

**2. Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums Berlin  
gemäß § 90a SGB V am 9. Oktober 2013**

---

**hier:            Stellungnahme  
                  der Patientenbeauftragten für Berlin**  
zur Absichtserklärung, in Berlin Sozialindikatoren in die  
ärztliche Versorgungsplanung einzubeziehen

Die Patientenbeauftragte für Berlin, benannt für das Gremium als „sachkundige Person zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen“ nimmt zur Beschlussvorlage für das Gemeinsame Landesgremiums am 9. Oktober 2013 gemäß des in § 99 Absatz 1 Satz 4 SGB V geregelten Mitberatungsrechts und nach Abstimmung mit der Patientenvertretung wie folgt Stellung:

Es ist die Aufgabe des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGBV Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgungsplanung abzugeben. Nach einer Vereinbarung in der konstituierenden Sitzung des Gremiums sollte eine Arbeitsgruppe Vorschläge für die Weiterentwicklung der ärztlichen Bedarfsplanung für Berlin erarbeiten. Zu klären war, nach welchen Kriterien eine Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung möglich sein könnte, die die bezirklichen Besonderheiten und in der Stadt bestehenden Ungleichgewichte in den Regionen für eine kleinräumige Versorgungsplanung berücksichtigt.

Für die Sitzung am 9. Oktober 2013 haben wichtige Partner in diesem Gremium, nämlich die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, eine Absichtserklärung formuliert, sich für die Versorgungsteuerung auf der Ebene der Verwaltungsbezirke einsetzen zu wollen, obwohl Berlin nach der Bedarfsplanungsrichtlinie weiterhin als ein einziger Versorgungsbereich angesehen wird.

In einem ‚Letter of Intent‘ erklären die drei Partner und im Anschluss daran das Gemeinsame Landesgremium außerdem, zukünftig neben dem „Altersfaktor“ auch sozialökonomische Indikatoren aus dem Sozialindex in die Planungsgrundlagen einzubeziehen.

Die aus dem Sozialindex abgeleiteten Kriterien werden in Listen eingearbeitet, die die Orientierungsvorgaben für die Verteilung von Arztsitzen in den Bezirken konkretisieren. Danach ergeben sich Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Einwohnern, die von jenen im Berliner Bedarfsplan 2013 abweichen und dem von Patienten erlebten Versorgungsgeschehen besser entsprechen.

Die Partner des ‚Letter of Intent‘ verbinden damit die Hoffnung, dass die Praxisverlegungen in bislang unterdurchschnittlich gut versorgte Bezirke erleichtert und Praxisverlegungen in die ohnehin schon überdurchschnittlich gut versorgten Bezirke verhindert werden.

Erreicht werden soll dies dadurch, dass die Listen mit den durch Sozialindex ergänzten Verhältniszahlen den Partnern in den Zulassungsausschüssen als Entscheidungsempfehlung dienen.

Die Patientenbeauftragte für Berlin und die Patientenvertretung bewerten den Kern des ‚Letter of Intent‘ grundsätzlich positiv, haben aber kritische Anmerkungen dazu:

## **1 Chancen für eine positive Weiterentwicklung**

Die Absichtserklärung der wichtigen Partner in der ärztlichen Versorgungsplanung ist zunächst insofern positiv zu bewerten, als mit diesem Vorgehen eingeräumt wird, dass Berlin nicht als ein Versorgungsbereich beplant werden kann und die Notwendigkeit besteht, den Blick auf kleinere Einheiten – hier die Bezirke – zu richten.

Chancen bietet diese Entwicklung aber vor allem deswegen, weil von den Beteiligten erstmalig die Bedeutung sozialer Kriterien formal anerkannt und ihre Berücksichtigung für die Planung operationalisiert wird. Damit wird in Berlin als erstem Bundesland eine der wichtigsten Forderungen der Patientenvertretung aus der Debatte um die Neufassung der Bedarfsplanung aufgegriffen.

Positiv ist auch, dass die ersten Arztgruppen für die nach diesem Modell Entscheidungshilfen vorgegeben werden, Haus- und Kinderärzte sind. Sie sind für die alltags- und wohnortnahe Versorgung von Patienten besonders wichtig.

Die Patientenvertretung begrüßt auch, dass sich die Partner darauf verständigt haben, die Verteilungsvorgaben nach einem passenden Modell für einen Sozialindex auch für weitere Facharztgruppen vorzunehmen und die Auswirkungen in den nächsten zwei Jahren zu evaluieren. Die klare Vorgabe, nach einer Bewertung der Ergebnisse und ggf. Änderungen am Bedarfsplan vorzunehmen wird begrüßt.

## **2 Kleine Schritte auf einem langen Weg**

Bei der Bewertung der Vorschläge ist aber zu bedauern, dass mit diesem Verfahren, der kleinste gemeinsame Nenner konsentiert wurde und die Empfehlungen formal wenig abgesichert sind.

Die Verbindlichkeit dieses ‚Letter of Intent‘ ist unklar, auch wenn das Landesgremium sich den Empfehlungen anschließt. Wie der Begriff schon sagt, bedeutet er nur eine Absichtserklärung ohne rechtliche Bindung.

Vermutlich ist deswegen von Absicht die Rede, weil die Zulassungsausschüsse nicht Partner der Vereinbarung sein können und sie durch dieses Verfahren nicht gebunden werden können (vgl. § 96 Abs. 2 S. 4 SGB V).

Andererseits wird im Text aber auch von Vertragspartnern oder Vereinbarungspartnern gesprochen.

Die Patientenvertretung geht davon aus, dass es sich um eine klare Vereinbarung mit folgenden Inhalten handelt:

- die Zulassungsgremien erhalten von den Vereinbarungspartnern die bezirksbezogenen regionalen Versorgungsgrade, bei Haus- und Kinderärzten unter Berücksichtigung des Sozialindex (und später auch für die Fachärzte)
- die Partner sprechen die Empfehlung an ihre jeweiligen Vertreter aus, bei den Entscheidungen nach § 24 Abs. 7 ÄrzteZV den bezirksbezogenen regionalen Versorgungsgrad zu berücksichtigen
- die Partner erstellen einen Zwischen- und Endbericht und überdenken ggf. die Praxis.

Wenn dies so gemeint ist, ist der Terminus "Absichtserklärung" zu wenig und es müsste von "Kooperationsvereinbarung" gesprochen werden. So aber wird die Schwäche dieses Weges deutlich, der keine Vorgaben für den Bedarfsplan macht.

### **3 Keine Änderung der faktischen Bedarfsplanung**

Offen bleibt, welche nachhaltige Auswirkung die Absichtserklärung für eine Änderung der Berliner Bedarfsplanung tatsächlich haben wird.

Festzustellen ist, dass mit diesem Vorgehen keine Entscheidung getroffen wird, den Bedarfsplan zu ändern und dort eine Festlegung für eine bezirksorientierte Planung zu treffen (Bezirke als Planungsgröße). Der Bedarfsplan bleibt in der gültigen Fassung unangetastet.

Insofern besteht die Sorge, die durch den ‚Letter of Intent‘ beschriebene Vorgehensweise könnte sich als Umgehung oder Verzögerung einer baldigen Anpassung des Bedarfsplans in Hinblick auf eine kleinräumige Planung oder auf die Festschreibung des indikatorenorientierten Konzepts erweisen.

### **4 Steuerung über Praxisverlegungen nicht ausreichend**

Ob der Ansatz, die bezirksbezogenen Versorgungsgrade nur bei Anträgen auf Praxissitzverlegung zu berücksichtigen, letztlich zu der erhofften "nachhaltigen Verbesserung" führen kann und ausreichend ist, muss sich erst zeigen. Offen bleibt, wie z.B. auch bei Nachbesetzungen, Verkauf oder Aufgabe von Praxen gesteuert werden kann. Hierzu fehlen aussagekräftige Informationen in der Vorlage.

Für eine fundierte Diskussion im gemeinsamen Landesgremium und eine Bewertung der Vorgaben ist es z.B. notwendig zu wissen, wie viele Anträge auf Praxissitzverlegung und Neubesetzung (Job-sharin-Praxen usw.) jährlich in Berlin beantragt und nach § 26 Abs. 7 ÄrzteZV genehmigt werden.

Es ist daher sehr zu begrüßen, dass der Endbericht nach zwei Jahren auch eine Empfehlung dahingehend abgeben soll, ob für bestimmte Arztgruppen doch eine verbindliche Bedarfsplanung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke einzuführen ist.

Schwach bleibt der aktuelle Vorschlag, weil es nach wie vor zu viele Möglichkeiten gibt, eine solche Verteilungsvorgabe zu umgehen: Eine Zulassung muss erteilt werden, wenn es sich um eine Gemeinschaftspraxis handelt, wenn Verwandte einen Antrag stellen oder wenn eine Praxis an Teil-Partner weitergegeben werden soll. Diese Bedingungen treffen auf die Mehrzahl aller Anträge zu.

### **5 Umsteuern auch bei den Fachärzten**

Nicht ganz ersichtlich ist, warum die Berechnung einer neuen Verteilungsvorgabe mit Sozialindex zunächst nur für zwei Arztgruppen erfolgt ist. Auch Augenärzte und Orthopäden sind - um nur zwei Beispiele zu nennen - für die alltagsnahe Versorgung von Bedeutung. Bisher wurde für die Fachärzte nur der sogenannte demographische Faktor berücksichtigt, der die unterschiedliche Altersstruktur in den Bezirken als Variable einbezieht.

Die Patientenvertretung setzt sich daher dafür ein, möglichst schnell auch die veränderten Vorgaben für eine fachärztliche Versorgungssteuerung vorzulegen. Der im ‚Letter of Intent‘ genannte Zeitrahmen bleibt unkonkret.

### **6 Rolle des gemeinsamen Landesgremiums**

Politik und die Veränderung eingefahrener Strukturen zwischen den Interessenvertretern in der ärztlichen Versorgungsplanung ist ein „Geschäft“, das auf Kompromissen basiert und nur über Kompromisse langsam etwas bewirken und verändern kann.

Es war also nicht zu erwarten, dass mit den neuen Möglichkeiten des gemeinsamen Landesgremiums alle denkbaren Handlungsoptionen für eine Veränderung schon beim ersten Gehversuch ausschöpft werden.

Der Patientenvertretung ist bewusst, dass auch der Versuch für Berlin, näher an die ärztliche Versorgungswirklichkeit heranzukommen, nur schrittweise von statten

gehen kann. Aber es ist bedauerlich, dass die Schritte so zaghaft sind.

Die Möglichkeit des gemeinsamen Landesgremiums, eine Empfehlung oder eine Stellungnahme zu einem Vorgehen abzugeben, das eine „Untergruppe von Partnern“ ohne aktive Beteiligung des Gremiums konsentiert, ist in § 90a SGB V oder § 2 des Berliner Gesetzes für das Landesgremium direkt nicht vorgesehen. Empfehlungen sollen zu "sektorenübergreifenden Versorgungsfragen" gegeben werden und Stellungnahmen zum Bedarfsplan und zu Entscheidungen des Landesausschuss gemacht werden.

Natürlich kann das Gremium sich der Absichtserklärung anschließen. Aber selbst wenn das gemeinsame Landesgremium den Vorschlag "zustimmend zur Kenntnis nimmt" bleibt die Frage der Wirkkraft der Empfehlung. Der Weg über die Änderung des Bedarfsplans wäre wirkungsmächtiger gewesen und eine Empfehlung des Landesgremiums, das diese Notwendigkeit in den Mittelpunkt stellt, würde dem Gremium mehr Gewicht geben.

Zu kritisieren ist, dass die Vorschläge für mögliche Indikatoren zur Steuerung in Richtung bedarfsgerechter Versorgung nicht offen und mit Vertretern aller Partner im gemeinsamen Landesgremium diskutiert wurden. Auch wenn es für einen ergebnisorientierten Diskurs gelegentlich effektiver sein kann, in kleinem Kreise zu diskutieren, ist das hier gewählte Verfahren doch als eher intransparent zu bezeichnen.

In jedem Fall aber muss das gemeinsame Landesgremium die Grundlagen kennen, die dem Faktor für den Sozialindex ausmachen und warum dieses Modell gewählt wurde. Für eine Zustimmung durch das Gremium sollte dies nachvollziehbar erläutert werden. So sollte z.B. dargelegt werden, wie der Sozialindex für Haus- und Kinderärzte konkret ermittelt wird und ob z.B. Faktoren wie Morbidität im Index eine Rolle spielen.

Dies ist deswegen von Bedeutung, weil die Patientenvertretung schon in der konstituierenden Sitzung darauf verwiesen hat, dass neben reinen Sozialdaten auch weitere Faktoren versorgungspolitisch berücksichtigt werden müssen.

## **7 Keine Einbeziehung der „weichen Faktoren“ ärztlicher Versorgung**

Der vorliegende Vorschlag für steuerungsrelevante Indikatoren berücksichtigt keinen der Punkte, die von der Patientenvertretung als sogenannte weiche Faktoren bezeichnet werden. Eine echte bedarfsgerechte Steuerung des Versorgungsgeschehens ist ohne die Einbeziehung folgender Faktoren nicht möglich:

- 7.1 Messung der faktischen Verfügbarkeit von ärztlichen Kapazitäten und Angaben zur Auslastung bzw. Inanspruchnahme von Arztpraxen (die reine Tatsache des Arztsitzes sagt nichts über das faktische Leistungsangebot)
- 7.2 Informationen über Zugangsmöglichkeiten für behinderte Menschen. Im ‚Letter of Intent‘ fehlt jeder Hinweis auf eine Anpassung der ärztlichen Versorgung an aktuelle Standards der Barrierefreiheit
- 7.3 Wege zur Messung und Bewertung von Wartezeiten
- 7.4 Wanderungsbewegungen von Patienten.

Auch wenn man zugesteht, dass Veränderungen nur in kleinen Schritten vor sich gehen, so ist doch nicht einzusehen, warum das gemeinsame Landesgremium dazu keine Aussagen und Vorschläge machen soll und kann. Auch wenn die Interessenvertreter von Ärzten und Kassen für sich nur eine Absichtserklärung in vorgeschlagener Form für realistisch ansehen, hindert das das Gemeinsame Landesgremium doch nicht daran, eigene Vorschläge zu machen.

Die Patientenvertretung erwartet, dass auch schon für diese Phase der Neuorientierung der Versorgungsteuerung zumindest die beiden Faktoren

**Auslastung der Arztpraxen und Barrierefreiheit** operationalisiert werden. Andernfalls kann nicht von einer patienten- und bedarfsorientierten Versorgungssteuerung die Rede sein. Dringend erforderlich ist auch, eine sektorenübergreifende Betrachtung der ärztlichen Versorgung und Versorgungsstrukturen auf den Weg zu bringen.

## **8 Fehlende Patientenbeteiligung**

Bei aller Einsicht in notwendige Kompromisse und das Klein-Klein beim Aushandeln von Interessengegensätzen, ist das vorliegende Ergebnis aus Patientensicht jedoch sehr unzureichend. Bei allem Verständnis dafür, dass Ergebnisse manchmal besser hinter verschlossenen Türen ausgehandelt werden können, bleibt doch bei diesem Weg einer Diskussion ohne die Beteiligung von Patienten der Eindruck, dass die Stimme derjenigen gefehlt hat, für die Bedarfsplanung letztlich gemacht wird. Es ist daher besonders bedauerlich, dass der Patientenvertretung im Berliner gemeinsamen Landesgremium, keine gleichberechtigte Rolle mit Stimmrecht – wie z.B. der Ärztekammer – eingeräumt wurde und dass Arbeitsergebnisse ohne Patientenvertretung in Untergremien ausgehandelt werden. Gerade weil das Gremium nur Empfehlungen abgeben kann und nicht selber steuert, wäre eine starke Stimme für mutige Schritte in Richtung Patientenorientierung von Nöten. Patientenbeteiligung, die feststehende Ergebnisse nur noch zur Kenntnis nehmen kann, ist überflüssig.

## **9 Mut für starke Steuerungsinstrumente**

Wichtigstes Vorhaben des Gremiums muss bleiben, aktiv für eine echte Weiterentwicklung des Bedarfsplans Sorge zu tragen.

Der Patientenvertretung ist bewusst, dass die Festlegung einer verbindlichen Bedarfsplanung auf der Ebene der Bezirke dazu geführt hätte, dass in den schlechter versorgten Bezirken vermutlich zusätzliche Arztsitze hätten zugelassen werden müssen. Dies würde eine weitere Zunahme von Arztsitzen im ohnehin übersorgten Berlin bedeuten. Das ist versorgungspolitisch falsch und wird von den gesetzlichen Krankenkassen wegen der erheblichen zusätzlichen Kosten nicht gewollt.

Eine Steigerung der Gesamtzahl durch die Zulassung von neuen Arztsitzen in den sozial schwachen Bezirken könnte aber mittelfristig durch einen mutigen Abbau von Arztsitzen in überdurchschnittlich versorgten Bezirken ausgeglichen werden. Seit Jahren wird vom Gesetzgeber und in den Kassenärztlichen Vereinigungen diskutiert, durch den Aufkauf von Arztsitzen auch die Überversorgung gezielt abzubauen, um damit Ressourcen für die Versorgungsausweitung in schlechter ausgestatteten Regionen frei zu machen.

Man kann die bescheidene Absichtserklärung des ‚Letter of Intent‘ nicht als Fortschritt begrüßen, wenn nicht gleichzeitig mit großer Entschlossenheit Instrumente entwickelt, diskutiert und umgesetzt werden, die grundsätzlich zu einer bedarfsgerechteren Verteilung von Arztsitzen führen. Hier gilt es insbesondere auch Instrumente für den Abbau von Überversorgung zu finden, damit da aufgebaut werden kann, wo heute die Versorgung unzureichend ist.

Das jetzt gewählte Vorgehen ist ein erster wichtiger Schritt, aber eben nur der Anfang.

Karin Stötzner  
Patientenbeauftragte für Berlin  
in Abstimmung mit der benannten Patientenvertretung  
Oktober 2013