuerung des Letter of Intent, so dass eindeutig ein besonderes Augenmerk auf die Angleichung regionaler Unterschiede gelegt wird und auch realisiert wird. Die Verfahrensbeteiligten haben sich mehr und mehr auf eine bezirksweise Betrachtung verständigt und berücksichtigen daraufhin die regionale Versorgungssituation in allen relevanten Verfahrenssituationen in Berlin.

Die über viele Jahre gewachsene Verteilung der Arztpraxen im Planungsbereich Berlin ist die Konsequenz aus ökonomischen Überlegungen, die über viele Jahre hinweg die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten dazu bewegte, ihre Arztpraxen dorthin zu verlegen, wo höhere Umsatzerwartungen und eine gute Praxisstruktur gegeben waren. Dass diese Umsatzerwartung nicht immer oder sogar in den wenigsten Fällen von tatsächlich höheren Umsätzen in allen Verwaltungsbezirken getragen war, hat sich bereits gezeigt. Die Arztpraxen in den schlechter versorgten Bezirken haben durchweg eine höhere Umsatzerwartung. Dennoch führte diese, über viele Jahre geübte, Praxis dazu, dass es zu einer Verdichtung von Arztpraxen in einigen Verwaltungsbezirken kam. Eine solche über Jahre hin gewachsene Entwicklung kann nicht binnen kürzester Zeit zugleich gestoppt und umgekehrt werden. In Folge des LOI wurde sie aber bereits gestoppt. Eine weitere Erhöhung der Arztsitzen in den bereits hoch versorgten Verwaltungsbezirken ist nicht eingetreten. Mit wenigen Ausnahmen, die in verschiedenen besonderen Verfahren wurzelten, sind keine neuen Vertragsarztsitze in den ohnehin hoch versorgten Verwaltungsbezirken hinzugekommen. Vielmehr kam es zu einer Senkung und damit zu einer dauerhaften Abwanderung von Vertragsarztsitzen aus diesen Verwaltungsbezirken. Diese Wanderungseffekte sind noch nicht so hoch, dass sie sich deutlich in den Versorgungsgraden niederschlagen. Viel wichtiger ist jedoch, dass ein allgemeines Umdenken stattgefunden hat, eine Mentalitätsänderung hat eingesetzt. War in den ersten Monaten nach Inkrafttreten des LOI noch eine starke Gegenbewegung spürbar und insbesondere in Beratungssituationen Überzeugungsarbeit notwendig, ist dies gegenwärtig nicht mehr der Fall. Praktisch alle betroffenen Arztpraxen ziehen von vornherein eine Verlegung der Arztpraxis oder Psychotherapeutenpraxis im Wege der Nachbesetzung in Betracht. Auch orientieren sich medizinische Versorgungszentren und Vertragsärzte, die die Anstellung von Ärzten beabsichtigen, hieran. Hier wird gezielt versucht Anstellungsgenehmigungen über die Übernahme von Vertragsarztsitzen aus höher versorgten Verwaltungsbezirken zu erlangen. Dieser Effekt ist derzeit im Ansatz nachvollziehbar, er wird sich jedoch voraussichtlich in den nächsten Monaten verstärken. Schon bei der Planung von Praxisstrukturen werden derzeit die Gegebenheiten in der Versorgungslandschaft berücksichtigt und somit die Vorgaben des LOI umgesetzt. Die Standortwahl neuer MVZ wird maßgeblich durch den LOI beeinflusst. Werden mehrere Arztpraxen

zu einem neuen MVZ zusammengefasst, wählt diese praktisch immer einen Standort in einem der am geringsten versorgten Verwaltungsbezirke. Dies ist eine der deutlichsten Wirkungen dieses Regelungsinstrumentes.

Das im Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ermöglichte zudem eine bedarfsorientierte Flexibilisierung und Regionalisierung der vertragsärztlichen ambulanten Bedarfsplanung. Die konkrete Ausgestaltung der Bedarfsplanungsrichtlinie (BP-RL) obliegt dabei dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), welcher diese gesetzlichen Neuerungen auch in der aktuell gültigen BP-RL hat Berücksichtigung finden lassen. Gemäß § 103 Abs. 1 S. 3 SGB V sieht das im Juli 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vor, dass es Aufgabe der Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V ist, eine Feststellung zu treffen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 % überschritten ist.

Hinsichtlich der weiteren Entwicklungen in der Bedarfsplanung für den Planungsbezirk Berlin ist, im Kontext der Eröffnung von Nachbesetzungsverfahren, insbesondere § 103 Abs. 3a S. 7 SGB V zu beachten. Hiernach gilt, dass falls in einem Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen gelten, der Zulassungsausschuss den Antrag auf Neubesetzung eines Arztsitzes ablehnen soll, sofern eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Dies gilt allerdings nicht, sofern ein privilegierter Nachfolger im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V vorhanden ist, oder aber, und dies ist hier aus Sicht der Partner des Letter of Intent von entscheidender Bedeutung, sich ein an der Fortführung der Praxis interessierter Nachfolger „verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht.“<sup>1</sup>

Diese Aussage des Gesetzgebers deckt sich somit vollständig mit der seit 2013 in Berlin durch die Mitglieder der AG Bedarfsplanung vorangetriebenen Zielsetzung einer kleinräumigeren Versorgungssteuerung für den Planungsbereich Berlin. Diese gilt es nun auf Basis und mit Hilfe dieser gesetzlichen Neuerungen im Folgenden noch weiter auszudifferenzieren.

Die Partner des LOI geben daher, unter Berücksichtigung der rechtlichen und richtlinienbasierten Rahmenbedingungen und der Gesamtlage in Berlin folgende Empfehlungen: Solange im Planungsbezirk Berlin keine flächendeckende gleichmäßige, wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Versorgung aller Berliner Bürgerinnen und Bürger in Gänze umgesetzt ist, gilt es, sowohl gemäß § 103 Abs. 3a S. 8 i. V. m. S. 3, 2. Halbsatz SGB V als auch im Sinne des LOI, bei Nachbesetzungsverfahren ohne privilegierte Nachfolger zuallererst die bezirklichen Versorgungsgrade heranzuziehen.

Sollte ein Bezirk dabei in der entsprechenden Arztgruppe eine zu geringe Ärztedichte aufweisen, ist im Sinne der kleinräumigeren Versorgungssteuerung des LOI, ein Nachbesetzungsverfahren unter Maßgabe einer Verlegung in einen der drei zu diesem Zeitpunkt rechnerisch am geringsten versorgten Bezirke anzustreben. In Anlehnung an § 26 Absatz 4 Satz Nr. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie (Stand: Oktober 2015) halten die Partner des LOI daher diese Bezirke sowohl im Rahmen einer Verlegung eines Arztsitzes als auch einer Neugründung einer Praxis für eine im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten geeignete räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes. In Nachbesetzungsverfahren kann zudem die Anwendung des § 103 Absatz 4 Nr. 7 SGB V unter Bezugnahme auf die Grundsätze des LOI geprüft werden.

Dieses Verfahren ist dann, entsprechend der Zielsetzungen des LOI, im aufsteigenden Rangfolgeverfahren solange durchzuführen, bis eine homogene Verteilung – gemessen am allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad – erreicht ist. Für den Planungsbereich Berlin ist auf der Grundlage des geltenden

<sup>1</sup> § 103 Abs. 3a S. 3 SGB V

**Tabelle 6:**  
**Arztgruppen des LOI mit Versorgungsgraden für Berlin von 140 % oder mehr**

Arztgruppe	Versorgungsgrad Berlin	Minimum bezirklicher Versorgungsgrad
Psychotherapeuten	193 %	Marzahn-Hellersdorf: 47 %
fachärztliche Internisten	260 %	Treptow-Köpenick: 160 %
Kinder- und Jugendpsychiater	192 %	Marzahn-Hellersdorf: 43 %
Kinderärzte	148 %	Neukölln: 103 %
Radiologen	255 %	Neukölln: 64 %
Chirurgen	161 %	Neukölln: 97 %
Neurochirurgen	196 %	Reinickendorf: 0 %
Nuklearmediziner	172 %	Lichtenberg: 0 %
Physikalische und Reha-Mediziner	356 %	Tempelhof-Schöneberg: 53 %
Strahlentherapeuten	247 %	Treptow-Köpenick, Lichtenberg und Reinickendorf: jeweils 0 %

(Quelle: KV Berlin - Fortschreibung Datenblätter LOI, Datenstand: 01.07.2015)

Bedarfsplans der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei folgenden Arztgruppen des LOI um 40 % oder mehr überschritten: Psychotherapeuten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte, Radiologen, Chirurgen, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Physikalische und Reha-Mediziner, Strahlentherapeuten. Die entsprechenden Versorgungsgrade können Tabelle 6 entnommen werden.

Die vier zuletzt aufgezählten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung (Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten) sollen jedoch aus den oben angeführten Gründen nicht mehr in die bezirkliche Betrachtungsweise des LOI einbezogen werden. Daher werden sie auch hier von den formulierten Empfehlungen zur Versorgungssteuerung im Zuge der Praxisnachbesetzung ausgeschlossen.

Die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten gestaltet sich sehr heterogen, da sie verschiedenste Spezialisierungen umfasst (z. B. Kardiologie, Diabetologie, Rheumatologie). Daher wird mit Blick auf die Versorgungssteuerung im Sinne des LOI bezüglich Entscheidungen zur Eröffnung von Nachbesetzungsverfahren innerhalb der Arztgruppe der Internisten eine nach Fachrichtung differenzierte Betrachtung der räumlichen Verteilung für erforderlich gehalten. Vor besonderen Problemen stehen die Zulassungsgremien im Zuge der Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildungsordnung und der daraus resultierenden Niederlassungsmöglichkeiten der neu an der Versorgung teilnehmenden Fachärzte, insbesondere in der Planungsgruppe der Chirurgen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass im Zuge des GKV-VSG der G-BA aufgefordert worden ist, die Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterzuentwickeln und mit Wirkung zum 1. Januar 2017 „die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung vorzunehmen. Auftrag des G-BA ist es insbesondere, die sogenannten Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) zu überprüfen und dabei auch die Sozial sowie die Morbiditätsstruktur bundesweit in die Planung einzubeziehen, um die Planung näher am tatsächlichen Versorgungsbedarf auszurichten. Die Prüfung soll zudem insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und der Psychotherapeuten die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung berücksichtigen. Hierdurch wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, um auch in Zukunft in ganz Deutschland eine flächendeckende, möglichst wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu gewährleisten.“<sup>2</sup>

Auch diese Vorgabe des Gesetzgebers deckt sich vollumfänglich mit den im LOI zugrundeliegenden Berechnungen und resultierenden Absichten, d. h. sowohl die kleinräumigere als auch die sozialindikative Versorgungssteuerung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Berliner Bürgerinnen und Bürger durch den LOI entspricht auch hier in vollem Umfang den Zielsetzungen, welche der Gesetzgeber im GKV-VSG zum Ausdruck gebracht hat.

Aufgrund der anstehenden Neuregelung der BP-RL zum Januar 2017 besteht somit im Hinblick auf die der ambulanten, vertragsärztlichen Planung zugrundeliegenden allgemeinen Verhältniszahlen derzeit

<sup>2</sup> Quelle <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/b/bedarfsplanung.html> (Letzter Abruf: 10.03.2016)

noch keine Kenntnis über Ausmaß und Art möglicher Änderungen. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen zur gleichmäßigeren Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung über die Berliner Bezirke hinweg auch im Lichte der anstehenden Neuregelungen richtlinienkonform sein werden.

Der Aufkauf von Vertragsarztsitzen soll dazu dienen, die vom Gesetzgeber gesehene Überversorgung in Ballungsgebieten abzubauen und damit sukzessive die Versorgung in der Fläche zu verbessern. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass nicht hinnehmbare Versorgungslücken in Ballungsgebieten wie Berlin eintreten, die insbesondere eine übergeordnete Bedeutung für die angrenzenden Regionen haben (Mitversorgungseffekte). Hier muss der Grundsatz gelten, dass die Verlegung in schlechter versorgte Bezirke einem Aufkauf vorgehen soll. Erst nach einer mehrheitlichen Homogenisierung der Versorgung in allen Verwaltungsbezirken ist die Ablehnung der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen (sog. Aufkauf) gemäß § 103 Abs. 3a SGB V zu vollziehen. Solange und soweit es mehrheitlich zu Divergenzen der Versorgungsstruktur zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken kommt – etwa in der Planungsgruppe der Psychotherapeuten zwischen Charlottenburg-Wilmersdorf und Marzahn-Hellersdorf – muss von allen Beteiligten darauf hingewirkt werden, dass diese Vertragsarztsitze in schlechter versorgte Verwaltungsbezirke abwandern. Die Erfahrungen mit dem VSG in den ersten Monaten nach Inkrafttreten haben gezeigt, dass zahlreiche Psychotherapeuten von nun neu geschaffenen Möglichkeiten der Nachbesetzung in schlechter versorgten Regionen Gebrauch machen. Zahlreiche Psychotherapeuten haben bereits gezielt Praxisnachfolger gesucht, die bereit sind, die Praxis in schlechter versorgte Regionen zu verlegen. Damit wird die eigentlich im LOI beabsichtigte Homogenisierung der Versorgungsstruktur beschleunigt. Dieser Mobilisierung sollte nicht durch Käufe entgegengewirkt werden. Eine nicht in einen schlechter versorgten Verwaltungsbezirk verlegte Praxis kann die Versorgung dort nicht verbessern.

## Barrierefreiheit

Intention des SGB I ist die Schaffung eines barrierefreien Zugangs zum Leistungsangebot aller Sozialleistungserbringer. Der Begriff der Barrierefreiheit ist dabei nicht näher definiert. Je nach Beeinträchtigung des Patienten (Hör-, Seh- oder Gehbehinderung, aber auch intellektuelle Einschränkung) sind die Anforderungen höchst unterschiedlich. Zum Aspekt der Rollstuhlgerichtigkeit gibt es aus verschiedenen Quellen gesicherte Informationen (z. B. Selbstauskunft der Vertragsärzte, Selbsthilfeorganisationen etc.).

Die Bauordnung schreibt vor, dass jede neu eingerichtete oder erheblich umgebaute Praxis rollstuhlgerichtet beschaffen sein muss. Existierende Praxen haben einen Bestandsschutz und lassen sich oft aus baulichen aber auch Denkmalschutzgründen nicht rollstuhlgerichtet umrüsten. In Berlin sind mittlerweile 1.564 Praxen uneingeschränkt rollstuhlgerichtet. Damit sind ca. 25 % der Praxen rollstuhlgerichtet, wodurch eine Versorgung im erheblichen Umfang gewährleistet ist, die aber weiter optimiert werden kann.

Problematisch ist dabei, dass viele Praxen selber zwar rollstuhlgerichtet sind, jedoch entsprechende öffentliche Verkehrsmittel vor Ort nicht zur Verfügung stehen. Telebus und Krankentransport dürfen mit geringen Ausnahmen für Arztbesuche nicht verwendet werden. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Barrierefreiheit von Praxen weiter in den Fokus gerückt. Es ist zu begrüßen, dass hierdurch die Niederlassung in barrierefreien Praxisräumen gefördert wird (vgl. § 103 Abs. 4 Satz 4 Ziffer 8 SGB V). Das Problem besteht somit nicht nur in der barrierefreien Einrichtung der Praxen. Auch Krankentransporte können bestehende Hürden nicht gänzlich lösen. Informationen über einen rollstuhlgerichten Zugang können der Arztsuche der KV Berlin unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) entnommen werden. Auf der Grundlage des Beschlusses vom 05.10.2015 in der Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V ist vereinbart worden, dass sich eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, der KV Berlin, der Ärztekammer Berlin, der Berliner Krankenhausesellschaft und der Psychotherapeutenkammer Berlin sowie der Patientenvertretung, der Senatsverwal-

tung für Gesundheit und Soziales und des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung bildet. Die Arbeitsgruppe erhält den Auftrag, ein modularisiertes Diskussionspapier zu einer fundierten Analyse der Ist-Situation zu erstellen und dem gemeinsamen Landesgremium vorzulegen.

## **Rechtliche und verwaltungsseitige Lage und Handhabung der Beratung niederlassungswilliger Ärzte auf bezirklicher Ebene**

Im Zuge der Berichtserstellung zum Letter of Intent der AG Bedarfsplanung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Berlin wurde angeregt, eine Befragung durchzuführen, um zu ermitteln, wie die aktuelle rechtliche und verwaltungsseitige Lage sowie die praktische Handhabung im Umgang mit niederlassungswilligen Ärzten von Seiten der Bezirke selbst eingeschätzt wird. Diese ist erfolgt und erzielte dabei eine Rückmeldungsquote von rund 75 %. Insgesamt ist im Ergebnis festzuhalten, dass sowohl die Bezirke als auch die KV Berlin Synergieeffekte im Ausbau des jeweilig aktuellen Status quo in der bereits bestehenden, bilateralen Interaktionsintensität sehen.

Auf Basis dieser beiderseitig bekundeten Befürwortung wird also für die Zukunft eine intensivere Interaktion und Kommunikation zwischen der KV Berlin und den Bezirken zu erwarten sein, mit der Zielsetzung die im Sinne des Gesetzgebers und des LOI kleinräumige, sozialindikative und bedarfsgerechte Versorgungssteuerung im Planungsbereich Berlin noch weiter zu optimieren.

Dazu wurden etwa im Verwaltungsbezirk Treptow-Köpenick Strukturen geschaffen, die eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem Verwaltungsbezirk und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vereinfachen und damit die Versorgungsstrukturen in diesem Verwaltungsbezirk sukzessive verbessern. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin ist an einer sachlichen und konstruktiven Zusammenarbeit mit allen Verwaltungsbezirken interessiert, ein entsprechender Austausch mit den jeweiligen Verwaltungen wird angestrebt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin wird dabei die Verwaltungsbezirke noch stärker bei der Gestaltung der regionalen Versorgungslandschaft unterstützen.

## **Zusammenfassung, kritische Würdigung und Ausblick**

Als Ergebnis der Bewertung der Arbeitsgruppe wird festgehalten, dass empfohlen wird die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung aus dem LOI zu entfernen. Hierzu gehören die Neurochirurgen, Nuklearmediziner, PRM und Strahlentherapeuten. Bei Fassung des LOI wurden bereits mehrere der gesondert fachärztlichen Versorgung zugeordneten Arztgruppen, wie etwa Humangenetiker und Transfusionsmediziner, von der Steuerung auf Bezirksebene ausgenommen, dies sollte nunmehr für die vorgenannten Arztgruppen gelten, so dass keine Steuerung auf Bezirksebene mehr stattfinden wird.

Die bisherige Anwendung und Umsetzung der Empfehlungen des LOI durch die zuständigen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung wird ausdrücklich begrüßt. Aus diesem Grund empfiehlt die Arbeitsgruppe die Fortführung des Steuerungsinstrumentes auf der Basis einer halbjährlichen Anpassung der festgestellten bezirklichen Versorgungsgrade im empfohlenen Umfang.

Es wird von der Arbeitsgruppe erwartet, dass die Anwendung des LOI auf alle Verfahren zur räumlichen Verlagerung von Versorgungsaufträgen zu einer ausgewogeneren Verteilung von Praxen führen wird. Bei Entsperrungen des Planungsbereiches und der damit einhergehenden Möglichkeit von Neuzulassungen sollen dessen Gesichtspunkte ebenfalls berücksichtigt werden.