

Gemeinsame gesundheitspolitische Forderungen

1. Einführung bezirklicher Planungsregionen

a. Aufteilung des Planungsraumes Gesamtberlin

Um die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe von Regionen kleinräumig berücksichtigen zu können, gab die 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegte Bedarfsplanungs-Richtlinie vor, die Zulassungsbezirke der Kassenärztlichen Landesvereinigungen in Planungsregionen aufzuteilen. Die Spezialisierung und damit das Einzugsgebiet eines Arztes sollte so in der Planung Berücksichtigung finden – sowie auch die regionalen Bedarfe und Besonderheiten der verschiedenen Planungsregionen. Der gesamte Zulassungsbezirk Berlin besteht allerdings nur aus einer einzigen Planungsregion, womit sich die Bedarfsplanung auf diesen gesamten Raum bezieht und den jedoch sehr unterschiedlichen kleinräumigen Erfordernissen der Bezirke nicht gerecht wird. Im sogenannten „Letter of Intent“ (2013) des Gemeinsamen Landesgremiums haben die Partner der Bedarfsplanung zwar beschlossen, eine Versorgungssteuerung auf Bezirksebene anzustreben – allerdings beruht diese auf unzureichenden Bedarfsberechnungen und zeigte bisher kaum Wirkung im Ausgleich der großen bezirklichen Versorgungsunterschiede. Die Steuerungsmöglichkeiten innerhalb der Planungsregion Berlin, die sich auf die Zustimmung zu Praxisverlagerungen beschränkt, scheint nicht in ausreichendem Maße geeignet, die Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung auf Bezirksebene zu ersetzen.

b. Zielvereinbarungen direkt zwischen Bezirk und KV

Die Einführung von Planungsregionen auf Bezirksebene sollte zudem direkte Zielvereinbarungen zwischen dem Bezirk und der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglichen. Die Bezirke sollten möglichen besonderen Versorgungsbedarf geltend machen können und durch ihr regionales Wissen Bedarfsplanungen mitgestalten.

2. Pilotprojekt einer bezirklichen Bedarfsplanung für die Bezirke Lichtenberg und Neukölln

a. Neuberechnung des realen Versorgungsbedarfes (unter Berücksichtigung von Altersstruktur, sozialer Lage und Krankheitslast)

Der Versorgungsbedarf der jetzigen Bedarfsplanung berechnet sich aus einer arztgruppenspezifischen Arzt-Einwohner-Verhältniszahl sowie einem Sozial- und einem Demografie-Faktor. Die Verhältniszahl spiegelt jedoch nicht den tatsächlichen Bedarf, sondern vielmehr einen historischen Zustand zu einem teilweise schon mehrere Jahrzehnte alten Stichtag. Zudem ist die Berücksichtigung der Altersstruktur und der sozialen Lage unzureichend. Morbidität wird bisher nicht berücksichtigt.

b. Festlegung neuer Grenzen zur Definition von Unterversorgung

In der aktuellen Bedarfsplanung wird bei Fachärzten erst bei einer Abdeckung von unter 50% des festgelegten Versorgungsbedarfs (bei Hausärzten unter 75%) von einer Unterversorgung gesprochen. Das bedeutet, dass eine Region erst dann als unterversorgt anerkannt wird, wenn nur halb so viele Fachärzte tätig sind, wie für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung notwendig wären. Das ist eindeutig zu wenig!!!

c. Berücksichtigung zusätzlicher Versorgungsbedarfe für geflüchtete Menschen

In der derzeitigen Bedarfsplanung werden die aktuellen Zuwanderungsentwicklungen durch Flüchtlinge bisher nicht berücksichtigt. Gerade diese Menschen haben aber zunächst einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Betreuung und Versorgung. Zudem bewirkt ihre hohe Zahl und regional variierende Verteilung, dass der tatsächliche Bedarf an ärztlicher Versorgung in einer Region deutlich von den Zahlen der Bedarfsplanung abweichen kann. Das führt dazu, dass die bestehende defizitäre Versorgungssituation noch zusätzlich negativ beeinflusst wird. Um dem entgegenzuwirken sollten die zusätzlichen Versorgungsbedarfe durch Zuwanderung generell in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden bzw. eine flexiblere Freigabe von Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen möglich sein.

3. Die Gründung eines bezirklichen medizinischen Versorgungszentrums muss geprüft werden

Mit der Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) besteht für Kommunen die Möglichkeit, attraktivere Arbeitsbedingungen für bereits im Bezirk niedergelassene Ärzte zu schaffen und sie so an den Bezirk zu binden. Zusätzlich können weitere Arztsitze erworben werden, indem das MVZ entsprechend ausgeschriebene Vertragsarztsitze ankauft. Darüber hinaus kann ein MVZ auch Ärzten ohne Kassenzulassung ein Angestelltenverhältnis anbieten – im Fall eines kommunalen MVZ ähnlich einer Anstellung im öffentlichen Gesundheitsdienst – und so zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen. Mit diesen Mittel kann ein MVZ unabhängig von der Versorgungssteuerung der Kassenärztlichen Vereinigung dazu beitragen, dass Ärzte im Bezirk gehalten und neue Kapazitäten ärztlicher Versorgung geschaffen werden.

a. Kooperation zwischen Bezirk und Krankenhäusern zur Gründung eines MVZ auf Grundlage von § 95 Abs. 1a in Verbindung mit § 105 Abs. 5 SGB V möglich

Medizinische Versorgungszentren können unter anderem von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. So können Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann.

Weitere Voraussetzungen für die Gründung eines MVZ:

- *Muss fachübergreifend tätig sein (mind. 2 Fachrichtungen)*
- *Wahl einer Rechtsform (Personengesellschaft, Genossenschaft, GmbH oder Eigenbetrieb)*
- *Benennung eines ärztlichen Leiters erforderlich*
- *Alle dort angestellten Personen müssen an einem Standort arbeiten*
- *Mind. zwei Vertragssitze müssen vorhanden sein*
- *Dort arbeitende Ärzte können entweder einen Vertragsarztsitz innehaben oder im MVZ angestellt sein*
- *Ärzte und Psychotherapeuten, die dort im Angestelltenverhältnis arbeiten wollen, müssen im Arztregister eingetragen sein*
- *Ein MVZ bedarf der Zulassung durch den Zulassungsausschuss*
- *Die Anstellung von Ärzten bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss*

b. Akquise weiterer Arztsitze für das MVZ

Da durch die alleinige Gründung eines MVZ keine neuen Arztsitze in einem Planungsbezirk geschaffen werden können, muss es freie Arztsitze in den vorgesehenen Fachrichtungen geben bzw. die Arztsitze müssen von bereits vorhandenen Sitzen aus anderen Bezirken innerhalb der Planungsregion Berlin angekauft werden.

c. Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen für Ärzte

- *günstige bürokratiearme Praxisräume*
- *Jobsharing-Modelle*
- *marktübliche Vergütung*
- *flexiblere Arbeitszeiten*

4. Regelmäßige bezirkliche Mitwirkung im Gemeinsamen Landesgremium

Die Bezirke sollten sich vor allem für ihre regelmäßige Beteiligung im Gemeinsamen Landesgremium (nach § 90a SGB V) sowie in der dortigen AG Bedarfsplanung stark machen. Das Landesgremium setzt sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer, der Senatsverwaltung und aus Patientenvertretern zusammen. Die Bezirke – die jedoch wesentlich von den Auswirkungen einer unzureichenden Bedarfsplanung betroffen sind – werden bisher nicht einbezogen.

a. Mitsprache in der Bedarfsplanung

Zwar wird der konkrete Bedarfsplan für die ambulante ärztliche Versorgung für den Zulassungsbezirk Berlin durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin beschlossen – das Gemeinsame Landesgremium kann jedoch durch Empfehlungen und Stellungnahmen Einfluss nehmen und so zur Anpassung der Bedarfsplanung beitragen.

b. Bezirkliche Beteiligung an Entscheidungsprozessen des Zulassungsausschusses

Der Zulassungsausschuss (zusammengesetzt aus den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Krankenkassen) entscheidet über die Zulassung von Vertragsärzten, psychologischen Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen. Über die Teilnahme am Gemeinsamen Landesgremium und dem Einfluss auf die Bedarfsplanung können die Belange der Bezirke auch indirekt bei den Entscheidungsprozessen des Zulassungsausschusses berücksichtigt werden. Eine direkte Absprache mit dem Zulassungsausschuss ist jedoch wünschenswert!

5. Nutzung bestehender Anpassungsinstrumente bei erhöhtem Versorgungsbedarf

a. Mehr Sonderbedarfszulassungen bzw. Ermächtigungen für bisher nicht vertragsärztlich arbeitende Ärzte

Zu den etablierten Instrumenten, um spezifische Versorgungslücken gezielt zu schließen, zählen Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen. Mit ihnen können selbst nicht vertragsärztlich arbeitende Ärzte Leistungen über die Krankenkassen abrechnen. Diese Zulassungen sind jedoch zeitlich, räumlich und häufig auf spezielle Leistungen beschränkt. Über Umfang, Art und Dauer dieser temporär zusätzlich geschaffenen vertragsärztlichen Versorgung entscheidet der Zulassungsausschuss.

b. Berücksichtigung zusätzlicher Bedarfe aufgrund regionaler Besonderheiten in der Bedarfsplanung

Mit der Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz besteht seit dem Jahr 2013 die Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, 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)*

Die Bedarfsplanung für Berlin hat bislang keinen Gebrauch von dieser Abweichungsmöglichkeit gemacht.