



FAMILIEN
FREUNDLICH
LICHTENBERG



GESUNDES
NEUKÖLLN

IGES



Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln

Eine Studie im Auftrag der Bezirksämter Lichtenberg und Neukölln

Die Studie wurde finanziert durch
das Bezirksamt Lichtenberg,
das Bezirksamt Neukölln,
das Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
sowie das Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg.

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

demografischer Wandel, wachsende Stadt, steigende Gesundheitskosten. Diese Schlagworte kennzeichnen die Lage der ambulanten medizinischen Versorgung in Berlin. Eine immer stärker wachsende Altersgruppe 65+ und fehlende Praxisnachfolgen in ohnehin schlecht versorgten Gebieten sind die Folge. Gleichzeitig verzeichnet die neue Ärztergeneration einen Strukturwandel: überwiegend weibliche Absolventen, mehr Kooperationsgeist, weniger finanzielle Risikobereitschaft.

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss seinen Beitrag für eine gute Bevölkerungsversorgung leisten und alternative Versorgungsmodelle in Erwägung ziehen. Geteilte Vertragsarztsitze oder kommunale medizinische Versorgungszentren in Kooperation mit den Krankenhäusern können dabei die richtigen Antworten auf die Herausforderungen der Zukunft sein.

Mit der vorliegenden Studie zur ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es erstmals aktuelle und überprüfbare Fakten zur Versorgungslage in beiden Bezirken. Ausgangspunkt ist die defizitäre Ausstattung mit vertragsärztlichen Praxen relevanter Facharztgruppen wie sie jeden Tag von der Bevölkerung wahrgenommen und zu Recht kritisiert wird. Die dazu bisher vorliegenden Zahlen spiegelten die teils unhaltbaren Zustände, z.B. die realen Versorgungsquoten bei Frauenärzten, Orthopäden, Augenärzten, Kinderärzten und vor allem auch bei Psychotherapeuten, jedoch nicht in ausreichendem Maße wider.

Die kritische Betrachtung darf sich nun allerdings nicht nur auf die derzeitige Versorgungssituation und deren Entwicklung unter Berücksichtigung des demografischen Faktors beschränken. Auch die gegenwärtige Bedarfsplanungsgrundlage der Kassenärztlichen Vereinigung und die fehlende Beteiligungsmöglichkeiten der Bezirke bei der Bedarfsplanung als Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen in Frage gestellt werden.

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse ist es nun möglich, einen fundierten gesundheitspolitischen Diskurs in Gang zu setzen.

Wir möchten daher allen Beteiligten, die an diesem wichtigen Projekt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Lichtenberg und Neukölln engagiert mitgewirkt haben, unseren besonderen Dank aussprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Katrin Framke



Stadträtin für Familie, Jugend,
Gesundheit und Bürgerdienste
Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

Falko Liecke



Stadtrat für Jugend und Gesundheit
Bezirksamt Neukölln von Berlin

Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln

Grundlagen für die Entwicklung
eines Versorgungskonzepts

STUDIEN
BERICHT

Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln

Grundlagen für die Entwicklung
eines Versorgungskonzepts

Martin Albrecht
Andreas Brenck
Richard Ochmann

Studienbericht

Berlin, Februar 2017

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Andreas Brenck
Dr. Richard Ochmann
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Projektbeteiligte

Dr. Sandra Born, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Wolfgang Jas, Bezirksamt Neukölln von Berlin
Dr. Silke Feller, Bezirksamt Neukölln von Berlin
Dr. Claudia Wein, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Torsten Jens Adrian, Sana Klinikum Berlin-Lichtenberg

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel	10
2.	Methodisches Vorgehen	11
3.	Darstellung des Versorgungsangebots	11
3.1	Versorgungskapazitäten	12
3.1.1	Versorgungssituation gemäß der Bedarfsplanung	12
3.1.2	Behandlungsvolumen	30
3.1.3	Mitversorgungsbeziehungen	33
3.1.4	Ambulante Versorgung in den Krankenhäusern	34
3.2	Erreichbarkeitsanalyse	37
3.2.1	Ziele und Grenzen der Erreichbarkeitsanalyse	37
3.2.2	Vorgehen und Methodik	39
3.2.3	Ergebnisse	40
3.3	Entwicklung der Versorgungskapazitäten	49
4.	Analyse des Versorgungsbedarfs	51
4.1	Gegenwärtiger Versorgungsbedarf	51
4.1.1	Alters- und Geschlechtsstruktur	52
4.1.2	Sozioökonomischer Status	54
4.1.3	Morbidität	58
4.1.4	Kleinräumige Bedarfsunterschiede	64
4.2	Entwicklung des Versorgungsbedarfs	68
5.	Gegenüberstellung Kapazitäten und Bedarf	72
6.	Identifikation potenzieller Versorgungslücken und Feststellung von Handlungsbedarf	75
7.	Ableitung von Handlungsempfehlungen	79
7.1	Nutzung bestehender Instrumente zur Versorgungssteuerung	81
7.2	Veränderte Arbeitsteilung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern	82
7.3	Förderung von Ärzteniederlassungen	84
7.4	Verbesserung der Erreichbarkeit	85
7.5	Erweiterung des Monitorings der Versorgung	86
7.6	Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten	87
7.7	Vernetzung mit anderen Verwaltungsbereichen	88
7.8	Beteiligung der Bezirke im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V	89
7.9	Fazit Handlungsempfehlungen	89
	Literaturverzeichnis	130

Abbildungen

Abbildung 1:	Anzahl Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)	13
Abbildung 2:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Hausärzte nach Bezirken (2016)	15
Abbildung 3:	Anzahl Kinderärzte je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren nach Bezirken (2016)	16
Abbildung 4:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Kinderärzte nach Bezirken (2016)	17
Abbildung 5:	Anzahl Frauenärzte je 100.000 weibliche Einwohner nach Bezirken (2016)	18
Abbildung 6:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Frauenärzte nach Bezirken (2016)	19
Abbildung 7:	Anzahl Augenärzte je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)	20
Abbildung 8:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Augenärzte nach Bezirken (2016)	21
Abbildung 9:	Anzahl Orthopäden je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)	22
Abbildung 10:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Orthopäden nach Bezirken (2016)	23
Abbildung 11:	Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)	24
Abbildung 12:	Versorgungsgrad (Ist/Soll) Psychotherapeuten nach Bezirken (2016)	25
Abbildung 13:	Einwohnerzahlen der statistischen Blöcke im Bezirk Lichtenberg	47
Abbildung 14:	Einwohnerzahlen der statistischen Blöcke im Bezirk Neukölln	48
Abbildung 15:	Altersstruktur der Bevölkerung nach Bezirken (2015)	52
Abbildung 16:	Geschlechtsstruktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und Bezirken (2015)	53
Abbildung 17:	Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Bezirken	69
Abbildung 18:	Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Alter und Prognoseräumen innerhalb des Bezirks Neukölln	70
Abbildung 19:	Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Alter und Prognoseräumen innerhalb des Bezirks Lichtenberg	71
Abbildung 20:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Hausärzte	94

Abbildung 21:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Augenärzte	95
Abbildung 22:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Frauenärzte	96
Abbildung 22:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Kinderärzte	97
Abbildung 24:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Orthopäden	98
Abbildung 25:	Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Psychotherapeuten	99
Abbildung 26:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Hausärzte	100
Abbildung 27:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Augenärzte	101
Abbildung 28:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Frauenärzte	102
Abbildung 29:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Kinderärzte	103
Abbildung 30:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Orthopäden	104
Abbildung 31:	Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Psychotherapeuten	105
Abbildung 32:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Hausärzte	106
Abbildung 33:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Augenärzte	107
Abbildung 34:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Frauenärzte	108
Abbildung 35:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Kinderärzte	109
Abbildung 36:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Orthopäden	110
Abbildung 37:	Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Psychotherapeuten	111
Abbildung 38:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Hausärzte	112
Abbildung 39:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Augenärzte	113
Abbildung 40:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Frauenärzte	114
Abbildung 41:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Kinderärzte	115
Abbildung 42:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Orthopäden	116
Abbildung 43:	Neukölln, Wegezeiten Gehen, Psychotherapeuten	117
Abbildung 44:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Hausärzte	118
Abbildung 45:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Augenärzte	119
Abbildung 46:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Frauenärzte	120
Abbildung 47:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Kinderärzte	121
Abbildung 48:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Orthopäden	122
Abbildung 49:	Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Psychotherapeuten	123
Abbildung 50:	Neukölln, Wegezeiten MIV, Hausärzte	124
Abbildung 51:	Neukölln, Wegezeiten MIV, Augenärzte	125

Abbildung 52: Neukölln, Wegezeiten MIV, Frauenärzte	126
Abbildung 53: Neukölln, Wegezeiten MIV, Kinderärzte	127
Abbildung 54: Neukölln, Wegezeiten MIV, Orthopäden	128
Abbildung 55: Neukölln, Wegezeiten MIV, Psychotherapeuten	129

Tabellen

Tabelle 1:	Anzahl ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten bzw. Ärzte/Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen (2016)	27
Tabelle 2:	Abweichungen der tatsächlichen Ärzte- bzw. Psychotherapeutendichte (IST) in Lichtenberg und Neukölln, 2016 (in %)	28
Tabelle 3:	Abweichungen des Versorgungsgrads (Ist/Soll) in Lichtenberg und Neukölln, 2016 (in %)	29
Tabelle 4:	Durchschnittliche Fallzahl je Arzt (2015)	31
Tabelle 5:	Durchschnittliche Punktzahl je Fall (2015)	32
Tabelle 6:	Mitversorgungsbeziehungen aus Arzt- und Patientenperspektive (in Prozent) sowie im Saldo (2015)	33
Tabelle 7:	Ambulante Notfälle in Krankenhäusern der beiden Bezirke (2015)	35
Tabelle 8:	Ambulante Operationen in Krankenhäusern (2015)	36
Tabelle 9:	Ambulante Notfälle bzw. ambulante Operationen im Verhältnis zu Leistungen der niedergelassenen Ärzte des Bezirks (2015)	36
Tabelle 10:	Erreichbarkeit Hausärzte	41
Tabelle 11:	Erreichbarkeit Augenärzte	42
Tabelle 12:	Erreichbarkeit Frauenärzte	43
Tabelle 13:	Erreichbarkeit Kinderärzte	44
Tabelle 14:	Erreichbarkeit Orthopäden	44
Tabelle 15:	Erreichbarkeit Psychotherapeuten	45
Tabelle 16:	Regionale Abweichungen vom Bezirksdurchschnitt (Wegezeiten)	46
Tabelle 17:	Anzahl Ärzte je 100.000 Einwohner (2016 im Vergleich zu 2013)	49
Tabelle 18:	Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte (2016)	50
Tabelle 19:	Erwerbslosenquote nach Bezirken (2014)	54
Tabelle 20:	Haushaltseinkommen nach Bezirken (2014)	55
Tabelle 21:	Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach Bezirken (2014)	56
Tabelle 22:	Schulabschluss der Bevölkerung nach Bezirken (2014)	57

Tabelle 23:	Geschlechtsspezifische Lebenserwartung nach Bezirken (2013)	58
Tabelle 24:	Säuglingssterblichkeit nach Bezirken (2011-2013)	59
Tabelle 25:	Anteil Schwerbehinderter an Bevölkerung (in Prozent ggü. Berlin, 2011-2013)	60
Tabelle 26:	Krebsneuerkrankungen nach Bezirken (2012)	61
Tabelle 27:	Anzahl vermeidbarer Todesfälle nach häufigsten Todesursachen (Abweichung in Prozent ggü. Berlin, 2011-2013)	62
Tabelle 28:	Unterschiede beim psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Berliner Bezirke ggü. Bundesdurchschnitt nach IGES-Bedarfsindex (2014)	64
Tabelle 29:	Unterschiede zwischen Bezirksregionen bei Bedarfsindikatoren (Neukölln)	66
Tabelle 30:	Unterschiede zwischen Bezirksregionen bei Bedarfsindikatoren (Lichtenberg)	67
Tabelle 31:	Gegenüberstellung Kapazitäten und Bedarf	72
Tabelle 32:	Identifikation von Schwerpunkten mit Handlungsbedarf	75
Tabelle 33:	Handlungsoptionen im Überblick	80
Tabelle 34:	Mitversorgungsbeziehungen aus Arzt- und Patientenperspektive (in absoluten Fallzahlen) sowie im Saldo (2015)	93

Abkürzungsverzeichnis

Begriff	Erläuterung
BP-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIS	Geographisches Informations-System
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GTFS	General Transit Feed Specification
KEH	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Lichtenberg
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LoI	Letter of Intent
LOR	Lebensweltlich Orientierte Räume
MIV	Motorisierter Individualverkehr
OSM	Open Street Map
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
SMR	Standardized Mortality Ratio
UKB	Unfallkrankenhaus Berlin
VBB	Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg

1. Hintergrund und Ziel

Trotz einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung durch Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2013 gibt es nach wie vor Kritik an einem ungleichen Zugang der Bevölkerung zu vertragsärztlichen Versorgungsangeboten.

Gemäß der gegenwärtigen Bedarfsplanungssystematik wird die „bedarfsgerechte Arztzahl“ anhand historischer Einwohner-Arzt-Verhältnisse definiert. Regionale Bedarfsunterschiede zwischen den Planungsregionen werden über den Demografiefaktor, bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf Unterschiede bei der Umlandversorgung sowie vereinzelt durch Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten berücksichtigt. Dabei bleiben Unterschiede beim Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung nicht nur zwischen städtischen und ländlichen Regionen, sondern auch innerhalb von Großstädten zwischen unterschiedlichen Stadtbezirken bestehen.

Dies gilt insbesondere für die Stadt Berlin, die seit dem Jahr 2003 als ein Planungsbezirk gilt, so dass eine gleichmäßige Verteilung der Arztsitze innerhalb Berlins nicht mehr Gegenstand der Bedarfsplanung ist. Eine ungleiche Verteilung der vertragsärztlichen Kapazitäten (Arztsitze) über die Bezirke, die mit Unterschieden bei der Sozialstruktur korreliert, bleibt somit bestehen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des neuen gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 SGB V in Berlin ein Konzept der bezirklichen Versorgungssteuerung beschlossen (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016a). Auf dieser Grundlage werden beispielsweise Verlegungen von Arztpraxen nur noch in relativ schlechter versorgte Bezirke genehmigt. Darüber hinaus werden im Rahmen einer „sozialindikativen Planung“ auf Ebene der Berliner Bezirke regionale Unterschiede bei Sozialstruktur und Morbidität berücksichtigt (Czaja et al., 2012).¹ Diese Beschlüsse haben allerdings lediglich empfehlenden Charakter und sind kein unmittelbarer Bestandteil des Bedarfsplans der KV Berlin.

Vor diesem Hintergrund hat das Bezirksamt Lichtenberg von Berlin in Kooperation mit dem Bezirksamt Neukölln das IGES Institut beauftragt, ein Versorgungskonzept zur ambulanten vertragsärztlichen Steuerung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln zu entwickeln. Ziel dieses Projekts ist es, das Potenzial einer differenzierten, kleinräumigen Versorgungssteuerung weitergehend zu erschließen und hierbei stärker auch die innerbezirkliche Perspektive einzubeziehen. Mit dem Versorgungskonzept wurde zunächst eine datengestützte Basis zur Identifikation von Handlungsbedarfen geschaffen, auf der potenzielle Versorgungslücken identifiziert und anschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet wurden.

¹ Gemäß dem Bericht der AG Bedarfsplanung vom 13.7.2016 (S. 14 f.) umfasst der angewandte Sozialindex I 66 Indikatoren, darunter auch solche mit gesundheitlichem Bezug (z. B. Lebenserwartung, Krebsmortalität).

2. Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung des Versorgungskonzepts gliedert sich in drei Arbeitsabschnitte.

Im ersten Teil wurden zunächst die datenbasierten und analytischen Grundlagen erarbeitet, um die Versorgungssituation in Lichtenberg und Neukölln differenziert darzustellen und zu beurteilen. Dabei ging es um die Identifikation möglicher Defizite im Versorgungsangebot, insbesondere auch im Hinblick auf eine Auseinandersetzung mit der Bewertung der Versorgungssituation im Kontext der Bedarfsplanung. Der Fokus der Analysen und Bewertung lag dabei auf ausgewählten Arztgruppen (Hausärzte und allgemeine fachärztliche Versorgung)², deren Verteilung und Erreichbarkeit (Wohnortnähe) auf Bezirksebene und innerhalb der Bezirke sowie dem Versorgungsbedarf gemessen anhand demografischer, morbiditätsbezogener und sozialer Faktoren.

Gegenstand des zweiten Arbeitsabschnittes war die Diskussion dieser Grundlagen mit den Beteiligten (Bezirksämter Lichtenberg und Neukölln, beteiligte Krankenhäuser) und Vertretern der Vertragsärzteschaft (KV) im Rahmen eines Workshops sowie die Identifikation potenzieller Versorgungslücken und Ableitung von Handlungsempfehlungen, um dem zukünftig zu erwartenden ärztlichen Versorgungsbedarf in den Bezirken zu entsprechen.

Mit dem dritten Arbeitsschritt wurden die Analyse- und Diskussionsergebnisse sowie die Handlungsempfehlungen aufbereitet dargestellt.

3. Darstellung des Versorgungsangebots

Im ersten Projektabschnitt wurden die datenbasierten und analytischen Grundlagen erarbeitet, um die Versorgungssituation in Lichtenberg und Neukölln darzustellen und zu bewerten. Dabei war herauszuarbeiten, inwieweit und an welchen Stellen sich Defizite im vertragsärztlichen Versorgungsangebot im Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken zeigen bzw. abzeichnen.

Maßgebliche Determinanten des Versorgungsangebots sind die regionalen Versorgungskapazitäten und ihre räumliche Verteilung im Sinne der Erreichbarkeit aus Sicht der Bevölkerung. Dazu wurden die ambulanten Versorgungskapazitäten anhand der Ärztedichten und Versorgungsgrade im Kontext der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, die Behandlungsvolumina und Mitversorgungsbeziehungen, die ambulante Versorgung in den Krankenhäusern sowie die Erreichbarkeit der Arztpraxen aus Sicht der Bevölkerung differenziert erfasst.

² Im Weiteren wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgängig die männliche Form verwendet. Die Aussagen beziehen sich dennoch gleichermaßen auf Männer und Frauen.

3.1 Versorgungskapazitäten

3.1.1 Versorgungssituation gemäß der Bedarfsplanung

Die ambulanten Versorgungskapazitäten wurden im Kontext der Bedarfsplanung quantitativ und differenziert nach Fachrichtungen und diesbezüglicher fachlicher Spezialisierung betrachtet.

Dazu wurden die Ärztedichten (Einwohner je gegenwärtig niedergelassenem Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut³) kleinräumig auf Ebene der Bezirke erfasst und damit unterhalb der jeweils offiziellen räumlichen Planungsbereiche (Mittelbereiche für hausärztliche Versorgung, Kreise für allgemeine fachärztliche Versorgung, also hier jeweils Berlin insgesamt⁴) dargestellt.

Dabei zeigt sich sowohl für die hausärztliche Versorgung als auch in Bezug auf die hier betrachteten Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine starke Ungleichverteilung der Kapazitäten über die Bezirke. In der Tendenz sind die Bezirke im Südwesten Berlins generell deutlich besser mit ärztlichen Kapazitäten ausgestattet als diejenigen im Osten bzw. Südosten. Die Bezirke Lichtenberg und Neukölln liegen in der Regel unterhalb des Versorgungsniveaus des gesamten Planungsbereichs (Berlin insgesamt). Insbesondere Neukölln belegt bei Anordnung der Bezirke häufig untere Plätze.

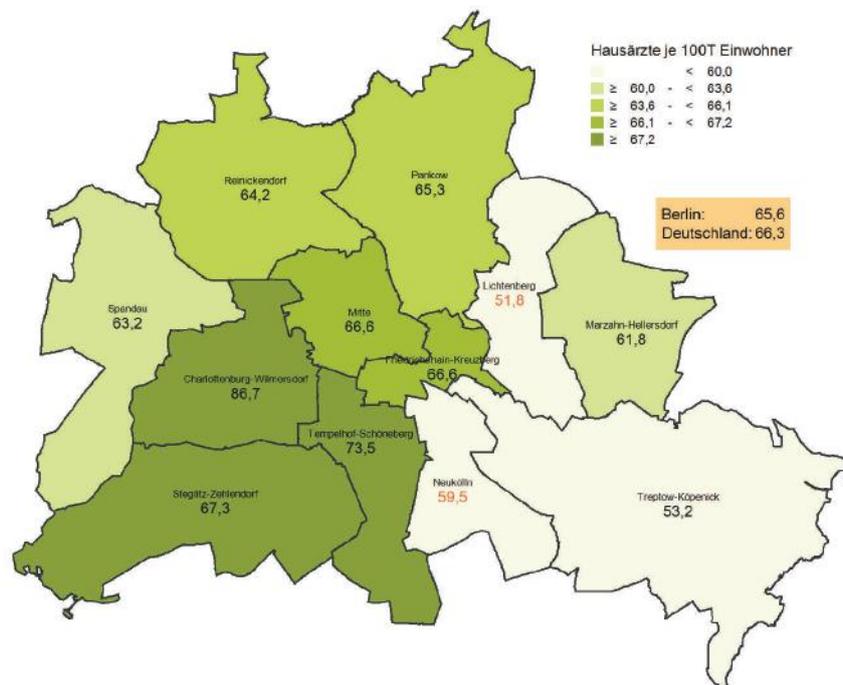
Hausärzte

Insbesondere der Bezirk Lichtenberg (51,8 Hausärzte je 100.000 Einwohner), aber auch der Bezirk Neukölln (59,5) weisen eine Hausärztedichte auf, die unterhalb der berlinweiten Hausärztedichte (65,6) und damit auch unterhalb der bundesweiten Hausärztedichte (66,3) liegt (Abbildung 1). Lichtenberg ist der Bezirk mit der geringsten Hausärztedichte, sie liegt mit deutlichem Abstand unterhalb der Hausärztedichte aller anderen Bezirke (mit Ausnahme von Treptow-Köpenick, der Bezirk mit der zweitniedrigsten Hausärztedichte).

³ Die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten wurden in diesem Zusammenhang so dargestellt, wie in der Bedarfsplanung gezählt: „Die Einheit der Bedarfsplanung ist nicht die Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten nach Köpfen, sondern nach Bedarfsplanungsgewicht. Mit diesem Gewicht wird der Teilnahmeumfang jedes individuellen Arztes/Psychotherapeuten berücksichtigt, wobei dieser in 0,25 Schritten zwischen 0 (keine bedarfsplanungsrelevante vertragsärztliche Tätigkeit) und 1 (Vollzeitteilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) liegen kann.“ Es erfolgt also eine Erfassung nach Umfang der Zulassung und keine Darstellung der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden (Quelle: KBV Gesundheitsdaten <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php>, Abruf am 25.01.2017).

⁴ Die Planungsbereiche sind festgelegt in § 11 Abs. 3, § 12 Abs. 3 und Anlage 3.2 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA.

Abbildung 1: Anzahl Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)
 Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen)

Die unterdurchschnittlichen Hausärztedichten in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln werden auch in der relevanten wissenschaftlichen Literatur dargestellt (Bauer et al., 2016).

Setzt man die dargestellte Anzahl tatsächlich niedergelassener Hausärzte (Ist-Sitze) ins Verhältnis zu den im Rahmen der Bedarfsplanung vorgesehenen Hausarztsitzen (Soll-Sitze)⁵, ergibt sich der offizielle Versorgungsgrad (Ist-Sitze / Soll-Sitze).⁶ Die Bezirke Lichtenberg (86 %) und Neukölln (97 %) weisen in der hausärztlichen Ver-

⁵ Die Anzahl Soll-Sitze in Bezug auf die einzelnen Bezirke ergibt sich aus der, je nach Fachgruppe über Demografiefaktor und/oder Sozialindex I für die Bezirke additiv modifizierten allgemeinen Verhältniszahl, letztere ist in der Bedarfsplanungsrichtlinie fachgruppenspezifisch und für die allgemeine fachärztliche Versorgung darüber hinaus nach Planungsräumen (Kreistypen) differenziert festgelegt. Die allgemeinen Verhältniszahlen basieren auf historischen Arzt/Einwohner-Verhältnissen, anhand derer Anfang der 1990er Jahre ein vermeintlich „bedarfsgerechtes“ Versorgungsniveau festgelegt und seitdem nur noch unter Berücksichtigung der regionalen Einwohnerentwicklung fortgeschrieben wurde.

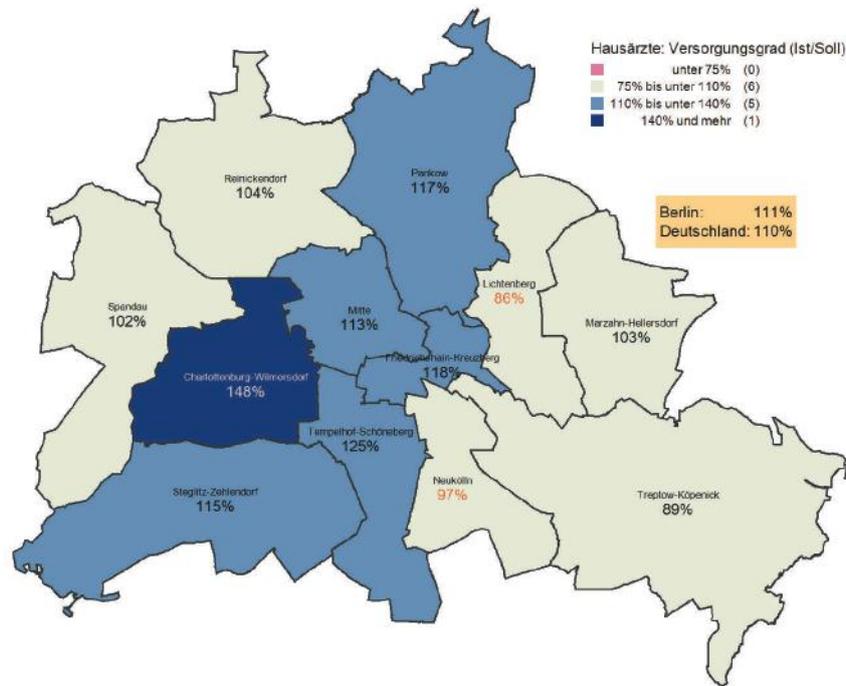
⁶ Offiziell wird der Versorgungsgrad allerdings nur auf Ebene der Planungsbereiche (hier für alle Fachgruppen Berlin insgesamt) ermittelt. Der hier betrachtete Versorgungsgrad auf Bezirksebene kann daher lediglich als rechnerischer Versorgungsgrad interpretiert werden.

sorgung jeweils Versorgungsgrade unterhalb des Schwellenwerts zur rechnerischen Überversorgung (110 %) auf, jedoch oberhalb des Schwellenwerts von 75 %, den die Bedarfsplanungsrichtlinie für Hausärzte als Anhaltspunkt für Unterversorgung nennt (Abbildung 2).⁷ Damit sind allerdings nicht unmittelbar zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für den Planungsbereich Berlin insgesamt verbunden, denn diese ergäben sich nur, sofern für Berlin insgesamt ein Versorgungsgrad unterhalb des Schwellenwerts von 110 % festgestellt würde.⁸ Dies ist gegenwärtig bei einem berlinweiten Versorgungsgrad von 111 % allerdings nicht der Fall.

⁷ Gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie ist in einem Planungsbereich Unterversorgung anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung unterhalb von 75 % bzw. in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unterhalb von 50 % liegt (§ 29 BP-RL). Entsprechend ist eine Überversorgung anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad einen Wert von 110 % oder mehr annimmt (§ 24 BP-RL). Darüber hinaus soll seit den Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein Antrag auf Nachbesetzung eines Arztsitzes grundsätzlich abgelehnt werden, sofern ein Versorgungsgrad von mehr als 140 % vorliegt und eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (§ 103 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. Abs. 3a Satz 7 SGB V).

⁸ Darüber hinaus sind allerdings entsprechend den Vorgaben des Letter of Intents grundsätzlich Verlegungen von besser in schlechter versorgte Bezirke möglich (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b).

Abbildung 2: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Hausärzte nach Bezirken (2016)

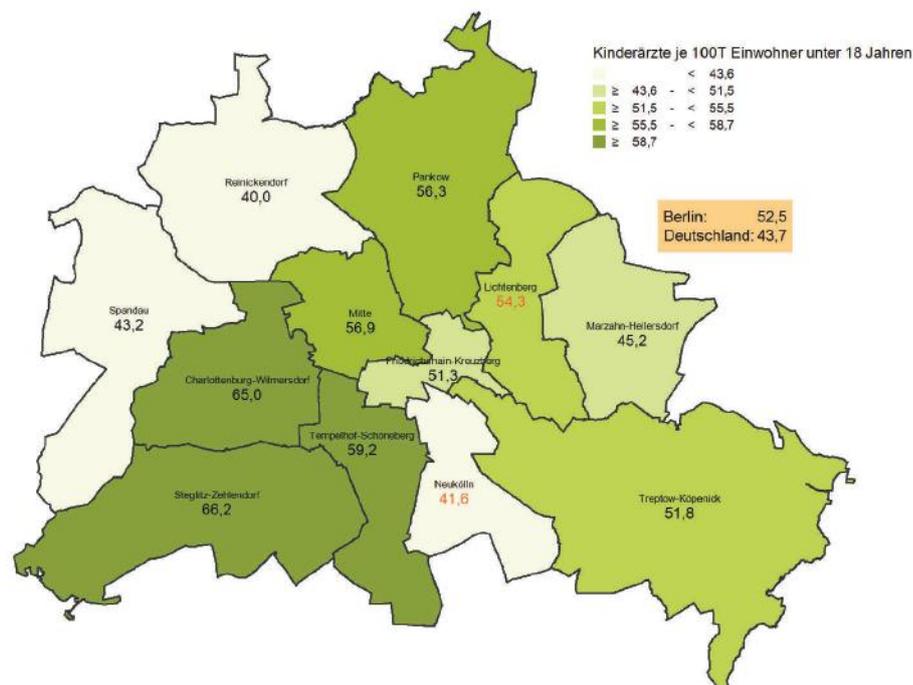


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)
Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Demografiefaktor und Sozialindex I additiv modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Kinderärzte

In der kinderärztlichen Versorgung (Abbildung 3) liegt die Arztdichte im Bezirk Lichtenberg (54,3 Kinderärzte je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren) etwas über dem Wert des gesamten Planungsbereichs (52,5) und deutlich oberhalb des bundesweiten Werts (43,7).⁹ Im Bezirk Neukölln ist die Kinderarztdichte hingegen unterdurchschnittlich hoch (41,6). Nur Reinickendorf weist eine noch geringere Kinderarztdichte auf (40,0).

Abbildung 3: Anzahl Kinderärzte je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren nach Bezirken (2016)



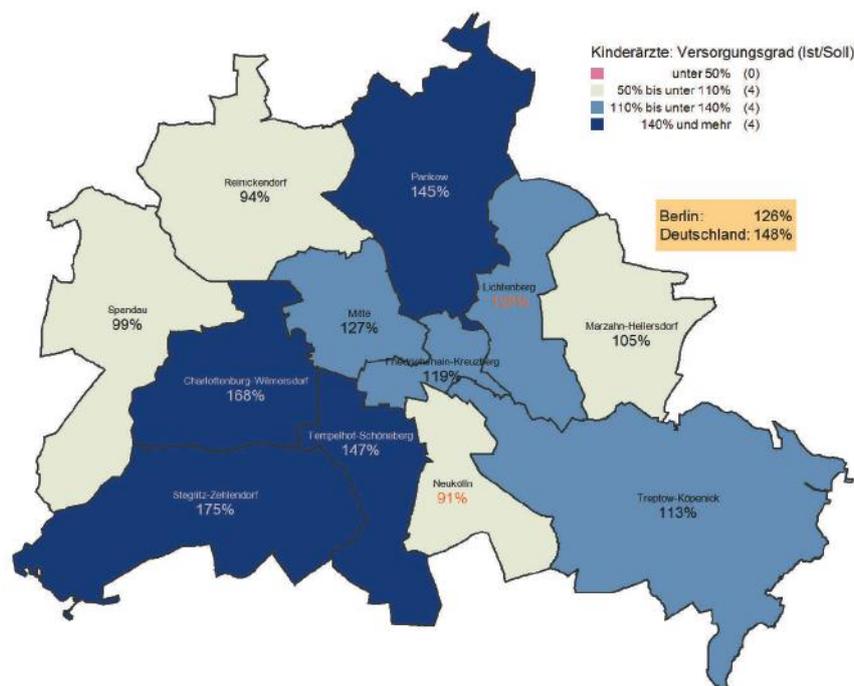
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen) bezogen auf die Anzahl Einwohner im Alter von unter 18 Jahren

⁹ Der im Vergleich zu Berlin deutlich geringere Wert für Deutschland insgesamt ergibt sich daher, dass bundesweit viele Landkreise eine deutlich geringere Kinderarztdichte aufweisen als die Großstädte.

Der rechnerische Versorgungsgrad in Bezug auf die Kinderärzte weist im Bezirk Neukölln mit 91 % den geringsten Wert aller Bezirke auf (Abbildung 4), liegt damit aber dennoch deutlich oberhalb des Schwellenwerts zur Unterversorgung bei Fachärzten (50 %). Lichtenberg erreicht einen Versorgungsgrad von 128 % und ist damit nach der Definition gemäß § 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie mit Kinderärzten überversorgt, zählt aber nicht zu den Bezirken mit den höchsten Versorgungsgraden. Inwieweit sich aus einer bereits gegenwärtig und darüber hinaus zukünftig weiterhin zunehmenden Anzahl an Kindern, insbesondere in Schwerpunktregionen innerhalb der Bezirke, Handlungsbedarf hinsichtlich einer Ausweitung der kinderärztlichen Kapazitäten ableiten lässt, wird in Abschnitt 6 dargestellt.

Abbildung 4: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Kinderärzte nach Bezirken (2016)



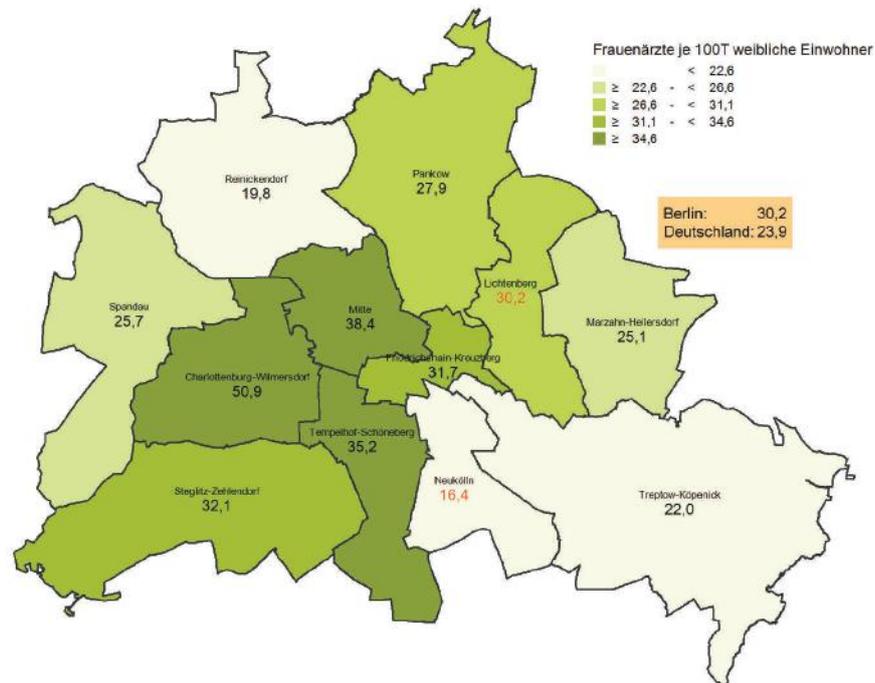
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Sozialindex I additiv modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Frauenärzte

Neukölln weist mit 16,4 Frauenärzten je 100.000 weibliche Einwohner die geringste Ärztedichte aller Berliner Bezirke in dieser Fachgruppe auf (Abbildung 5). Die Frauenärztdichte in Lichtenberg entspricht hingegen gerade dem Durchschnittswert für Berlin insgesamt (30,2).

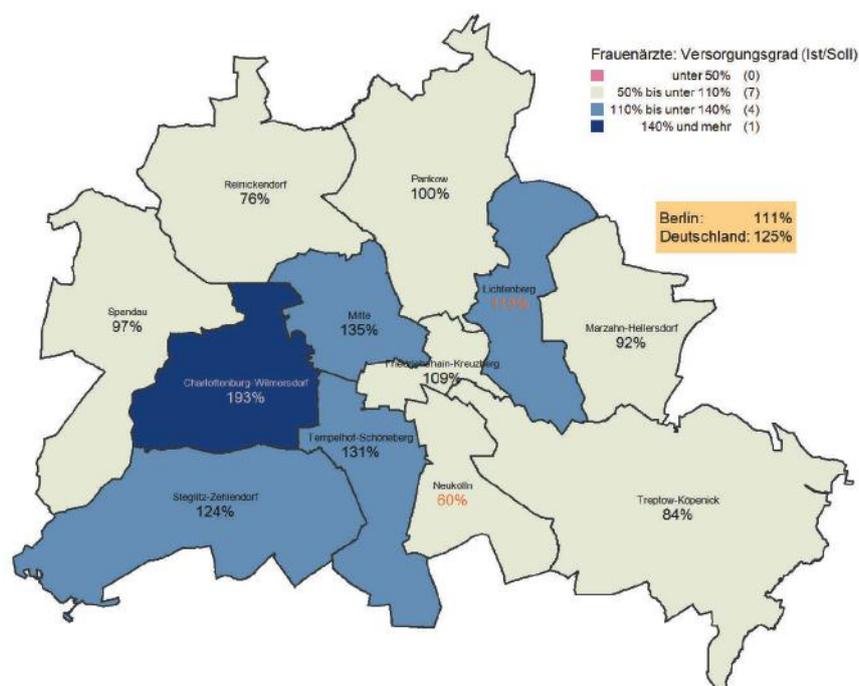
Abbildung 5: Anzahl Frauenärzte je 100.000 weibliche Einwohner nach Bezirken (2016)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)
 Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen) bezogen auf die Anzahl weiblicher Einwohner

Obwohl die Frauenärztedichte in Neukölln annähernd um 50 % unterhalb der Dichte des gesamten Planungsbereichs liegt, befindet sich der rechnerische Versorgungsgrad (Abbildung 6) mit 60 % noch etwas oberhalb des Schwellenwerts zur Unterversorgung (50 %). In diesem Zusammenhang spielt die verhältnismäßig große Anzahl von 7,0 ermächtigten Frauenärzten in Neukölln (vgl. Tabelle 1 im weiteren Verlauf dieses Abschnitts) eine wesentliche Rolle. Die ermächtigten Ärzte werden hier bei der Bestimmung der Ärztedichten berücksichtigt, bei der Berechnung des Versorgungsgrads hingegen nicht (vgl. Textpassage „Ermächtigungen“ am Ende des Abschnitts 3.1.1). Lichtenberg weist bei der frauenärztlichen Versorgung einen Versorgungsgrad von 113 % auf.

Abbildung 6: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Frauenärzte nach Bezirken (2016)



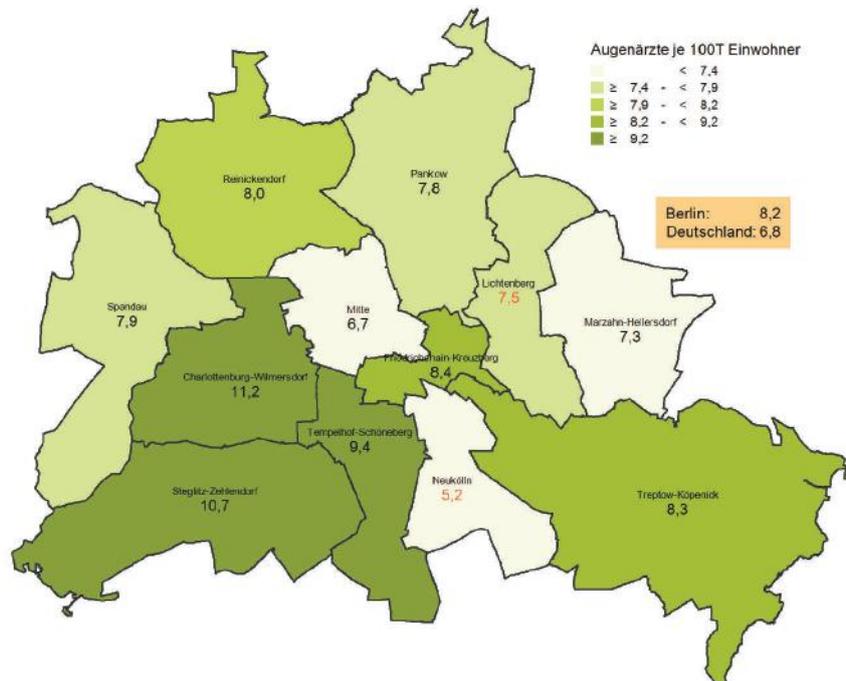
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Demografiefaktor modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Augenärzte

Auch hinsichtlich der Kapazitäten in der augenärztlichen Versorgung liegt Neukölln am unteren Ende der Bezirke-Rangfolge. Auf 100.000 Einwohner kommen im Bezirk Neukölln 5,2 niedergelassene Vertragsaugenärzte, während berlinweit 8,2 Augenarztsitze zu finden sind (Abbildung 7). Lichtenberg liegt mit einem Wert von 7,5 ebenfalls unterhalb des Gesamtberliner Durchschnitts.

Abbildung 7: Anzahl Augenärzte je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)

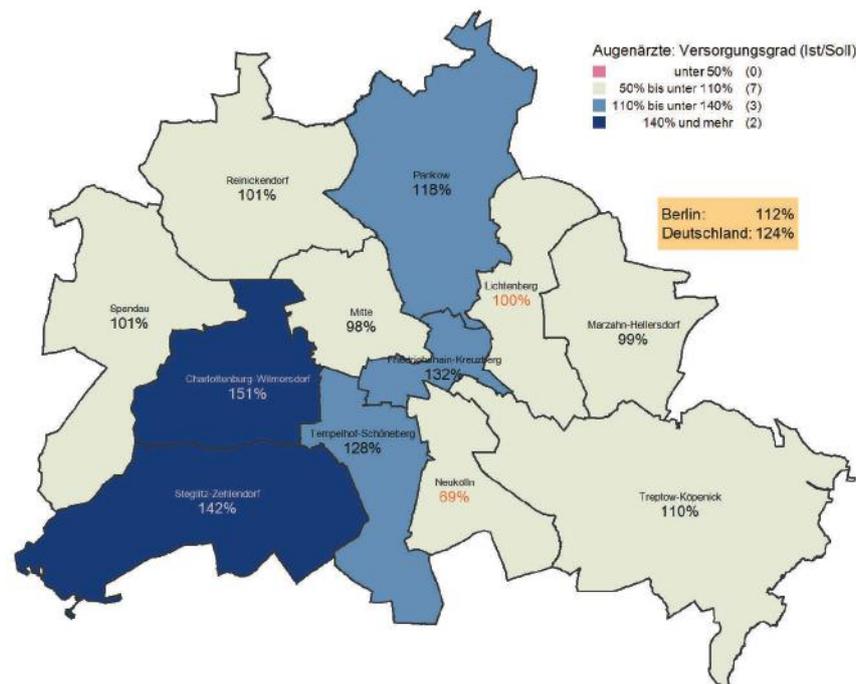


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen)

Rechnerisch liegt auch in der augenärztlichen Versorgung in keinem Bezirk eine Unterversorgung vor. Für Neukölln errechnet sich ein Versorgungsgrad von 69 % und für Lichtenberg von 100 % (Abbildung 8).

Abbildung 8: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Augenärzte nach Bezirken (2016)

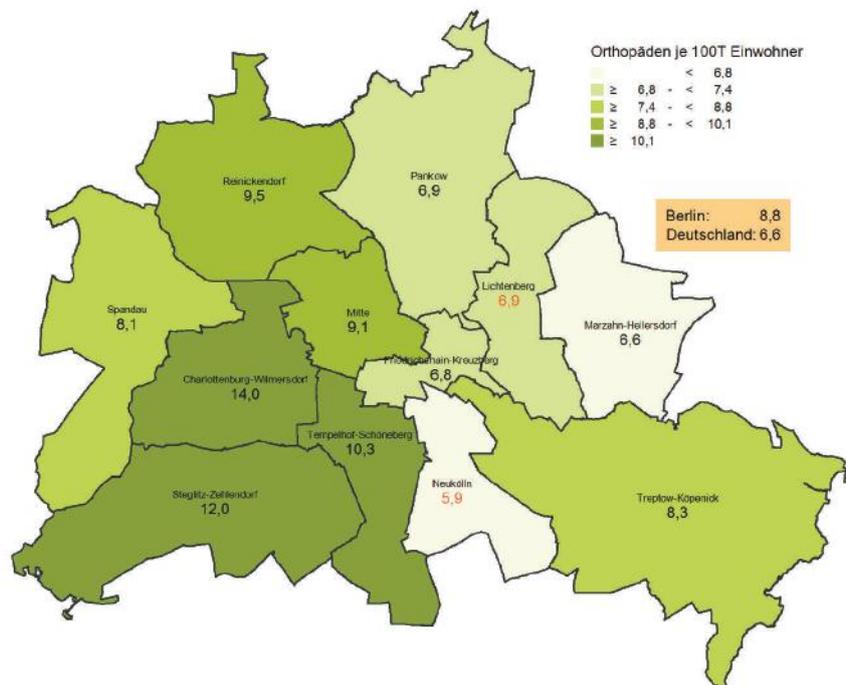


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)
 Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Demografiefaktor und Sozialindex I additiv modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Orthopäden

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Versorgungssituation mit Orthopäden. Der Bezirk Neukölln landet mit einer Dichte von 5,9 Orthopäden je 100.000 Einwohner auf dem letzten Platz aller Bezirke, und Lichtenberg (6,9) weist ebenfalls eine unterdurchschnittliche Versorgungsdichte auf (Abbildung 9). Die Bezirke im Südwesten der Stadt sind hingegen wesentlich dichter mit Orthopäden besetzt (10,3 bis 14,0).

Abbildung 9: Anzahl Orthopäden je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)

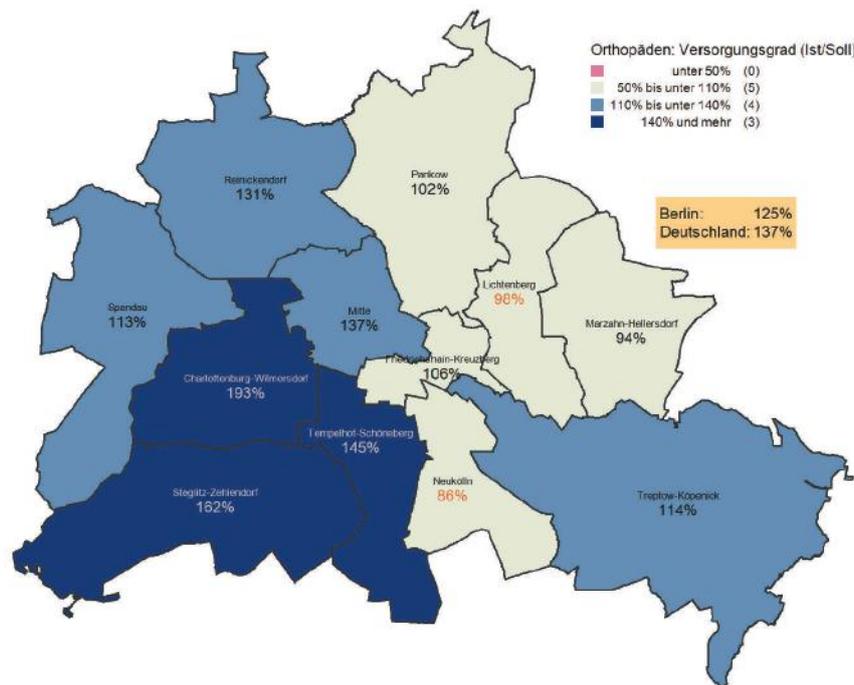


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte und Ärzte in ermächtigten Einrichtungen)

Entsprechend zeigt sich auch eine regionale Diskrepanz beim rechnerischen Versorgungsgrad der Bezirke. Während Lichtenberg (98 %) und Neukölln (86 %) einen Versorgungsgrad unterhalb von 100 % aufweisen, erreicht Charlottenburg-Wilmersdorf mit annähernd doppelt so viel tatsächlichen wie geplanten Orthopäden einen Versorgungsgrad von 193 % (Abbildung 10).

Abbildung 10: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Orthopäden nach Bezirken (2016)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

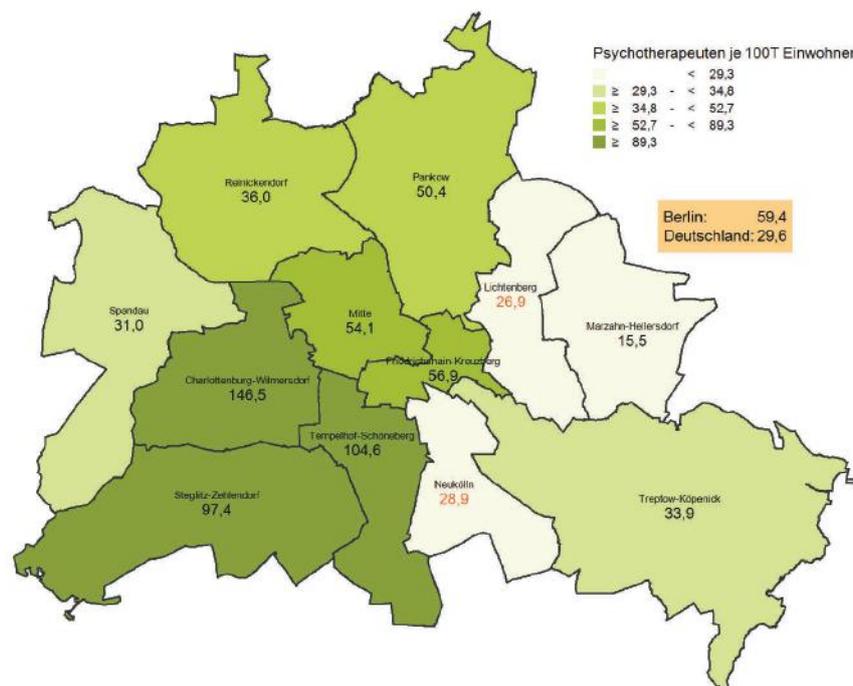
Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Demografiefaktor modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Psychotherapeuten

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgungssituation zeigt sich eine besonders ausgeprägte Diskrepanz zwischen den Berliner Bezirken. Auf der einen Seite liegt die Psychotherapeutendichte sowohl in Lichtenberg (26,9 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner) als auch in Neukölln (28,9) deutlich unter dem berlinweiten Durchschnitt (59,4). Auf der anderen Seite weisen die Bezirke im Südwesten der Stadt Psychotherapeutendichten auf, die zweimal so hoch ausfallen wie in Berlin insgesamt (Abbildung 11). Nur im Bezirk Marzahn-Hellersdorf ist die Psychotherapeutendichte mit 15,5 nochmals deutlich geringer als in Lichtenberg und Neukölln.

Wegen des bundesweiten starken Stadt-Land-Gefälles der Psychotherapeuten-dichte liegen die Werte der unterdurchschnittlich versorgten innerstädtischen Bezirke Lichtenberg und Neukölln immer noch relativ nahe am Bundesdurchschnitt (29,6).

Abbildung 11: Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bezirken (2016)

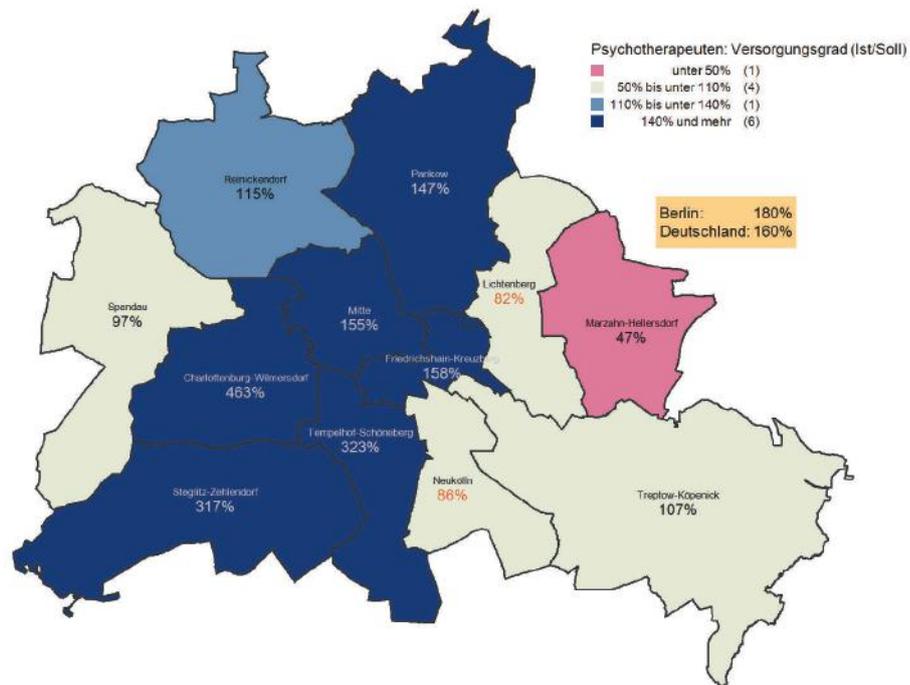


Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Ärzte/Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen)

Während Lichtenberg (82 %) und Neukölln (86 %) rechnerisch noch weit vom Schwellenwert der Unterversorgung (50 %) entfernt sind, ergibt sich für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf ein Versorgungsgrad von 47 % (Abbildung 12). Da aber auch eine Unterversorgung offiziell nicht unterhalb der Planungsebene (Berlin insgesamt) festgestellt wird, ergeben sich daraus nicht unmittelbar zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in Bezug auf den Planungsbereich insgesamt. Grundsätzlich möglich allerdings sind Verlegungen von Psychotherapeutensitzen innerhalb Berlins in relativ schlechter versorgte Bezirke im Rahmen der bezirklichen Versorgungssteuerung (vgl. Abschnitt 1).

Abbildung 12: Versorgungsgrad (Ist/Soll) Psychotherapeuten nach Bezirken (2016)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, über Demografiefaktor und Sozialindex I additiv modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte gem. § 100 Abs. 1 SGB V

Ermächtigungen

Bei dieser Darstellung der Versorgungskapazitäten aus dem Kontext der Bedarfsplanung wurden grundsätzlich auch solche Ärzte bzw. Psychotherapeuten einbezogen, die vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Bezug auf einen spezifischen Behandlungsbereich in einem bestimmten Umfang ermächtigt wurden.¹⁰ Bei der Bestimmung des Versorgungsgrads allerdings wurden die Ermächtigten entsprechend den Vorgaben des Versorgungsstärkungsgesetzes nicht berücksichtigt (vgl. § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Um die Kapazitäten der ermächtigten Ärzte, wie grundsätzlich in der Bedarfsplanung gezählt¹¹, im Vergleich zwischen den Fachgruppen und Bezirken darzustellen, werden sie an dieser Stelle noch einmal gesondert betrachtet.

In Bezug auf den Bezirk Lichtenberg gibt es ermächtigte Ärzte bzw. Ärzte in ermächtigten Einrichtungen innerhalb der Fachgruppen der Hausärzte, Kinderärzte und Frauenärzte und in Bezug auf den Bezirk Neukölln innerhalb der Fachgruppen der Frauenärzte, Augenärzte und Psychotherapeuten (Tabelle 1).¹² In Lichtenberg zeigt sich dabei eine verhältnismäßig hohe Anzahl an Ermächtigungen in der kinderärztlichen Versorgung (25 % aller berlinweit ermächtigten Kinderärzte) und in Neukölln in Bezug auf die frauenärztliche Versorgung (gut 30 % aller in Berlin ermächtigten Frauenärzte).

¹⁰ Im ambulanten Bereich werden gesetzlich krankenversicherte Patienten in der Regel von Vertragsärzten behandelt. Droht oder besteht in einer Region eine Unterversorgung, kann der Zulassungsausschuss auch Ärzte bzw. Psychotherapeuten ohne vertragsärztlicher Zulassung (oft Krankenhausärzte) ermächtigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln (§ 116 SGB V). Dabei ist genau zu regeln, wie, wo und in welchem Umfang dies erfolgen kann.

¹¹ In der Bedarfsplanung werden die ermächtigten Ärzte grundsätzlich (mit Ausnahme der Feststellung von Über- und Unterversorgung) pauschal angerechnet mit dem Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0 entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang, gemessen an der erbrachten Fallzahl. Vgl. § 22 BP-RL.

¹² Bei der Einordnung der Kapazitäten der ermächtigten Ärzte ist allerdings zu beachten, dass diese keine vollständige Kompensation eines Vertragsarztsitzes darstellen, da eine Ermächtigung sowohl zeitlich, als auch räumlich und dem Umfang nach stets beschränkt ist. Weiter zu berücksichtigen ist, dass Ermächtigungen darüber hinaus teilweise nicht substitutiv, sondern komplementär zur vertragsärztlichen Versorgung wirken, wenn z. B. ermächtigte Ärzte überwiegend bzw. ausschließlich auf Überweisung durch niedergelassene Ärzte tätig werden.

Tabelle 1: Anzahl ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten bzw. Ärzte/Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen (2016)

Fachgruppe	Berlin gesamt	Lichtenberg	Neukölln
Hausärzte	3,5	1,0	0,0
Kinderärzte	12,0	3,0	0,0
Frauenärzte	22,25	2,0	7,0
Augenärzte	7,0	0,0	1,0
Orthopäden	5,0	0,0	0,0
Psychotherapeuten	16,0	0,0	2,0

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkungen: Anzahl ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten wie in Bedarfsplanung grundsätzlich – ausgenommen Feststellung von Über- und Unterversorgung – angerechnet (pauschale Anrechnung mit Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1,0 entsprechend dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang, gemessen an erbrachter Fallzahl, vgl. § 22 BP-RL)

Zwischenfazit

Nimmt man die jeweilige Ärzte- bzw. Psychotherapeutendichte für Berlin insgesamt zum Maßstab, dann ist der Bezirk Neukölln bei allen hier betrachteten Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung deutlich unterdurchschnittlich versorgt (Tabelle 2): Die Verhältnismerte von Ärzten/Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner liegen dort um mind. 20 % (Kinderärzte) bis über 50 % (Psychotherapeuten) unter dem berlinweiten Durchschnitt. Selbst im Vergleich zu den bundesweiten Durchschnitten weist Neukölln eine geringere Ärztedichte auf. Neben den Psychotherapeuten ist die Ärztedichte vor allem bei den Frauenärzten unterdurchschnittlich. Vergleichsweise gering ist dagegen die Abweichung bei den Hausärzten.

Tabelle 2: Abweichungen der tatsächlichen Ärzte- bzw. Psychotherapeutendichte (IST) in Lichtenberg und Neukölln, 2016 (in %)

Fachgruppe	Lichtenberg		Neukölln	
	ggü. Berlin	ggü. Bezirk mit höchster Dichte	ggü. Berlin	ggü. Bezirk mit höchster Dichte
Hausärzte	-21,0%	-40,3%	-9,2%	-31,3%
Kinderärzte	+3,5%	-18,0%	-20,6%	-37,1%
Frauenärzte	0,0%	-40,7%	-45,7%	-67,8%
Augenärzte	-9,1%	-33,5%	-36,8%	-53,7%
Orthopäden	-21,2%	-50,7%	-32,1%	-57,5%
Psychotherapeuten	-54,8%	-81,7%	-51,4%	-80,3%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Gesamtzahl Vertragsärzte wie in Bedarfsplanung gezählt (inkl. angestellter, persönlich ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Ärzte/Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen)

Im Bezirk Lichtenberg sind die Abweichungen insgesamt etwas weniger stark ausgeprägt als in Neukölln. Bei den Hausärzten und den Psychotherapeuten liegen die Verhältnismerte jedoch stärker unter dem berlinweiten Durchschnitt als in Neukölln. Dagegen lässt sich bei den Frauenärzten keine unterdurchschnittliche Ärztedichte feststellen und bei den Kinderärzten sogar eine leicht überdurchschnittliche. Die Augenärztdichte ist unterdurchschnittlich, jedoch weniger stark als in Neukölln.

Betrachtet man darüber hinaus Abweichungen bezüglich der Versorgungsgrade (Ist/Soll), werden Unterschiede zwischen den Bezirken bei der Altersstruktur der Bevölkerung (über Demografiefaktor bei allen Fachgruppen, mit Ausnahme Kinderärzte) und ggf. bei der Sozialstruktur (über Sozialindex I bei Hausärzten, Kinderärzten und Augenärzten) zusätzlich berücksichtigt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Abweichungen des Versorgungsgrads (Ist/Soll) in Lichtenberg und Neukölln, 2016 (in %)

Fachgruppe	Lichtenberg		Neukölln	
	ggü. Berlin	ggü. Bezirk mit höchstem Ist/Soll	ggü. Berlin	ggü. Bezirk mit höchstem Ist/Soll
Hausärzte	-22,1%	-41,9%	-12,4%	-34,7%
Kinderärzte	+1,7%	-23,6%	-28,1%	-46,0%
Frauenärzte	+1,2%	-41,7%	-46,5%	-69,2%
Augenärzte	-10,8%	-33,9%	-38,1%	-54,2%
Orthopäden	-21,7%	-49,4%	-31,2%	-55,5%
Psychotherapeuten	-54,4%	-81,4%	-52,2%	-82,3%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Arztzahlen per 01.07.2016)

Anmerkung: Soll-Zahl auf Basis der bezirklichen, ggf. über Demografiefaktor (nicht bei Kinderärzten) und Sozialindex I (bei Haus-, Kinder- und Augenärzten) additiv modifizierten Verhältniszahl, Ist-Zahl ohne Berücksichtigung Ermächtigte

Die Abweichungen in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln fallen nun bei der Betrachtung des Ist/Soll-Vergleichs entsprechend der Anwendung sowie der Ausprägung von Demografiefaktor (inkl. fachgruppenspezifischem Leistungsbedarfsfaktor) und Sozialindex I im Vergleich zu den Abweichungen bei den reinen Ist-Zahlen unterschiedlich aus. Die bezüglich der Sozialstruktur berücksichtigten Unterschiede sind allerdings über die Vorgabe der Bandbreite des Sozialindex I (+/- max. 10 %) dem Umfang nach beschränkt.¹³ Insbesondere in Bezug auf Neukölln (relativ junge Bevölkerung und ungünstige Sozialstruktur) sind Demografiefaktor und Sozialindex oft in entgegengesetzte Richtungen ausgerichtet, sodass sie sich über die additive Anwendung zumindest teilweise kompensieren.

Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich noch in Bezug auf die Kinderärzte, bei denen nur der Sozialindex I zur Anwendung kommt. Hier ergeben sich beim Ist/Soll-Vergleich aufgrund der gegenüber Berlin ungünstigeren Ausprägungen des Sozialindex in Neukölln stärkere Abweichungen als beim reinen Vergleich der Ist-Kapazitäten (über die entsprechend höhere Soll-Zahl). Auch für Lichtenberg wird aufgrund ungünstiger Sozialstruktur eine höhere Soll-Zahl vorgesehen (allerdings nicht so hoch wie für Neukölln). Lichtenberg steht damit beim Ist/Soll-Vergleich der Kinderärzte (+1,7 %) nicht mehr so viel besser da wie beim Ist-Vergleich (+3,5 %).

In Bezug auf die Haus- und Augenärzte (Anwendung von Demografiefaktor und Sozialindex I additiv, jeweils mit 50 % gewichtet) werden die Unterschiede zum Ist-

¹³ Vgl. Lol-Bericht (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b).

Vergleich durch die zusätzliche Anwendung des Demografiefaktors etwas abgeschwächt (jüngere Bevölkerung in Neukölln und Altersunterschiede in Lichtenberg ggü. Berlin etwas weniger ausgeprägt als Unterschiede bei Sozialstruktur). Sie fallen beim Ist/Soll-Vergleich dennoch etwas größer aus als beim Ist-Vergleich.

Weniger ausgeprägt sind die Unterschiede zum Ist-Vergleich bezüglich der Fachgruppen, für die nur der Demografiefaktor zur Anwendung kommt (Frauenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten). Dieser bewirkt, dass die Abweichungen beim Ist/Soll-Vergleich bezüglich der Orthopäden für Lichtenberg etwas größer ausfallen als beim reinen Ist-Vergleich (aufgrund der im Berlin-Vergleich etwas älteren Bevölkerung und ihrem erhöhten orthopädischen Leistungsbedarf) und für Neukölln geringer (jüngere Bevölkerung). In Bezug auf die Frauenärzte geht der Demografiefaktor von einem höheren Bedarf der jüngeren Frauen aus. Entsprechend weicht der Versorgungsgrad (Ist/Soll) in Neukölln etwas mehr ggü. Berlin ab als die Ist-Zahl. Das gleiche gilt für die Psychotherapeuten, wo ebenfalls ein Mehrbedarf der jüngeren Bevölkerung unterstellt wird.

3.1.2 Behandlungsvolumen

Eine Beschränkung der Analyse auf die reinen Ärztezahlen kann unter Umständen relevante Unterschiede der tatsächlich verfügbaren Versorgungskapazitäten verdecken, insofern die Behandlungsumfänge und das jeweils angebotene Leistungsspektrum der Arztpraxen einer Fachgruppe in den Bezirken systematisch voneinander abweichen. Durch die Verwendung der Ärztezahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen, wird bereits eine Adjustierung in Form der Bedarfsplanungsgewichte (vier Stufen des Umfangs der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) erreicht. Darüber hinaus wird im Folgenden dargestellt, in welchem Ausmaß systematische Unterschiede bei Fallhäufigkeiten und Leistungsbedarfen in Punkten zwischen den Bezirken Lichtenberg und Neukölln sowie dem gesamten Stadtgebiet bestehen. Insbesondere lässt sich feststellen, inwiefern eine unterdurchschnittliche Ärzte- bzw. Psychotherapeutendichte dazu führt, dass ein Arzt/Psychotherapeut (kompensatorisch) im Durchschnitt mehr Fälle zu behandeln hat.

Im Bezirk Neukölln zeigt sich, dass – mit Ausnahme der Psychotherapeuten – in allen Fachgruppen die unterdurchschnittliche Ärztedichte mit einer höheren durchschnittlichen Fallhäufigkeit (Anzahl abgerechneter Fälle) je Arzt einhergeht (Tabelle 4). Allerdings gestaltet sich der Zusammenhang im Fachgruppenvergleich nicht stringent: So liegt die Fallhäufigkeit bei den Orthopäden am stärksten über dem berlinweiten Durchschnitt, obwohl die Arztdichte bei den Frauen- und Augenärzten z. T. deutlich stärker unterdurchschnittlich ist. Bei den Frauenärzten wiederum liegt die Fallhäufigkeit am wenigsten stark über dem Durchschnitt, obwohl dies nach den Psychotherapeuten die Fachgruppe mit der größten Abweichung der Ärztedichte ist. Ein möglicher Erklärungsfaktor hierfür könnte die relativ hohe Zahl

der Ermächtigungen für die Fachgruppe der Frauenärzte in Neukölln sein (vgl. Tabelle 1), die bei den Fallhäufigkeiten unberücksichtigt bleibt.¹⁴

Tabelle 4: Durchschnittliche Fallzahl je Arzt (2015)

Fachgruppe	Berlin	Lichtenberg			Neukölln		
	gesamt	Fallzahl	ggü. Berlin		Fallzahl	ggü. Berlin	
	Fallzahl		Ohne Demografie & Sozialstruktur	Mit Demografie & Sozialstruktur		Ohne Demografie & Sozialstruktur	Mit Demografie & Sozialstruktur
Hausärzte	3.729	4.131	+11%	+12%	4.198	+13%	+17%
Kinderärzte	4.253	3.518	-17%	-16%	4.706	+11%	+22%
Frauenärzte	4.140	3.468	-16%	-17%	4.488	+8%	+10%
Augenärzte	5.195	5.963	+15%	+17%	6.120	+18%	+20%
Orthopäden	5.303	5.224	-1%	-1%	7.173	+35%	+33%
Psychotherapeuten	163	187	+15%	+14%	152	-6%	-5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkungen: Anzahl abgerechneter Fälle je Arzt; Berücksichtigung von Demografie und Sozialstruktur bei Anzahl Ärzte entsprechend Anwendung Demografiefaktor und Sozialindex I nach Lol-Bericht (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b). Farbgebung: Fallzahlunterschiede, die die ggü. Berlin geringeren Kapazitäten tendenziell kompensieren (grün) bzw. verstärken (orange).

Im Bezirk Lichtenberg zeigt sich ein „kompensatorischer“ Zusammenhang zwischen unterdurchschnittlicher Ärzte- bzw. Psychotherapeutendichte und Fallhäufigkeit ebenfalls bei den Augen- und Hausärzten, im Gegensatz zu Neukölln jedoch auch bei den Psychotherapeuten, aber nicht bei den Orthopäden. Bei den Frauen- und Kinderärzten war ein solcher Zusammenhang wegen der (über-)durchschnittlichen Ärztedichten in Lichtenberg nicht zu erwarten, allerdings überrascht die

¹⁴ Die dargestellten Unterschiede zwischen den Bezirken bei den Fallzahlen je Arzt dürften darüber hinaus von regionalen Unterschieden beim Inanspruchnahmeverhalten geprägt sein, welches wiederum mit soziodemografischen und kulturellen Merkmalen zusammenhängt, die sich zwischen den Bezirken unterscheiden. Ein weiterer möglicher Erklärungsfaktor sind unterschiedliche Anteile an PKV-Versicherten und damit einhergehend unterschiedliche PKV-Fallzahlen je Vertragsarzt zwischen den Bezirken. Im Rahmen dieser Studie lagen zu diesen Unterschieden allerdings keine Daten vor.

starke Unterdurchschnittlichkeit der Fallhäufigkeiten, die ggf. mit den Ermächtigungen in diesen Fachgruppen (teilweise) erklärt werden kann.

Die Unterschiede bezüglich der Fallzahlen je Arzt fallen tendenziell noch etwas größer aus, wenn zusätzlich die Unterschiede zwischen den Bezirken hinsichtlich Alters- und Sozialstruktur berücksichtigt werden.¹⁵ Am größten fällt dieser zusätzliche Effekt bei den Kinderärzten in Neukölln aus, der hier alleine über die unterschiedliche Sozialstruktur hervorgerufen wird. Wird diese berücksichtigt, liegt die Fallzahl je Kinderarzt in Neukölln um 22 % über dem Berliner Durchschnitt, während es ohne Berücksichtigung der Sozialstruktur nur 11 % sind.

Hingegen zeigt sich ein höherer Behandlungsaufwand *je Fall* in Bezug auf die beiden Bezirke eher nicht.¹⁶ Die behandelten Fälle sind gemessen an der durchschnittlichen Anzahl abgerechneter Punkte („angeforderte Punkte“) im Bezirk Lichtenberg nur bezüglich der Frauenärzte (+17 %) und in Neukölln bezüglich der Kinderärzte (+7 %) aufwändiger (Tabelle 5).

Tabelle 5: Durchschnittliche Punktzahl je Fall (2015)

Fachgruppe	Berlin gesamt	Lichtenberg		Neukölln	
	Punktzahl	Punktzahl	ggü. Berlin	Punktzahl	ggü. Berlin
Hausärzte	557	550	-1%	524	-6%
Kinderärzte	543	510	-6%	582	+7%
Frauenärzte	532	624	+17%	498	-6%
Augenärzte	504	438	-13%	434	-14%
Orthopäden	481	466	-3%	482	+0%
Psychotherapeuten	5.154	4.281	-17%	5.194	+1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Fall- und Punktzahlen im Jahr 2015)

Anmerkungen: Anzahl angeforderter Punkte je abgerechnetem Fall.

Farbgebung: Punktzahlunterschiede, die die ggü. Berlin geringeren Kapazitäten tendenziell kompensieren (grün) bzw. verstärken (orange).

¹⁵ Die Unterschiede zwischen den Bezirken hinsichtlich Alters- und Sozialstruktur wurden an dieser Stelle durch einen Bezug von Demografiefaktor bzw. Sozialindex I entsprechend der Anwendung nach LoI-Bericht (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b) auf die tatsächlichen ärztlichen Kapazitäten (Ist-Zahlen) berücksichtigt.

¹⁶ Eine Beurteilung des Behandlungsaufwands anhand der durchschnittlichen Punktzahl je Fall ist allerdings aufgrund der relativ ausgeprägten Pauschalierung im Rahmen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen (nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab, EBM) nur eingeschränkt möglich. Diese Einschränkung gilt grundsätzlich in Bezug auf alle betrachteten Fachgruppen, sie dürfte im Zusammenhang mit Fachgruppen, die einen hohen Anteil an konservativen Behandlungen aufweisen, ausgeprägter sein.

3.1.3 Mitversorgungsbeziehungen

Die niedergelassenen Ärzte in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln versorgen über die Wohnbevölkerung dieser Bezirke hinaus auch die Wohnbevölkerung umliegender Bezirke bzw. zu einem Teil auch anderer Regionen außerhalb Berlins.

Der Anteil der Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnsitz außerhalb des Bezirks an allen Behandlungsfällen (Arztperspektive) liegt in Bezug auf die hausarztnahe Versorgung (inkl. Kinderärzte) zwischen 19 % und 25 %, wobei die Mitversorgung in Neukölln etwas höher ausfällt als in Lichtenberg (Tabelle 6). In Bezug auf die fachärztliche Versorgung fällt die Mitversorgung grundsätzlich etwas umfangreicher aus. Hier liegen die Anteile der Behandlungsfälle von außerhalb zwischen 22 % und 45 %. Im Gegensatz zur hausarztnahen Versorgung fällt der Grad der Mitversorgung in Bezug auf die fachärztliche Versorgung in Lichtenberg etwas höher aus als in Neukölln (die entsprechende Mitversorgung in Absolutwerten zeigt Tabelle 34 in Anhang A1).

Tabelle 6: Mitversorgungsbeziehungen aus Arzt- und Patientenperspektive (in Prozent) sowie im Saldo (2015)

Fachgruppe	Lichtenberg			Neukölln		
	Arztperspektive	Patientenperspektive	Differenz (%-Punkte)	Arztperspektive	Patientenperspektive	Differenz (%-Punkte)
Hausärzte	22%	32%	-10%	25%	42%	-17%
Kinderärzte	19%	27%	-8%	22%	52%	-30%
Frauenärzte	42%	41%	+1%	36%	61%	-25%
Augenärzte	28%	35%	-7%	22%	46%	-24%
Orthopäden	31%	41%	-10%	27%	47%	-20%
Psychotherapeuten	45%	55%	-10%	43%	80%	-37%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkung: **Arztperspektive:** Anteil der Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnort außerhalb des Bezirks an allen Behandlungsfällen bei Arztpraxen mit Standort innerhalb des Bezirks; **Patientenperspektive:** Anteil der Behandlungsfälle von Praxen mit Standort außerhalb des Bezirks an allen Behandlungsfällen von Patienten mit Wohnort innerhalb des Bezirks (jeweils im Jahr 2015)

Betrachtet man darüber hinaus den Anteil der Behandlungsfälle von Praxen mit Standort außerhalb des Bezirks an allen Behandlungsfällen von Patienten mit Wohnort innerhalb des Bezirks (Patientenperspektive), zeigt sich, dass die Lichtenberger Bevölkerung zu einem erheblichen Anteil und die Neuköllner Bevölkerung mit einem noch höheren Anteil durch Arztpraxen umliegender Bezirke versorgt wird.

Am stärksten ausgeprägt ist die Mitversorgung durch die Praxen umliegender Bezirke bei den Psychotherapeuten: 55 % aller Fälle von Personen mit Wohnort in Lichtenberg wurden von Psychotherapeuten außerhalb des Bezirks behandelt. Bezogen auf die Neuköllner Bevölkerung waren es sogar 80 %. Ebenfalls ein hoher Anteil zeigt sich bezüglich der frauenärztlichen Mitversorgung der Neuköllner Bevölkerung durch andere Bezirke (61 %).

Der Saldo dieser beiden Perspektiven der Mitversorgung deutet auf eine stärkere Entlastung der Kapazitäten des niedergelassenen Bereichs in Neukölln gegenüber Lichtenberg hin, insofern, als der Anteil der Neuköllner Bevölkerung, der von Praxen in umliegenden Bezirken mitversorgt wird, den Anteil der Fälle in Neuköllner Arztpraxen, der auf Patienten aus umliegenden Bezirken entfällt, in einem größeren Maße übersteigt als das in Bezug auf Lichtenberg der Fall ist.¹⁷

3.1.4 Ambulante Versorgung in den Krankenhäusern

Das Versorgungsangebot der niedergelassenen Vertragsärzte wird ergänzt durch die ambulante Versorgung der regionalen Krankenhäuser der beiden Bezirke. Betrachtet wurden in diesem Zusammenhang

- ◆ das Sana Klinikum Lichtenberg,
- ◆ das Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg und
- ◆ das Vivantes Klinikum Neukölln.

Diese Krankenhäuser erbringen ambulante Behandlungsleistungen zum einen im Rahmen der Notfallversorgung. Das Sana Klinikum Lichtenberg verzeichnete im Jahr 2015 knapp 40.000 ambulante Notfälle, wovon 56 % auf Patienten mit Wohnsitz im Bezirk Lichtenberg entfallen und entsprechend 44 % auf Patienten mit Wohnsitz in einem anderen Bezirk oder außerhalb Berlins (Tabelle 7).¹⁸ Das KEH hatte bei einer geringeren Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen (knapp 13.000) einen ähnlich hohen Anteil an Patienten mit Wohnsitz außerhalb Lichtenbergs (42 %). Das Vivantes Klinikum im Bezirk Neukölln hingegen wies bei insgesamt knapp 70.000 ambulanten Notfällen im Jahr 2015 einen höheren Anteil an Patienten innerhalb des Bezirks (64 %) und entsprechend eine anteilig geringere Mitversorgung der umliegenden Regionen (36 %) auf.

¹⁷ Bei der genauen mengenmäßigen Interpretation dieser Differenz ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Mitversorgungsquoten in den beiden Perspektiven jeweils auf eine unterschiedliche Basis beziehen und damit nicht direkt miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Vgl. zu Absolutwerten auch Tabelle 34 in Anhang A1.

¹⁸ Berücksichtigt wurden dabei alle Fälle, die in den einbezogenen Krankenhäusern mit dem Aufnahmegrund „Notfall“ in der Rettungsstelle (bzw. Notaufnahme, Notfallambulanz etc.) aufgenommen und anschließend ambulant behandelt wurden, also nicht zu einem stationären Krankenhausfall wurden. Eine Differenzierung nach dem Schweregrad der Behandlung wurde dabei nicht vorgenommen. Es handelt sich also grundsätzlich sowohl um solche Fälle, bei denen die Bedingungen eines Notfalls vorlagen, als auch um solche Fälle, die auch in der Praxis eines niedergelassenen Arztes hätten adäquat behandelt werden können.

Tabelle 7: Ambulante Notfälle in Krankenhäusern der beiden Bezirke (2015)

Krankenhaus	Anzahl gesamt (Fallzahl)	Anzahl innerhalb Bezirk	Anzahl außerhalb Bezirk	Anteil innerhalb Bezirk	Anteil außerhalb Bezirk
Sana Klinikum Lichtenberg	39.768	22.133	17.635	56%	44%
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg	12.961	7.578	5.383	58%	42%
Vivantes Klinikum Neukölln	67.141	42.891	24.250	64%	36%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Sana Klinikum Lichtenberg, des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg und des Vivantes Klinikum Neukölln (jeweils Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkung: Alle ambulanten Notfälle der Krankenhäuser, ohne Einschränkung hinsichtlich der Fachabteilungen

Zum anderen tragen die Krankenhäuser über ambulante Operationen zur ambulanten Versorgung in der Region bei. In diesem Zusammenhang zeigt sich in Bezug auf die drei Krankenhäuser eine etwas umfangreichere Mitversorgung als bei der ambulanten Notfallversorgung (Tabelle 8). Der Anteil an ambulanten Operationen bei Patienten mit Wohnsitz außerhalb von Lichtenberg liegt bei den beiden Lichtenberger Krankenhäusern bei 53 % bzw. 57 %, während im Vivantes Krankenhaus Neukölln 36 % der ambulanten Operationen auf Patienten mit Wohnsitz außerhalb Neuköllns entfallen.¹⁹

¹⁹ Bei der Einordnung dieser Zahlen zur Mitversorgung durch die Krankenhäuser ist zu beachten, dass das Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie über einen Versorgungsauftrag verfügt, der sich über den Bezirk Lichtenberg hinaus auch auf den Bezirk Marzahn-Hellersdorf bezieht.

Tabelle 8: Ambulante Operationen in Krankenhäusern (2015)

Krankenhaus	Anzahl gesamt (Fallzahl)	Anzahl innerhalb Bezirk	Anzahl außerhalb Bezirk	Anteil innerhalb Bezirk	Anteil außerhalb Bezirk
Sana Klinikum Lichtenberg	2.690	1.274	1.416	47%	53%
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg	423	182	241	43%	57%
Vivantes Klinikum Neukölln	4.764	3.044	1.720	64%	36%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Sana Klinikum Lichtenberg, des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg und des Vivantes Klinikum Neukölln (jeweils Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkung: Alle ambulanten Operationen der Krankenhäuser, ohne Einschränkung hinsichtlich der Fachabteilungen

Setzt man die Anzahl der ambulanten Notfälle am Krankenhaus ins Verhältnis zur gesamten Behandlungsfallzahl aller niedergelassenen Ärzte des jeweiligen Bezirks bzw. die ambulanten Operationen am Krankenhaus ins Verhältnis zur Anzahl ambulanter Operationen der Vertragsärzte, zeigt sich die mengenmäßige Bedeutung der ambulanten Behandlungsleistungen der Krankenhäuser (Tabelle 9).

Tabelle 9: Ambulante Notfälle bzw. ambulante Operationen im Verhältnis zu Leistungen der niedergelassenen Ärzte des Bezirks (2015)

Bezirk	Verhältnis amb. Notfälle / Gesamt- fallzahl Vertrags- ärzte	Verhältnis amb. OPs am KH / amb. OPs Vertragsärzte
Lichtenberg	0,05	0,95
Neukölln	0,05	1,14

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Sana Klinikum Lichtenberg, des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Lichtenberg, des Vivantes Klinikum Neukölln sowie der KV Berlin (jeweils Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkungen: Gesamtfallzahl der Vertragsärzte sowie Anzahl durch sie erbrachter ambulanter Operationen bezogen auf alle niedergelassenen Ärzte der hier betrachteten Fachgruppen des jeweiligen Bezirks

Das quantitative Volumen der ambulanten Notfälle in Lichtenberg sowie in Neukölln entspricht einem Verhältnis von 0,05 bezogen auf die Gesamtfallzahl der Vertragsärzte, d. h., auf einen ambulanten Notfall am Krankenhaus kommen 20 Fälle

von Vertragsärzten. In Bezug auf die ambulanten Operationen zeigt sich eine größere mengenmäßige Bedeutung der Krankenhausleistungen im Vergleich zu den ambulanten Operationen der Vertragsärzte (0,95 in Lichtenberg und 1,14 in Neukölln). Gemessen an der absoluten Fallzahl hat allerdings auch dieser Bereich der ambulanten Leistungserbringung der Krankenhäuser, ähnlich wie die ambulanten Notfälle, für den im Fokus dieser Studie stehenden niedergelassenen Bereich eine mengenmäßig relativ geringe Relevanz.

3.2 Erreichbarkeitsanalyse

3.2.1 Ziele und Grenzen der Erreichbarkeitsanalyse

Ein wichtiger Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung ist die Erreichbarkeit, d. h. die Wegezeit, die Patienten von ihrer Wohnung zum nächstgelegenen Arztstandort aufbringen müssen.

Das Ziel dieses Abschnitts ist es daher, die Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung für die Einwohner der Bezirke Lichtenberg und Neukölln zu analysieren. Dabei sollen neben der durchschnittlichen Wegezeit insbesondere auch Unterschiede innerhalb der Bezirke bei der Erreichbarkeit aufgezeigt werden.

Im Rahmen der Studie wurden daher vorliegende Analysen zur Wegezeit ausgewertet und eine eigene kleinräumige Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt.

Die Vorgehensweise der Analyse wird im Folgenden ausführlicher dargestellt (Abschnitt 3.2.2), anschließend erfolgt eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse.

Der im Rahmen dieser Diskussion verwendete Indikator Wegezeit bildet einen zentralen Aspekt der ambulanten Versorgung ab. Er weist aber auch Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten:

- ◆ Analysiert wird in aller Regel die Zeit, die zu Fuß oder mit einem Verkehrsmittel (Fahrrad, Pkw oder Taxi, öffentliche Verkehrsmittel) zu dem nächstgelegenen Praxisstandort oder zu den nächstgelegenen Standorten zurückgelegt werden muss.

Tatsächlich wählen Versicherte ihren Arzt nicht ausschließlich nach der Entfernung, sondern aufgrund einer Vielzahl von subjektiven und objektiven Kriterien (z.B. Wartezeiten, Informationen zur Qualität usw.). Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Nähe des Arztstandorts eine wichtige Rolle spielt, allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Fachgebieten (Fülop et al., 2009). Die Erreichbarkeitsanalyse kann daher nicht die tatsächlichen Wegezeiten abbilden, die Versicherte aufwenden müssen, sondern nur die Mindestzeiten.

- ◆ Aktuelle Erreichbarkeitsanalysen werden in aller Regel kleinräumig und unter Verwendung Geographischer Informations-Systeme (GIS) erstellt. Die zurückzulegenden Wege können damit ausgesprochen realistisch abgebildet werden – dennoch sind zur Ermittlung der Wegezeit zahlreiche

idealisierende Annahmen erforderlich. Die Annahmen betreffen insbesondere

- die Geschwindigkeit der Verkehrsteilnehmer bzw. der Verkehrsmittel
- Zu- und Abgangszeiten zu Verkehrsmitteln
- die Bedeutung von Wegeketten.

Die Geschwindigkeit, mit der sich etwa ein Fußgänger oder ein Pkw im Stadtraum bewegt, hängt von einer Vielzahl von subjektiven und objektiven Faktoren ab. Bei Fußgängern spielen etwa Faktoren wie das Alter, der Gesundheitszustand, aber auch Einstellungen (etwa die Bereitschaft, Verkehrsregeln zu beachten) und die eigene Zeitplanung eine zentrale Rolle. Im Pkw-Verkehr beeinflussen neben Einstellungen (Fahrstil) insbesondere die Verkehrssituation, Ampelschaltungen, Parkplatzverfügbarkeit u. ä. die Geschwindigkeit.

Erreichbarkeitsanalysen verwenden durchschnittliche, zumeist empirisch beobachtete Werte, die von den individuell bzw. in einem konkreten Stadtteil realisierten Geschwindigkeiten deutlich abweichen können.

Zu- und Abgangszeiten betreffen insbesondere den Pkw und abgeschwächt den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Beim Pkw sind dabei Wege von der Wohnung zum Parkplatz bzw. vom Parkplatz zur Arztpraxis gemeint. Da in aller Regel keine kleinräumigen Informationen zu diesen Zeiten vorliegen, werden sie im Rahmen von Erreichbarkeitsanalysen zumeist auf Null gesetzt. Damit wird implizit unterstellt, dass der Pkw direkt vor der eigenen Wohnung bzw. der Arztpraxis geparkt werden kann. Beim ÖPNV wird der Weg zur bzw. von der nächstgelegenen Haltestelle berücksichtigt, üblicherweise aber unterstellt, dass dieser zu Fuß zurückgelegt wird – eine Kombination von Fahrrad/Taxi/Pkw und ÖPNV wird dagegen nicht betrachtet.

Wegeketten ergeben sich, wenn neben dem Arztbesuch weitere Aktivitäten durchgeführt werden (Berufstätigkeit, Einkaufen o.a.). Da Wegeketten sehr individuell sind und eine eindeutige Zurechnung der Wegezeit zum Arztbesuch bei Wegeketten nicht möglich ist, werden diese bei der Modellierung der Erreichbarkeit generell nicht betrachtet.

Wegezeiten sind aufgrund dieser Einschränkungen insbesondere als Mindestzeiten zu interpretieren. Aufgrund der einheitlichen Anwendung der Annahmen und Methoden sind die Wegezeiten für den Vergleich der Erreichbarkeit geeignet, wobei jedoch „geringe“ Unterschiede aufgrund der zwangsläufig bestehenden Unschärfe der Ergebnisse nicht überinterpretiert werden sollten.

Eine weitere Grenze des Indikators Wegezeit besteht darin, dass praxisspezifische Qualitätsaspekte nicht berücksichtigt werden können. Die Kapazitäten der einzelnen Praxen und damit die Zeit bis zu einem Arzttermin, die typischen Wartezeiten

in der Praxis oder die täglichen Öffnungszeiten der Praxis gehen nicht in die Analyse ein.

3.2.2 Vorgehen und Methodik

Mittels einer GIS-basierten Analyse wird die wohnortnahe Versorgungssituation für Lichtenberg und Neukölln realitätsnah beschrieben. Ausgehend von der Annahme, dass ein Patient den kürzesten Weg zu einem Haus- oder Facharzt wählt, wird die Strecke von seinem Wohnblock zum nächstgelegenen, ambulanten medizinischen Angebots auf Basis eines Straßen- und eines ÖPNV-Graphen gemessen.

Da die Einwohner die Wahl zwischen verschiedenen Formen der Mobilität haben, werden im Rahmen der Analyse das zu Fuß gehen sowie die Verkehrsmittel Pkw bzw. Taxi und ÖPNV (Bus, Straßenbahn, U- und S-Bahn) berücksichtigt.

Die Analyse wird durchgeführt für die Fachgruppen Hausärzte, Augenärzte, Frauenärzte, Kinderärzte, Orthopäden und Psychotherapeuten.

Zentrale Datengrundlagen sind dabei:

- ◆ Straßen- und Wegenetze des OpenStreetMap (OSM)-Projekts (<http://www.openstreetmap.org/>)
- ◆ Systematik der Berliner Baublöcke des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, einschließlich Einwohnerstatistik mit Stand vom 30.06.2016
- ◆ Fahrplaninformationen des VBB (gültig August bis Dezember 2016)²⁰
- ◆ Der VBB-Fahrplan ist in einem international standardisierten Format (GTFS) hinterlegt, das alle Linien, Fahrten und Haltestellen des Fahrplans beinhaltet. Zusätzlich hat der VBB Umstiegsmöglichkeiten und -zeiten zwischen den Linien hinterlegt, die in der Analyse verwendet wurden.
- ◆ Arztadressen, die aus verschiedenen Quellen entnommen wurden.
- ◆ Da aus datenschutzrechtlichen Gründen die Arztstandorte nicht direkt von der KV Berlin bezogen werden konnten, musste auf öffentlich zugängliche Informationsquellen zurückgegriffen werden. Dazu wurden zunächst die Suchportale der KV Berlin und der KV Brandenburg ausgewertet.²¹

²⁰ Vgl. VBB-Fahrplandaten August bis Dezember 2016, unter: <https://daten.berlin.de/daten/taetze/vbb-fahrplandaten-august-bis-dezember-2016> (Abruf am 25.01.2017).

²¹ KV Berlin (2016a): Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, unter: <https://www.kvberlin.de/60arztsuche/> (Abruf am 25.01.2017), KV Berlin (2016b): Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, unter: <https://www.kvberlin.de/60arztsuche/schnellsuchep.html> (Abruf am 25.01.2017), sowie KV Brandenburg (2016): Arztsuche Brandenburg, unter: <http://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb/ases.jsf> (Abruf am 25.01.2017). Die Erhebungen geben den Bestand am 29.11.2016 wieder.

Da erfahrungsgemäß eine erhebliche Anzahl von Praxen über die Suchportale nicht identifiziert werden können, wurden ergänzend Praxis-Adressen von der Stiftung-Gesundheit bezogen und dem Datensatz hinzu gespielt.

Die Ermittlung der Wegezeiten erfolgte in ArcGIS unter Nutzung des Werkzeugs Network-Analyst. Dabei erfolgt ein Routing vom Arztstandort zu den Mittelpunkt der Blöcke (Zentroide). Für jeden Block wird anschließend die minimale Wegezeit übernommen.

- ◆ Für die Wege, die zu Fuß oder mit dem Pkw zurückgelegt werden, wird dabei das Straßennetz zugrunde gelegt.
- ◆ Für den ÖPNV wird dagegen ein eigenes Netz (Layer) verwendet, das aus allen angebotenen Linien im ÖPNV, ihren Haltestellen, den fahrplanmäßigen Fahrzeiten zwischen den Haltestellen und den vom VBB angegebenen Umstiegszeiten zwischen Linien besteht.

Über die Haltestellen wird das ÖPNV-Netz an das Straßennetz angebunden, um den Zugang zum ÖPNV bzw. den Weg vom ÖPNV zum Praxisstandort zu erfassen.

Bei der Analyse des ÖPNV ist dabei zu beachten, dass in nicht wenigen Fällen der Weg zu / von einer Haltestelle plus Fahr- und Umstiegszeit länger dauert als der einfache Fußweg. In diesen Fällen wird generell angenommen, dass der reine Fußweg, ohne ÖPNV-Nutzung, gewählt wird. Die Option ÖPNV weist daher immer die minimale Wegezeit aus reinem Fußweg und der Kombination Fußweg / ÖPNV aus.

3.2.3 Ergebnisse

In den folgenden Tabellen werden einerseits durchschnittliche Wegezeiten zu Hausarzt- bzw. Facharztpraxen angegeben. Zudem wird der Anteil der Einwohner dargestellt, der in eine bestimmte Wegezeiten-Klasse fällt (0 bis unter 4 Minuten, 4 bis unter 8 Minuten usw. Die Darstellung erfolgt für zu Fuß gehen, die Nutzung des ÖPNV, inkl. Fußwege, und die Pkw-Nutzung.

Für Wegezeiten zu Fuß liegt auch eine aktuelle und detaillierte Analyse der KV Berlin vor, die im Rahmen des Projekts freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde.²² Dieser Vergleichswert wird in den folgenden Tabellen mit ausgewiesen. Da im Rahmen der Studie der KV Berlin eine höhere Geschwindigkeit der Fußgänger unterstellt wurde als in der vorliegenden Studie (1,4 m/sek und 1,0 m/sek), wurden die Werte der KV Berlin angepasst, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

²² Vgl. KV Berlin, Pieper/Schweikart (2015).

Die folgende Tabelle zeigt die Erreichbarkeit von Hausarztpraxen in den beiden Bezirken. Im Durchschnitt ist die nächstgelegene Hausarztpraxis zu Fuß in beiden Bezirken in etwa sieben Minuten zu erreichen (6,9 Minuten in Lichtenberg, 7,3 Minuten in Neukölln). Die Werte sind mit den Ergebnissen der KV Berlin vergleichbar.

89% der Einwohner Lichtenbergs bzw. 83% der Einwohner Neuköllns müssen weniger als 12 Minuten aufwenden, um zur nächsten Hausarztpraxis zu gehen; bei der unterstellten Gehgeschwindigkeit von 1 m/sek ist die nächste Hausarztpraxis für diese Einwohner weniger als ein km entfernt.

Angesichts der geringen Entfernungen spielt der ÖPNV erwartungsgemäß kaum eine Rolle bei der Wegezeit. Die durchschnittlichen Wegezeiten sind nur ca. eine Minute unter der Zeit des reinen Fußweges; d.h. bei den meisten Wegen wird der ÖPNV nicht genutzt.

Die Erreichbarkeit mit dem Pkw ist mit 1,7 bzw. 1,5 Minuten als sehr gut zu bewerten –wobei noch einmal darauf hingewiesen sei, dass Wegezeiten zum und vom Parkplatz bzw. die Zeit der Parkplatzsuche dabei nicht berücksichtigt sind.

Tabelle 10: Erreichbarkeit Hausärzte

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	30%	33%	95%	32%	35%	95%
4 bis < 8 Min	41%	41%	4%	33%	35%	5%
8 bis <12 Min	18%	21%	< 0,5%	18%	19%	< 0,5%
12 bis <16 Min	4%	4%		7%	7%	
16 bis <20 Min	2%	1%		5%	3%	
20 bis <24 Min	2%	< 0,5%		3%	< 0,5%	
ab 24 Min	2%	< 0,5%		2%	< 0,5%	
Durchschnitt (Min)	6,9	6,0	1,7	7,3	6,3	1,5
KV Berlin (Min)	7,5			7,4		

Quelle: Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Erwartungsgemäß weist die Erreichbarkeit von Fachärzten aufgrund der geringeren Ärztedichte deutlich höhere durchschnittliche Wegezeiten auf.

Bei Augenärzten, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind, benötigen die Einwohner Lichtenbergs bzw. Neuköllns im Vergleich zu Hausärzten etwa die doppelte

Zeit für den Fußweg zur nächstgelegenen Praxis, nämlich 14,5 bzw. 16,1 Minuten. Auch hier sind die Werte mit den Ergebnissen der KV Berlin vergleichbar.

Jeweils mehr als 60% der Einwohner beider Bezirke müssen mehr als 12 Minuten aufwenden, um zur nächsten Augenarztpraxis zu gehen. Der ÖPNV ist in dieser Situation eine attraktive Alternative; die durchschnittlichen Wegezeiten liegen um 3,5 Minuten (Lichtenberg) bzw. 5,4 Minuten (Neukölln) unter der Zeit des reinen Fußweges. Wie man an der Tabelle erkennt, führt der ÖPNV dazu, dass die Anteile der Einwohner mit längeren Wegezeiten deutlich sinken. Insbesondere Wegezeiten über 20 Minuten treten bei Berücksichtigung des ÖPNV kaum noch auf.

Die Erreichbarkeit mit dem Pkw ist mit 3,1 Minuten in Lichtenberg und 2,7 Minuten in Neukölln auch bei Augenärzten sehr gut. Annähernd die gleichen Ergebnisse gelten auch für die weiteren Facharztgruppen, so dass im Folgenden auf die Nennung der Pkw-Erreichbarkeit verzichtet wird.

Tabelle 11: Erreichbarkeit Augenärzte

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	6%	7%	75%	6%	7%	79%
4 bis < 8 Min	17%	18%	24%	15%	17%	21%
8 bis <12 Min	21%	31%	<0,5%	19%	36%	<0,5%
12 bis <16 Min	21%	32%	<0,5%	18%	29%	
16 bis <20 Min	14%	10%		14%	8%	
20 bis <24 Min	9%	2%		8%	1%	
ab 24 Min	13%	<0,5%		20%	<0,5%	
Durchschnitt (Min)	14,5	11,0	3,1	16,1	10,7	2,7
KV Berlin (Min)	13,5			15,1		

Quelle: Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Tabelle 12: Erreichbarkeit Frauenärzte

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	16%	17%	91%	12%	13%	85%
4 bis < 8 Min	31%	33%	9%	28%	33%	14%
8 bis <12 Min	27%	33%	<0,5%	21%	29%	1%
12 bis <16 Min	12%	14%	<0,5%	13%	18%	
16 bis <20 Min	7%	2%		8%	6%	
20 bis <24 Min	3%	1%		5%	1%	
ab 24 Min	4%	<0,5%		13%	<0,5%	
Durchschnitt (Min)	9,9	8,2	2,3	12,5	9,0	2,3
KV Berlin (Min)	9,6			12,6		

Quelle: Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Bei beiden weiteren betrachteten Facharztgruppen zeigt sich ein vergleichbares Muster:

- ◆ Die durchschnittlichen Wegezeiten sind deutlich höher als bei Hausärzten. Dabei liegen die Wegezeiten bei Frauenärzten und Psychotherapeuten aufgrund der höheren Ärztedichte unter den entsprechenden Werten für Kinderärzte und Orthopäden.
- ◆ Bei allen Facharztgruppen weist der ÖPNV durchaus nennenswerte Wegezeitenvorteile gegenüber dem reinen Fußweg auf. Dabei ist insbesondere der positive Effekt auf Einwohner hervorzuheben, die ansonsten überdurchschnittlich lange Wegezeiten zu Fuß zu bewältigen hätten.
- ◆ Die durchschnittlichen Wegezeiten in Neukölln sind fast durchgängig länger als in Lichtenberg, wobei der ÖPNV in Neukölln eine höhere Reduzierung der Wegezeit gegenüber dem zu Fuß gehen bewirkt als in Lichtenberg.

Tabelle 13: Erreichbarkeit Kinderärzte

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	10%	10%	78%	6%	6%	81%
4 bis < 8 Min	17%	18%	22%	20%	24%	17%
8 bis <12 Min	24%	33%	<0,5%	22%	34%	2%
12 bis <16 Min	18%	25%	<0,5%	16%	23%	<0,5%
16 bis <20 Min	13%	11%		13%	10%	
20 bis <24 Min	10%	2%		6%	3%	
ab 24 Min	9%	1%		17%	<0,5%	
Durchschnitt (Min)	13,3	10,7	3,0	14,8	10,5	2,7
KV Berlin (Min)	12,2			13,5		

Quelle: Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Tabelle 14: Erreichbarkeit Orthopäden

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	5%	6%	71%	6%	7%	84%
4 bis < 8 Min	12%	13%	29%	16%	21%	16%
8 bis <12 Min	21%	33%	<0,5%	21%	32%	<0,5%
12 bis <16 Min	17%	30%	<0,5%	21%	28%	
16 bis <20 Min	13%	14%		12%	11%	
20 bis <24 Min	16%	3%		11%	2%	
ab 24 Min	16%	1%		13%	<0,5%	
Durchschnitt (Min)	16,1	11,7	3,2	14,6	10,8	2,5
KV Berlin (Min)	15,1			15,8		

Quelle: Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Tabelle 15: Erreichbarkeit Psychotherapeuten

Zeitaufwand	Lichtenberg			Neukölln		
	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV	zu Fuß	ÖPNV / zu Fuß	MIV
0 bis <4 Min	17%	21%	95%	26%	28%	94%
4 bis < 8 Min	36%	35%	5%	27%	29%	6%
8 bis <12 Min	27%	30%	<0,5%	19%	26%	<0,5%
12 bis <16 Min	13%	12%		16%	13%	
16 bis <20 Min	5%	2%		7%	4%	
20 bis <24 Min	1%	<0,5%		3%	<0,5%	
ab 24 Min	1%	<0,5%		3%	<0,5%	
Durchschnitt (Min)	8,4	7,6	2,0	8,9	7,4	1,7
KV Berlin (Min)	10,3			9,4		

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB.

Zur kleinräumigen Analyse, ob innerhalb der Bezirke deutliche Unterschiede hinsichtlich der Erreichbarkeit bestehen, werden einerseits Karten bereitgestellt, die für jeden Block seine Wegezeit zur nächstgelegenen Arztpraxis anzeigen. Aufgrund des Umfangs des Kartenmaterials sind die entsprechenden Abbildungen in Anhang A2 zusammengestellt.

Zweitens kann die durchschnittliche Wegezeit für kleinere Teilräume mit dem Durchschnittswert des Bezirks verglichen werden. Die folgende Tabelle 16 vergleicht die durchschnittlichen Wegezeiten für Bezirksregionen mit den Wegezeiten des Bezirks. Betrachtet werden dabei Fußwege.

Ausgewählt wurden dabei Bezirksregionen mit deutlich höheren Wegezeiten im Vergleich zum jeweiligen Bezirk.

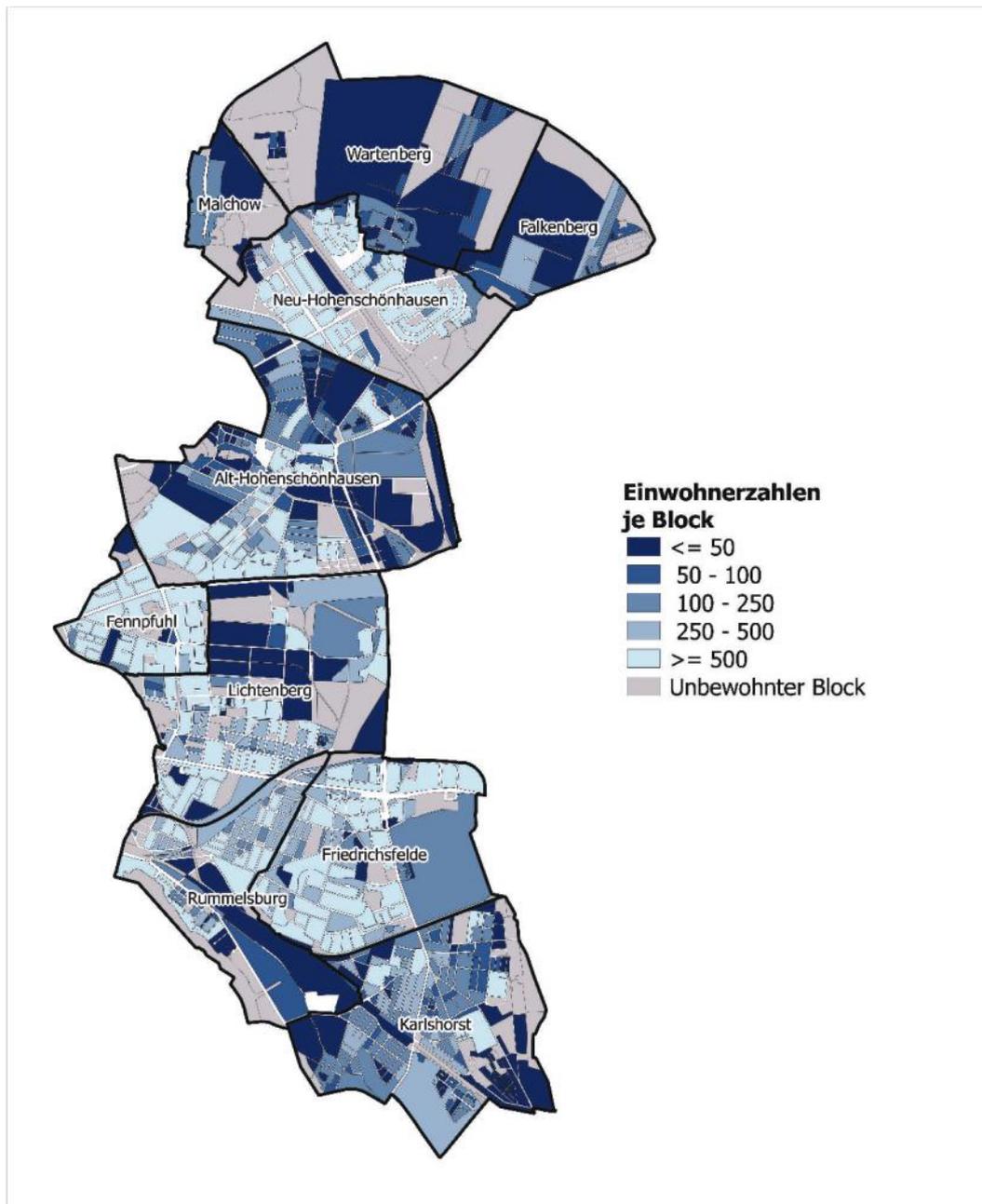
Tabelle 16: Regionale Abweichungen vom Bezirksdurchschnitt (Wegezeiten)

Bezirk/Region/Fachgruppe	Region - Durchschnitt (Min)	Bezirk – Durchschnitt (Min)
Lichtenberg		
• Rummelsburger Bucht		
Hausärzte	22,1	6,9
Augenärzte	36,8	14,5
Orthopäden	32,9	16,1
• Malchow, Wartenberg, Falkenberg		
Hausärzte	13,2	6,9
Frauenärzte	21,5	9,9
Augenärzte	29,1	14,5
Orthopäden	40,1	16,1
Psychotherapeuten	21,8	8,4
• Neu-Hohenschönhausen		
Psychotherapeuten	14,2	8,4
Neukölln		
• Köllnische Heide		
Hausärzte	11,6	7,3
• Rudow		
Hausärzte	13,4	7,3
Psychotherapeuten	18,2	8,9
• Buckow		
Frauenärzte	28,9	12,5
• Buckow-Nord		
Orthopäden	24,6	14,6

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, Stiftung Gesundheit und KV Berlin, KV Brandenburg, VBB

Wie die folgenden Darstellungen der Einwohnerzahlen der statistischen Blöcke für die beiden Bezirke zeigen, weist insbesondere die Bezirksregion Malchow, Wartenberg, Falkenberg weite Bereiche mit sehr geringer Besiedelung auf.

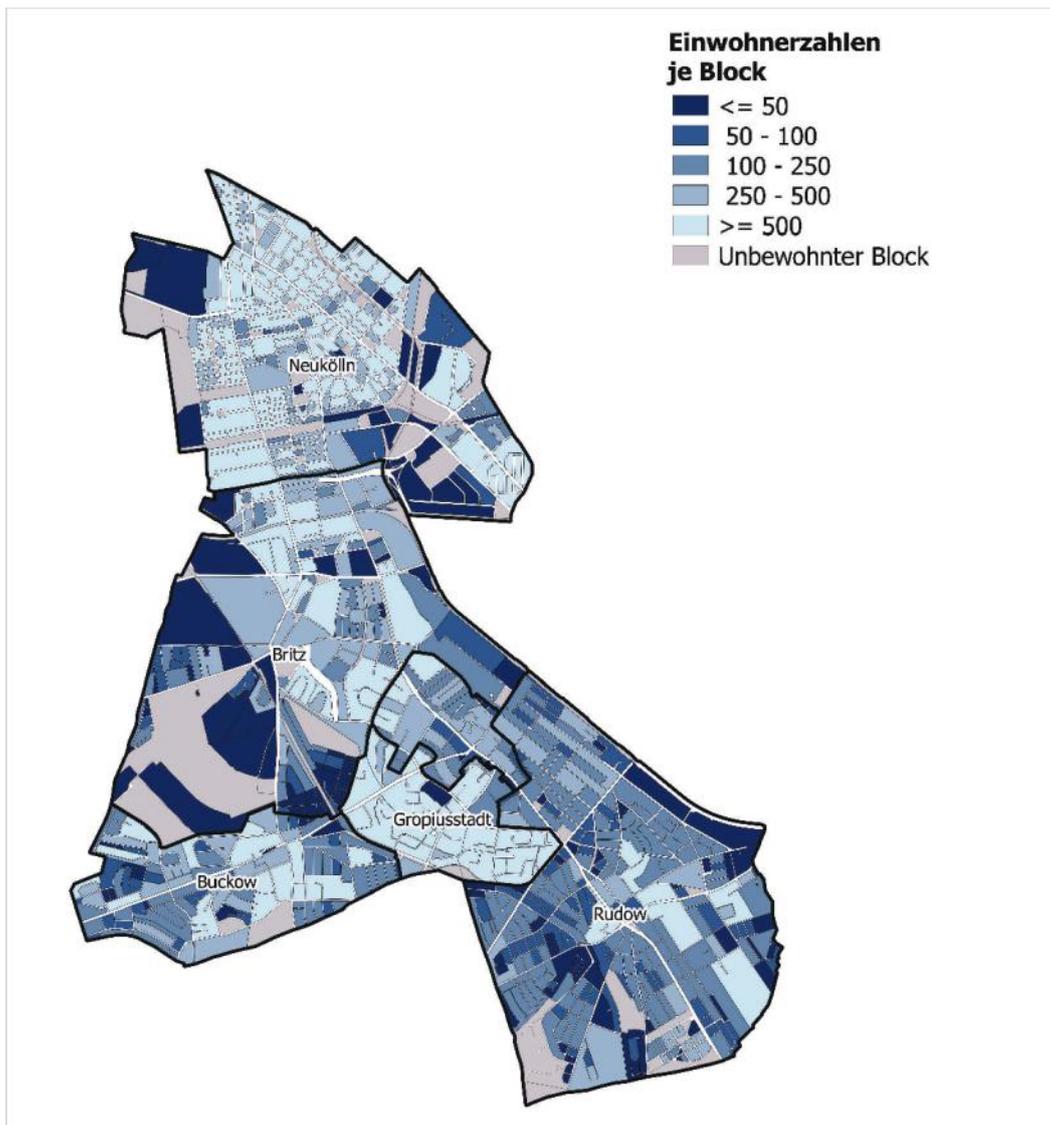
Abbildung 13: Einwohnerzahlen der statistischen Blöcke im Bezirk Lichtenberg



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt.

Die angegebenen Durchschnittswerte der Region Malchow, Wartenberg, Falkenberg sind ein Beispiel dafür, dass Durchschnittswerte auf Ebene von Teilräumen nur für eine relativ geringe Anzahl der Einwohner relevant sein können. In diesem Fall besteht nur geringe Handlungsnotwendigkeit.

Abbildung 14: Einwohnerzahlen der statistischen Blöcke im Bezirk Neukölln



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt.

Zudem ist fraglich, ob diese Bezirksregion als Ansatzpunkt einer Strategie zur Verbesserung der Erreichbarkeit geeignet ist. Bei geringer Besiedlungsdichte sind sowohl die Möglichkeiten einer Arztansiedlung als auch einer Verbesserung der ÖPNV-Anbindung sehr begrenzt, da jeweils die wirtschaftliche Tragfähigkeit fraglich ist.

Aufgrund dieser Überlegungen sollten neben den Erreichbarkeitsindikatoren auch Einwohnerzahlen herangezogen werden, um zu prüfen, ob Maßnahmen für Teilräume erforderlich bzw. erfolgversprechend sind.

3.3 Entwicklung der Versorgungskapazitäten

Eine Projektion der Entwicklung der Angebotskapazitäten ist mit viel Unsicherheit behaftet. Dabei spielt eine Reihe schwer zu prognostizierender Faktoren eine Rolle (z. B. ärztliche Nachbesetzungsquoten). Ein Blick auf die zurückliegende Entwicklung der Arztlizenzen der vergangenen Jahre in den Berliner Bezirken – soweit Daten dazu verfügbar sind – kann hierbei einige Anhaltspunkte liefern.

In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Ärzte je 100.000 Einwohner bezogen auf den Planungsbereich Berlin insgesamt merklich zurückgegangen. Diese Entwicklung trifft auf alle betrachteten Fachgruppen zu, die Größenordnungen unterscheiden sich allerdings (Tabelle 17). Zwischen den Jahren 2013 und 2016 zeigt sich insgesamt ein Rückgang zwischen 5 % bei den Frauenärzten und 14 % bei den Kinderärzten.

Tabelle 17: Anzahl Ärzte je 100.000 Einwohner (2016 im Vergleich zu 2013)

Fachgruppe	Berlin gesamt			Lichtenberg			Neukölln		
	2013	2016	+/-	2013	2016	+/-	2013	2016	+/-
Hausärzte	71,0	65,6	-8%	58,7	51,8	-12%	60,9	59,5	-2%
Kinderärzte	60,9	52,5	-14%	66,2	54,3	-18%	45,9	41,6	-9%
Frauenärzte	31,9	30,2	-5%	33,3	30,2	-9%	16,1	16,4	+2%
Augenärzte	8,9	8,2	-7%	7,7	7,5	-4%	5,2	5,2	-0%
Orthopäden	9,4	8,8	-7%	7,1	6,9	-2%	7,1	5,9	-17%
Psychotherapeuten	64,3	59,4	-8%	26,3	26,9	+2%	28,1	28,9	+3%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin und des Letter of Intent der Arbeitsgruppe Bedarfsplanung (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b)

Anmerkungen: Kinderärzte bezogen auf Kinder im Alter unter 18 Jahren und Frauenärzte bezogen auf die weibliche Bevölkerung

Im Bezirk Lichtenberg war der Rückgang der ärztlichen Kapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung bei den Hausärzten (-12 %), den Kinderärzten (-18 %) und den Frauenärzten (-9 %) überdurchschnittlich kräftig. Im Bezirk Neukölln hingegen zeigt sich ein überdurchschnittlich starker Kapazitätsrückgang lediglich bei den Kinderärzten (-9 %) und den Orthopäden (-17 %).

Die Entwicklung der Ärztedichte wird neben der Veränderung der Arztanzahl²³ auch durch das Wachstum der Einwohnerzahl in Berlin bestimmt. So hat die Einwohnerzahl über die Jahre 2013 bis 2016 insgesamt in Neukölln um 2,8 % und in Lichtenberg um 5,3 % zugenommen (Berlin insgesamt 3,9 %).

Des Weiteren kann ein Blick auf die Altersstruktur der gegenwärtig praktizierenden Ärzte nach Bezirken und Fachgruppen Aufschluss über das in den kommenden Jahren zu erwartenden Praxis-Nachbesetzungspotenzials geben.

Im Bezirk Neukölln liegt das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte der betrachteten Fachgruppen, mit Ausnahme der Psychotherapeuten, etwas höher als in Berlin insgesamt (Tabelle 18). In Lichtenberg hingegen sind lediglich die Frauenärzte im Durchschnitt etwas älter im Vergleich zum gesamten Planungsbereich Berlin.

Tabelle 18: Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte (2016)

Fachgruppe	Berlin gesamt	Lichtenberg	Neukölln
Hausärzte	55,6	55,6	56,6
Frauenärzte	54,0	54,8	54,4
Augenärzte	53,3	53,0	58,5
Orthopäden	53,0	53,1	56,0
Psychotherapeuten	57,4	53,0	56,8

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Stichtag: 01.10.2016)

Anmerkungen: Zum Alter der Kinderärzte lagen für diese Studie keine Daten vor.

Es zeichnet sich aus dem Vergleich der Durchschnittsalter der Ärzte insbesondere für den Bezirk Neukölln ein in den kommenden Jahren tendenziell größerer Nachbesetzungsbedarf ab. Dies betrifft vor allem die Hausärzte, die Augenärzte und die Orthopäden.

²³ Die Entwicklung der Arztanzahl in Berlin war in den zurückliegenden Jahren u. a. geprägt von den Vorgaben des Letter of Intent, Arztpraxen nur noch in relativ schlechter versorgte Bezirke verlegen zu können, sowie darüber hinaus einem anteiligen oder vollständigen Entzug von Zulassungen in Bezug auf einzelne Ärzte, die in der Vergangenheit stark unterdurchschnittliche Fallzahlen aufgewiesen haben (insbesondere in der Fachgruppe der Psychotherapeuten), vgl. Lol-Bericht, S. 4 (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b).

4. Analyse des Versorgungsbedarfs

Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln wurde – soweit verfügbar – kleinräumig unterhalb der Bezirksebene anhand von Daten zur Demografie, Morbidität und zur sozioökonomischen Situation approximiert. Dies umfasste zum einen den gegenwärtigen regionalen Versorgungsbedarf und zum anderen – insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung – auch seine sich für die Zukunft abzeichnenden Veränderungen.

4.1 Gegenwärtiger Versorgungsbedarf

Die regionale Analyse der bedarfsrelevanten Einflussfaktoren deutet darauf hin, dass in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln gegenwärtig ein im Vergleich zu Berlin insgesamt erhöhter ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Versorgungsbedarf besteht. Beide Bezirke weisen bei den dargestellten bedarfsrelevanten Indikatoren im Vergleich zu Berlin insgesamt stets ungünstigere Ausprägungen auf.

Ähnliche Befunde ergeben sich aus anderen relevanten Quellen, u. a. dem Sozialstrukturatlas Berlin (SenGesSoz, 2014) und dem Gesundheits- sowie dem Sozialbericht des Bezirks Neukölln (Bezirksamt Neukölln von Berlin, 2016a bzw. 2016b).

Die relevanten Einflussfaktoren im Zusammenhang mit dem ärztlichen Versorgungsbedarf wurden auf der Basis des vom IGES Institut entwickelten Bedarfsindex zu einem Faktor der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie zu einem Faktor der sozioökonomischen Struktur und Morbidität gruppiert (Albrecht et al. 2012). In diesem Zusammenhang wurden als zentrale Indikatoren für die sozioökonomische Struktur die Arbeitslosigkeit und die Einkommensarmut, für die Morbidität die Lebenserwartung und die Pflegebedürftigkeit sowie die Alters- und Geschlechtsstruktur für die demografische Komponente identifiziert.

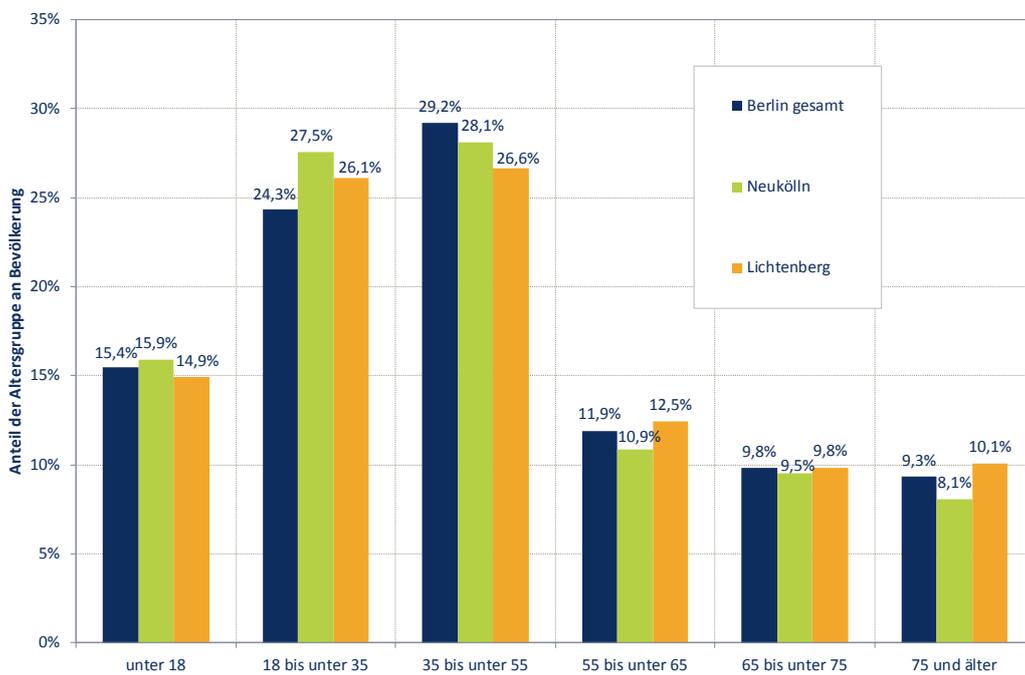
Diese Indikatoren wurden im Rahmen der vorliegenden Studie – soweit auf dieser regionalen Ebene adäquat – für die Berliner Bezirke und – soweit verfügbar – auch kleinräumig unterhalb der Bezirksebene analysiert, um regionale Unterschiede beim Versorgungsbedarf abzubilden. Sie wurden ergänzt um einige weitere Indikatoren, für die sich aussagekräftige regionale Unterschiede zeigten.

4.1.1 Alters- und Geschlechtsstruktur

In Lichtenberg lebten am 31.12.2015 rund 275.000 Personen und in Neukölln 328.600, und damit 8 % bzw. 9 % der gesamten Berliner Bevölkerung.

Im Vergleich zu Berlin insgesamt ist die Altersstruktur des Bezirks Neukölln von einem höheren Anteil jüngerer Einwohner (unter 18 sowie 18- bis 35-Jährige) geprägt, während der Bezirk Lichtenberg vergleichsweise stärkere Besetzungen sowohl in den Gruppen der 18- bis 35-Jährigen als auch höheren Alters (55 bis 65 sowie 75-Jährige und Ältere) aufweist (Abbildung 15).

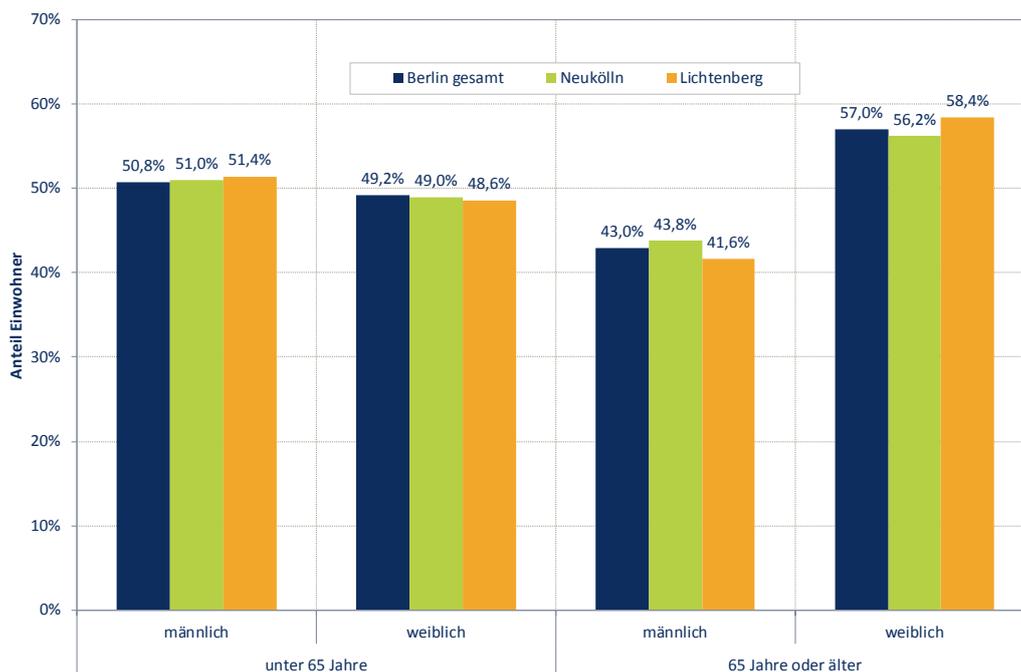
Abbildung 15: Altersstruktur der Bevölkerung nach Bezirken (2015)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg (Bevölkerungsprognose für Berlin 2015-2030, mittlere Variante, Prognosewerte per 31.12.2015 auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014)

Die Geschlechtsstruktur der Bevölkerung in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln entspricht weitestgehend der entsprechenden Struktur in der Berliner Gesamtbevölkerung (Abbildung 16). Der Anteil der männlichen Bevölkerung fällt im Bezirk Lichtenberg in der Altersgruppe „unter 65 Jahre“ etwas größer aus (51,4 %) als in Berlin insgesamt (50,8 %) und in der Altersgruppe „65 Jahre oder älter“ etwas geringer (41,6 % ggü. 43,0 % in Berlin gesamt).

Abbildung 16: Geschlechtsstruktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und Bezirken (2015)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg (Bevölkerungsprognose für Berlin 2015-2030, mittlere Variante, Prognosewerte per 31.12.2015 auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014)

4.1.2 Sozioökonomischer Status

Die Bezirke Lichtenberg und Neukölln weisen im Vergleich zu Berlin insgesamt eine überdurchschnittlich hohe Erwerbslosenquote auf (Tabelle 19). Während im Jahr 2014 in Berlin insgesamt 9,8 % aller Erwerbspersonen erwerbslos waren, lag dieser Anteil in Lichtenberg mit 10,0 % geringfügig höher und in Neukölln mit 13,5 % deutlich darüber.

Tabelle 19: Erwerbslosenquote nach Bezirken (2014)

Bezirk	Anteil Erwerbsloser an Erwerbspersonen (%)
Mitte	13,7%
Friedrichshain-Kreuzberg	8,9%
Pankow	5,7%
Charlottenburg-Wilmersdorf	8,7%
Spandau	13,0%
Steglitz-Zehlendorf	7,3%
Tempelhof-Schöneberg	9,6%
Neukölln	13,5%
Treptow-Köpenick	8,3%
Marzahn-Hellersdorf	10,4%
Lichtenberg	10,0%
Reinickendorf	9,5%
Berlin gesamt	9,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg (Mikrozensus)

Die privaten Haushalte in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln weisen – neben den Haushalten im Bezirk Spandau – das geringste verfügbare Einkommen in Berlin auf. Während das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 2014 in Berlin insgesamt bei 2.249 Euro pro Monat lag, hatten die Haushalte in Lichtenberg im Durchschnitt nur 2.086 Euro und die Haushalte in Neukölln nur 2.063 Euro zur Verfügung (Tabelle 20).

Tabelle 20: Haushaltseinkommen nach Bezirken (2014)

Bezirk	Durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen (Euro pro Monat)
Mitte	2.145
Friedrichshain-Kreuzberg	2.123
Pankow	2.380
Charlottenburg-Wilmersdorf	2.314
Spandau	2.063
Steglitz-Zehlendorf	2.494
Tempelhof-Schöneberg	2.401
Neukölln	2.063
Treptow-Köpenick	2.310
Marzahn-Hellersdorf	2.196
Lichtenberg	2.086
Reinickendorf	2.335
Berlin gesamt	2.249

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg (Mikrozensus)

Das unterdurchschnittliche Einkommensniveau in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln spiegelt sich auch beim Anteil der Sozialhilfeempfänger wider (Tabelle 21). Der Anteil Empfänger von Leistungen nach SGB XII an der Bevölkerung lag im Jahr 2014 in Lichtenberg (7 %) und Neukölln (6 %) jeweils leicht über dem entsprechenden Anteil für Berlin insgesamt (5 %) und fiel damit so hoch aus wie in keinem anderen Berliner Bezirk.

Tabelle 21: Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach Bezirken (2014)

Bezirk	Anteil Empfänger von Sozialleistungen nach SGB XII an Bevölkerung (%)
Mitte	5%
Friedrichshain-Kreuzberg	5%
Pankow	3%
Charlottenburg-Wilmersdorf	5%
Spandau	5%
Steglitz-Zehlendorf	3%
Tempelhof-Schöneberg	5%
Neukölln	6%
Treptow-Köpenick	3%
Marzahn-Hellersdorf	4%
Lichtenberg	7%
Reinickendorf	4%
Berlin gesamt	5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg (Sozialhilfestatistik)

Anmerkung: Umfasst Leistungen der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt (Kapitel 3), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Kapitel 4) sowie Hilfen nach Kapitel 5 bis 9

Der Bildungsstand der Bevölkerung stellt sich insbesondere im Bezirk Neukölln schlechter dar als in Berlin insgesamt (Tabelle 22). Während in Bezug auf die Berliner Gesamtbevölkerung 35,9 % die Fachhochschulreife oder das Abitur als Schulabschluss vorweisen können, trifft dies nur auf 26,8 % der Neuköllner Bevölkerung zu. Auch Lichtenberg liegt hier mit einem Anteil von 30,8 % unterhalb des Berliner Durchschnitts. In Bezug auf die Bevölkerung ohne einen Schulabschluss steht Neukölln besonders benachteiligt da: 10,3 % der Neuköllner haben keinen Schulabschluss, während es berlinweit nur 4,5 % sind. Dagegen ist der Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss in Lichtenberg mit 2,1 % geringer als im Berliner Durchschnitt.

Tabelle 22: Schulabschluss der Bevölkerung nach Bezirken (2014)

Bezirk	Anteil der Bevölkerung mit Fachhochschulreife / Abitur	Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss
Mitte	41,6%	8,5%
Friedrichshain-Kreuzberg	48,2%	7,4%
Pankow	45,2%	-
Charlottenburg-Wilmersdorf	46,4%	4,0%
Spandau	21,3%	4,7%
Steglitz-Zehlendorf	41,3%	2,1%
Tempelhof-Schöneberg	37,7%	4,0%
Neukölln	26,8%	10,3%
Treptow-Köpenick	34,0%	-
Marzahn-Hellersdorf	22,4%	2,2%
Lichtenberg	30,8%	2,1%
Reinickendorf	24,9%	5,4%
Berlin gesamt	35,9%	4,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg (Mikrozensus)

Insgesamt weisen der Bezirk Lichtenberg und vor allem der Bezirk Neukölln bei den für den ärztlichen Versorgungsbedarf relevanten sozioökonomischen und demografischen Indikatoren ungünstigere Ausprägungen auf als Berlin im Durchschnitt. Es ist also bereits gegenwärtig – allein über den Einfluss der Sozioökonomie – von einem höheren Versorgungsbedarf in Lichtenberg und Neukölln im Vergleich zum gesamten Planungsbereich Berlin auszugehen.

4.1.3 Morbidität

Der Gesundheitsbericht Neukölln (Bezirksamt Neukölln von Berlin, 2016a) zeigt auf, dass der Bezirk Neukölln hinsichtlich einer Vielzahl morbiditätsbezogener Indikatoren ungünstigere Ausprägungen aufweist als Berlin insgesamt. Im Folgenden wird eine Auswahl an wesentlichen für den ärztlichen Versorgungsbedarf relevanten Indikatoren in Bezug auf die Bezirke Lichtenberg und Neukölln dargestellt.

Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung der Bevölkerung in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln liegt im Durchschnitt niedriger als in Berlin insgesamt (Tabelle 23). Männer im Bezirk Neukölln hatten im Jahr 2013 eine mittlere Lebenserwartung von 76,2 Jahren (Berlin gesamt 77,5) und Frauen von 81,6 (Berlin gesamt 82,8). Damit gehört Neukölln zu den Bezirken mit der geringsten Lebenserwartung. Im Bezirk Lichtenberg hatten Männer eine geringfügig geringere Lebenserwartung (77,0 Jahre) als die männliche Berliner Gesamtbevölkerung, während Frauen eine genauso hohe Lebenserwartung hatten (82,8) wie die Berlinerinnen insgesamt.

Tabelle 23: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung nach Bezirken (2013)

Bezirk	Alter Frauen	Alter Männer
Mitte	82,0	76,1
Friedrichshain-Kreuzberg	81,6	76,3
Pankow	82,8	77,5
Charlottenburg-Wilmersdorf	83,5	78,9
Spandau	82,0	76,2
Steglitz-Zehlendorf	83,6	79,4
Tempelhof-Schöneberg	83,3	78,2
Neukölln	81,6	76,2
Treptow-Köpenick	83,8	78,1
Marzahn-Hellersdorf	82,7	77,9
Lichtenberg	82,8	77,0
Reinickendorf	82,3	77,3
Berlin gesamt	82,8	77,5

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Säuglingssterblichkeit weist in Neukölln den höchsten Wert aller Berliner Bezirke auf (5,6 Gestorbene im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene) und liegt damit deutlich oberhalb des Berliner Durchschnitts (3,1) (Tabelle 24). Lichtenberg (2,2) hingegen liegt bei der Säuglingssterblichkeit unter dem berlinweiten Wert.

Tabelle 24: Säuglingssterblichkeit nach Bezirken (2011-2013)

Bezirk	Gestorbene im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene
Mitte	3,4
Friedrichshain-Kreuzberg	3,4
Pankow	1,8
Charlottenburg-Wilmersdorf	1,5
Spandau	4,0
Steglitz-Zehlendorf	2,5
Tempelhof-Schöneberg	3,6
Neukölln	5,6
Treptow-Köpenick	2,9
Marzahn-Hellersdorf	2,3
Lichtenberg	2,2
Reinickendorf	3,8
Berlin gesamt	3,1

Quelle: IGES auf Basis von Amt für Statistik Berlin-Brandenburg und SenGesSoz (Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI-Berlin)

Anmerkung: Im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2013

Auch beim Anteil Schwerbehinderter an der Bevölkerung (nach indirekter Altersstandardisierung an der Berliner Bevölkerung: Standardized Mortality Ratio, SMR) weist Neukölln den höchsten Wert aller Bezirke auf (+18 % ggü. Berlin insgesamt) (Tabelle 25), während der Anteil in Lichtenberg deutlich unterhalb des Berliner Durchschnitts liegt (-33 %).

Tabelle 25: Anteil Schwerbehinderter an Bevölkerung (in Prozent ggü. Berlin, 2011-2013)

Bezirk	Abweichung in Prozent ggü. Berlin
Mitte	+6%
Friedrichshain-Kreuzberg	-6%
Pankow	-8%
Charlottenburg-Wilmersdorf	-9%
Spandau	+12%
Steglitz-Zehlendorf	-10%
Tempelhof-Schöneberg	+4%
Neukölln	+18%
Treptow-Köpenick	-13%
Marzahn-Hellersdorf	+2%
Lichtenberg	-33%
Reinickendorf	+11%
Berlin gesamt	0%

Quelle: IGES auf Basis von Amt für Statistik Berlin-Brandenburg und SenGesSoz (Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI-Berlin)

Anmerkung: Schwerbehinderte mit Schwerbehindertenausweis und einem Grad der Behinderung zwischen 50 % und 100 %, Anteil nach indirekter Altersstandardisierung an der Berliner Bevölkerung (Standardized Mortality Ratio, SMR)

In Bezug auf Neuerkrankungen aller Arten von Krebserkrankungen von Männern und Frauen aller Altersgruppen zusammen genommen liegen die Bezirke Lichtenberg und Neukölln in etwa auf dem Niveau von Berlin insgesamt (Tabelle 26). Die Anzahl an Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner lag im Jahr 2012 in Lichtenberg (482) und Neukölln (470) sogar leicht unterhalb der korrespondierenden Anzahl bezogen auf die Berliner Bevölkerung insgesamt (501).²⁴

Tabelle 26: Krebsneuerkrankungen nach Bezirken (2012)

Bezirk	Anzahl Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner
Mitte	437
Friedrichshain-Kreuzberg	315
Pankow	393
Charlottenburg-Wilmersdorf	619
Spandau	597
Steglitz-Zehlendorf	594
Tempelhof-Schöneberg	540
Neukölln	470
Treptow-Köpenick	563
Marzahn-Hellersdorf	453
Lichtenberg	482
Reinickendorf	609
Berlin gesamt	501

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Gemeinsamen Krebsregisters Berlin Brandenburg
 Anmerkung: Bezogen auf alle Krebserkrankungen von Männern und Frauen aller Altersgruppen insgesamt (ICD-10: C00-C97, exkl. C44, inkl. D09.0 und D41.4)

Betrachtet man allerdings die vermeidbare Sterblichkeit differenziert nach den häufigsten Todesursachen (nach indirekter Altersstandardisierung an der Berliner Bevölkerung: Standardized Mortality Ratio, SMR), zeigen sich sowohl für Neukölln als auch für Lichtenberg Werte, die höher ausfallen als für Berlin insgesamt (mit Ausnahme der Todesursache „Lungenkrebs“ für Lichtenberg) (Tabelle 27).

²⁴ Bei der Interpretation dieser Unterschiede ist zu berücksichtigen, dass dieser Indikator die *diagnostizierten* Erkrankungen abbildet. Insoweit sich das Inanspruchnahmeverhalten z. B. hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen zwischen den Bezirken unterscheidet, verdeckt die Krebsneuerkrankungsrate regionale Unterschiede bezüglich der *tatsächlichen* Erkrankungen.

Tabelle 27: Anzahl vermeidbarer Todesfälle nach häufigsten Todesursachen (Abweichung in Prozent ggü. Berlin, 2011-2013)

Bezirk	Lungenkrebs	Isch. Herzkrankheiten	Akuter Myokardinfarkt	Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	Leberkrankheiten
Mitte	+6%	+38%	+29%	+21%	+13%
Friedrichshain-Kreuzberg	+10%	+1%	+1%	+35%	+22%
Pankow	-11%	-7%	-6%	+4%	-1%
Charlottenburg-Wilmersdorf	+4%	-25%	-29%	-22%	-27%
Spandau	+7%	+19%	+7%	+8%	+33%
Steglitz-Zehlendorf	-22%	-37%	-38%	-46%	-39%
Tempelhof-Schöneberg	+6%	-15%	-18%	-24%	-29%
Neukölln	+34%	+24%	+24%	+18%	+12%
Treptow-Köpenick	-34%	-4%	+0%	+6%	+13%
Marzahn-Hellersdorf	-11%	+9%	+19%	+6%	+10%
Lichtenberg	-8%	+12%	+26%	+23%	+26%
Reinickendorf	+19%	+3%	+2%	+1%	+3%
Berlin gesamt	0%	0%	0%	0%	0%

Quelle: IGES auf Basis von Amt für Statistik Berlin-Brandenburg und SenGesSoz (Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI-Berlin)

Anmerkung: Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34 / Alter: 15-64 Jahre), Ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25 / Alter: 35-64 Jahre), Akuter Myokardinfarkt (ICD-10: I21 / Alter: 0-64 Jahre), Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD-10: I10-I15, I60-I69 / Alter: 35-64 Jahre), Krankheiten der Leber (ICD-10: K70-K77 / Alter: 15-74 Jahre), Abweichung der Anzahl Todesfälle nach indirekter Altersstandardisierung an der Berliner Bevölkerung (Standardized Mortality Ratio, SMR), im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2013

Insgesamt weist der Bezirk Neukölln bei den dargestellten, für den ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsbedarf relevanten morbiditätsbezogenen Indikatoren überwiegend ungünstigere Ausprägungen auf als Berlin im Durchschnitt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die anhand Lebenserwartung umfassender gemessene Morbidität sowie die Säuglingssterblichkeit und den Anteil Schwerbehinderter. Für den Bezirk Lichtenberg hingegen geben die dargestellten Morbiditätsindikatoren keine eindeutigen Anzeichen hinsichtlich eines erhöhten oder geringeren Versorgungsbedarfs. Während die vermeidbare Sterblichkeit (nach Altersstandardisierung) tendenziell auf einen höheren Bedarf hindeutet, sprechen

die Säuglingssterblichkeit, der Anteil Schwerbehinderter (ebenfalls nach Altersstandardisierung) und die Krebsneuerkrankungsrate eher für einen im Vergleich zu Berlin insgesamt unterdurchschnittlichen Bedarf in Lichtenberg. Ähnliche Befunde lassen sich auch bei spezifischerer Betrachtung weiterer Morbiditätsindikatoren feststellen (SenGesSoz, 2014).

Eine Zusammenführung dieser verschiedenen Indikatoren für den ärztlichen Versorgungsbedarf kann beispielhaft in Bezug auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten vorgenommen werden. Das IGES-Institut hat in einer aktuellen Studie seinen Bedarfsindex für den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf auf Basis von Daten des Robert Koch-Instituts zur Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Bevölkerung sowie relevanter soziodemografischer und -ökonomischer Bedarfsindikatoren weiterentwickelt. Der Index wurde für die Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als regionale Planungsebene der psychotherapeutischen Bedarfsplanung konzipiert (Albrecht et al., 2016).²⁵ Dieser Bedarfsindex wurde in der vorliegenden Studie auf die Ebene der Berliner Bezirke übertragen. Damit lässt sich beurteilen, in welchem Maße der psychotherapeutische Versorgungsbedarf der einzelnen Berliner Bezirke vom bundesweit durchschnittlichen Bedarf abweicht.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der psychotherapeutische Versorgungsbedarf im Bezirk Lichtenberg um 7,2 % höher ausfällt als in Deutschland insgesamt und damit nur geringfügig vom berlinweiten Mehrbedarf (+7,0 %) abweicht (Tabelle 28). Der Bezirk Neukölln hingegen weist aufgrund ungünstiger Ausprägung relevanter soziodemografischer und sozioökonomischer Indikatoren (höhere Prävalenz psychischer Störungen bei Jüngeren ggü. Älteren, bei Arbeitslosigkeit sowie bei niedriger Bildung) im Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken den höchsten psychotherapeutischen Bedarf auf (13,1 % Mehrbedarf im Bundesvergleich).

Im Vergleich zu Berlin insgesamt fällt der psychotherapeutische Versorgungsbedarf in Neukölln damit wesentlich größer aus als die Unterschiede, die bei der Anpassung der Verhältniszahlen für die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der bezirklichen Versorgungssteuerung vorgesehen sind (Demografiefaktor Psychotherapeuten in Neukölln 0,9679 im Vergleich zu Berlin gesamt 0,9849, vgl. Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b).

²⁵ In Bezug auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten und den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf ist eine Zuordnung der Prävalenz relevanter Krankheitsbilder zur entsprechenden Fachgruppe hinreichend genau möglich. Für andere ärztliche Fachgruppen, insbesondere in der mitunter recht heterogenen Gruppierung der Bedarfsplanung, ist eine ähnliche Zuordnung relevanter Krankheitsbilder und ihrer Prävalenzen zu entsprechenden Fachgruppen hingegen kaum überschneidungsfrei möglich.

Tabelle 28: Unterschiede beim psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Berliner Bezirke ggü. Bundesdurchschnitt nach IGES-Bedarfsindex (2014)

Bezirk	Bedarfsindex Psychotherapie (%)
Mitte	+9,5%
Friedrichshain-Kreuzberg	+12,9%
Pankow	+4,3%
Charlottenburg-Wilmersdorf	-0,1%
Spandau	+8,7%
Steglitz-Zehlendorf	+2,6%
Tempelhof-Schöneberg	+4,0%
Neukölln	+13,1%
Treptow-Köpenick	+5,2%
Marzahn-Hellersdorf	+7,4%
Lichtenberg	+7,2%
Reinickendorf	+7,2%
Berlin gesamt	+7,0%

Quelle: IGES-Bedarfsindex für psychotherapeutische Versorgung angewandt auf die Berliner Bezirke. Vgl. zur Methodik Albrecht et al. (2016)

Anmerkung: Mehrbedarf (>0) bzw. Minderbedarf (<0) im Vergleich zum bundesdurchschnittlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf

4.1.4 Kleinräumige Bedarfsunterschiede

Darüber hinaus lassen sich auf kleinräumiger Ebene innerhalb der Bezirke einzelne Bezirksregionen identifizieren, die hinsichtlich der Sozialstruktur und der Morbidität im Vergleich zum jeweiligen Bezirk insgesamt besonders ungünstige Ausprägungen aufweisen.²⁶

²⁶ Nur diese Regionen wurden in den Tabelle 29 und Tabelle 30 aus Gründen der Übersichtlichkeit entsprechend der Ausprägung im Vergleich zum Bezirk insgesamt farblich hervorgehoben. Als Grundlage für diese kleinräumigen Analysen dienten der Sozialstrukturatlas Berlin (SenGenSoz, 2014), vorrangig die dort für die Planungsregionen der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) bzw. Bezirksregionen berichteten Ergebnisse des „Sozialindex I“ und des „Sozialindex II“, Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt aus dem Kontext des „Monitoring Soziale Stadtentwicklung 2015“ sowie die Kernindikatoren für integrierte Stadtteilentwicklung und Bezirksregionenprofile gem. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (zur Verfügung gestellt von Bezirksamt Neukölln).

Im Bezirk Neukölln sind das in erster Linie die Bezirksregionen

- ◆ Schillerpromenade,
- ◆ Neuköllner Mitte / Zentrum,
- ◆ Rixdorf und
- ◆ Kölnische Heide.

Für diese Bezirksregionen zeigt sich eine Kombination mehrerer Risikofaktoren in Bezug auf die Sozialstruktur und die Morbidität. Teilweise ungünstige Ausprägungen zeigen sich darüber hinaus in Bezug auf die Bezirksregionen Reuterstraße und Gropiusstadt (Tabelle 29).

Tabelle 29: Unterschiede zwischen Bezirksregionen bei Bedarfsindikatoren (Neukölln)

Region	Anteil Einwohner im Alter 65+	Arbeitslosenquote	Anteil Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII	Vorzeitige Sterblichkeit (je 100.000 EW)	Krebsneuerkrankungsrate (je 100.000 EW)	Anteil Empfänger von Hilfe zur Pflege nach SGB XII
Schillerpromenade	9,2%	12,0%	19,0%	261	386	3,6%
Neuköllner Mitte / Zentrum	10,0%	11,8%	19,3%	286	410	3,7%
Reuterstraße	9,1%	9,1%	16,8%	254	378	3,0%
Rixdorf	9,5%	11,2%	15,7%	292	406	3,6%
Köllnische Heide	13,3%	17,2%	16,8%	234	427	3,5%
Britz	21,4%	8,8%	6,9%	216	401	1,5%
Buckow	26,6%	6,4%	4,1%	173	367	1,0%
Gropiusstadt	28,5%	10,7%	6,8%	193	384	1,5%
Buckow Nord	28,9%	6,8%	3,6%	147	368	0,6%
Rudow	25,4%	4,4%	2,5%	149	393	0,8%
Neukölln	17,4%	9,7%	8,7%	217	391	2,2%
Berlin	19,1%	7,5%	5,5%	189	373	1,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Sozialstrukturatlas Berlin (SenGesSoz, 2014) und der Kernindikatoren (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg)

Anmerkungen: Einfärbungen im Vergleich zum Bezirk insgesamt nur bei identifizierten Schwerpunktregionen. Bevölkerung im Jahr 2015, Anteil der Arbeitslosen nach SGB II und III an Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2015; Anteil der Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII bezogen auf Bevölkerung im Alter 65+ im Jahr 2015 („Altersarmut“); Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege nach SGB XII bezogen auf Bevölkerung im Alter 65+ im Jahr 2011; Vorzeitige Sterblichkeit und Krebsneuerkrankungen jeweils im Jahr 2011

Im Bezirk Lichtenberg (Tabelle 30) haben die folgenden drei Bezirksregionen eine verhältnismäßig ungünstige sozioökonomische Struktur sowie teilweise ungünstige Ausprägungen morbiditätsbezogener Indikatoren:

- ◆ Neu-Hohenschönhausen Nord,
- ◆ Neu-Hohenschönhausen Süd und
- ◆ Friedrichsfelde Nord.

Tabelle 30: Unterschiede zwischen Bezirksregionen bei Bedarfsindikatoren (Lichtenberg)

Region	Anteil Einwohner im Alter 65+	Arbeitslosenquote	Anteil Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII	Vorzeitige Sterblichkeit (je 100.000 EW)	Krebsneuerkrankungsrate (je 100.000 EW)	Anteil Empfänger von Hilfe zur Pflege nach SGB XII
Malchow / Wartenberg / Falkenberg	12,8%	3,6%	1,8%	179	315	2,0%
Neu-Hohenschönhausen Nord	14,3%	10,2%	6,0%	236	344	2,3%
Neu-Hohenschönhausen Süd	17,9%	10,3%	3,5%	231	365	0,8%
Alt-Hohenschönhausen Nord	21,7%	6,6%	2,1%	191	360	0,6%
Alt-Hohenschönhausen Süd	20,8%	6,3%	2,0%	201	361	0,8%
Fennpfuhl	29,0%	9,3%	2,9%	210	345	1,3%
Alt-Lichtenberg	13,8%	6,8%	3,7%	282	337	1,4%
Frankfurter Allee Süd	22,9%	7,9%	3,6%	233	352	1,4%
Neu-Lichtenberg	12,6%	7,4%	5,0%	219	326	1,0%
Friedrichsfelde Nord	23,2%	10,5%	4,0%	237	294	1,5%
Friedrichsfelde Süd	34,3%	7,7%	2,2%	220	321	0,6%
Rummelsburger Bucht	12,2%	4,2%	1,4%	247	377	0,1%
Karlshorst	16,1%	3,5%	1,7%	164	336	1,4%
Lichtenberg	19,9%	7,7%	3,2%	207	339	1,3%
Berlin	19,1%	7,5%	5,5%	189	373	1,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Sozialstrukturatlas Berlin (SenGesSoz, 2014) und der Kernindikatoren (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg)

Anmerkungen: Einfärbungen im Vergleich zum Bezirk insgesamt nur bei identifizierten Schwerpunktregionen. Bevölkerung im Jahr 2015, Anteil der Arbeitslosen nach SGB II und III an Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2015; Anteil der Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII bezogen auf Bevölkerung im Alter 65+ im Jahr 2015 („Altersarmut“); Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege nach SGB XII bezogen auf Bevölkerung im Alter 65+ im Jahr 2011; Vorzeitige Sterblichkeit und Krebsneuerkrankungen jeweils im Jahr 2011

4.2 Entwicklung des Versorgungsbedarfs

Um die zukünftig zu erwartende Entwicklung der regionalen Unterschiede beim ärztlichen Versorgungsbedarf fachgruppenspezifisch einzuschätzen, bildet die prognostizierte demografische Entwicklung einen fundierten Bezugspunkt. So lässt sich zum Beispiel generell im Zuge zunehmender Alterung der Bevölkerung – andere Einflussfaktoren ausgeblendet – tendenziell eine Zunahme des Bedarfs an Hausärzten, Augenärzten und Orthopäden vermuten, da diese Fachgruppen öfter von älteren Patienten in Anspruch genommen werden. Bei zunehmenden Geburtenzahlen ergibt sich entsprechend ein erhöhter Bedarf an Kinder- und Frauenärzten.

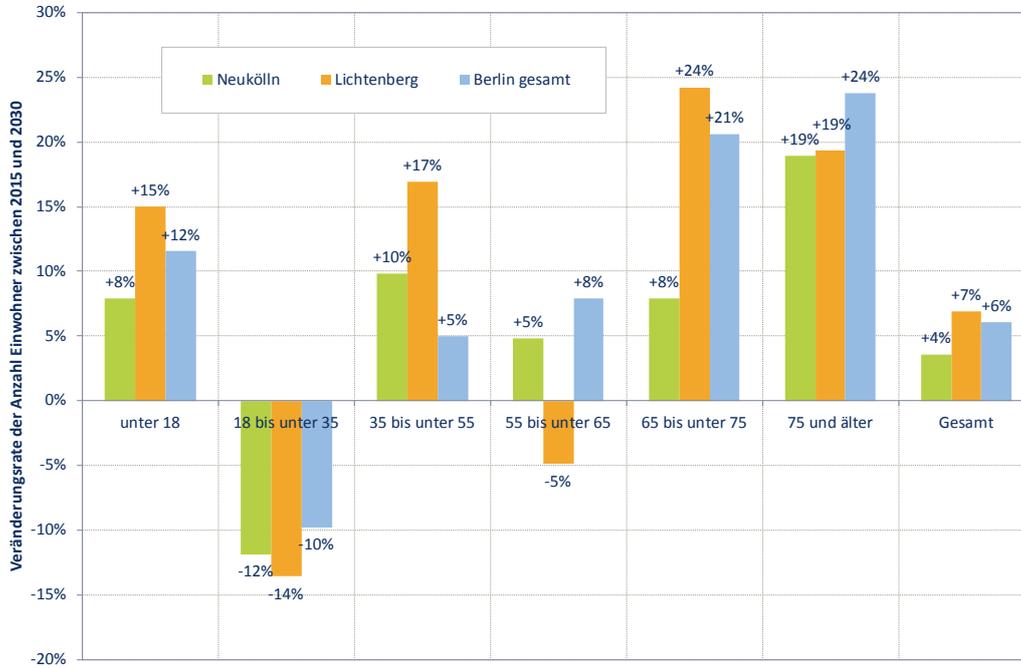
Hierzu wurden die aktualisierten, kleinräumigen Bevölkerungsprognosen für Berlin und die Bezirke der Jahre 2015 bis 2030 der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt zugrunde gelegt (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014, vgl. Senatsbeschluss Nr. S-904/2016 vom 09.02.2016).

Bis zum Jahr 2030 werden demnach demografische Veränderungen hinsichtlich der altersgruppenspezifischen Zusammensetzung der Bevölkerung prognostiziert, die in Bezug auf die Bezirke Neukölln und Lichtenberg im Vergleich zum gesamten Stadtgebiet stark unterschiedlich ausfallen (Abbildung 17):

- ◆ Die Einwohnerzahl insgesamt wird in Lichtenberg mit +6,9 % bis zum Jahr 2030 ggü. 2015 etwas stärker zunehmen als in Berlin insgesamt (+6,0 %), während für Neukölln lediglich ein Zuwachs von 3,6 % erwartet wird.²⁷
- ◆ Im Vergleich zu Berlin insgesamt und auch gegenüber Neukölln werden für Lichtenberg überdurchschnittliche Zuwächse in den Altersgruppen unter 18, 35 bis unter 55 sowie 65 bis unter 75 prognostiziert. In der höchsten Altersgruppe (75+) wird mit 19 % der zweithöchste Zuwachs aller Altersgruppen erwartet, der jedoch deutlich unterhalb des für Berlin insgesamt erwarteten Zuwachses (+24 %) bleibt. Rückgänge werden hingegen bei den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter 18 bis unter 35 sowie 55 bis unter 65 erwartet.
- ◆ Für Neukölln wird der stärkste Zuwachs in der höchsten Altersgruppe (75+) mit +19 % erwartet, der aber ebenfalls unterhalb des für Berlin insgesamt erwarteten Anstiegs (+24 %) bleibt. Außer in der Altersgruppe 18 bis unter 35 verteilen sich die prognostizierten Zuwächse auf die übrigen Altersgruppen in einem Spektrum zwischen +5 % und +10 %.

²⁷ Während sich diese Raten auf die Veränderung der Einwohnerzahl zwischen dem 31.12.2015 (Prognosewert) und dem 31.12.2030 beziehen, wird bei den vom Berliner Senat veröffentlichten Veränderungsraten (7,5 % für Berlin, 9,8 % für Lichtenberg und 4,4 % für Neukölln) die Veränderung auf den 31.12.2014 (Ist-Wert) bezogen (vgl. <http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/download/2015-2030/>). Abruf am 25.01.2017.

Abbildung 17: Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Bezirken



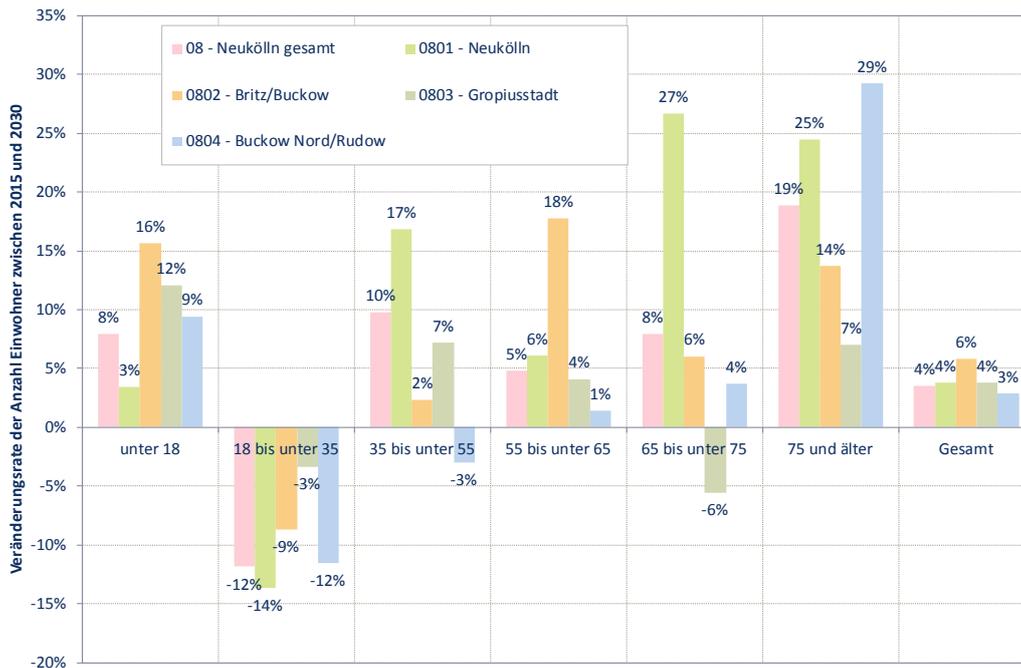
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt aus der aktualisierten, kleinräumigen Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030 (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014, vgl. Senatsbeschluss Nr. S-904/2016 vom 09.02.2016)

Anmerkung: Veränderung 31.12.2030 ggü. 31.12.2015 (jeweils Prognosewerte)

In der kleinräumigen Perspektive zeigt sich darüber hinaus, dass die demografische Entwicklung auch die Prognoseräume innerhalb der Bezirke unterschiedlich betreffen wird.

Innerhalb des Bezirks Neukölln wird sich eine zunehmende Alterung der Bevölkerung insbesondere im Prognoseraum „Neukölln“ im Norden des Bezirks (Regions-Nr. 0801)²⁸ und in Bezug auf die Ältesten (75+) im Prognoseraum „Buckow-Nord/Rudow“ (0804) zeigen (Abbildung 18).

Abbildung 18: Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Alter und Prognosereäumen innerhalb des Bezirks Neukölln



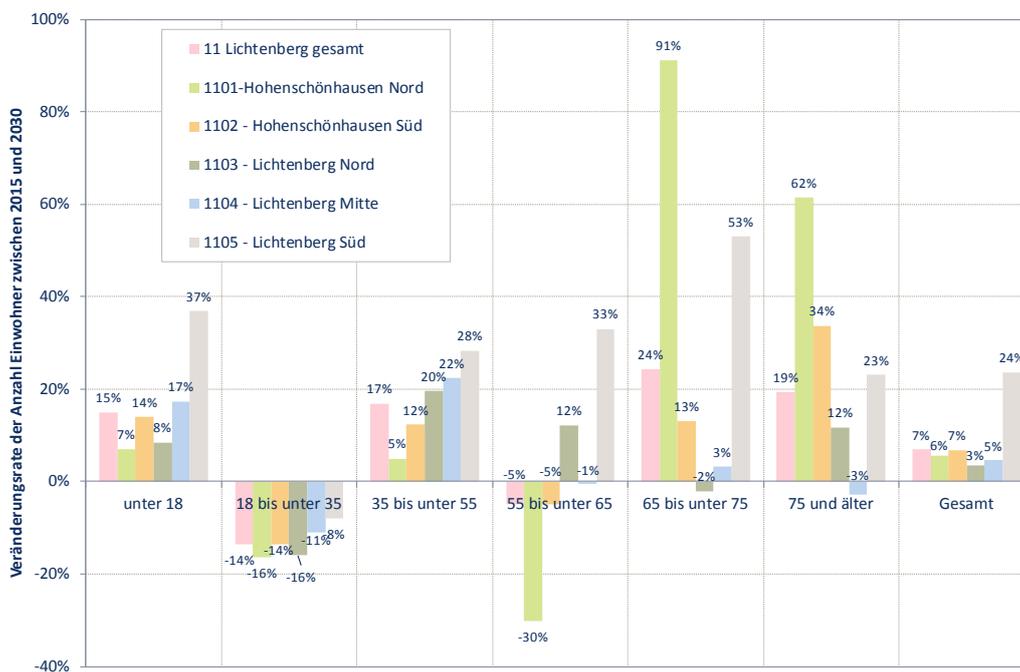
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt aus der aktualisierten, kleinräumigen Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030 (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014, vgl. Senatsbeschluss Nr. S-904/2016 vom 09.02.2016)

Anmerkung: Veränderung 31.12.2030 ggü. 31.12.2015 (jeweils Prognosewerte)

²⁸ Der Prognoseraum „Neukölln (0801)“ umfasst die Bezirksregionen Schillerpromenade, Neuköllner Mitte, Reuterstraße, Rixdorf und Köllnische Heide.

Innerhalb des Bezirks Lichtenberg sind die regionalen Unterschiede der Alterung der Bevölkerung noch deutlicher ausgeprägt. Insbesondere die Prognoserräume Lichtenberg-Süd (Regions-Nr. 1105), Hohenschönhausen Süd (1102) und mit Abstand am stärksten Hohenschönhausen Nord (1101)²⁹ werden bis zum Jahr 2030 von einem stark überdurchschnittlichem Zuwachs der Bevölkerung in den Altersgruppen „65 bis unter 75“ sowie „75 und älter“ betroffen sein (Abbildung 19).

Abbildung 19: Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2030 nach Alter und Prognoserräumen innerhalb des Bezirks Lichtenberg



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt aus der aktualisierten, kleinräumigen Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030 (mittlere Variante, Fortschreibung auf Basis Einwohnerregister per 31.12.2014, vgl. Senatsbeschluss Nr. S-904/2016 vom 09.02.2016)

Anmerkung: Veränderung 31.12.2030 ggü. 31.12.2015 (jeweils Prognosewerte)

Für den Bezirk Lichtenberg insgesamt ist im Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken zukünftig von einem höheren Mehrbedarf an ärztlichen Kapazitäten auszugehen, da die Bevölkerung Lichtenbergs etwas stärker zunehmen wird als im Durchschnitt Berlins (Abbildung 17). Aufgrund der zusätzlichen Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung lässt sich dieser Mehrbedarf fachgruppenspezifisch zuordnen, wozu in Abschnitt 6 eine regional kleinräumige Spezifizierung vorgenommen wird.

²⁹ Der Prognoseraum Hohenschönhausen Nord (1101) setzt sich zusammen aus den Bezirksregionen „Neu-Hohenschönhausen Nord“, „Neu-Hohenschönhausen Süd“ sowie „Malchow, Wartenberg und Falkenberg“.

5. Gegenüberstellung Kapazitäten und Bedarf

Die folgende Übersicht (Tabelle 31) fasst die Ergebnisse der vorigen Analysen der Indikatoren zu den Versorgungskapazitäten und zum Versorgungsbedarf für die Bezirke Lichtenberg und Neukölln zusammen. Dabei wird für die einzelnen Indikatoren jeweils das graduelle Ausmaß der Abweichung in den beiden Bezirken vom Durchschnitt Berlins dargestellt: Die Bezeichnungen in den Feldern kennzeichnen die Richtung der Abweichung, die Farbintensität kennzeichnet Unterschiede im Ausmaß der Abweichung. Bei den Kapazitäten bildet die Ärztedichte den primären Indikator, die anderen Indikatoren werden als potentielle Kompensationsfaktoren einer unterdurchschnittlichen Ärztedichte betrachtet.

Tabelle 31: Gegenüberstellung Kapazitäten und Bedarf

	Lichtenberg	Neukölln
Kapazitäten: Status Quo		
Ärztedichte	geringer	geringer
(De-)Kompensationen		
Fallhäufigkeiten	neutral	kompensierend
Behandlungsaufwand	geringer	geringer
Mitversorgung	kompensierend	kompensierend
amb. KH-Leistungen / Ermächtigungen	neutral	kompensierend
Erreichbarkeit	neutral	neutral
Kapazitäten: Prognose	geringer	geringer
Nachfrage/Versorgungsbedarf: Status Quo		
Sozioökonomie	ungünstiger	ungünstiger
Morbidität	neutral	ungünstiger
Bedarf: Prognose (Demografie)	erhöht	erhöht

Quelle: IGES

Neukölln

Insbesondere für den Bezirk Neukölln zeigt sich im Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken generell eine stark unterdurchschnittliche Ausstattung mit ärztlichen Kapazitäten. Dies gilt für alle hier betrachteten Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Abschnitt 3.1.1). Die effektive Kapazitätsausstattung in Neukölln wird allerdings durch ein überdurchschnittlich hohes Behandlungsvolumen (Fallzahl) je Arzt zumindest zu einem Teil kompensiert (Abschnitt 3.1.2). Die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten der niedergelassenen Ärzte

sind des Weiteren in einem nicht unerheblichen Maße durch Mitversorgungsbeziehungen mit umliegenden Bezirken geprägt. In einem noch stärkeren Maße versorgen allerdings die Praxen umliegender Bezirke die Neuköllner Bevölkerung, so dass im Saldo in Bezug auf die Mitversorgungsbeziehungen von einer zumindest teilweise kompensierenden Wirkung auf die Kapazitätsunterschiede auszugehen ist (Abschnitt 3.1.3). Die ambulanten Behandlungsleistungen des stationären Sektors im Bezirk werden hingegen überwiegend in Bezug auf die Neuköllner Wohnbevölkerung erbracht (im Vergleich zu Lichtenberg geringerer Anteil an Mitversorgung) (Abschnitt 3.1.4). Die Kompensationswirkung dürfte allerdings aufgrund der relativ geringen mengenmäßigen Bedeutung dieser Leistungen eher gering ausfallen.

Die Erreichbarkeit der Praxisstandorte stellt sich in Bezug auf den Bezirk Neukölln insgesamt betrachtet bei keiner Fachgruppe auffällig schlecht dar. Allerdings ergeben sich innerhalb des Bezirks Regionen, in denen die Bevölkerung zum nächstgelegenen Arzt einzelner Fachgruppen stark überdurchschnittlich viele Gehminuten zurücklegen muss (Köllnische Heide, Rudow, Buckow, Buckow-Nord).

Aufgrund eines verhältnismäßig hohen Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärzte sowie einer zumindest teilweise rückläufigen Ärztedichte im Bezirk Neukölln ist zukünftig mit einem Nachbesetzungsbedarf in Bezug auf die Arztpraxen im Bezirk in nicht unwesentlichem Umfang zu rechnen.

Die Indikatoren des ärztlichen Versorgungsbedarfs deuten für den Bezirk Neukölln bereits gegenwärtig, sowohl in Bezug auf die Sozialstruktur als auch hinsichtlich der Morbidität, auf einen stark erhöhten Bedarf hin. Zukünftig ist vor dem Hintergrund einer vor allem in den bedarfsintensiven Altersgruppen wachsenden Bevölkerung im Bezirk Neukölln mit einer weiteren Zunahme des Bedarfs an ärztlichen Kapazitäten zu rechnen (siehe auch Abschnitt 6 zu regionalen und fachgruppenspezifischen Schwerpunkten).

Lichtenberg

Die ärztlichen Versorgungskapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung, die im Bezirk Lichtenberg zur Verfügung stehen, fallen im Vergleich zum Bezirk Neukölln umfangreicher aus, liegen allerdings tendenziell ebenfalls unterhalb der durchschnittlichen Kapazitäten des gesamten Planungsbereichs Berlin. Dies trifft insbesondere auf die Hausärzte, die Orthopäden und die Psychotherapeuten zu. Die effektive Kapazitätsausstattung in Bezug auf Hausärzte und Psychotherapeuten (sowie des Weiteren Augenärzte) wird in Lichtenberg darüber hinaus allerdings durch ein überdurchschnittlich hohes Behandlungsvolumen (Fallzahl) zumindest zu einem Teil kompensiert. Die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten der niedergelassenen Ärzte des Bezirks werden durch Mitversorgungsbeziehungen mit umliegenden Bezirken im Saldo tendenziell entlastet, allerdings in geringerem Maße als in Neukölln. Dies trifft auch auf die ambulanten Behandlungsleistungen der Krankenhäuser zu. Die Mitversorgung der Lichtenberger Bevölkerung durch Praxen umliegender Bezirke hingegen fällt etwas geringer aus als in Bezug auf die Neuköllner Bevölkerung.

Auch im Bezirk Lichtenberg stellt sich die Erreichbarkeit der Praxisstandorte insgesamt betrachtet bei keiner Fachgruppe auffällig ungünstig dar. Allerdings ergeben sich auch hier innerhalb des Bezirks Regionen, in denen die Bevölkerung zum nächstgelegenen Arzt einzelner Fachgruppen stark überdurchschnittlich viele Gehminuten zurücklegen muss (Rummelsburger Bucht, Malchow, Wartenberg, Falkenberg und Neu-Hohenschönhausen Nord und Süd).

In Bezug auf die Arztpraxen im Bezirk Lichtenberg ist zukünftig ebenfalls von einem beträchtlichen Nachbesetzungsbedarf auszugehen. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte liegt zwar etwas niedriger als in Neukölln, die Entwicklung der Ärztedichte in den zurückliegenden Jahren impliziert allerdings eher einen Trend rückläufiger Kapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung.

Die Indikatoren des ärztlichen Versorgungsbedarfs deuten für den Bezirk Lichtenberg nur teilweise auf einen gegenwärtig erhöhten Bedarf hin. So fallen die Indikatoren der Sozialstruktur im Bezirksvergleich leicht ungünstiger aus als in Berlin insgesamt, in Bezug auf die Morbidität zeigt sich hier allerdings kein eindeutiges Bild (einige Indikatoren günstiger als in Berlin insgesamt ausgeprägt, andere ungünstiger). Zukünftig ist vor dem Hintergrund einer im Bezirk Lichtenberg vor allem in den bedarfsintensiven Altersgruppen, aber auch insgesamt, etwas stärker als im Durchschnitt über die Bezirke wachsenden Bevölkerung mit einer weiteren Zunahme des Bedarfs an ärztlichen Kapazitäten zu rechnen, die im Einzelnen noch etwas umfänglicher ausfallen dürfte als im Bezirk Neukölln.

6. Identifikation potenzieller Versorgungslücken und Feststellung von Handlungsbedarf

Aus dem Zusammenwirken des gegenwärtigen Umfangs und der Erreichbarkeit der Kapazitäten und ihrem zukünftigen Nachbesetzungsbedarf, der gegenwärtigen Ausprägungen der sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Bedarfsindikatoren sowie der zukünftig zu erwartenden soziodemografisch bedingten Bedarfsentwicklung lassen sich regional kleinräumig Schwerpunktbereiche mit besonderem Handlungsbedarf ableiten (Tabelle 32).

Tabelle 32: Identifikation von Schwerpunkten mit Handlungsbedarf

Schwerpunkte	Lichtenberg	Neukölln
Kapazitäten	Relativ geringe Ärztedichte Zukünftig überdurchschnittlich großer Nachbesetzungsbedarf	Sehr geringe Ärztedichte Zukünftig überdurchschnittlich großer Nachbesetzungsbedarf
Bedarf	Ungünstige Sozialstruktur Bevölkerungszuwachs insgesamt erhöht (vor allem mehr Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen)	Sehr ungünstige Morbidität und Sozialstruktur regional punktuell mehr Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen
Regionen innerhalb der Bezirke (nach Handlungsbedarf absteigend)	Neu-Hohenschönhausen Nord Neu-Hohenschönhausen Süd Friedrichsfelde Nord	Köllnische Heide Neuköllner Mitte Rixdorf Schillerpromenade Reuterstraße Gropiusstadt Buckow/Buckow-Nord/Britz Rudow
Fachgruppen mit (gegenwärtigem und/oder zukünftigem) Handlungsbedarf	Augenärzte Frauenärzte Hausärzte Kinderärzte Orthopäden Psychotherapeuten	Augenärzte Frauenärzte Hausärzte Kinderärzte Orthopäden Psychotherapeuten

Quelle: IGES

Neukölln

Innerhalb des Bezirks Neukölln zeichnet sich als Schwerpunktregion mit dem größten Handlungsbedarf die Region „Köllnische Heide“ ab. Dort liegt bereits gegenwärtig ein erhöhter Versorgungsbedarf vor, es ist zukünftig im Zuge kräftiger Alterung der Bevölkerung von einem weiter zunehmenden Bedarf auszugehen, und die Erreichbarkeit der Arztpraxen ist in Teilen der Region deutlich schlechter als im Durchschnitt für den Bezirk. Hier zeichnen sich potenzielle Versorgungslücken ab.

Darüber hinaus äußert sich ein Handlungsbedarf in den Regionen Neuköllner Mitte, Rixdorf, Schillerpromenade, Reuterstraße und Gropiusstadt, der durch gegenwärtig überdurchschnittlichen Bedarf (geringer ausgeprägt in Reuterstraße und Gropiusstadt) sowie zukünftig im Zuge eines kräftigen Anstiegs der Anzahl Kinder und Jugendlicher (Gropiusstadt) bzw. punktuell stark ausgeprägter Alterung (übrige genannte Regionen) begründet ist.

Schließlich sind noch die Regionen Buckow/Buckow-Nord/Britz sowie Rudow zu nennen. Hier besteht ein Handlungsbedarf, der gegenwärtig noch nicht so ausgeprägt ist (kein gegenwärtig überdurchschnittlicher Bedarf, jedoch bereits relativ schlechte Erreichbarkeit), der allerdings zukünftig im Zuge von kräftigem Zuwachs bei der Anzahl Kinder und Jugendlicher (Buckow/Buckow-Nord/Britz) sowie der Anzahl älterer Einwohner (Rudow und Buckow/Buckow-Nord/Britz) zunehmen dürfte.

In Bezug auf die ärztlichen Fachgruppen ist im Bezirk Neukölln primär Handlungsbedarf bei den Augenärzten und den Orthopäden festzustellen. Bei diesen Fachgruppen liegt das Durchschnittsalter der Ärzte im Bezirk Neukölln über dem berlinweiten Durchschnitt. In Bezug auf die Orthopäden zeigte sich darüber hinaus im Bezirk zuletzt ein deutlicher Rückgang der Ärztedichte. Vor dem Hintergrund der demografischen Projektionen (punktuell überdurchschnittlich starke Zunahme der älteren Bevölkerung) dürfte sich der Mehrbedarf an Augenärzten und Orthopäden in erster Linie in den Bezirksregionen Schillerpromenade, Neuköllner Mitte, Reuterstraße, Rixdorf und Köllnische Heide sowie Buckow-Nord/Rudow äußern. In diesen Regionen sollte zukünftig ein besonderer Fokus auf die Sicherstellung der Nachbesetzung der Praxen der Augenärzte und Orthopäden gelegt werden.

Bereits gegenwärtig ausgeprägten Handlungsbedarf ergibt sich für den Bezirk Neukölln insgesamt in Bezug auf die Fachgruppen der Frauenärzte und Psychotherapeuten insoweit, als für diese Fachgruppen die Kapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung im Vergleich zum gesamten Planungsbereich Berlin gegenwärtig am geringsten ausfallen.

Des Weiteren ist gegenwärtig punktuell auch ein Mehrbedarf an Kinderärzten gegeben. Die Kinderärztedichte liegt zurzeit im Bezirk Neukölln deutlich unterhalb des Berliner Durchschnitts und war zuletzt rückläufig. Insbesondere aufgrund überdurchschnittlich stark zunehmender Kinderzahlen für die Regionen Britz/Buckow und Gropiusstadt ist darüber hinaus zukünftig mit weiterem Handlungsbedarf zu rechnen.

Die generelle Alterung der Bevölkerung im Bezirk Neukölln wird zukünftig schließlich auch zu einem Mehrbedarf an Hausärzten führen. Hier zeigt sich zwar gegenwärtig im Fachgruppenvergleich noch die geringste Abweichung zum berlinweiten Wert bei den Kapazitäten. Aufgrund eines hohen Durchschnittsalters der Hausärzte ist allerdings ein zukünftiger Nachbesetzungsbedarf bereits absehbar.

Lichtenberg

Innerhalb des Bezirks Lichtenberg zeichnen sich als Schwerpunktregionen mit dem größten Handlungsbedarf die Regionen „Neu-Hohenschönhausen Nord“ und „Neu-Hohenschönhausen Süd“ ab.

Dort liegt bereits gegenwärtig ein erhöhter Versorgungsbedarf vor. Zukünftig ist im Zuge kräftiger Alterung der Bevölkerung von einem weiter zunehmenden Bedarf auszugehen, und die Erreichbarkeit der Arztpraxen ist in Teilen der Regionen deutlich schlechter als im Durchschnitt für den Bezirk. Punktuell dürften dort potenzielle Versorgungslücken vorliegen.

Des Weiteren sollte die Entwicklung der Versorgung in den Regionen „Malchow, Wartenberg und Falkenberg“ sowie „Friedrichsfelde Nord“ beobachtet werden. In Bezug auf Friedrichsfelde Nord deuten die Bedarfsindikatoren gegenwärtig teilweise auf einen höheren Bedarf hin. Zukünftig wird dort der Anteil an Kindern und Jugendlichen etwas stärker zunehmen als im Bezirk insgesamt. In „Malchow, Wartenberg und Falkenberg“ ist gegenwärtig die Erreichbarkeit der Arztpraxen verhältnismäßig schlecht, und der Anteil älterer Einwohner wird zukünftig kräftig zunehmen. In diesen Regionen zeichnen sich punktuell weitere potenzielle Versorgungslücken ab.

In Bezug auf die ärztlichen Fachgruppen im Bezirk Lichtenberg wird sich zukünftig Handlungsbedarf primär bei den Hausärzten und den Kinderärzten ergeben. Das für den Bezirk insgesamt absehbare Bevölkerungswachstum, das sich insbesondere in einer kräftigen Zunahme der Anzahl Kinder und Jugendlicher sowie der älteren Einwohner zeigen wird, dürfte zu einem ansteigenden Bedarf an hausärztlicher und kinderärztlicher Versorgung führen. Bei beiden Fachgruppen zeigte sich zuletzt in Lichtenberg ein deutlicher Rückgang der Kapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung. Diese liegen darüber hinaus bezüglich der Hausärzte gegenwärtig auf einem deutlich geringeren Niveau als in Berlin insgesamt. In Bezug auf Schwerpunktregionen ist an dieser Stelle zusätzlich zu den bereits oben aufgeführten Regionen Karlshorst in den Fokus zu nehmen, wo zukünftig ein kräftiger Bevölkerungszuwachs, insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Älteren, zu erwarten ist.

Die demografischen Projektionen dürften des Weiteren zu zusätzlichem Bedarf an Orthopäden und Augenärzten im Bezirk Lichtenberg führen. Die Orthopädedichte liegt dort gegenwärtig deutlich unterhalb des berlinweiten Werts. Augenärztedichte und Orthopädedichte waren in Lichtenberg zuletzt leicht rückläufig. Regional kleinräumig sind hier aufgrund der zukünftigen kräftigen Alterung erneut

die Schwerpunktregionen „Neu-Hohenschönhausen Nord“ und „Neu-Hohenschönhausen Süd“ anzuführen.

Bereits gegenwärtig Handlungsbedarf ergibt sich auch im Bezirk Lichtenberg bei den Frauenärzten und Psychotherapeuten. Bezüglich der Psychotherapeuten liegt das Niveau der Kapazitäten gegenwärtig deutlich unter dem berlinweiten Durchschnitt. Bei Frauenärzten zeigte sich zuletzt ein Rückgang der Ärztedichte. Psychotherapeuten in Lichtenberg sind im Durchschnitt deutlich jünger als in Berlin insgesamt.

Fazit potenzielle Versorgungslücken und Handlungsbedarf

In den Bezirken Lichtenberg und Neukölln lassen sich bei Gegenüberstellung der aktuellen ärztlichen Kapazitäten und den gegebenen Bedarfsunterschieden potenzielle Versorgungslücken identifizieren, aus denen sich bereits gegenwärtig Handlungsbedarf ableiten lässt. Vor dem Hintergrund einer prospektiven Betrachtung ergibt sich darüber hinaus auch ein zukünftiger Handlungsbedarf. Gegenwärtiger und zukünftiger Handlungsbedarf beziehen sich generell auf alle hier betrachteten Fachgruppen, jedoch jeweils in unterschiedlichem Maße und unterschiedlichem Kontext. Einige identifizierte Regionen innerhalb der beiden Bezirke, die hinsichtlich bedarfs- und versorgungsrelevanter Indikatoren bereits gegenwärtig relativ ungünstige Ausprägungen aufweisen, sollten dabei schwerpunktmäßig in den Fokus genommen werden.

Die in Bezug auf die beiden Bezirke aufgezeigten Diskrepanzen zwischen dem Umfang der ärztlichen Kapazitäten und den regionalen Unterschieden beim Versorgungsbedarf werden darüber hinaus weiter verschärft, wenn regionale Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen Arzttermin berücksichtigt werden. Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung deuten darauf hin, dass die Berliner Bevölkerung im Durchschnitt länger auf einen Arzttermin warten muss als die Bevölkerung bundesweit, insbesondere in Bezug auf Termine bei Hausärzten.³⁰

Auf regulatorischer Seite dürfte dabei zu beobachten sein, inwieweit die gegenwärtig bereits praktizierte Beschränkung des Praxisumzugs zwischen Bezirken auf die Verlagerung hin in unterversorgte Bezirke ausreichend Lenkungswirkung erzielen wird, um die sich abzeichnenden Versorgungslücken bzw. ärztlichen Nachbesetzungspotenziale hinreichend und bedarfsgerecht zu kompensieren. Vgl. dazu auch den folgenden Abschnitt.

³⁰ Während bundesweit 47 % der Befragten angaben, innerhalb von drei Tagen einen Arzttermin bekommen zu haben, waren es in Berlin nur 36 %. Bei den Hausärzten war der Unterschied besonders groß (57 % Bund und 43 % Berlin). Bundesweit mussten nur 4 % der Befragten länger als drei Wochen auf einen Termin beim Hausarzt warten, während es in Berlin immerhin 10 % waren. Vgl. KBV (2016).

7. Ableitung von Handlungsempfehlungen

Den auf kleinräumiger Ebene identifizierten Schwerpunktbereichen, in denen sich aus der Analyse der Versorgungskapazitäten, ihrer Erreichbarkeit, der Unterschiede des Versorgungsbedarfs und den diesbezüglich zu erwartenden Entwicklungen ein besonderer Handlungsbedarf ableiten lässt, werden nun Handlungsoptionen gegenübergestellt, die darauf gerichtet sind, dem aktuellen und zukünftig zu erwartenden ärztlichen Versorgungsbedarf in den Bezirken zu entsprechen.

Als Handlungsoptionen wurden solche ausgewählt, die auf regionaler bzw. lokaler Ebene genutzt werden können. Ausgeblendet bleiben damit Handlungsoptionen auf übergeordneter Ebene, die im Rahmen der Bundesgesetzgebung (vor allem in Form von Neuregelungen im SGB V) und der Selbstverwaltung auf Bundesebene (vor allem G-BA) bestehen. Dies betrifft insbesondere mögliche Anpassungen der bundesgesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung sowie die Bedarfsplanungs-Richtlinie, denn mit ihnen wird das bedarfsgerechte Versorgungsniveau anhand historischer Einwohner-Arzt-Verhältnisse fachgruppen- und teilweise regionstypenspezifisch festgelegt. Welche Möglichkeiten bestehen, durch Änderungen in diesen Regelungsbereichen sich abzeichnende Versorgungslücken in den Berliner Bezirken festzustellen bzw. zu schließen, ist nicht Gegenstand dieser Studie. Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass auch Änderungen in diesen Regelungsbereichen zu erwarten sind und sich somit die Rahmenbedingungen für die Versorgungssteuerung auf bezirklicher Ebene verändern können. So enthält das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) den Auftrag an den G-BA, die Bedarfsplanung erneut zu reformieren (§ 101 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 2 SGB V).³¹

Die Handlungsoptionen auf regionaler bzw. lokaler Ebene wurden im Rahmen eines Workshops mit Vertretern der Bezirksverwaltungen Lichtenberg und Neukölln, der Senatsverwaltung, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und von Klinikträgern mit Standorten in den beiden Stadtbezirken im Hinblick auf die identifizierten Handlungsbedarfe diskutiert und bewertet. Auf dieser Grundlage wurden für die vorliegende Studie schließlich Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Insgesamt waren acht Handlungsoptionen Gegenstand einer vertieften Betrachtung und Diskussion (Tabelle 33), die im Folgenden kurz erläutert werden.

³¹ Anpassungen sollen nach Prüfung der Verhältniszahlen (für deren Anpassungen künftig neben der demografischen Entwicklung auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden soll) und unter Berücksichtigung der Möglichkeit einer kleinräumigen Planung vorgenommen werden, insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung. Aus der Gesetzesbegründung gehen zwei weitere wesentliche Ansprüche an die erneute Reform der Bedarfsplanung hervor: (1) Die Bedarfsplanung soll dem „tatsächlichen Versorgungsbedarf“ noch besser gerecht werden. (2) Die Sozial- und Morbiditätsstrukturen sollen als „bundesweit gewichtige Aspekte der Bedarfsplanung“ nicht mehr nur im Rahmen regionaler Besonderheiten auf Landesebene berücksichtigt werden können, sondern sind auch auf Bundesebene in die Bedarfsplanung einzubeziehen.

Tabelle 33: Handlungsoptionen im Überblick

Ansatzpunkt	was?	wer?
Nutzung bestehender Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderbedarfszulassung • Nachbesetzungsverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Zulassungsausschuss
veränderte Arbeitsteilung Vertragsärzte/Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Ermächtigungen • Notfallpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zulassungsausschuss • KV, KH-Träger, Kassen
Förderung Ärzteniederlassung	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation KV und Bezirke bei Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • KV, Bezirke
Verbesserung der Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • punktueller Ausbau des ÖPNV-Angebots 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezirke/Senat und VBB
Erweiterung des Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsspektrum • Bevölkerungs-/Patientenbefragungen 	<ul style="list-style-type: none"> • KV, Landes-/Zulassungsausschuss • Bezirke / Senat
Abweichung von BPL-RL aufgrund regionaler Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Planungsbereiche • Verhältniszahlen • Arztgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • KV/Kassen • Landesausschuss • Senat
Vernetzung mit anderen Verwaltungsbereichen	<ul style="list-style-type: none"> • Bauplanung (Wohngebiete) • Unterbringung von Flüchtlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezirke / Senat
Beteiligung der Bezirke im § 90a-Gremium	<ul style="list-style-type: none"> • AG Bedarfsplanung 	<ul style="list-style-type: none"> • Senat

Quelle: IGES

Ausgangspunkt für Ansätze zur Versorgungssteuerung auf bezirklicher Ebene bildet das Konzept zur Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Bezirke, welches das gemeinsame Landesgremium für das Land Berlin im Oktober 2013 für die ambulante Bedarfsplanung beschlossen hat. Grundlage hierfür bildet eine Vereinbarung zur Versorgungssteuerung im Rahmen der Bedarfsplanung, die durch eine vom Landesgremium beauftragte Arbeitsgruppe erarbeitet wurde (Letter of Intent). Diese Arbeitsgruppe Bedarfsplanung hat zum Stand der Umsetzung des Konzepts im Dezember 2014 einen Zwischenbericht (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2014) und im Juli 2016 einen Bericht (Gemeinsames Landesgremium Berlin, 2016b) vorgelegt.

Ziel des Konzepts zur Versorgungssteuerung auf Bezirksebene ist die Angleichung der Unterschiede zwischen den Bezirken in der ambulanten ärztlichen Versorgung bzw. die Homogenisierung der Versorgungsgrade. Dieses Ziel ist so zu interpretieren, dass die Einwohner-Arzt-Relationen in den Bezirken nur in dem Ausmaß voneinander abweichen, in dem sich Unterschiede im Versorgungsbedarf feststellen lassen. Dabei sind Unterschiede im Versorgungsbedarf umfassend, das heißt u. a.

auch unter Einbeziehung sozioökonomischer Faktoren, zu messen. Zu diesem Zweck sollen

- ◆ die innerstädtischen Versorgungsunterschiede abgebildet werden, indem zur Bestimmung des Versorgungsgrades bzw. des Versorgungsbedarfs neben dem Demografiefaktor auch sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden (Einbeziehung eines Sozialindex),
- ◆ Praxisverlegungen in schlechter versorgte Bezirke (mit ungünstiger Sozialstruktur) erleichtert, in besser versorgte Bezirke (mit günstiger Sozialstruktur) hingegen verhindert werden.

Der Zulassungsausschuss kann nicht dazu verpflichtet werden, dem Konzept zu folgen. Allerdings hat er regulär die Versorgungserfordernisse bei Praxisverlegungen zu prüfen und kann hierbei auf eine Homogenisierung der Versorgungsgrade hinwirken.

Gemäß dem aktuellen Bericht der AG Bedarfsplanung zu den Wirkungen des Letter of Intent vom Juli 2016 gab es im Zeitraum Juli 2013 bis Juli 2015 insgesamt 614 Praxisverlegungen, der Großteil hiervon (425 bzw. 69 %) innerhalb von Bezirken, etwa ein Viertel (158 bzw. 26 %) in Bezirke mit einem jeweils geringeren Versorgungsgrad.

- ◆ Für Neukölln ergab sich per Saldo ein Nettozuzug im Umfang von 18,5 Arztsitzen (Zuzug: 22,5; Abgang: 4).
- ◆ Für Lichtenberg gab es deutlich weniger bezirksübergreifende Sitzverlegungen, die per Saldo zu einem Abgang im Umfang von zwei Arztsitzen führten (Zuzug: 4,5; Abgang: 6,5). Immerhin konnte der Versorgungsgrad bei Psychotherapeuten leicht von 81 % auf 82 % erhöht werden.

Der Bericht gelangt zu der Bewertung, dass sich die Wanderungseffekte noch nicht deutlich in einer Angleichung der Versorgungsgrade niederschlagen, dass aber zumindest eine weitergehende Divergenz der Versorgungsgrade gestoppt, teilweise sogar eine Trendwende erzielt werden konnte. Darüber hinaus habe eine Mentalitätsänderung in der Form eingesetzt, dass betroffene Arztpraxen von vornherein eine Verlegung der Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis im Wege der Nachbesetzung in Betracht zögen.

7.1 Nutzung bestehender Instrumente zur Versorgungssteuerung

Zu den etablierten Instrumenten, um spezifische Versorgungslücken gezielt zu schließen, zählen **Sonderbedarfszulassungen**. Sie sind lokal begrenzt und qualifikationsgebunden, es handelt sich also stets um eingeschränkte Zulassungen. Über eine Sonderbedarfszulassung entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag eines Arztes.

Größere Relevanz für die Versorgungssteuerung auf Bezirksebene haben die **Nachbesetzungsverfahren** bei freiwerdenden Praxissitzen. Seit Inkrafttreten des GKV-

VSG sollen die Zulassungsausschüsse Anträge von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten auf Nachbesetzung ihres Sitzes ablehnen, wenn in der Planungsregion ein Versorgungsgrad von 140 % oder mehr festgestellt wurde. Ausgenommen hiervon sind privilegierte Nachfolger und Verlegungen in Planungsbereiche, in denen nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht (§ 103 Abs. 3a Sätze 3, 7 und Abs. 4 SGB V). Gemäß einer Mitteilung der KV Berlin vom 28.7.2015 besteht innerhalb des Planungsbereichs Berlin wegen einer zu geringen Ärztedichte in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad ein besonderer Versorgungsbedarf. Nachbesetzungsverfahren können folglich unter Bezug auf die bezirklichen Versorgungsgrade und auf die Grundsätze des Letter of Intent durchgeführt werden. Das heißt, dass Verlegungen in schlechter versorgte Bezirke Vorrang gegenüber einem Praxisaufkauf erhalten, bis eine bezirksübergreifend homogene Arztsitzverteilung erreicht wird. Somit kann die Neuregelung des GKV-VSG zum Praxisaufkauf bei Überversorgung im Falle Berlins zu einer Beschleunigung der angestrebten Homogenisierung der Versorgungsgrade in den Bezirken beitragen.

Der Zulassungsausschuss setzt sich paritätisch aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin und der Krankenkassen zusammen. Die Bezirksverwaltungen haben keine unmittelbare Möglichkeit, auf seine Entscheidungen einzuwirken. Allerdings zeigt die Orientierung am Konzept zur Versorgungssteuerung des gemeinsamen Landesgremiums im Rahmen der Nachbesetzungsverfahren, dass bezirkliche Versorgungsbelange explizit in den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse Berücksichtigung finden.

7.2 **Veränderte Arbeitsteilung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern**

Eine etablierte Form, in der sich Krankenhäuser bzw. Krankenhausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligen können, sind **Ermächtigungen**. Allerdings ist eine Ermächtigung dem Umfang nach kein gleichwertiges Substitut einer Vertragsarztzulassung, denn sie ist stets im Hinblick auf den Leistungsumfang (z. B. Anzahl abrechenbarer Leistungspositionen), zeitlich und räumlich beschränkt. Ermächtigungen beziehen sich überdies häufig auf spezielle Leistungen, die außerhalb des üblichen hausärztlichen und teilweise auch des allgemeinen fachärztlichen Versorgungsspektrums liegen und/oder nach Zuweisung durch niedergelassene Vertragsärzte erbracht werden. Die Entscheidung über eine Ermächtigung und ihren Umfang (Anzahl der Leistungspositionen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab) trifft der Zulassungsausschuss.

Während Anzahl und Fachgebiete der Ermächtigungen sowie das damit verbundene Leistungsvolumen im Rahmen dieser Studie für die beiden Bezirke einbezogen werden konnten, sind valide Aussagen darüber, inwieweit Behandlungsleistungen im Rahmen von Ermächtigungen eine unterdurchschnittliche Ärztedichte kompensieren (können), nicht ohne vertiefte Analysen und Vergleiche des Leistungsgeschehens möglich.

Von zunehmender Bedeutung für die ambulante ärztliche Versorgung ist der Bereich der **Akut- und Notfallversorgung**. So haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass immer mehr Patienten als Akut- bzw. Notfälle die Rettungsstellen von Krankenhäusern aufsuchen und dort ausschließlich ambulant versorgt werden (können). So ergab eine Auswertung von AOK-Daten des Jahres 2013, dass Berliner Krankenhäuser, die Notfälle ambulant behandelten, mittlerweile im Durchschnitt mehr ambulante Notfälle als vollstationäre Fälle hatten (Dräther/Mostert, 2016). Hierfür werden unterschiedliche Ursachen teilweise sehr kontrovers diskutiert, die von einem Mangel an vertragsärztlichen Versorgungsangeboten (Terminwartezeiten) bis zu einem veränderten Inanspruchnahme- bzw. Anspruchsverhalten der Patienten (Maximalversorgungsangebot zu jeder Zeit) reichen.³²

Von hoher Aktualität sind daher verstärkte **Kooperationen** zwischen der KV und den Krankenhausträgern in der Akut- und Notfallversorgung, um eine adäquate Versorgung ambulant behandelbarer Patienten sicherzustellen. Vor dem Hintergrund zunehmender Belastungen sowohl der Rettungsstellen der Krankenhäuser als auch von Vertragsärzten durch Bereitschaftsdienste wurden durch die jüngste Gesetzgebung (GKV-VSG, KHSG) KVen und Kliniken zur Kooperation in diesem Bereich verpflichtet, z. B. durch die Einrichtung von **Portalpraxen**.

Während kooperativ betriebene sog. Notfallpraxen an Krankenhäusern (z. B. für die medizinische Versorgung von Kindern) in Berlin bereits in den 1990er Jahren eingerichtet wurden, gibt es die erste Portalpraxis seit August 2016 am Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) in Marzahn-Hellersdorf als Pilotprojekt.³³ Die Portalpraxis befindet sich direkt neben der Rettungsstelle des UKB, die weiterhin die Triage der Notfallpatienten vornimmt, und ist an den Wochenenden und Feiertagen von 10:30 Uhr bis 22:30 Uhr geöffnet. Die Kapazität der Portalpraxis wurde bei Eröffnung auf rd. 5.000 von jährlich ca. 60.000 Rettungsstellen-Patienten geschätzt, dies entspricht einem Anteil von 8 % bis 9 %. Zunächst soll die Portalpraxis mit einem Vertragsarzt (Internist oder Facharzt für Allgemeinmedizin) auf freiwilliger Basis und mit regulärer Vergütung besetzt werden. Sollte sich ein höherer Bedarf abzeichnen, würde die KV nach eigenen Angaben nachsteuern (ggf. mit Dienstverpflichtungen). Die in der Portalpraxis tätigen Vertragsärzte können die Diagnostikmöglichkeiten und das nicht-medizinische Personal des UKB nutzen.

Inwieweit das Pilotprojekt am UKB auch in anderen Bezirken Berlins Verbreitung finden wird, ist derzeit ungewiss. Ursprüngliches Ziel war es, in jedem Bezirk eine Portalpraxis einzurichten. Allerdings gestalteten sich die Gespräche zwischen der

³² Beispielsweise ergab eine Analyse des IGES Instituts, dass die Hälfte der prinzipiell ambulant behandelbaren (sog. ambulant-sensitiven) Krankenhausfälle, die als Notfälle an Werktagen stationär aufgenommen wurden, tagsüber während der Praxisöffnungszeiten vorstellig wurde (vgl. Albrecht/Zich, 2016).

³³ Vgl. <http://www.ukb.de/medien/pressemitteilungen-cc-detailansicht/news/entlastung-fuer-rettungsstelle-erste-portalpraxis-in-berlin-eroeffnet-im-unfallkrankenhaus/> (Abruf am 25.01.2016).

KV und anderen Klinikträgern unterschiedlich. Klärungsbedürftig sind u. a. räumliche Voraussetzungen und die Verfügbarkeit ärztlichen Personals außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten. Vor allem aber hängen weitere Schritte auch von den Erfahrungen mit dem UKB-Pilotprojekt ab, insbesondere im Hinblick auf das tatsächliche Fallaufkommen in der Portalpraxis und den zugrundeliegenden Ursachen dafür, dass vertragsärztlich behandelbare Patienten die UKB-Rettungsstelle aufsuchen.

7.3 Förderung von Ärzteniederlassungen

Ein bereits praktizierter Ansatz zur Förderung von Ärzteniederlassungen in Bezirken mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad ist die **Kooperation zwischen der KV Berlin und den Bezirksverwaltungen** bei der Beratung niederlassungswilliger Ärzte. Der aktuelle Lol-Bericht vom Juli 2016 verweist darauf, dass sowohl die KV Berlin als auch die Bezirke „Synergieeffekte im Ausbau des jeweilig aktuellen Status quo in der bereits bestehenden, bilateralen Interaktionsintensität sehen“. Als Beispiel wird die Kooperation im Bezirk Treptow-Köpenick genannt, wo Strukturen für eine konstruktive Zusammenarbeit geschaffen wurden („Runder Tisch“). Ziel der Kooperation ist es, dass sich abgebende Praxisinhaber Weiterbildungsassistenten suchen, um diese als Nachfolger aufzubauen, und die Praxisübernahmenvorbereitung durch die Bezirke begleitet wird, indem niederlassungswillige Ärzte intensiv betreut werden (z. B. in Bezug auf Baugenehmigungen). In der Praxis gestaltet sich dieser Ansatz jedoch nach Einschätzung der KV Berlin nicht problemlos, sei es, weil auch eine gute Betreuung durch Bezirksstellen hemmende Vorschriften nicht beseitigen kann, sei es, weil die Niederlassungsbereitschaft angesichts veränderter Arbeitszeitpräferenzen des Ärztenachwuchses oder privater Umstände (Wohnsitz, Arbeitsort des Partners) beschränkt ist.

Zur Förderung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten steht eine Reihe von finanziellen **Fördermitteln** zur Verfügung. Hierzu zählen vor allem

- ◆ Mittel des Strukturfonds der KV Berlin gem. § 105 Abs. 1a SGB V (insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen sowie für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung);
- ◆ Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (drohende) Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat (gem. § 105 Abs. 1 SGB V);
- ◆ Vereinbarung von Preiszuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern insbesondere in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (drohende) Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat (gem. § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V);

- ◆ Verzicht auf Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei Praxen in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (drohende) Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat (gem. § 87b Abs. 3 SGB V).
- ◆ finanzielle Förderung der Beschäftigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen (seit Jahresbeginn auch in nicht unterversorgten Gebieten) in Form von Vergütungen der nötigen Strukturen und von Hausbesuchen durch die nicht-ärztliche Praxisassistenten (EBM);
- ◆ Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gem. § 75a SGB V (seit Jahresmitte 2016 deutliche Erhöhung der monatlichen Gehaltszuschüsse für angehende Allgemeinärzte von 3.500 Euro auf 4.800 Euro, weitere Zuschüsse in unterversorgten und drohend unterversorgten Gebieten von 500 Euro bzw. 250 Euro; zudem Erhöhung der Anzahl an Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin).

Zur Versorgungssteuerung auf Bezirksebene im Sinne der Zielsetzung des Letter of Intent (Homogenisierung der Versorgungsgrade) sind die aufgeführten Förderansätze nur begrenzt geeignet, da sie teilweise die Feststellung (drohender) Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss voraussetzen. Die vor allem auf Hausarztpraxen gerichtete Förderung nicht-ärztlicher Praxisassistenten sowie der Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin ist hingegen unabhängig vom Versorgungsgrad möglich.

7.4 Verbesserung der Erreichbarkeit

Die Bezirke bzw. der Senat können Vereinbarungen mit dem Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (VBB) treffen, um das ÖPNV-Angebot punktuell dort auszubauen, wo der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bezug auf die Erreichbarkeit unterdurchschnittlich ist. Im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse dieser Studie konnten einige wenige Gebiete mit einer stark unterdurchschnittlichen Erreichbarkeit identifiziert werden (Falkenberg und Nord-Hohenschönhausen in Lichtenberg, Rudow in Neukölln).

Bevor diese Handlungsoption konkret in Erwägung gezogen wird, sollten zunächst weitere Kriterien geprüft werden, die über den Rahmen dieser Studie hinausgehen. Hierzu zählen:

- ◆ die Zumutbarkeit des absoluten Ausmaßes der Unterdurchschnittlichkeit (die Ergebnisse der Erreichbarkeitsanalysen zeigen für Berlin generell ein relativ geringes Niveau des Zeitaufwands bis zum Erreichen der nächstgelegenen Praxis in der hausärztlichen und allgemein fachärztlichen Versorgung);
 - ◆ der von einer unterdurchschnittlichen Erreichbarkeit betroffene Anteil der Bevölkerung (häufig nur geringe Einwohnerzahlen);
-

- ◆ Unterschiede der Versorgungsrelevanz einer unterdurchschnittlichen Erreichbarkeit in Abhängigkeit von Patienteneigenschaften (z. B. Immobilität älterer Patienten) und Arztgruppen (typischerweise hohe oder geringe Konsultationshäufigkeit).

7.5 Erweiterung des Monitorings der Versorgung

Es besteht ein beträchtliches Potenzial, die Datengrundlagen für die Versorgungssteuerung auf Bezirksebene zu erweitern. Dies gilt insbesondere für die ambulanten ärztlichen Versorgungsstrukturen, deren Detailanalyse (u. a. Art und Weise der Versorgung) die – vom Gemeinsamen Landesgremium zur Kenntnis genommene – Inhaltsstruktur des Lol-Berichts enthalten soll.

Tatsächlich besteht – jenseits der festgestellten Unterschiede der Vertragsarztkapazitäten (Sitze/Zulassungsumfang, Fallzahlen, Leistungsvolumen in Punkten) – weitgehend Intransparenz bezüglich der Heterogenität der Leistungsspektren innerhalb der jeweiligen Arztgruppen in und zwischen den Bezirken. Dies betrifft z. B. den Kernbereich hausärztlicher Tätigkeit (welche Hausärzte machen in welchem Umfang Hausbesuche?) oder mögliche Subspezialisierungen von Allgemeinmedizinern und Internisten.

Durch das GKV-VSG wurde die KV dazu verpflichtet, die Einhaltung der Versorgungsaufträge zu prüfen und die Ergebnisse mindestens jährlich an die Landes- und Zulassungsausschüsse zu übermitteln (§ 95 Abs. 3 SGB V). Diese gesetzliche Neuregelung hat zum Ziel, dass Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen fundierter als bisher getroffen und begründet werden können, insbesondere auch bei Entscheidungen über einen ggf. bestehenden lokalen Versorgungsbedarf oder über Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Die Schaffung von größerer **Transparenz über die Heterogenität der Versorgungsstrukturen** wird durch die gesetzliche Neuregelung erleichtert. Sie ermöglicht es, die Versorgungsrelevanz und den Handlungsbedarf für die Versorgungssteuerung, der sich aus den festgestellten unterdurchschnittlichen vertragsärztlichen Kapazitäten in den beiden Bezirken ergibt, exakter einzuschätzen und zu spezifizieren. Insoweit sich aus der Heterogenität der Leistungsspektren (lokale) Versorgungsdefizite ableiten lassen, fehlt es jedoch an justiziablen Steuerungsmaßnahmen, dem entgegenzuwirken. Während Vertragsärzten mit dauerhaft extrem geringen Fallzahlen die Zulassung entzogen werden kann, gibt es derzeit keine effektive Sanktionsmöglichkeit, um Vertragsärzte zum Angebot eines stärker am lokalen Bedarf orientierten Leistungsspektrums zu bewegen.

Ein erweitertes Monitoring der Entwicklung und Bedarfsorientierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Bezirken kann darüber hinaus durch **Bevölkerungs- und Patientenbefragungen** erreicht werden. Mögliche Themen wären hierfür (Termin-)Wartezeiten(unterschiede), das Mobilitätsverhalten von Patienten oder die Zufriedenheit mit dem Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Eine Erhebung von Nolting/Rellecke (2013) in zwei Berliner Bezirken hat gezeigt,

dass regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bedarfsgerechtigkeit des Angebots aus Sicht der Bevölkerung durch eine Befragung ermittelt werden können.

7.6 Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten

Mit der Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz besteht seit dem Jahr 2013 die Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V bzw. § 2 BPL-RL).

Regionale Besonderheiten können insbesondere sein:

- ◆ die regionale Demografie,
- ◆ die regionale Morbidität,
- ◆ sozioökonomische Faktoren,
- ◆ räumliche Faktoren (u. a. Erreichbarkeit, geografische Phänomene),
- ◆ infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten).

Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie können sich sowohl auf die Planungsbereiche als auch auf die Verhältniszahlen oder Arztgruppenunterteilung beziehen.

Die Bedarfsplanung für Berlin hat bislang keinen Gebrauch von dieser Abweichungsmöglichkeit gemacht. Auch für andere Großstädte wurde bislang im Hinblick auf die hier interessierenden Arztgruppen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung nicht von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abgewichen.

- ◆ Hamburg: Im Bedarfsplan wurden keine strukturellen Verteilungsdefizite konstatiert, daher sei eine kleinräumige Bedarfsplanung „derzeit nicht erforderlich und nicht zielführend“. Es wird auf andere Möglichkeiten der punktuellen Nachsteuerung verwiesen.
 - ◆ Bremen: Von der Abweichungsmöglichkeit wurde Gebrauch gemacht, allerdings nur für Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (Korrektur der Verhältniszahl, da „erhebliche Mitversorgung insbesondere des niedersächsischen Umlandes“ unzureichend abgebildet sei).
 - ◆ München: Für die Planung der hausärztlichen Versorgung wurde der Mittelbereich München zunächst nicht geteilt, detailliertere Analysen seien jedoch notwendig. Die KV Bayerns strebt diesbezüglich eine zeitnahe Prüfung an. Für die Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sei aktuell eine Abweichung nicht notwendig. Die KV Bayerns werde „jedoch das Versorgungsgeschehen laufend beobachten und analysieren“ und
-

sich vorbehalten, „gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen“.

- ◆ Köln: Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie wegen regionaler Besonderheiten sind derzeit nicht geplant.

Demnach wird die Abweichungsmöglichkeit derzeit nicht genutzt, um zwischen den Bezirken größerer Städte eine Homogenisierung der Versorgungsgrade zu fördern, sei es, weil die Notwendigkeit für eine solche Homogenisierung nicht gesehen wird (z. B. Hamburg) oder weil hierfür die Versorgungssituation zunächst noch eingehender analysiert werden soll (z. B. München). Die Beispiele Bremen und München zeigen jedoch, dass die Abweichungsmöglichkeit als eine zusätzliche Option der Versorgungssteuerung in großen Städten explizit in Betracht gezogen wird.

7.7 Vernetzung mit anderen Verwaltungsbereichen

Unterschiede des Einwohner-Arzt-Verhältnisses zwischen den Bezirken Berlins resultieren nicht nur aus der Entstehung, Verteilung und Verlegung von Arztpraxen, sondern auch aus divergierenden Entwicklungen der Einwohnerzahlen in den Bezirken. Infolge des Nettozuzugs in die Stadt Berlin, der sich in den letzten Jahren beschleunigt erhöht hat, und dessen ungleiche Verteilung auf die Stadtbezirke – insbesondere in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums – erscheint die Einwohnerzahlentwicklung derzeit die sich schneller verändernde Einflussgröße der Ärztedichte.

Vor diesem Hintergrund besteht eine Handlungsoption zur Versorgungssteuerung auf bezirklicher Ebene darin, dass sich die für städtebaulichen Planungen zuständigen Stellen der Bezirksverwaltungen (Stadtentwicklungsamt) bzw. des Senats (z. B. Wohnungsbauleitstelle) mit den für Gesundheitsdienste zuständigen Stellen der Bezirksverwaltungen (Gesundheitsamt) bzw. des Senats abstimmen, sobald größere Wohnneubaugebiete geplant werden. Es kann dann frühzeitig geprüft werden, inwieweit durch die Entstehung neuer Wohngebiete mit einer Absenkung der Ärztedichte und ggf. mit Engpässen im Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu rechnen ist. Ziel sollte es dabei zunächst sein, Zeit für Maßnahmen zu gewinnen, um der Entstehung solcher Engpässe entgegen zu wirken.

Bei der Unterbringung von Flüchtlingen war in der Vergangenheit aufgrund des akuten Wohnraumbedarfs eine solche Prüfung offensichtlich nicht möglich und – insofern es sich um eine temporäre Unterbringung handelte – auch verzichtbar (zumal Flüchtlinge erst mit zeitlicher Verzögerung Ansprüche auf die GKV-Versorgung erwerben). Die Planung der längerfristigen Verteilung von Flüchtlingen auf die Bezirke sollte jedoch auch die lokal vorhandenen ambulanten ärztlichen Behandlungskapazitäten einbeziehen.

7.8 Beteiligung der Bezirke im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V

Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V in Berlin sind Vertreter der Bezirke nicht regelmäßig vertreten, sondern werden fallweise in die Sitzungen einbezogen, soweit ihre Belange berührt werden.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Landesgremiums zählen Stellungnahmen zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und zu Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die sich mit Über- oder Unterversorgung beschäftigen, mit dem Ziel, Abstimmungsprozesse zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung konstruktiv zu begleiten und zu beeinflussen.

Von den bisherigen Empfehlungen und Stellungnahmen ist daher das Thema ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung sowie die Strategie zur gerechteren Ärzteverteilung in Berlin von prominenter Bedeutung und erlangte auch bisher die größte öffentliche Resonanz.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, dass auch Vertreter der Bezirke regelmäßig in dem Gemeinsamen Landesgremium vertreten sind. So wären unmittelbar versorgungsrelevante Informationen aus den Bezirken verfügbar, die für das Monitoring im Hinblick auf das Ziel der Homogenisierung der Versorgungsgrade in den Bezirken genutzt werden können.³⁴

7.9 Fazit Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen für die Versorgungssteuerung in den Berliner Bezirken orientieren sich zum einen an dem Kriterium, dass sie auch für die Akteure auf der bezirklichen Ebene umsetzbar oder zumindest mitgestaltbar sind, zum anderen an dem Ziel einer Homogenisierung der Versorgungsgrade, wie es der vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V beschlossenen Strategie entspricht.

Der Letter of Intent zur Versorgungssteuerung auf Ebene der zwölf Berliner Verwaltungsbezirke bildet nach den ersten Erfahrungen einen ersten geeigneten Ansatz, um das Ziel einer Homogenisierung der Versorgungsgrade zu erreichen. Durch ihn wurde nicht nur ein systematisches Monitoring der innerstädtischen Versorgungsunterschiede unter Berücksichtigung auch sozioökonomischer Faktoren etabliert; auch hat er eine Umsteuerung von bezirksübergreifenden Praxisverlegungen zugunsten unterdurchschnittlich versorgter Bezirke bewirkt, so dass zumindest die zuvor divergente Entwicklung gestoppt und eine Trendwende eingeleitet werden konnte. Das Ziel einer weitgehenden Homogenisierung der Versorgungsgrade unter der Maßgabe, dass sich diese primär an den Unterschieden der Versorgungsbedarfe zwischen den Bezirken orientieren, ist allerdings noch

³⁴ In Hamburg sind beispielsweise eine Bezirksamtsleiterin bzw. ein Bezirksamtsleiter ständige, stimmberechtigte Mitglieder in der Landeskonferenz Versorgung, die dort die Aufgaben des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V wahrnimmt.

nicht erreicht. Entwicklungspotenzial besteht hierbei insbesondere bei der Ermittlung bezirklicher Bedarfsunterschiede anhand von morbiditätsbezogenen und sozioökonomischen Faktoren sowie deren Übersetzung in Versorgungsgrade.

Wie die Bezeichnung „Letter of Intent“ bereits verdeutlicht, ist die hierdurch initiierte Strategieumsetzung für den Zulassungsausschuss nicht verbindlich. Daher sollte im Gemeinsamen Landesgremium zusätzlich die Option geprüft werden, von der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten abzuweichen. Damit stünden der regionalen Ebene weitergehende Steuerungsansätze zur Verfügung, die erstrebte Homogenisierung der Versorgungsgrade zu erreichen (z. B. Trennung von Planungsbereichen, Veränderung von Verhältniszahlen).

Darüber hinaus ist eine regelmäßige Beteiligung der Bezirke im Gemeinsamen Landesgremium empfehlenswert. Sowohl für die o. a. Weiterentwicklung des Konzepts der Versorgungssteuerung als auch für mögliche Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten können die Bezirke unmittelbar versorgungsrelevante Informationen und zusätzliche Gestaltungsoptionen einbringen.

Ein zentraler Ansatzpunkt, der eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Versorgungssteuerung auf bezirklicher Ebene schafft und von der Bezirksebene – idealerweise im Rahmen einer Beteiligung im Gemeinsamen Landesgremium – initiiert und begleitet werden sollte, ist ein vertieftes Monitoring der ambulanten Versorgungsangebote. Ein solches Monitoring betrifft i. W. zwei Aspekte:

- ◆ Zum gegenwärtigen Stand – und auf Basis der für die vorliegende Analyse verfügbaren Daten – bleibt weitgehend unklar, welcher Anteil an ambulanten Behandlungsleistungen in Krankenhäusern (im Rahmen von Ermächtigungen bzw. in Klinikambulanzen) erbracht wird und in welchem Ausmaß hierdurch unterdurchschnittliche Behandlungskapazitäten niedergelassener Vertragsärzte kompensiert werden können.
- ◆ Das Leistungsspektrum von Vertragsärzten gestaltet sich (vermutlich) recht heterogen, sowohl quantitativ als auch strukturell. Eine ggf. unzureichende Bedarfsgerechtigkeit des ambulanten ärztlichen Angebots aus Sicht der Bevölkerung kann daher allein auf Basis fachgruppenspezifischer Arztzahlen nicht erkannt werden.

Zumindest sobald sich Hinweise auf Engpässe im Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf bezirklicher Ebene verdichten, erscheint es sinnvoll, die vorhandenen Behandlungskapazitäten detaillierter im Hinblick auf diese beiden Aspekte zu erfassen.

Darüber hinaus ist eine Abstimmung zwischen den städte- bzw. bauplanerischen Abteilungen mit den für Gesundheit zuständigen Abteilungen innerhalb der Bezirksverwaltungen (sowie mit den entsprechenden Stellen in der Senatsverwaltung) anzustreben, um voraussehbar starke Bevölkerungszuwächse in (Teil-)Bezirken mit den dort vorhandenen ambulanten Versorgungskapazitäten abzugleichen

und ggf. sich abzeichnende Verschlechterungen des Zugangs frühzeitig zu erkennen.

Die Bezirksämter in Lichtenberg und Neukölln sollten weiterhin prüfen, inwiefern sie die KV Berlin bei der Beratung und Betreuung niederlassungswilliger Ärzte unterstützen können. Aus Ärztesicht könnte die Attraktivität einer Niederlassung in den beiden Bezirken steigen, wenn beispielsweise „Kombipakete“ aus immobilien- bzw. baubezogener Unterstützung durch die zuständigen Ämter mit finanziellen Förderungen (z. B. von nicht-ärztlichen Praxis- oder ärztlichen Weiterbildungsassistenten) durch die KVen angeboten werden. Diesbezüglich sollten auch die Erfahrungen und die Wirksamkeit des Runden Tisches im Bezirk Treptow-Köpenick ausgewertet werden.

Mit Blick auf die Entwicklung, dass ein zunehmender Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Rettungsstellen der Krankenhäuser stattfindet, wird das erste Pilotprojekt einer Portalpraxis am Unfallkrankenhaus Berlin von hohen Erwartungen begleitet. Das Potenzial dieser Form einer verstärkten Kooperation zwischen der KV und den Klinikträgern ist aber derzeit ungewiss. Diesbezüglich sollte daher zunächst abgewartet werden, bis die ersten Erfahrungen mit der Portalpraxis ausgewertet wurden.

Relativ geringen Handlungsbedarf gibt es schließlich im Hinblick auf eine Verbesserung der Erreichbarkeit ambulanter ärztlicher Versorgungsangebote in den beiden Bezirken. Der Zeitaufwand bis zum Erreichen der nächstgelegenen Arztpraxis ist in Berlin generell relativ gering. Es lassen sich nur wenige Gebiete mit einer stark unterdurchschnittlichen Erreichbarkeit identifizieren. Hierfür könnten, nach tiefergehender Prüfung der weiteren Gegebenheiten vor Ort, Gespräche mit dem VBB über punktuelle Verbesserungen des ÖPNV-Angebots erwogen werden.

Anhang

A1 Mitversorgungsbeziehungen in Absolutwerten

Tabelle 34: Mitversorgungsbeziehungen aus Arzt- und Patientenperspektive (in absoluten Fallzahlen) sowie im Saldo (2015)

Fachgruppe	Lichtenberg			Neukölln		
	Arztperspektive	Patientenperspektive	Differenz (%-Punkte)	Arztperspektive	Patientenperspektive	Differenz (%-Punkte)
Hausärzte	126.322	205.691	-79.369	197.319	437.275	-239.956
Kinderärzte	17.273	27.231	-9.958	21.426	82.460	-61.034
Frauenärzte	66.738	65.626	+1.112	50.104	139.902	-89.798
Augenärzte	32.092	45.287	-13.195	23.575	72.803	-49.228
Orthopäden	28.738	44.756	-15.991	43.368	102.760	-59.392
Psychotherapeuten	6.108	9.135	-3.027	5.949	31.322	-25.373

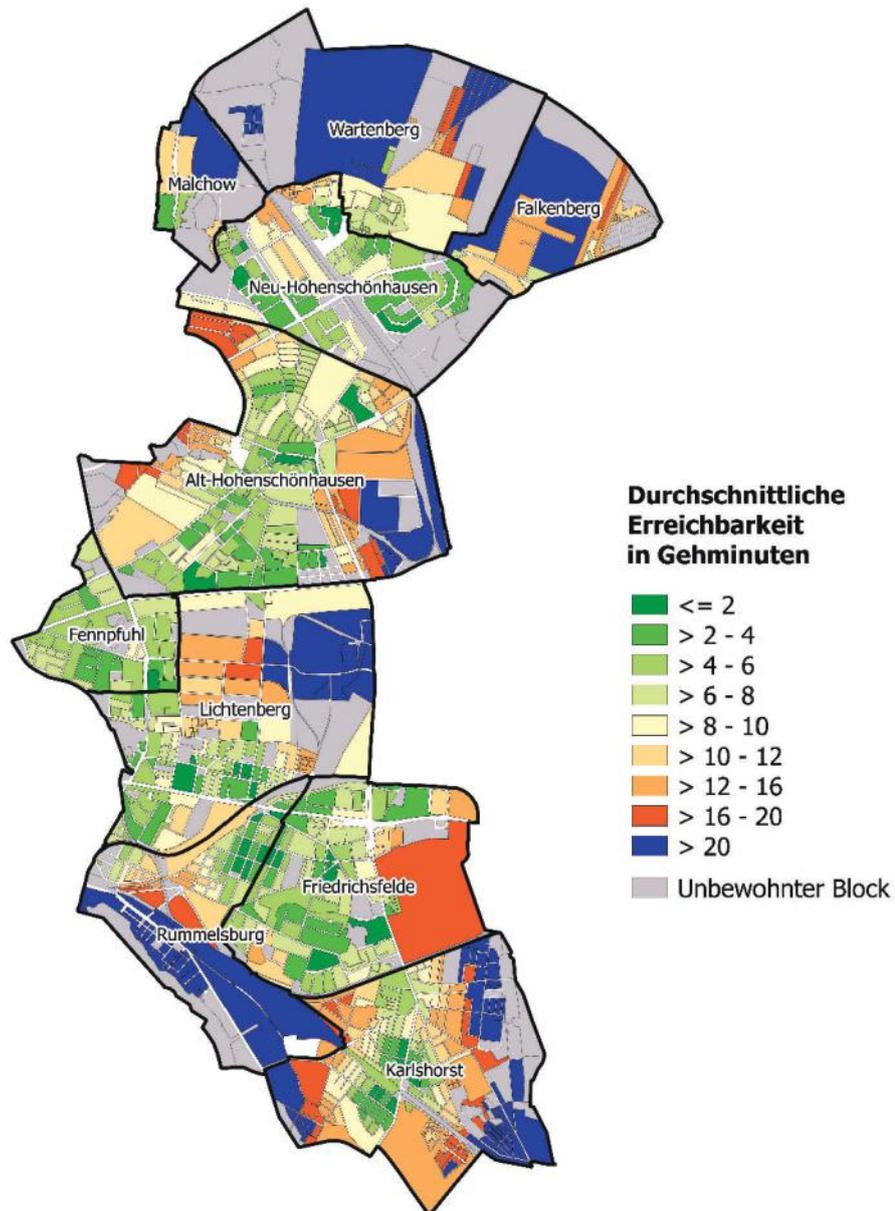
Quelle: IGES auf Basis von Daten der KV Berlin (Fallzahlen im Jahr 2015)

Anmerkung: **Arztperspektive:** Anzahl der Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnort außerhalb des Bezirks bei Arztpraxen mit Standort innerhalb Bezirk; **Patientenperspektive:** Anzahl der Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnsitz innerhalb des Bezirks bei Arztpraxen mit Standort außerhalb des Bezirks (jeweils im Jahr 2015)

A2 Erreichbarkeitsanalyse

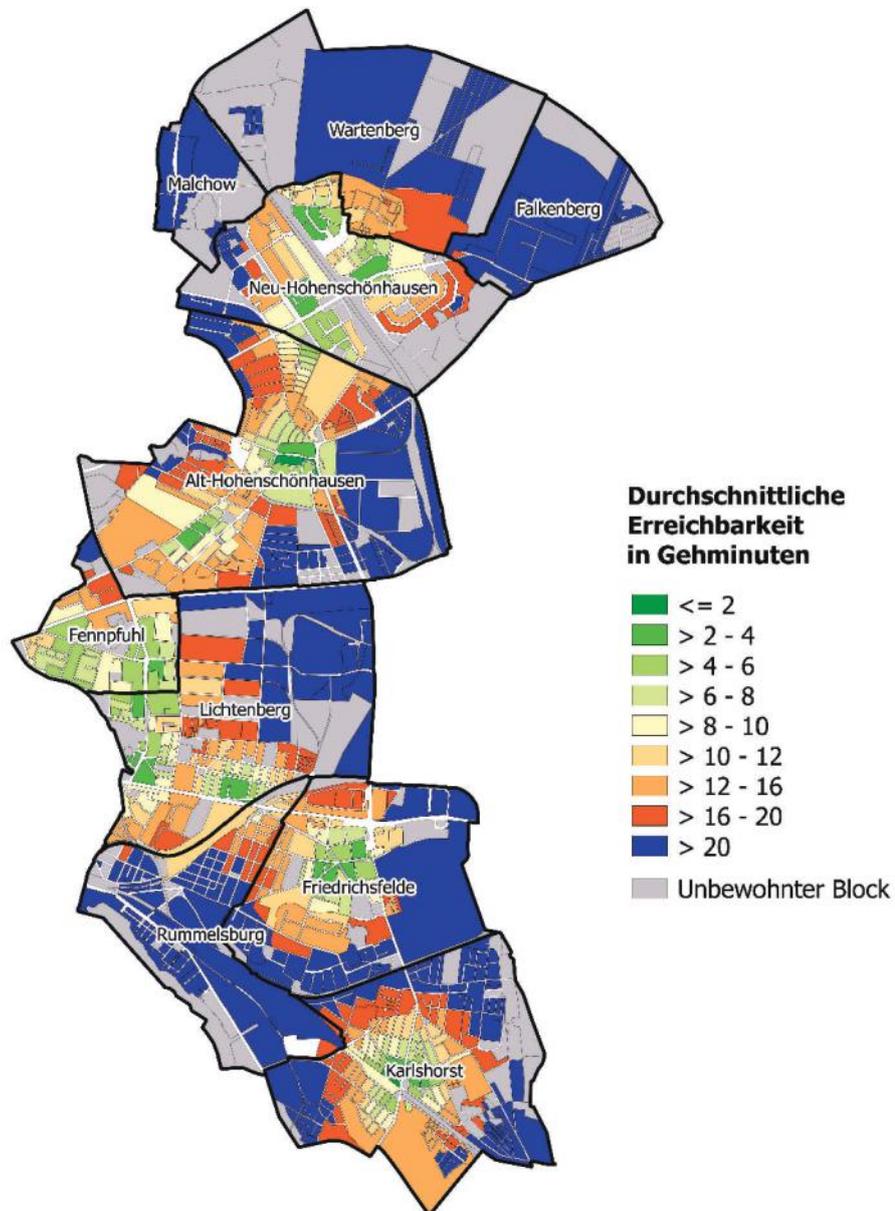
Individueller Standardtext. Alle Inhalte stehen in dem vorgegebenen Satzspiegel.

Abbildung 20: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Hausärzte



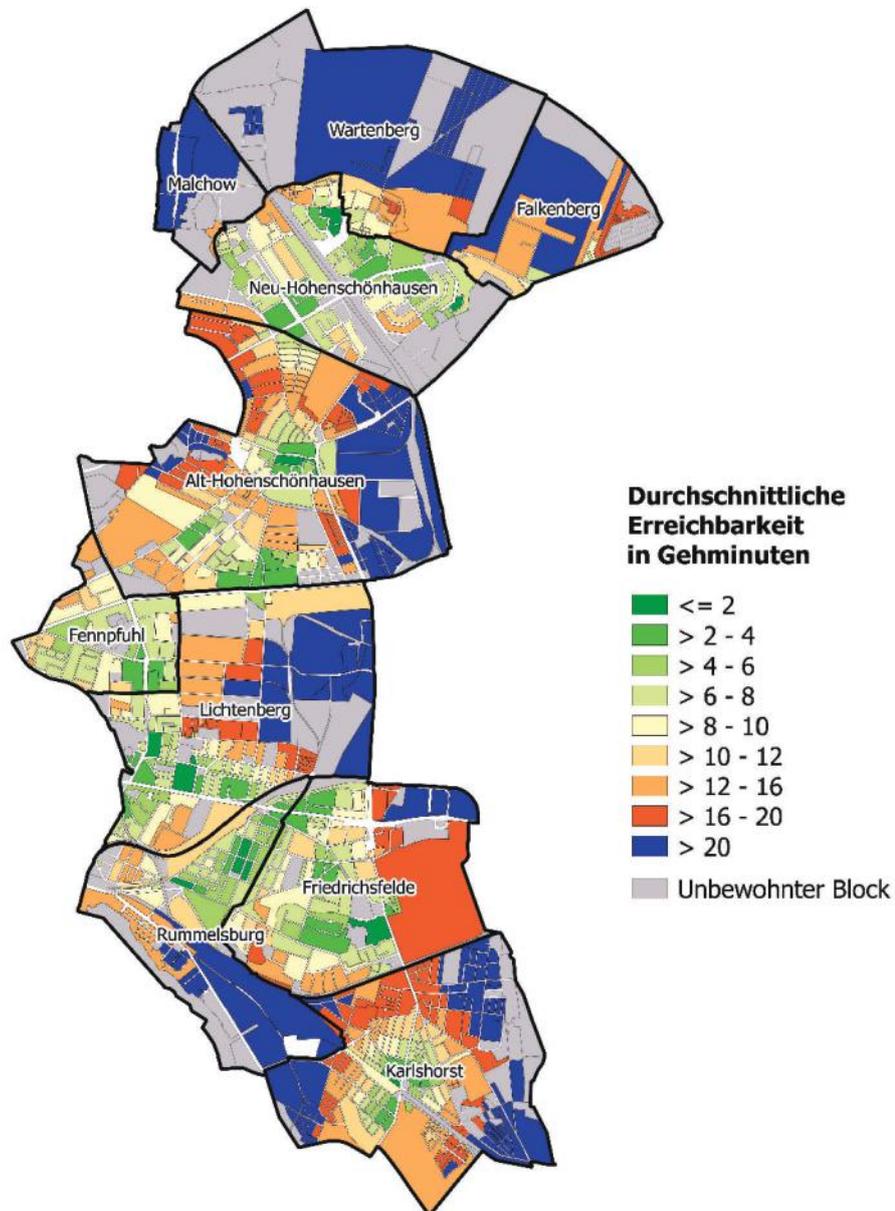
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 21: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Augenärzte



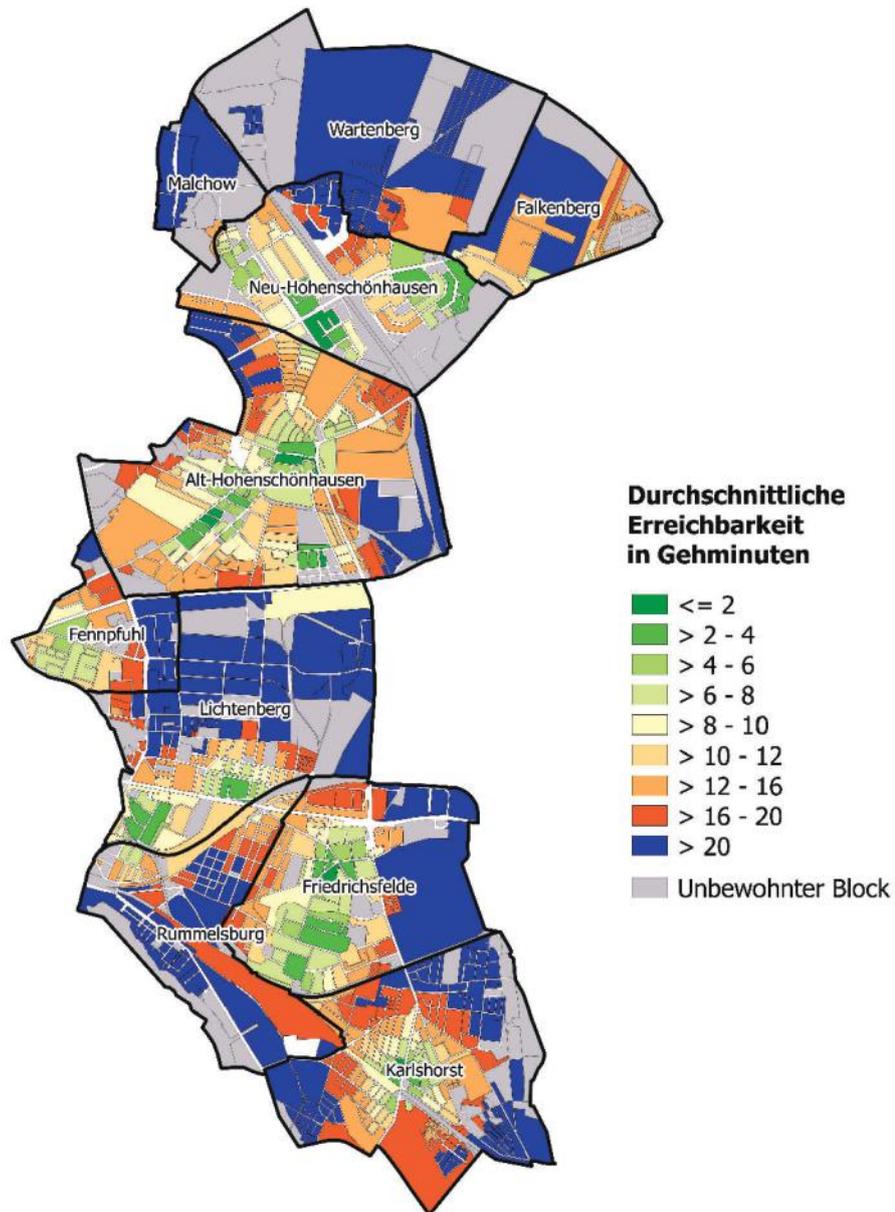
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 22: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Frauenärzte



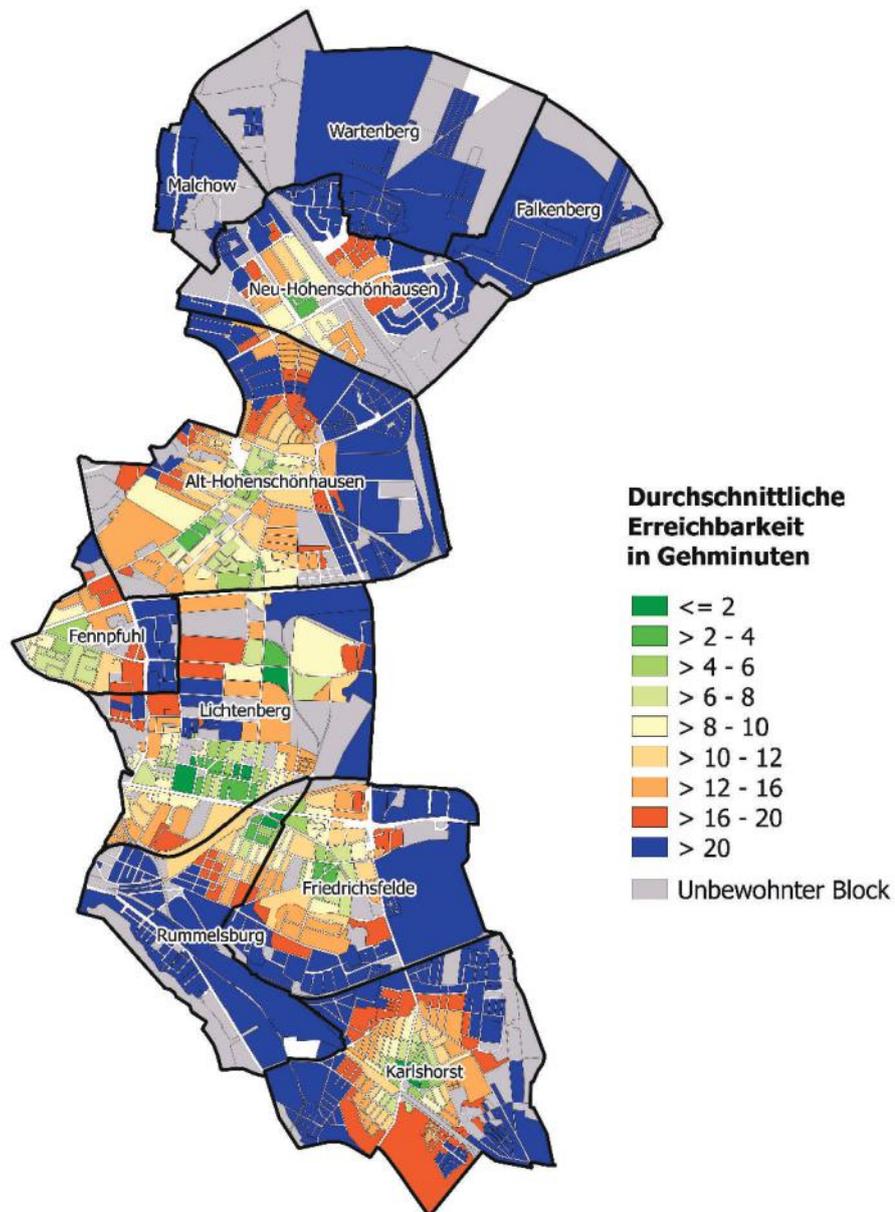
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 23: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Kinderärzte



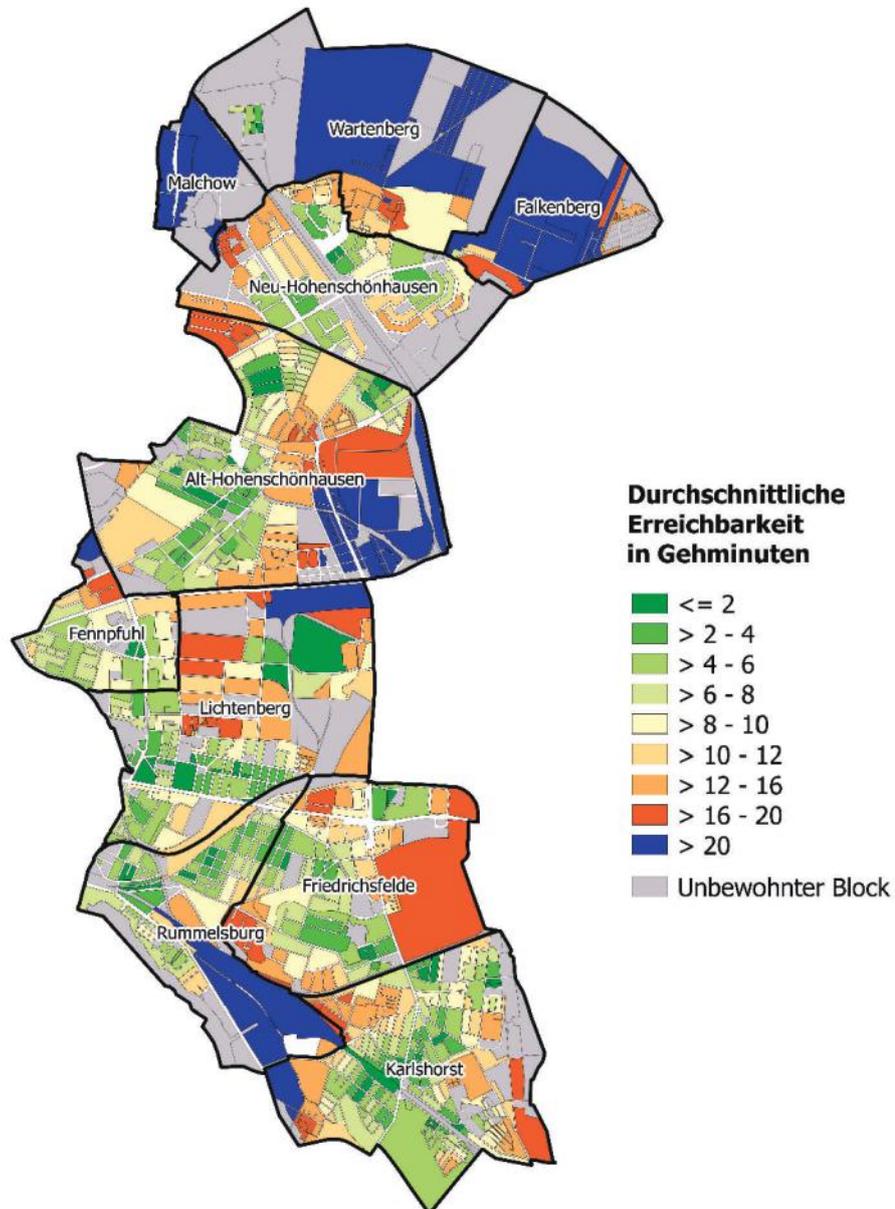
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 24: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Orthopäden



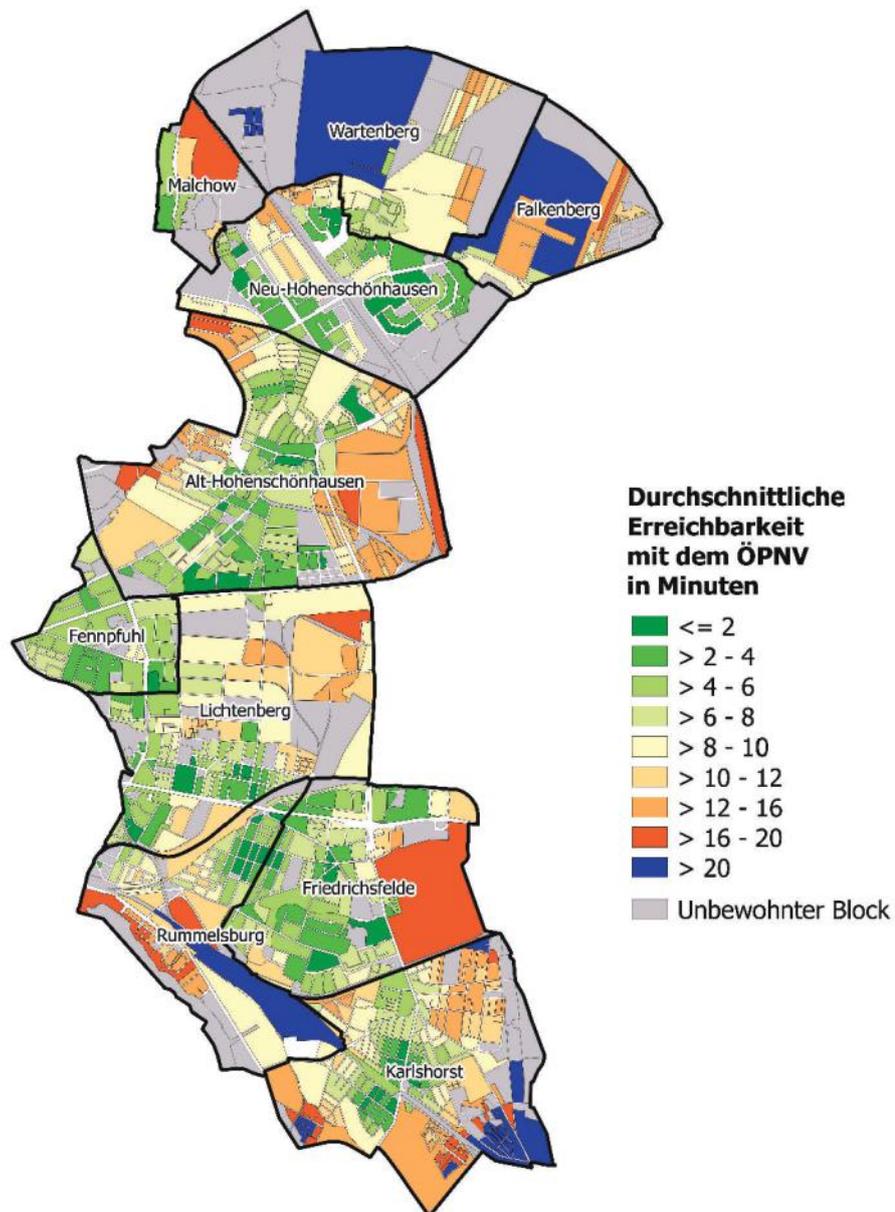
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 25: Lichtenberg, Wegezeiten Gehen, Psychotherapeuten



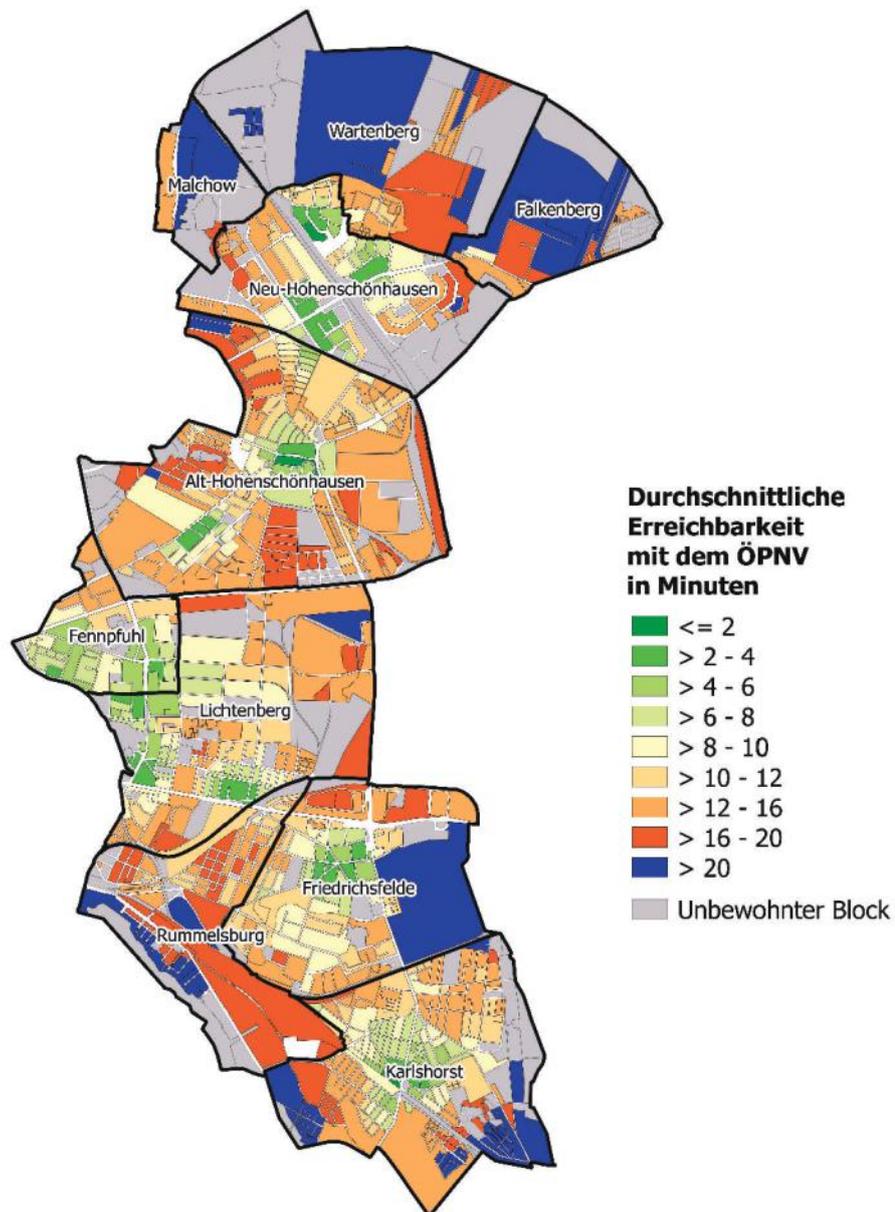
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 26: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Hausärzte



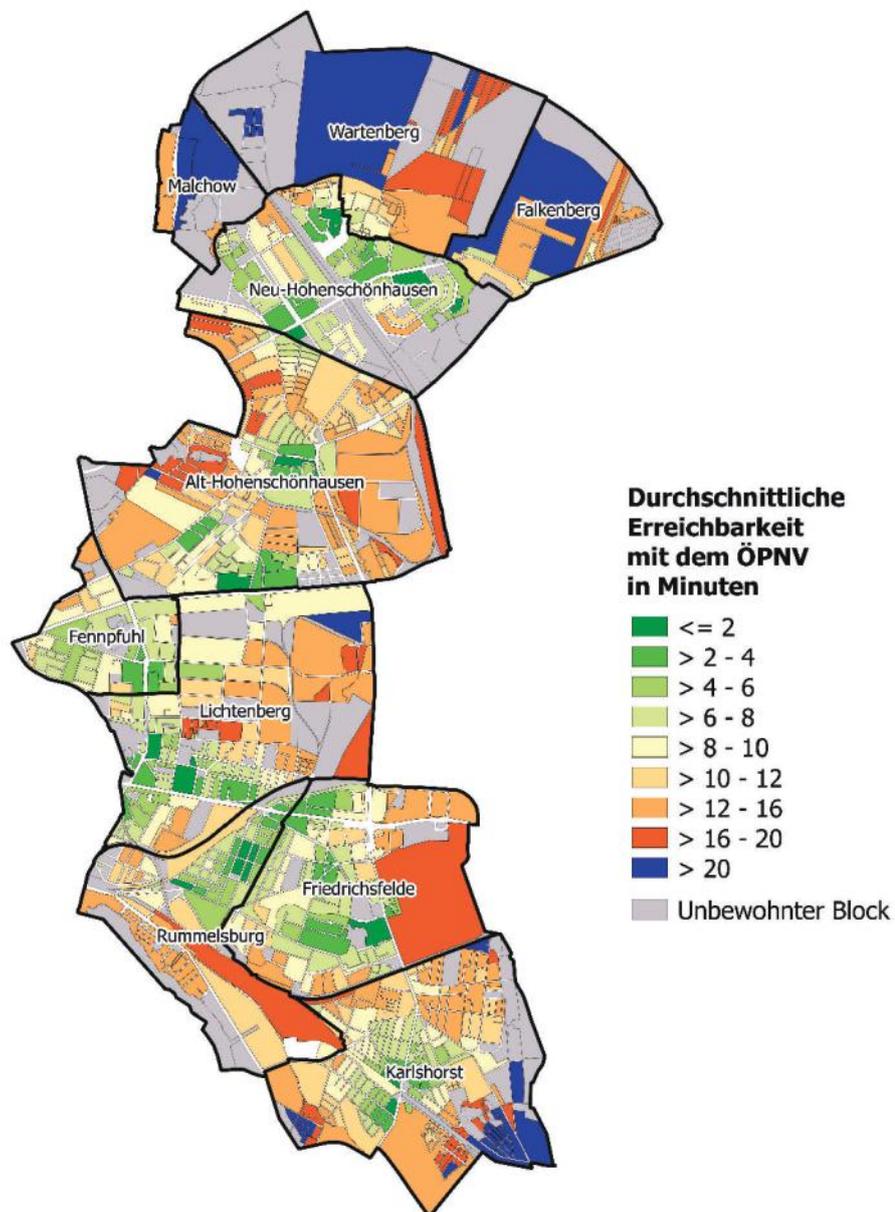
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 27: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Augenärzte



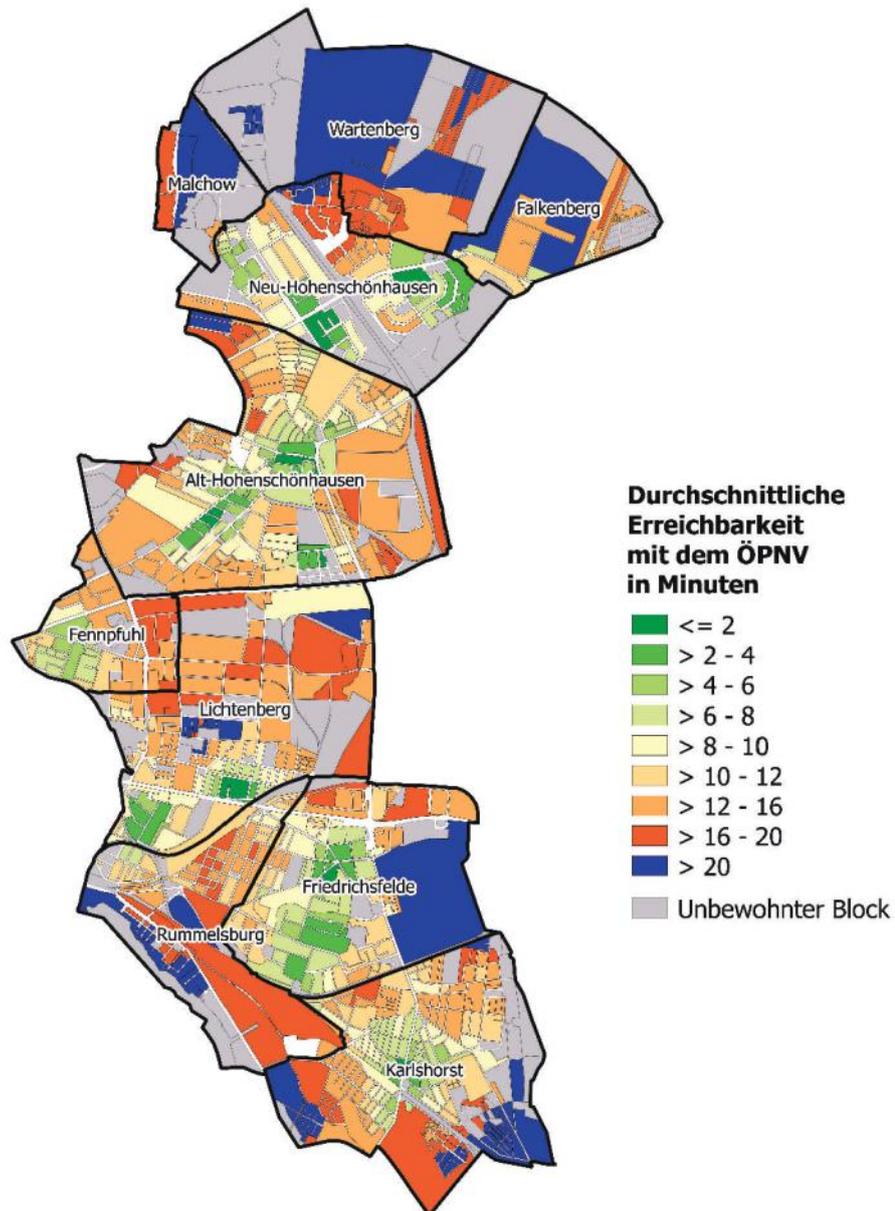
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 28: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Frauenärzte



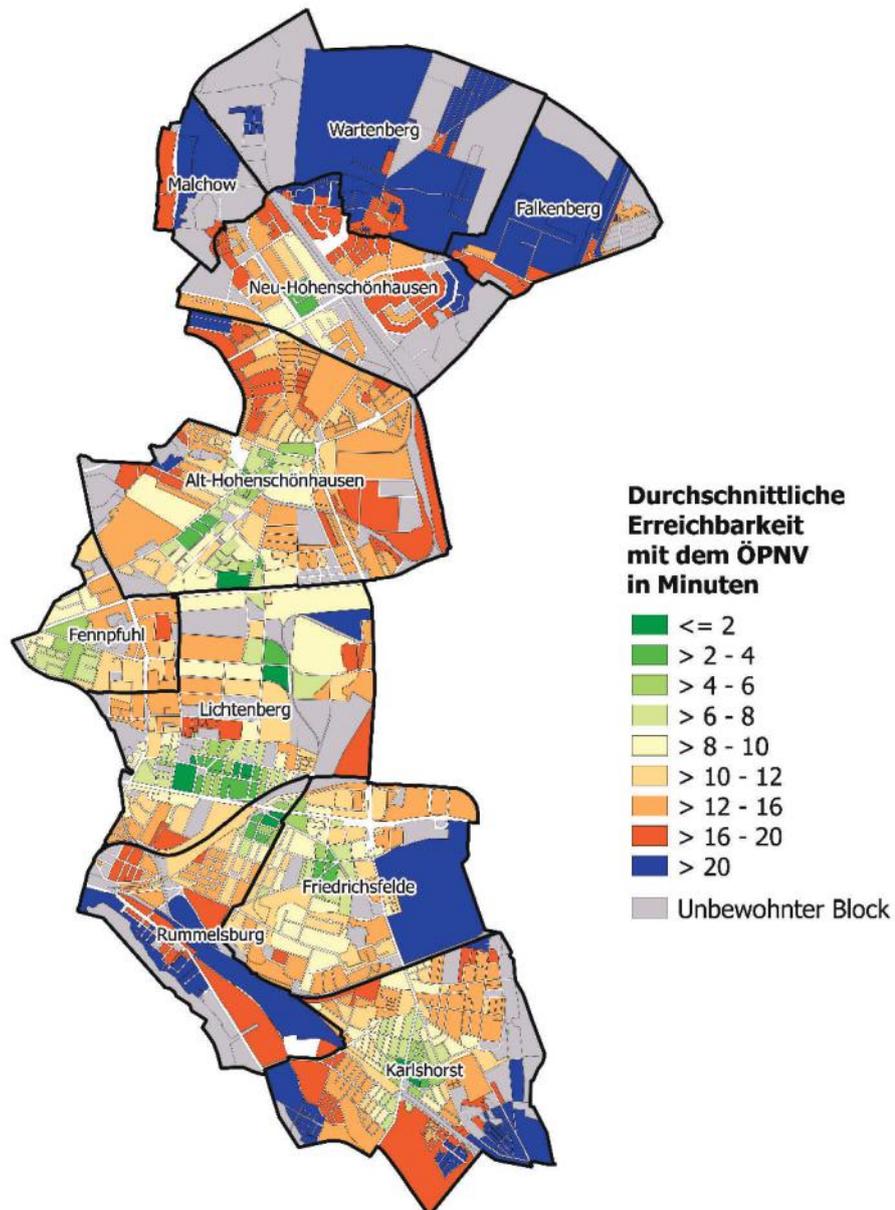
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 29: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Kinderärzte



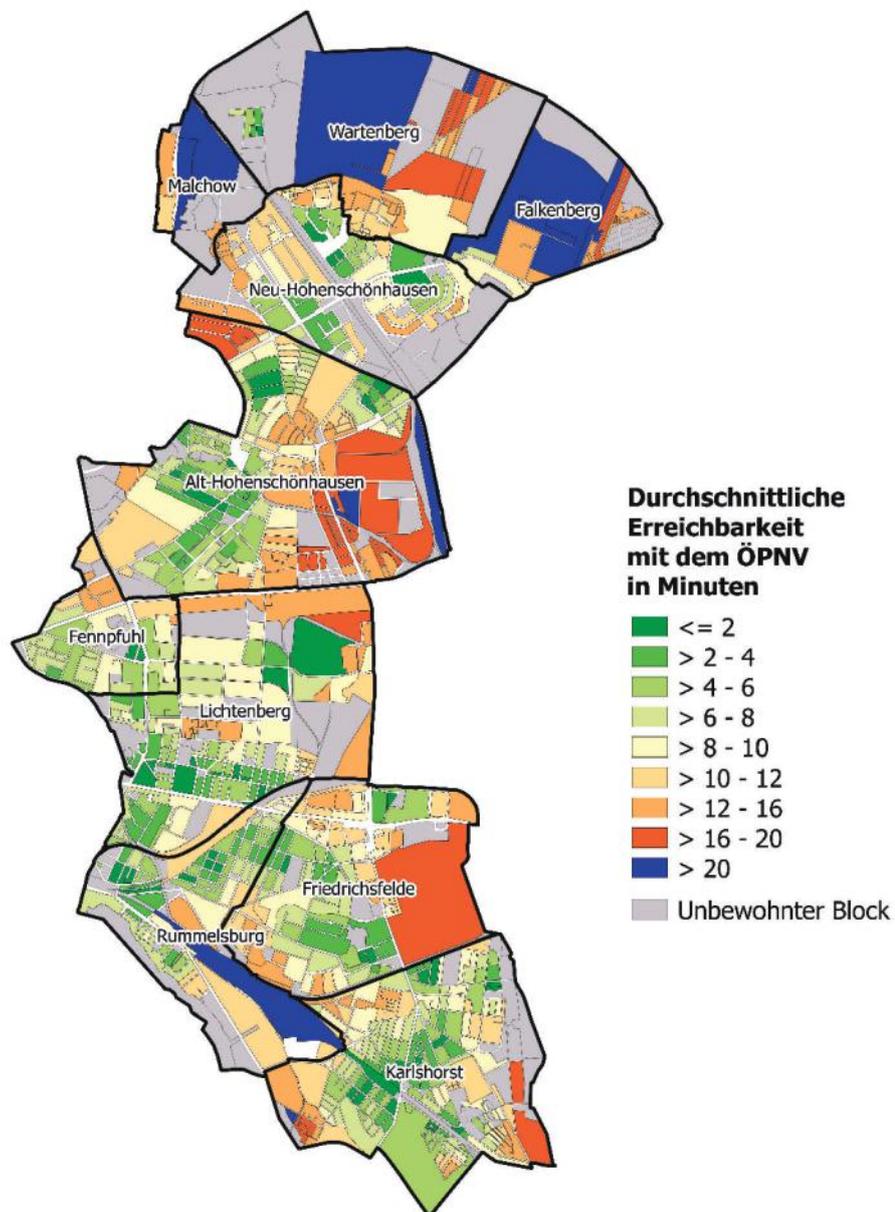
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 30: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Orthopäden



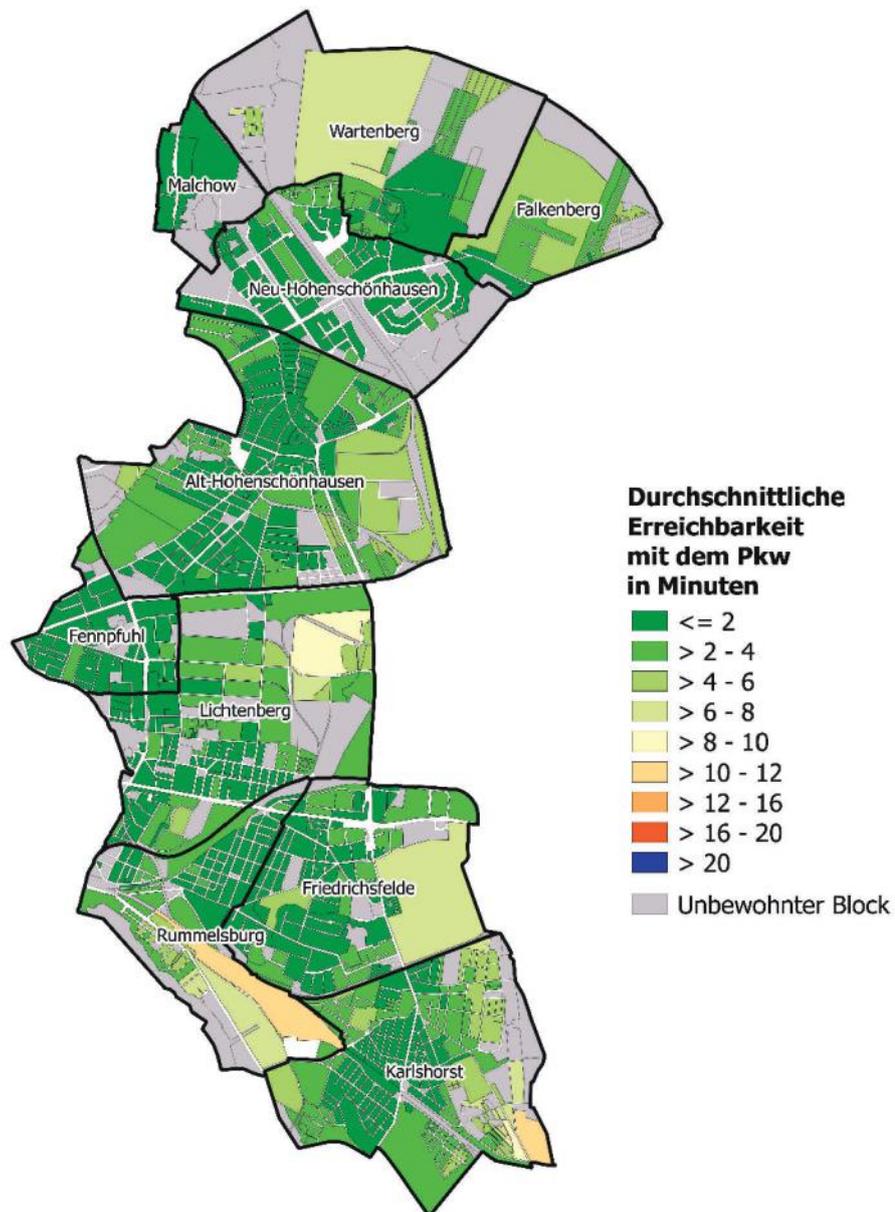
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 31: Lichtenberg, Wegezeiten ÖPNV, Psychotherapeuten



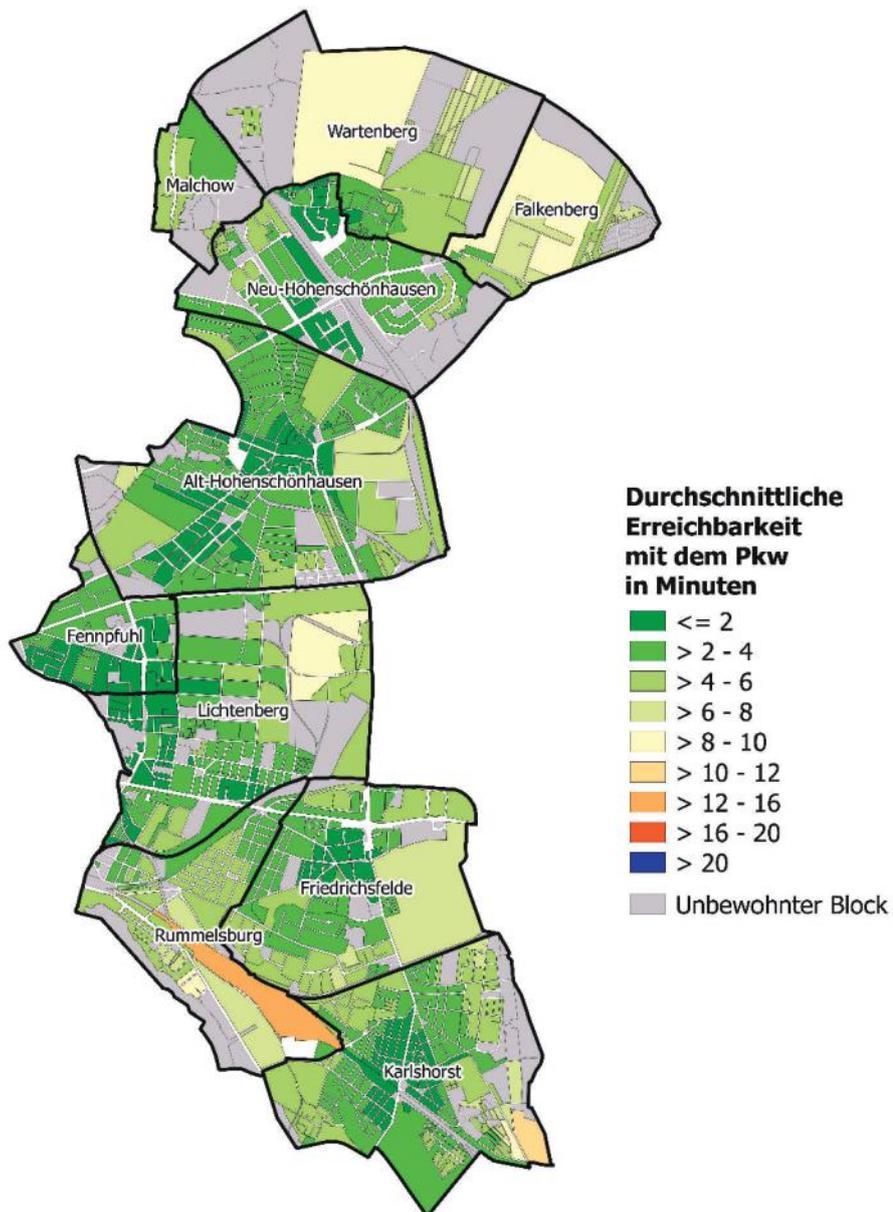
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 32: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Hausärzte



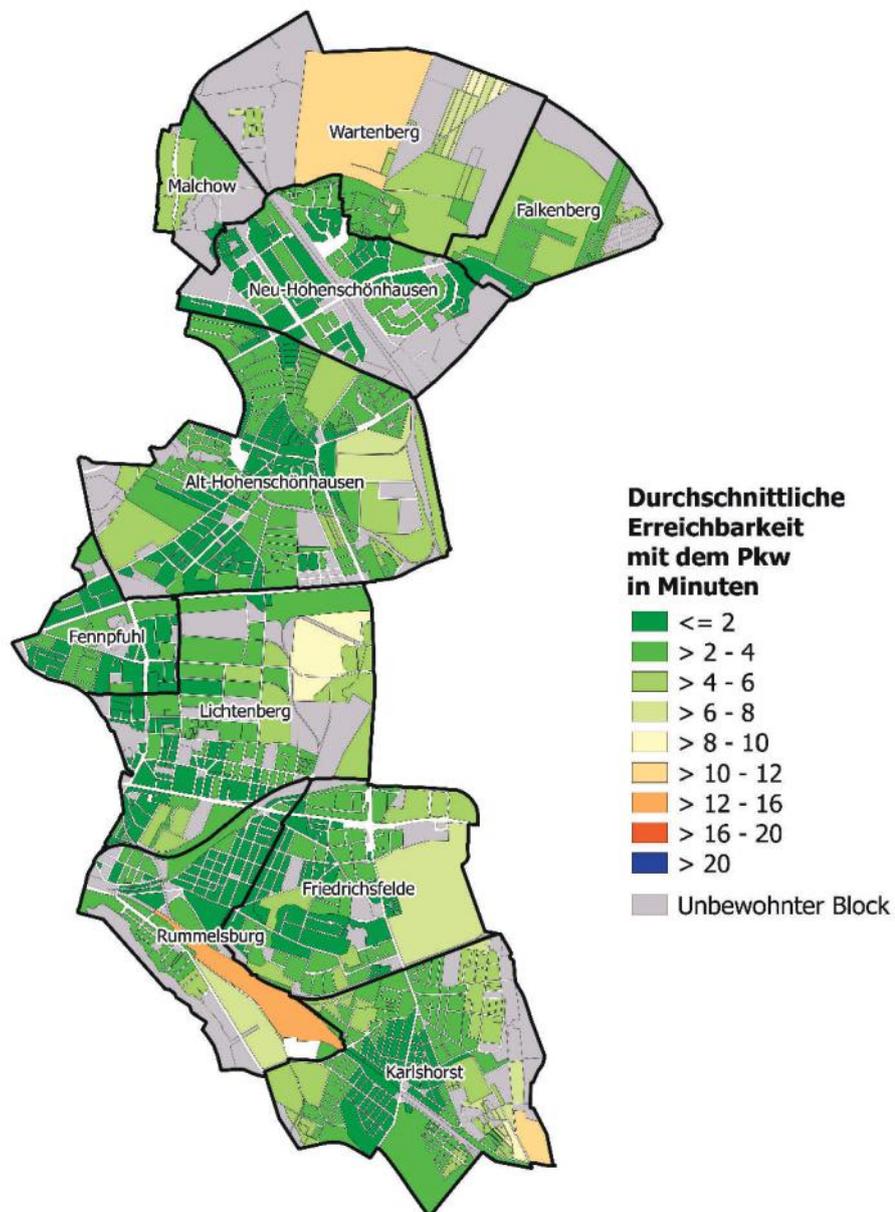
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 33: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Augenärzte



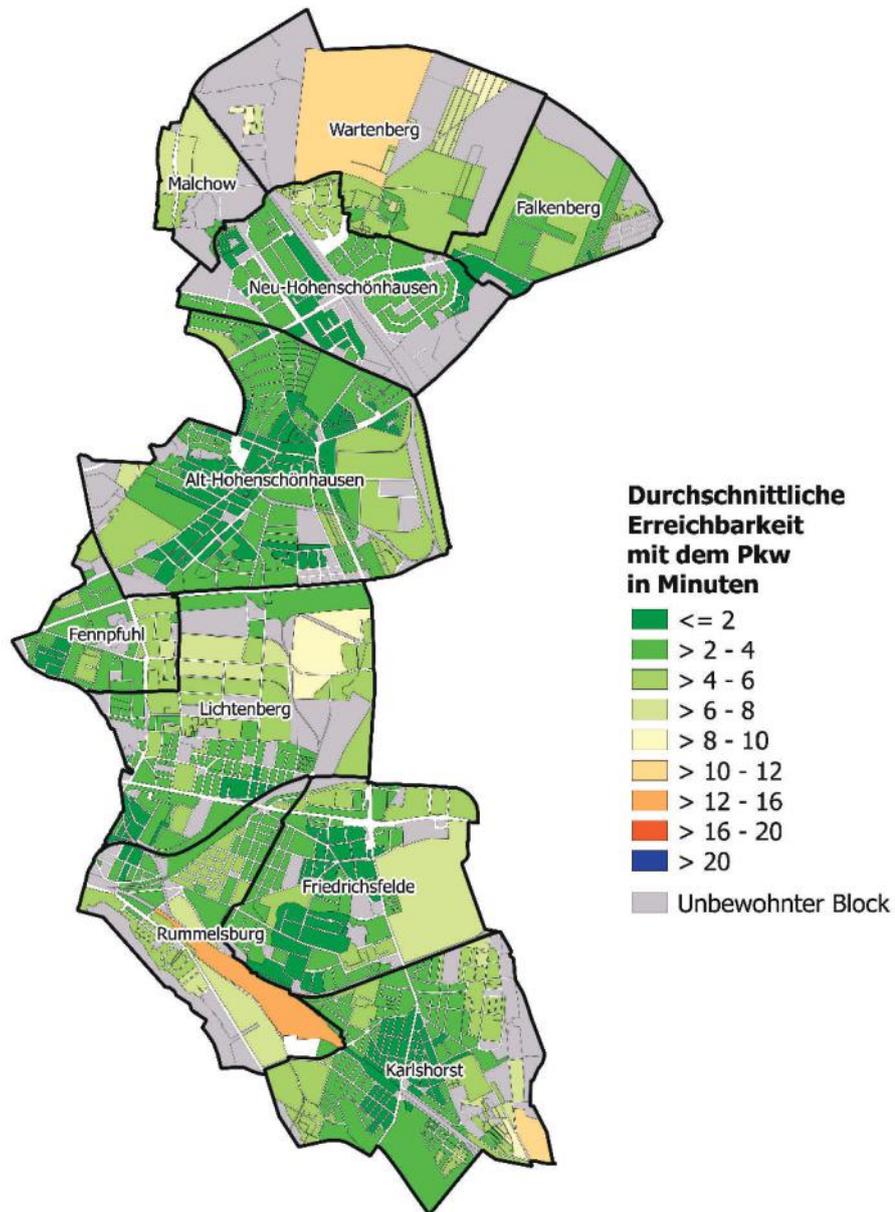
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 34: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Frauenärzte



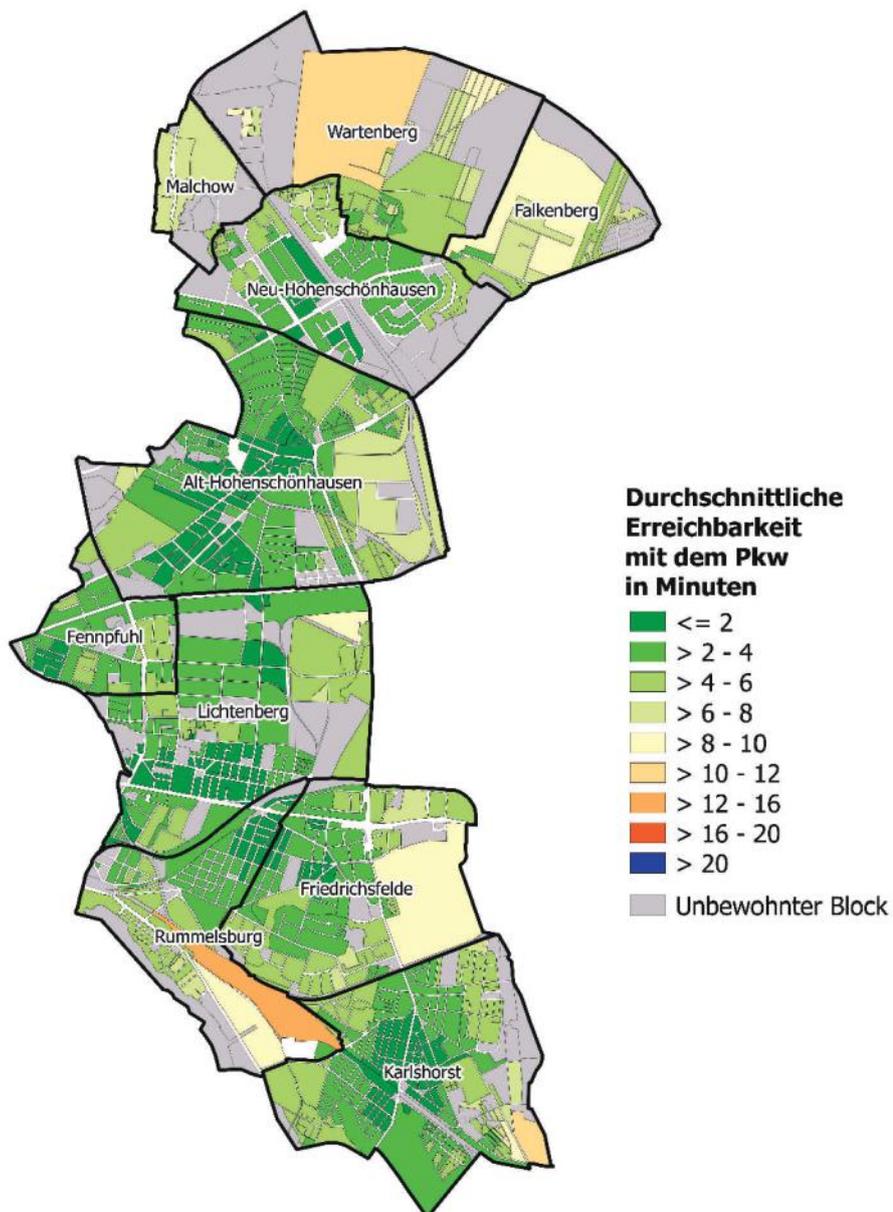
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 35: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Kinderärzte



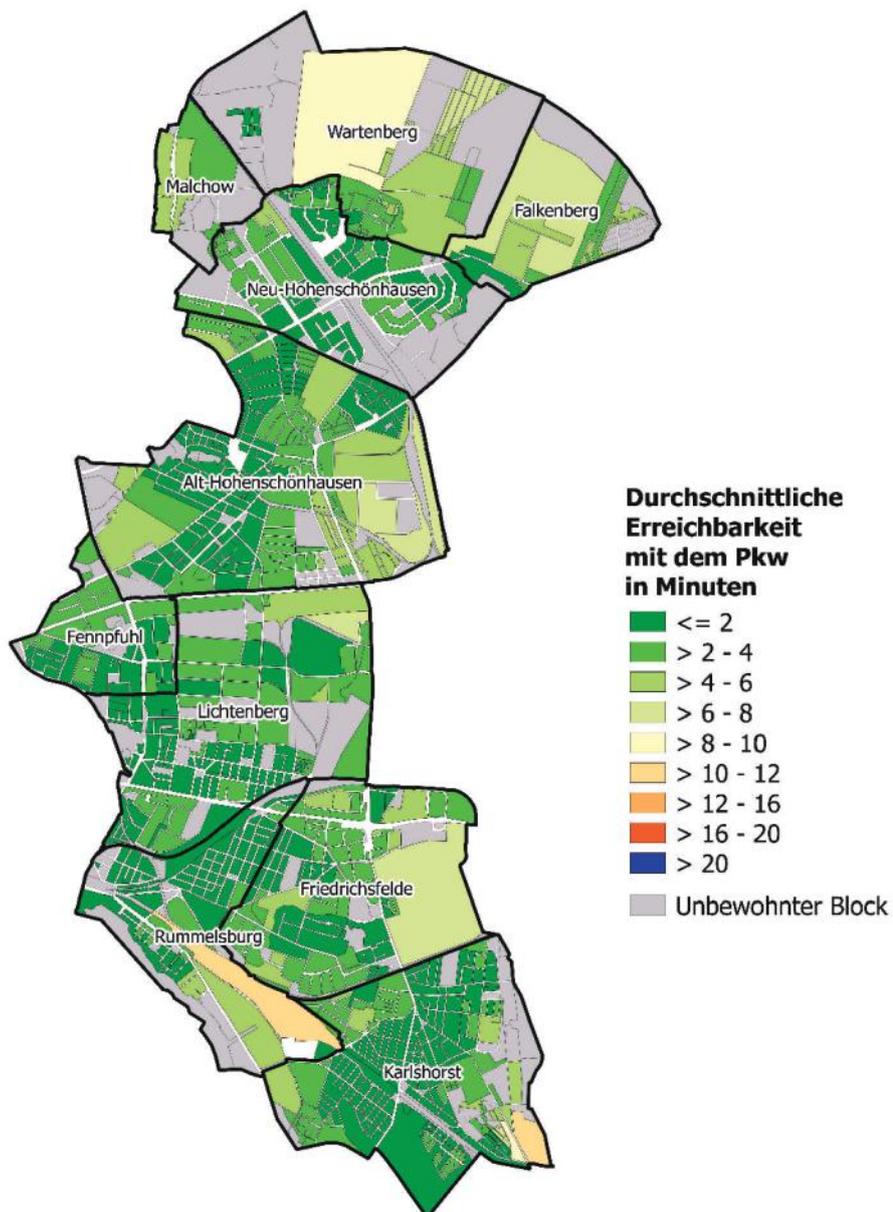
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 36: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Orthopäden



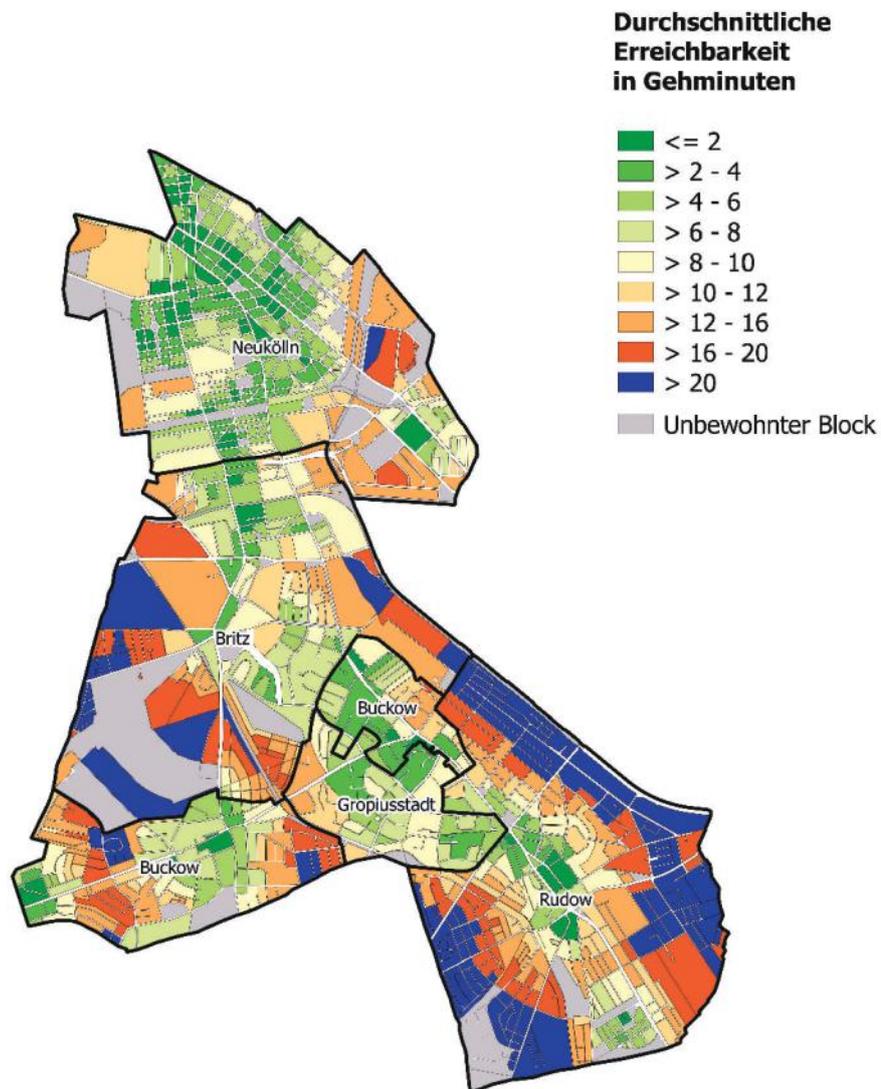
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 37: Lichtenberg, Wegezeiten MIV, Psychotherapeuten



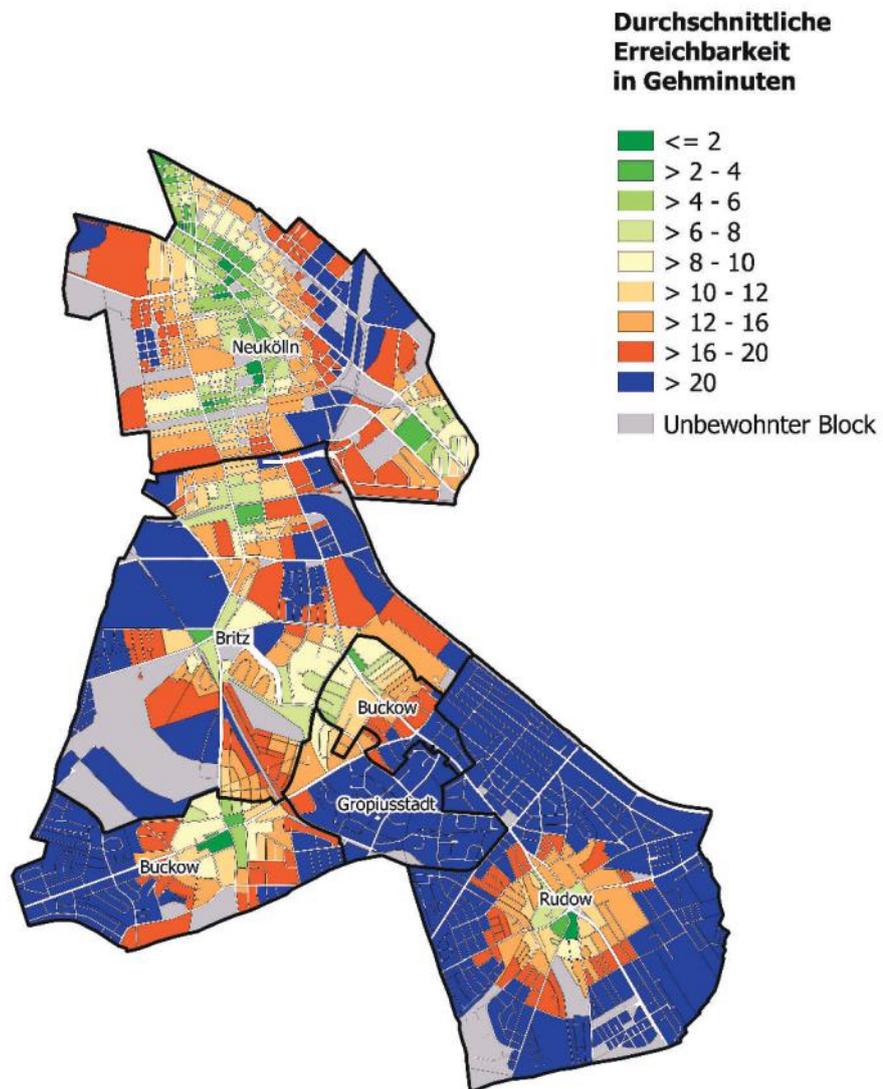
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 38: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Hausärzte



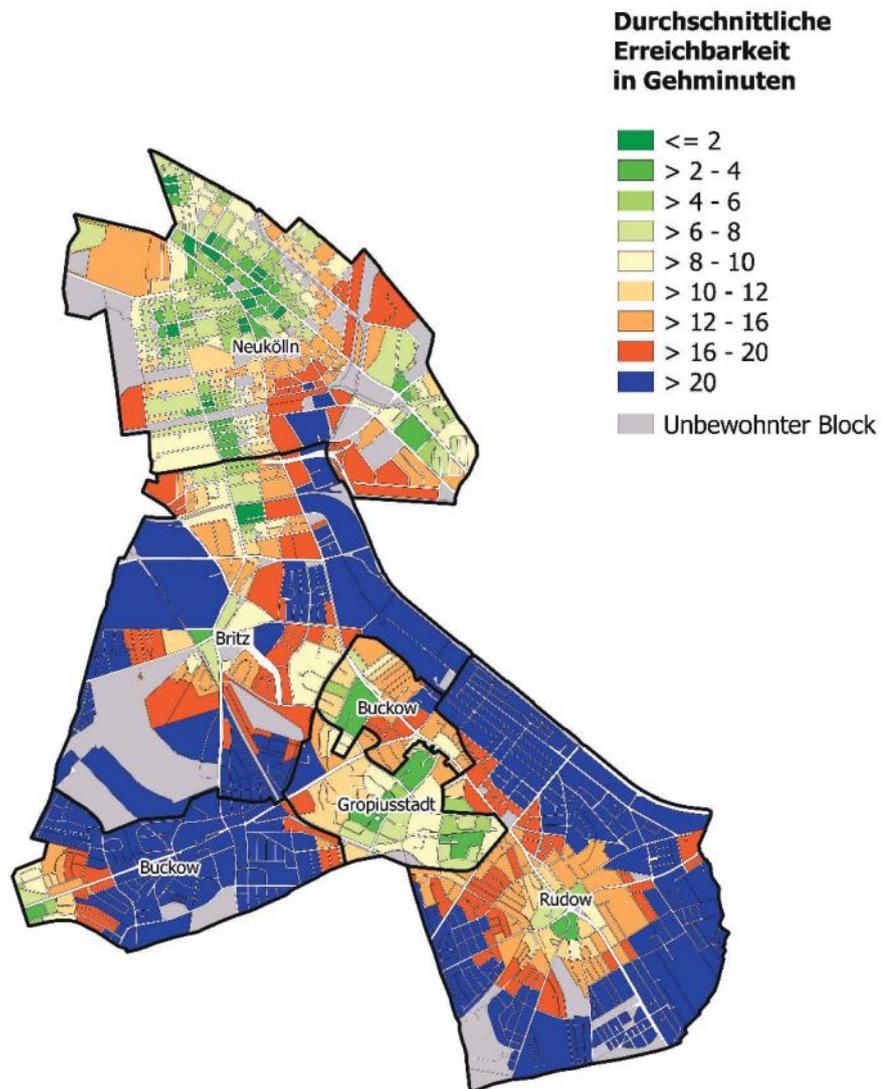
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 39: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Augenärzte



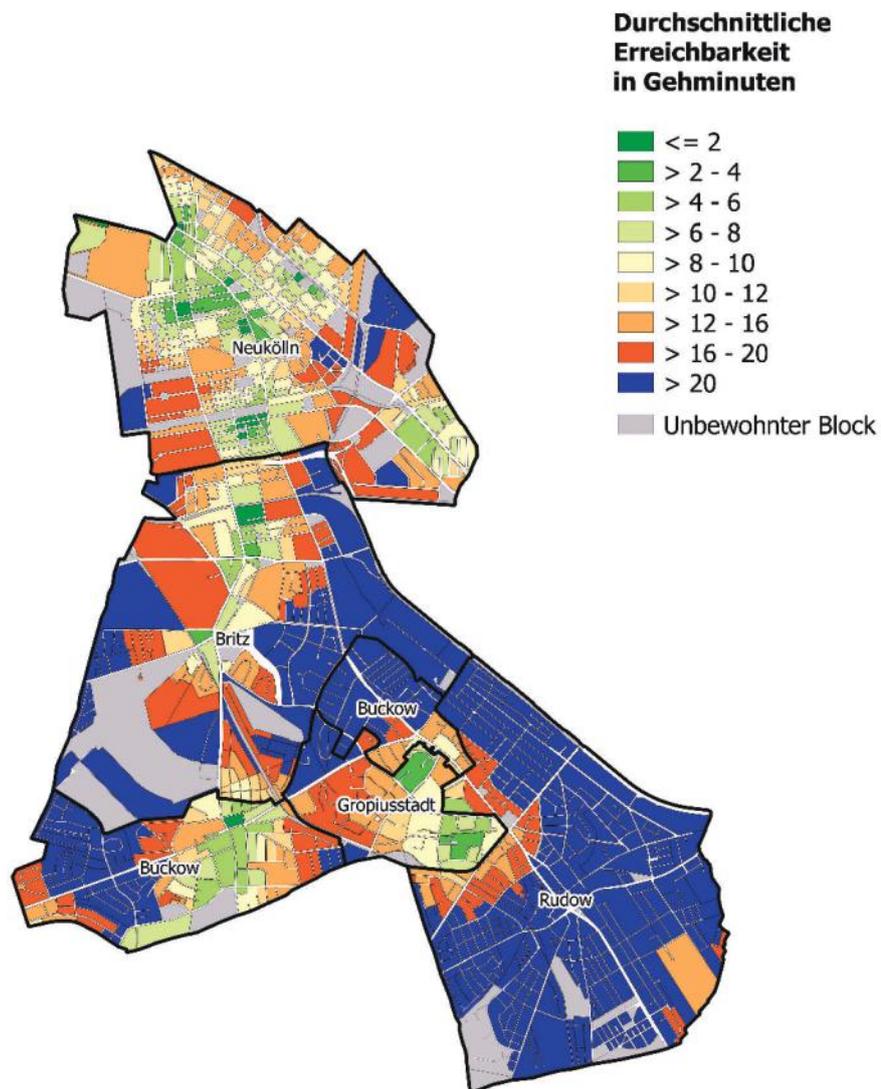
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 40: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Frauenärzte



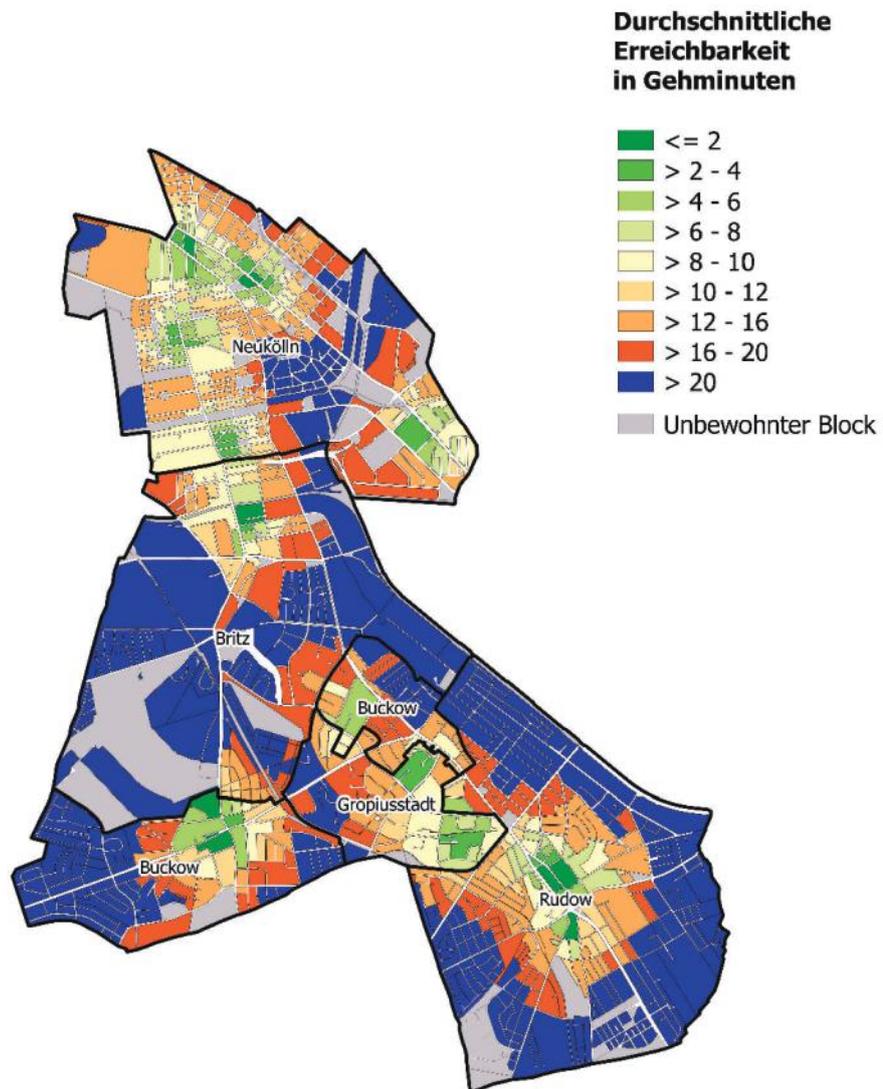
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 41: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Kinderärzte



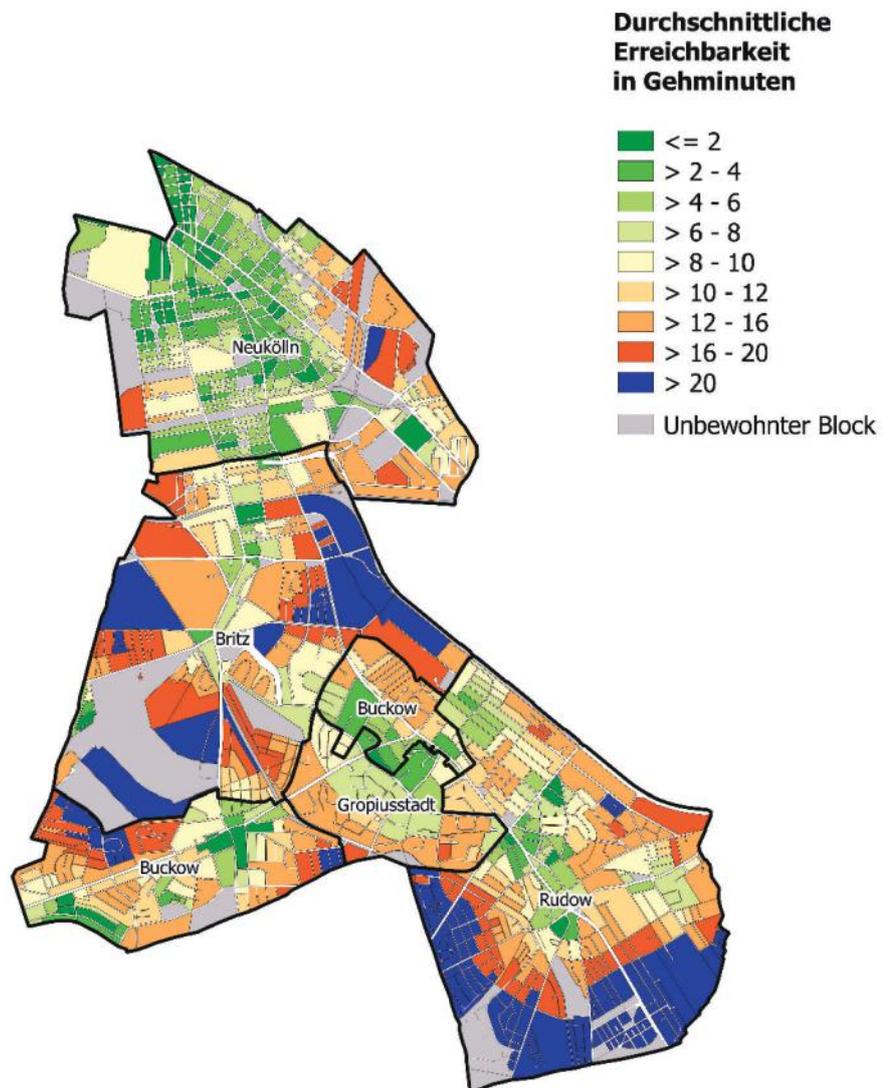
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 42: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Orthopäden



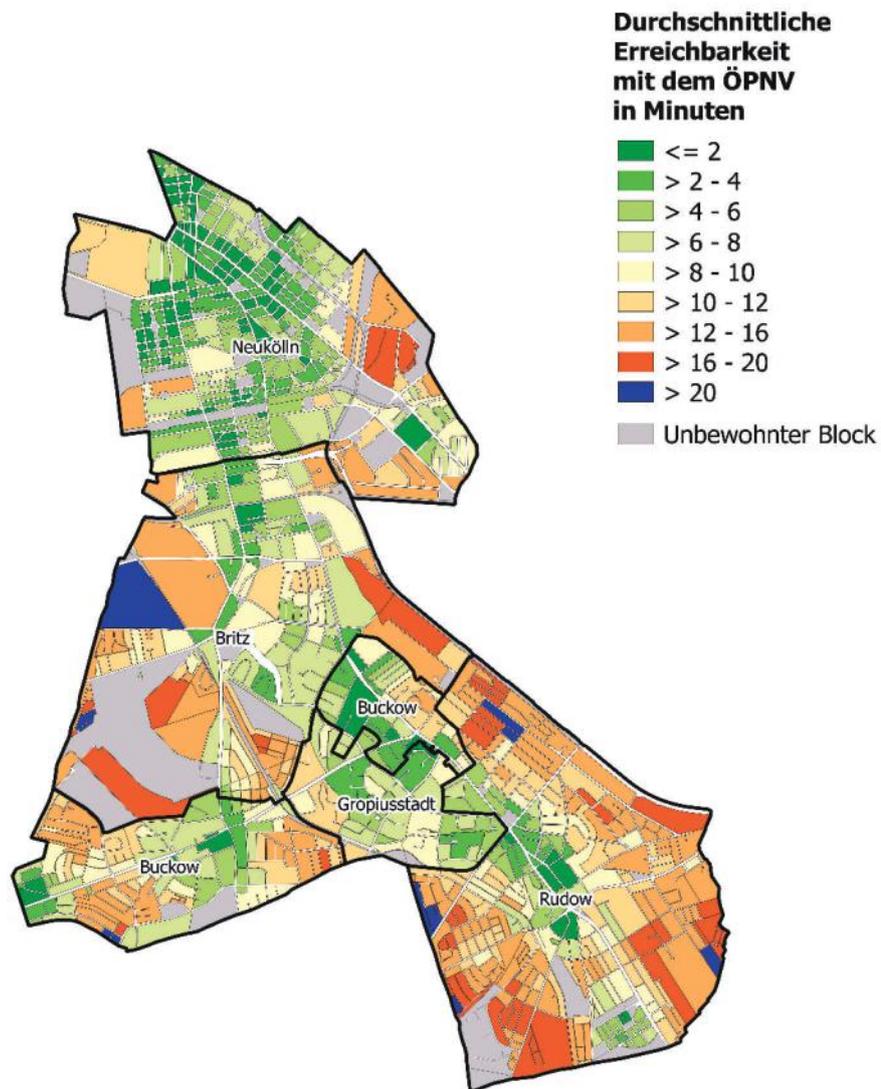
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 43: Neukölln, Wegezeiten Gehen, Psychotherapeuten



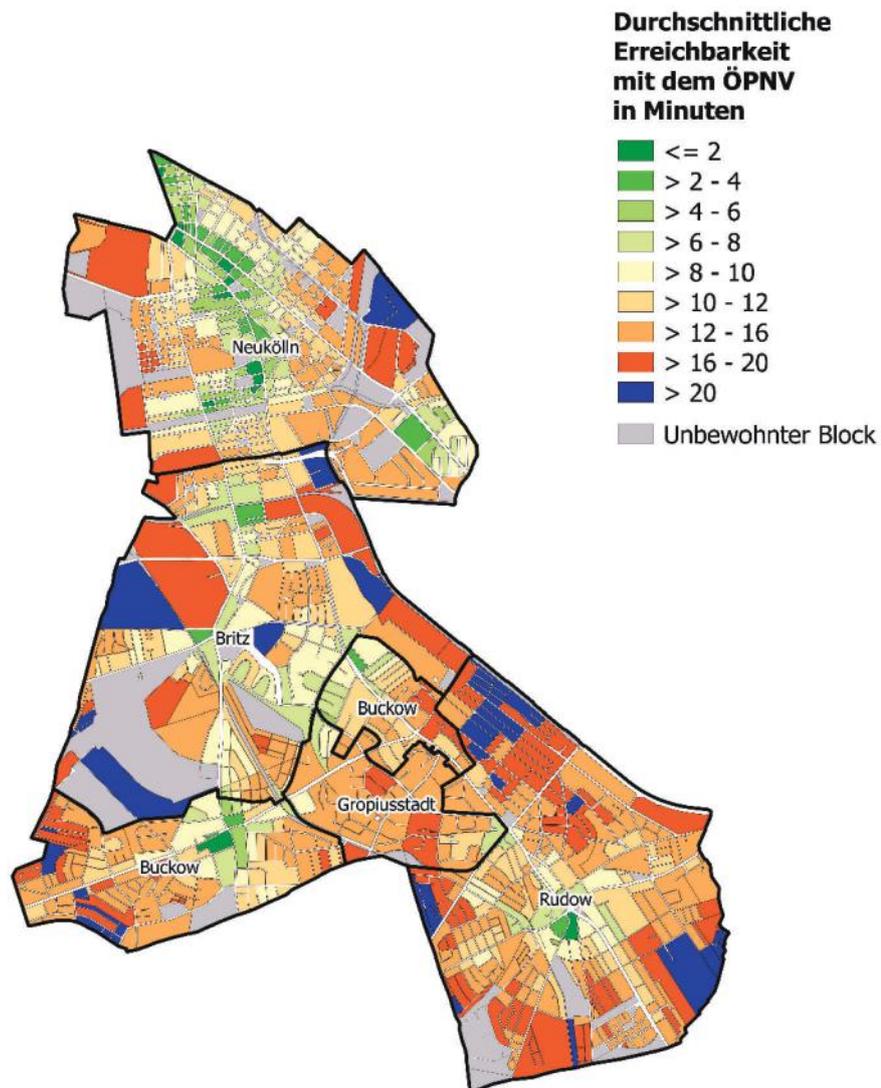
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 44: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Hausärzte



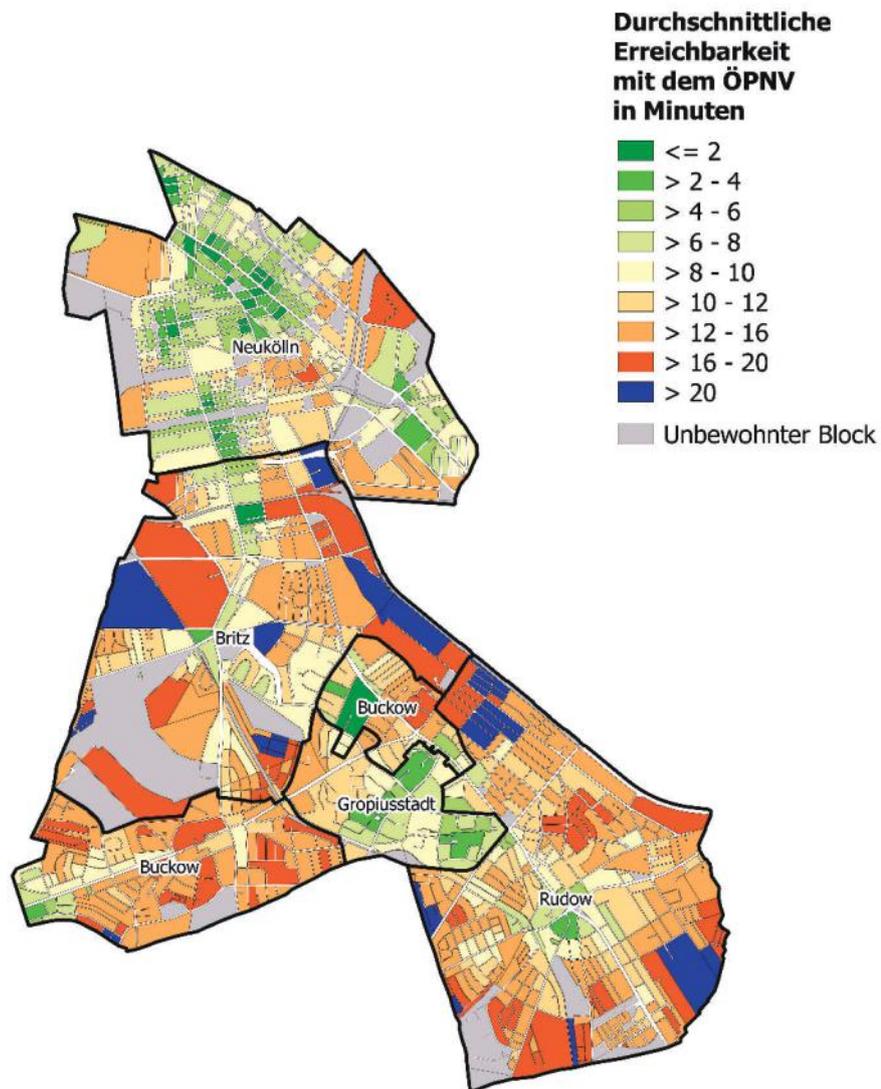
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 45: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Augenärzte



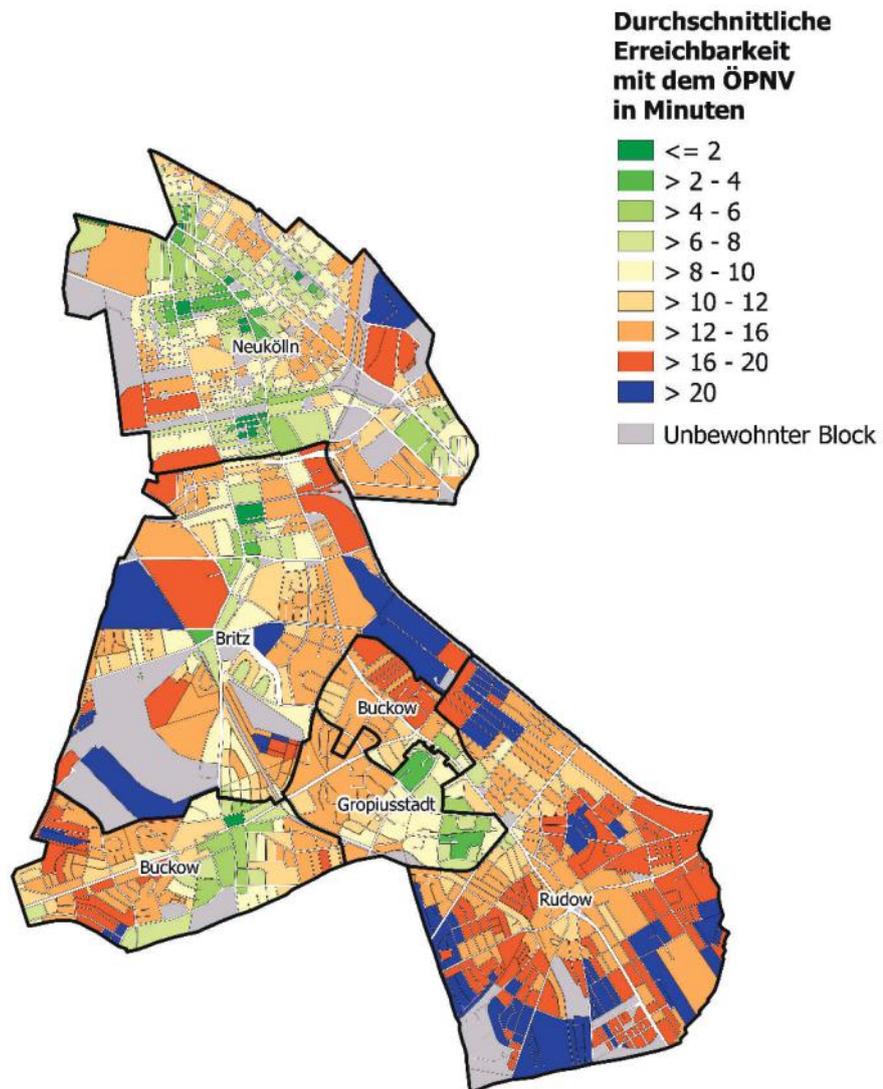
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 46: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Frauenärzte



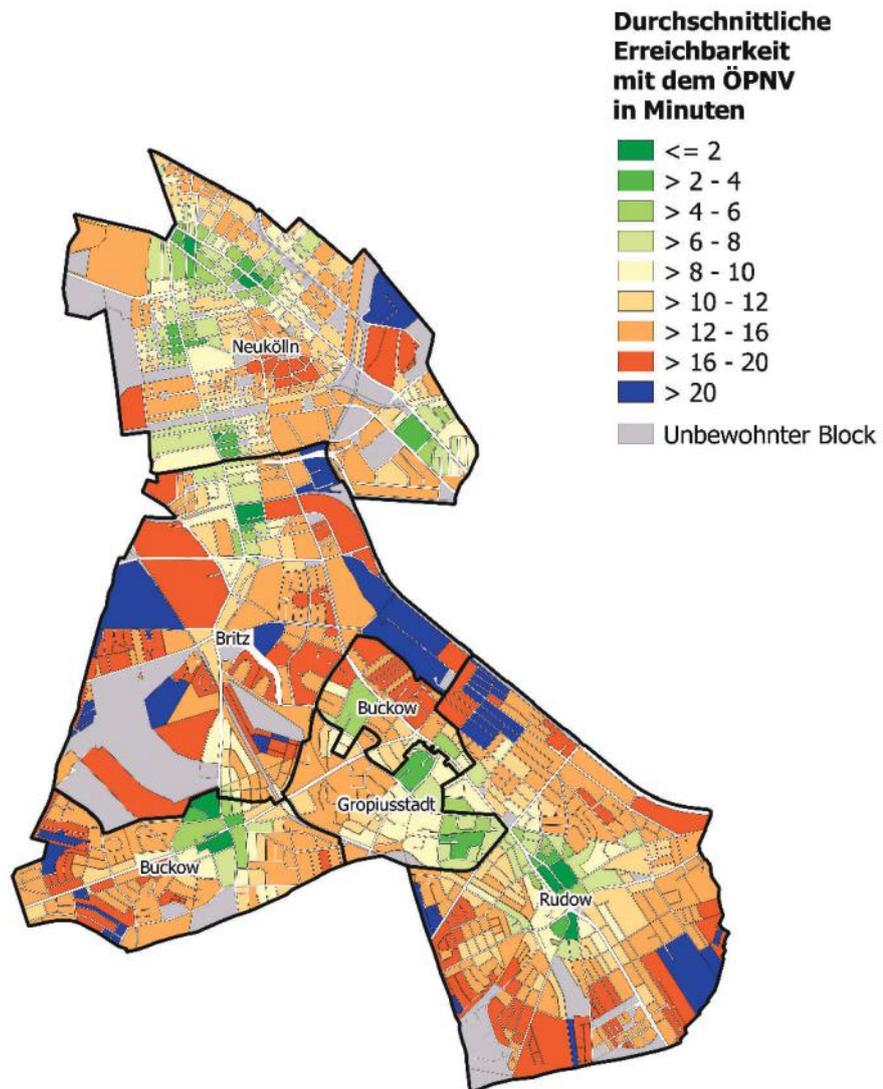
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 47: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Kinderärzte



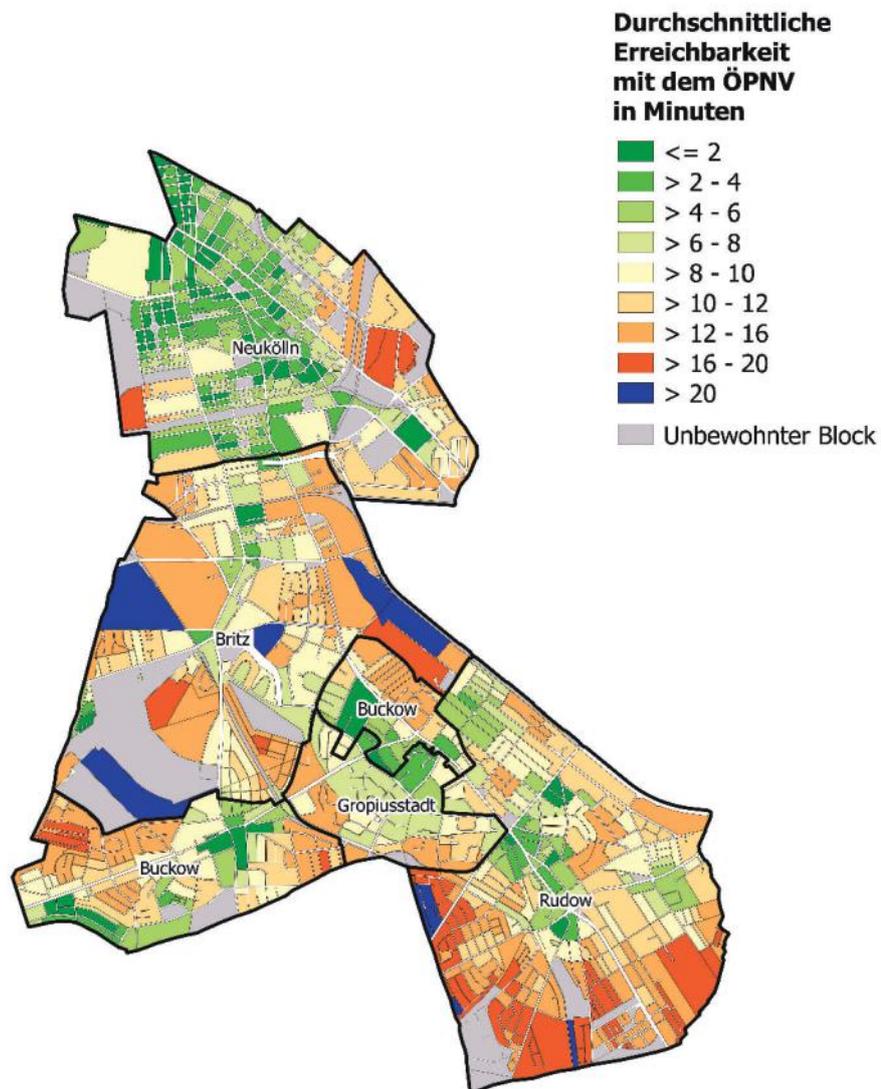
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 48: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Orthopäden



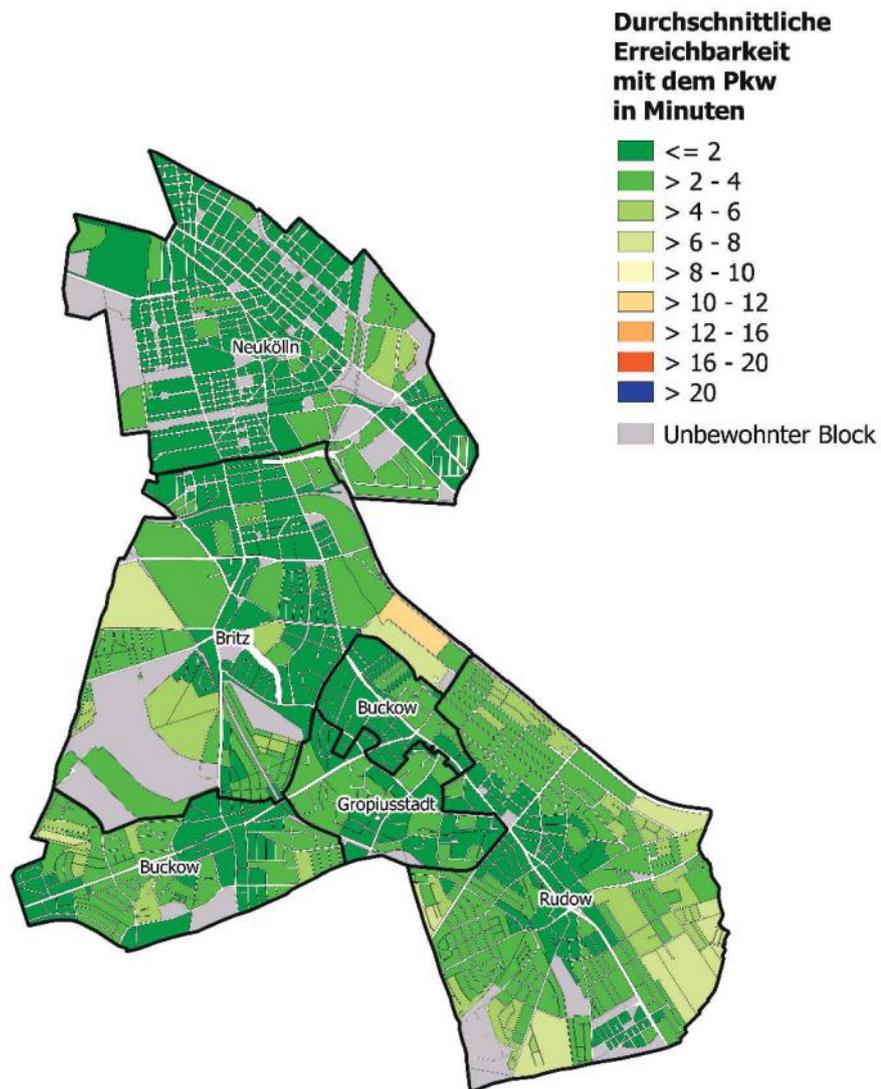
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 49: Neukölln, Wegezeiten ÖPNV, Psychotherapeuten



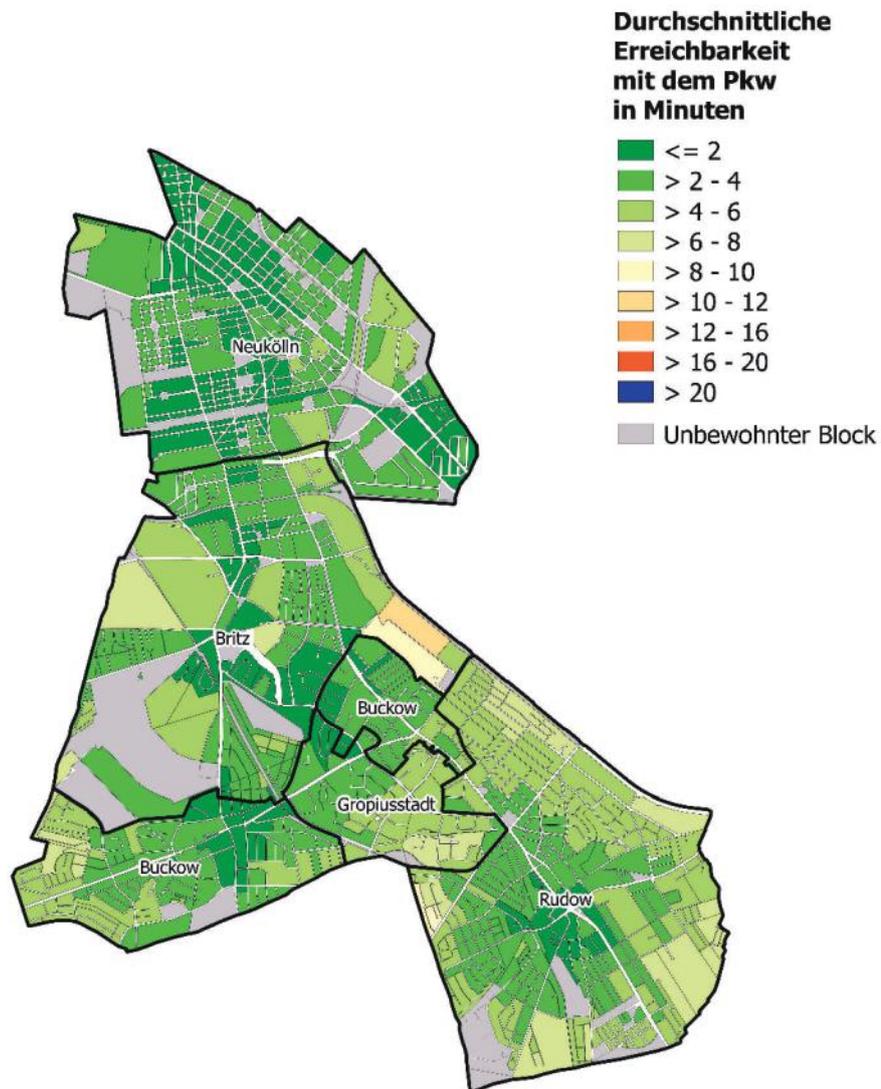
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 50: Neukölln, Wegezeiten MIV, Hausärzte



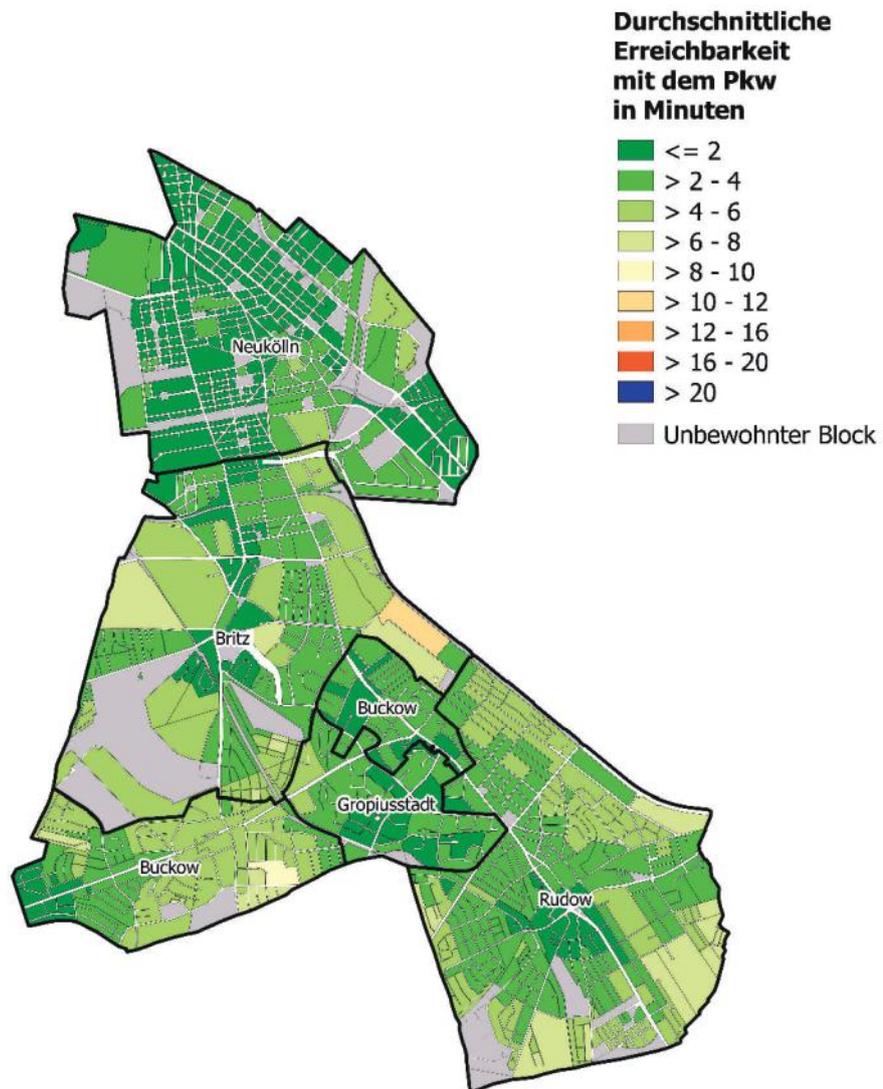
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 51: Neukölln, Wegezeiten MIV, Augenärzte



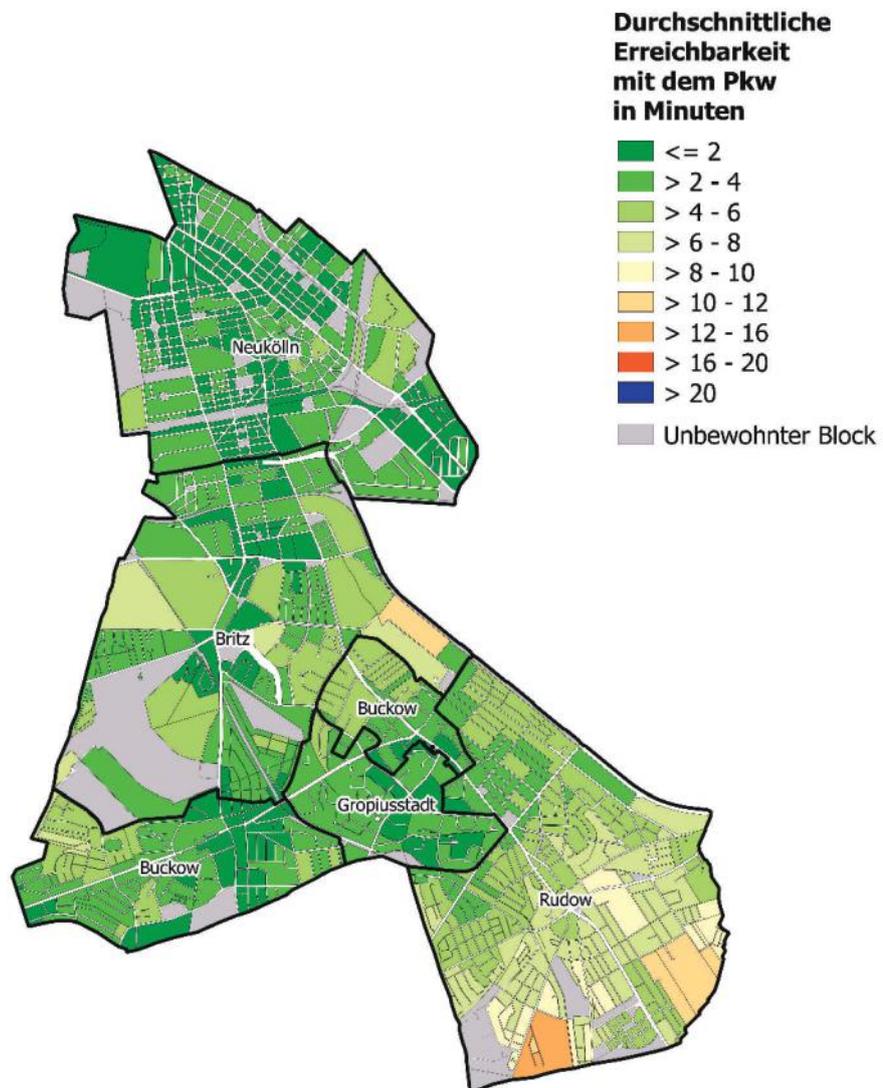
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 52: Neukölln, Wegezeiten MIV, Frauenärzte



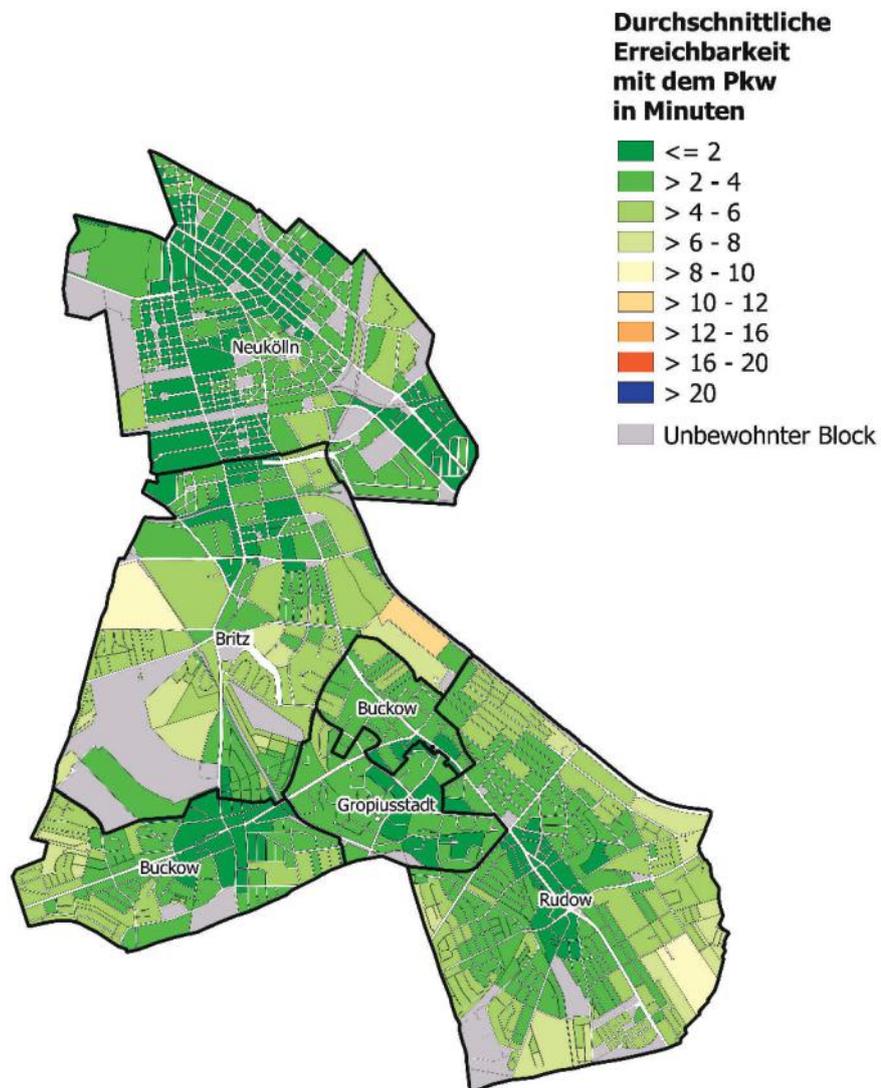
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 53: Neukölln, Wegezeiten MIV, Kinderärzte



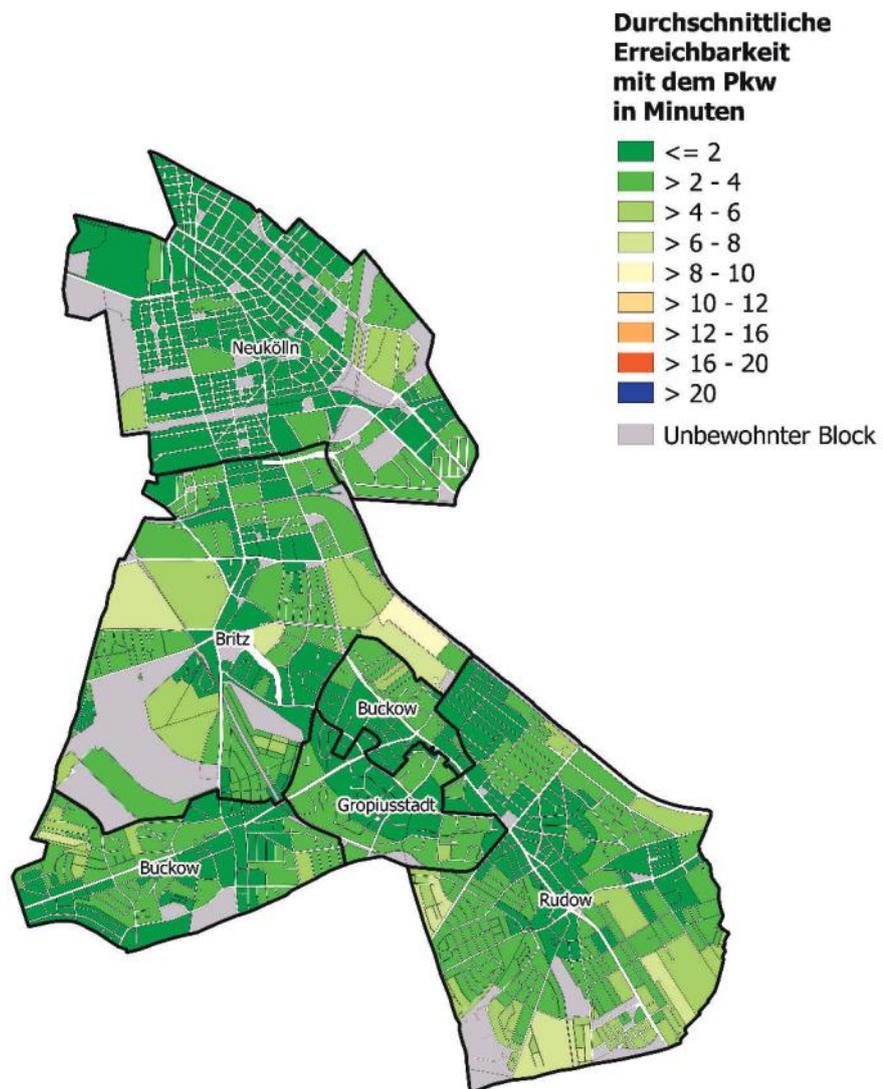
Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 54: Neukölln, Wegezeiten MIV, Orthopäden



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Abbildung 55: Neukölln, Wegezeiten MIV, Psychotherapeuten

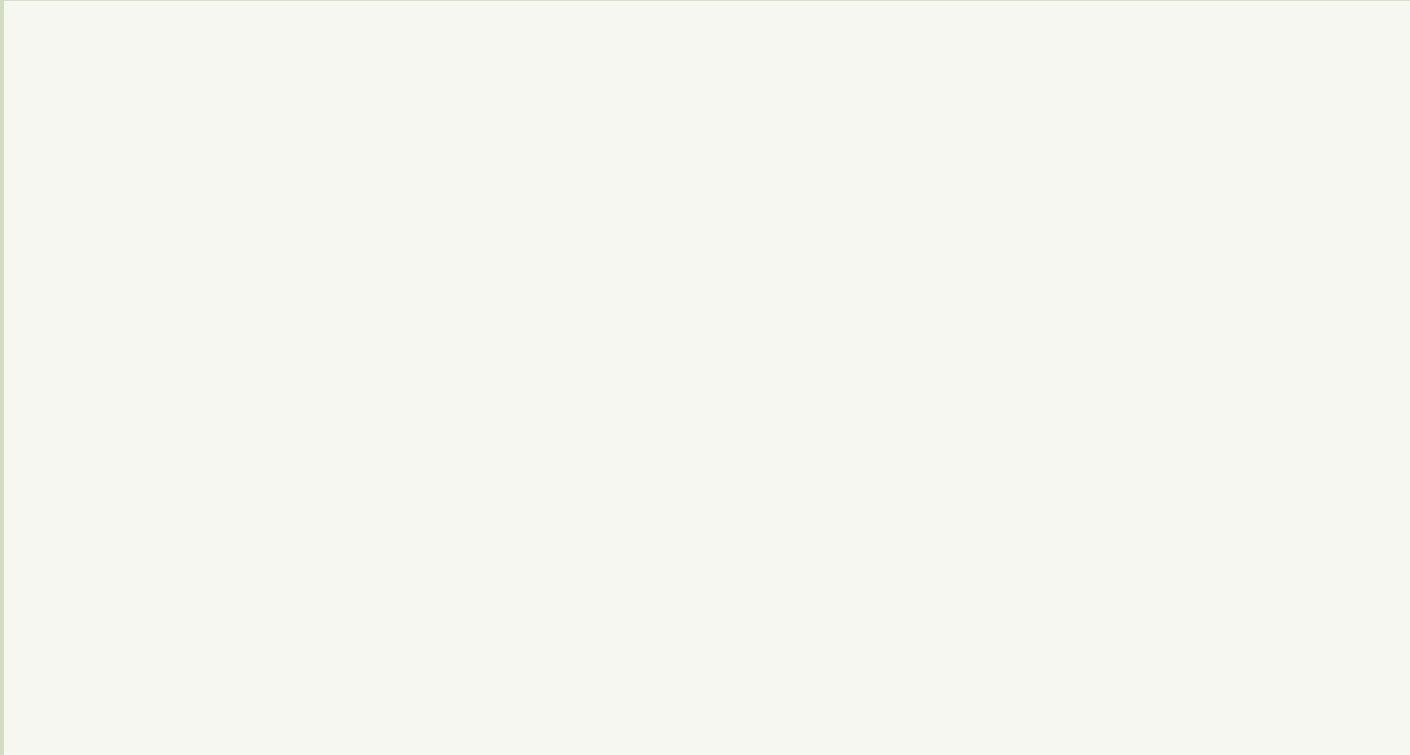


Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, OpenStreetMap, KV Berlin, KV Brandenburg.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Nolting H-D, Schliwen A & Schwinger A (2012): Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Albrecht M, Ochmann R, Jacobi F, Bretschneider J, Thom J, Müllender S & Becker M (2016): Bedarfsplanung Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublicationen/FC_Psychotherapeuten_Studie_final.pdf (Abruf am 25.01.2017)
- Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/IGES-Bericht-Ambulantes_Potential-Teil_II-final-2016_07_19.pdf (Abruf am 25.01.2017).
- Bauer J, Brueggmann D, Ohlendorf D, Groneberg DA (2016): General practitioners in German metropolitan areas – distribution patterns and their relationship with area level measures of the socioeconomic status. BMC Health Services Research (2016) 16:672. DOI 10.1186/s12913-016-1921-5.
- Bezirksamt Neukölln von Berlin (2016a): Neuköllner Gesundheitsbericht. Zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung 2016.
- Bezirksamt Neukölln von Berlin (2016b): Sozialbericht Neukölln. Zur sozialen Lage der Bevölkerung 2016.
- Czaja M, Meinschmidt G, Bettge S (2012): Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung – Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte. Gesundheit und Sozial G+S, 3/2012.
- Dräther H, Mostert C (2016): Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer, in: Klauber J et al. (Hrsg): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart, 43-62.
- Fülop G, Kopetsch T, Schöpe P (2009): Einzugsbereiche von Arztpraxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten. In: Strobl J, Blaschke T, Griesebner G. (Hrsg.): Angewandte Geoinformatik 2009. Beiträge zum 21. AGIT-Symposium Salzburg. Heidelberg, S. 218–227.
- Gemeinsames Landesgremium Berlin (2013): Letter of Intent: Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013. http://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/themen/ambulante-versorgung/2013_09_18_letter_of_intent.pdf (Abruf am 25.01.2017).
-

- Gemeinsames Landesgremium Berlin (2014): Zwischenbericht zum LoI der Arbeitsgruppe zur Bedarfsplanung. http://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/themen/ambulante-versorgung/2014-12-02_zwischenbericht_zum_loi.pdf (Abruf am 25.01.2017).
- Gemeinsames Landesgremium Berlin (2016a): Beschluss des Gemeinen Landesgremiums nach § 90a SGB V in Berlin. https://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/themen/ambulante-versorgung/2016-06-14_beschluss_loi_bedarfsplanung.pdf. (Abruf am 25.01.2017).
- Gemeinsames Landesgremium Berlin (2016b): Bericht der AG Bedarfsplanung zum Letter of Intent: Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013. https://www.berlin.de/sen/gesundheit/assets/themen/ambulante-versorgung/2016-06-14_bericht_loi_bedarfsplanung.pdf (Abruf am 25.01.2017).
- KBV (2016): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016: Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. April/Mai 2016. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. http://www.kbv.de/media/sp/2016_KBVregional.pdf. S. 44–49. (Abruf am 25.01.2017).
- KV Berlin (2016a): Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, unter: <https://www.kvberlin.de/60arztsuche/> (Abruf am 25.01.2017)
- KV Berlin (2016b): Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, unter: <https://www.kvberlin.de/60arztsuche/schnellsuchep.html> (Abruf am 25.01.2017)
- KV Brandenburg (2016): Arztsuche Brandenburg, unter: <http://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb/ases.jsf> (Abruf am 25.01.2017).
- Nolting HD, Rellecke J (2013): Patientenorientierte Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung: Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in zwei Berliner Bezirken zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung, Abschlussbericht, Berlin.
- Pieper J, Schweikart J (2015): Dokumentation zur kleinräumigen Analyse der vertragsärztlichen Versorgungssituation in Berlin 2015. Unveröffentlichtes Material, das im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) und der Beuth Hochschule für Technik Berlin (BHT) erstellt wurde.
- SenGesSoz (2014): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.). Berlin. ISSN 1617-9250.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

