

## **Stellungnahme der Patientenbeauftragten für Berlin zum Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk Berlin**

Die Patientenbeauftragte für Berlin nimmt zum Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk Berlin gemäß des in § 99 Absatz 1 Satz 4 SGB V geregelten Rechts zur Mitsprache wie folgt Stellung:

### **1 Kurzfristiger Beschluss des Bedarfsplans 2013 für Berlin erschwert eine zügige kleinräumige Planung**

Die Selbstverwaltungspartner haben sich am 6. Februar 2013 sehr kurzfristig vor der Sitzung des Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen auf eine Fassung zur Bedarfsplanung für den Zulassungsbezirk Berlin geeinigt. Sie haben damit die erst im Dezember 2012 verabschiedeten neuen Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) umgesetzt. Im Bedarfsplan 2013 wird zwar darauf verwiesen, dass er nicht für einen Geltungszeitraum von 3 bis 5 Jahren angelegt ist, mit der Verabschiedung ist er jedoch faktisch für diesen Zeitraum gültig.

So gilt es zu klären, wie eine Beteiligung und Einbindung sowie eine breiter angelegte Debatte mit relevanten Akteuren im gemeinsamen Landesgremium und mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Patienteninteressen möglich sein wird.

Damit wurde zunächst die vom Gesetzgeber eingeräumte Chance nicht genutzt, dem gemeinsamen Landesgremium und den Beteiligten Gelegenheit zu geben, zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplans zur vertragsärztlichen Versorgung Stellung zu nehmen und diese Anregungen bei den Entscheidungen zu berücksichtigen.

Der Bedarfsplan 2013 akzeptiert die Vorgabe der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, wonach Berlin ein Zulassungsbereich und damit ein Planungsbezirk sowohl für die Hausärzte als auch für die fachärztliche Versorgung bleibt.

Die Patientenverbände bedauern die Eile, weil die Befürchtung besteht, dass eine schnelle Lösung für eine Versorgungsplanung entsprechend den besonderen regionalen Erfordernissen Berlins möglicherweise verzögert wird.

Da der Gesetzgeber nur dann eine Diskussion z.B. im Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen vorsieht, wenn der Bedarfsplans regionale Abweichungen von der Bundesvorgabe der Richtlinie vorsieht, die es in Berlin aber zweifellos gibt,

besteht die Sorge, dass eine kleinräumige Planung und eine Anpassung an die Berliner Erfordernisse ohne eine Bereitschaft der Selbstverwaltungspartner zur zügigen Neuaufnahme der Diskussion erschwert ist.

Die so entstandene Situation ist sicher nicht im Sinne des Gesetzgebers, der mit dem Versorgungsstrukturgesetz den Ländern und der Patientenvertretung (in § 99 SGB V) mehr Mitsprache einräumen wollte.

## **2 Gleichmäßiger Zugang zur Versorgung ist nicht bedarfsgerecht**

Die Zugrundelegung der neuen Verhältniszahlen für Ärzte und Einwohner der Bedarfsplanungsrichtlinie bedeutet, dass für Berlin insgesamt wieder ein Versorgungsgrad von über 110 % und damit Zulassungsbeschränkungen festzustellen sind. Regionale Besonderheiten in den Bezirken werden dadurch absehbar nicht ausreichend Thema bei der Zulassung von Ärzten.

Die Patientenverbände stellen fest, dass die in der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgegebenen Soll-Verhältniszahlen, also die Festlegung, wie viele Ärzte pro Einwohner benötigt werden, keine bedarfsorientierte Planung möglich machen. Auch die neuen Verhältniszahlen orientieren sich nicht stärker am tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarf als bisher. Stattdessen werden sie weiterhin auf der Basis der Arzt-Zahlen aus den 90er Jahren fortgeschrieben.

Der Bedarfsplan 2013 formuliert das Ziel eines *gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten* (S. 3). Damit wird indirekt eingeräumt, dass die Verteilung von Arztsitzen und die Versorgung in den Regionen noch nicht oder nicht mehr *gleichmäßig* sind. Das sehen die Patientenverbände auch so.

Tatsächlich verweisen die Zahlen zu den Arztsitzen nach Arztgruppen und Bezirken darauf, dass seit der Einführung des einheitlichen Zulassungsbezirks 2003 **eine stetige Wanderung aus „sozialstrukturell schwächeren“ Bezirken und Regionen** in die westlichen und die Innenstadtbezirke stattfindet. Damit entstehen Ungleichgewichte in der Zugänglichkeit von Ärzten in bestimmten Bezirken, die von Patienten als nachteilig wahrgenommen werden. Das wird auch durch aktuelle Befragungen<sup>1</sup> von Bürgerinnen und Bürgern in verschiedenen Stadtteilen Berlins bestätigt. Sie verweisen auf auffällig und überproportional längere Wartezeiten, zunehmende Abweisung von neuen Patienten, Überlastung von Praxen vor Ort, weniger Zeit für die Patienten in der Arzt-Patienten-Situation und eine offensichtliche Diskriminierung von GKV-Patienten gegenüber Privatversicherten.

Die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Patienteninteressen verweisen deswegen darauf, dass ein so großes Land wie Berlin, dessen 12 Bezirke jeweils selbst schon die Größe einer Großstadt mit sehr unterschiedlicher Sozialstruktur haben, nicht in erster Linie gleichmäßig, sondern vor allem auch bedarfsgerecht versorgt und geplant werden muss.

---

<sup>1</sup> A) „Wir in Neukölln“ und Befragungen der Bürgerplattform Berlin Süd-Ost „SO! mit uns“, 2012

Befragung von 385 Bürger/innen aus Neukölln und Treptow-Köpenick

B) Befragung im Auftrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V und der Patientenbeauftragten für Berlin in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick, 2012

Auch wenn die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses selbst leider keine Unterteilung der Millionenstädte vorgibt, hat der Gesetzgeber dennoch die Möglichkeit zur kleinräumigen Versorgung in **großstädtischen mit eher überdurchschnittlich gut versorgten Zulassungsbezirken** eingeräumt, die auch in Berlin durch eine abweichende Planung von den Verhältniszahlen der BPL-RL möglich wäre.

### **3 Von der Angebots- zur Bedarfsplanung**

**Die Berliner Verbände zur Vertretung der Patienteninteressen setzen sich dafür ein, dass möglichst schnell mit einer Weiterentwicklung des Bedarfsplans 2013 begonnen wird.**

Eine solche Weiterentwicklung muss einen Wechsel vornehmen von der eher angebotssteuernden Planung mit den aktuellen Verhältniszahlen von Ärzten und **Einwohnern zu einer tatsächlichen Planung am Bedarf. Eine solche „echte“** Bedarfsplanung muss mit Indikatoren arbeiten, die die Erfordernisse für ärztliche Versorgung der Patienten an demographische, epidemiologische und sozialstrukturelle Kriterien bindet.

Die Patientenverbände auf Bundesebene haben mit einem eigenen Gutachten dargelegt, dass eine Ausrichtung der Verhältniszahlen an bedarfsorientierten Faktoren wissenschaftlich und praktisch möglich ist.

Ähnlich wie der Vorschlag, den der Berliner Senator für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit Prof. Meinschmidt und Dr. Bettge<sup>2</sup> für die Gesundheitsberichterstattung des Landes vorgelegt hat, muss es darum gehen, auf Basis empirischer Evidenz Einflüsse auf den regionalen Versorgungsbedarf zu definieren.

### **4 Indikationsbezogene kleinräumige Bedarfsplanung notwendig**

Eine Versorgungsplanung, die sich am Bedarf der Bevölkerung insbesondere unterschiedlicher Patientengruppen orientiert, muss auf einem Konzept aufbauen, das nachvollziehbar Steuerungsentscheidungen begründen kann. Ein solches Konzept fehlt im Bedarfsplan 2013.

Eine konzeptionelle Neuorientierung der Berliner Bedarfsplanung muss folgende Aspekte mit einbeziehen:

- Bevölkerungs- und Sozialstruktur
- **Angaben zur Krankheitslast** - Morbidität
- Angaben zur tatsächlichen Auslastung und Inanspruchnahme von Arztpraxen
- Wanderungsbewegungen von Patientinnen und Patienten sowie zu Mitversorgung des Umlands.

---

<sup>2</sup> Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das Gesundheitswesen 3/2012:

Mario Czaja, Prof. Gerhard Meinschmidt und Dr. Susanne Bettge „Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung – ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und der Hausärzte“

## 5 Besonderer Schwerpunkt auf hausärztlicher Versorgung

Es ist wichtig, dass sich die Selbstverwaltungspartner und Beteiligten im gemeinsamen Landesgremium unter Einbeziehung von Experten der Landesgesundheitsberichterstattung schnell auf ein Konzept verständigen, das der zukünftigen Planung zugrunde gelegt werden kann. Das setzt einen konstruktiven Dialog aller Beteiligten voraus, damit für diese Klärung nicht die volle Geltungsdauer des Bedarfsplans wirksam wird. Neben dieser Bereitschaft zur zügigen Diskussion ist eine weitere Verständigung über Prioritäten bei der Weiterentwicklung des Plans notwendig.

Aus Sicht der Patientenverbände ist eine Schwerpunktsetzung bei der **hausärztlichen Versorgung als „ersten Schritt“ für die Weiterentwicklung** dringend geboten. Hausärzte bilden den Kern der ärztlichen Versorgung. Sie sind – oder sollten es sein – die zentralen Mittler zu Fachärzten und bilden die Basis für eine medizinische Grundversorgung, die wohnortnah angeboten werden muss. Eine angemessene bedarfsgerechte Verteilung von Hausärzten in den regionalen Planungsräumen Berlins ist auch auf dem Hintergrund vieler Rückmeldungen von Patienten über das bestehende Versorgungsangebot dringend geboten.

## 6 Verbindliche Zahlen für eine regionalisierte Planung

In der Präambel des Bedarfsplans 2013 wird darauf verwiesen, dass eine Regionalisierung der Planung auf einer **validen Datenbasis** erfolgen muss.

Für die Weiterentwicklung der Berliner Bedarfsplanung können und sollen in Zukunft die Partner der Selbstverwaltung und der Landesbehörden unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände zur Vertretung von Patienteninteressen enger zusammenarbeiten. Forum dafür ist das gemeinsame Landesgremium, für das es gilt, Daten zusammenzutragen, mit denen die Planung im Sinne einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und kleinräumigen Versorgung oder die Feststellung von lokalen Bedarfen unterlegt werden kann.

Aus Sicht der Patientenverbände wäre dafür die Einbeziehung **folgender Daten notwendig**, die durch die Selbstverwaltungspartner (insbesondere die KV Berlin) dem gemeinsamen Gremium **zeitnah und regelhaft für eine verbindliche Planung** zur Verfügung zu stellen sind:

- a. Zusammenstellung der jeweils aktuellen Übersicht der unterschiedlichen beplanten **Arztgruppen nach Bezirken und nach den Berliner LOR** (Angaben als Vollzeitäquivalente)

Übersicht dieser Angaben für die letzten vier Jahre, um Veränderungen erkennen zu können.

- b. Übersicht zu (abgerechneten) **Diagnosen** (ggf. definierte Auswahl) nach Adressen (für die LOR-Ausrichtung – Lebensweltorientierte Planungsräume) **der Patienten** (personenbezogen) für definierte Zeiträume

Damit könnten Anhaltspunkte in die (abgerechnete) Verteilung der Morbidität nach regionalen Schwerpunkten gewonnen werden, ohne komplizierte Datenschutzprobleme auszulösen (es werden ja keine personenbezogenen Daten

genannt). Eine Übertragung der Daten in das System der Berliner Planungsbereiche müsste dann von den Landesbehörden übernommen werden.

c. Angaben zu den **Wanderungsbewegungen der Patienten zwischen den Bezirken**

Zuordnung der Patienten (Wohnorte-LOR) nach Adressen der Arztstze (Oder: Angaben zu Patient/innen, die in einem Bezirk wohnen und im selben Bezirk einen Arzt aufsuchen)

d. Angaben zu den Wanderungsbewegungen der Ärzte nach Fachgruppen und Bezirken für die letzten fünf Jahre

e. Angaben zum **Umfang der Umlandversorgung**: Zahlen zu den Patienten, die Versorgung bei Berliner Ärzten in Anspruch nehmen, ihren Wohnsitz aber im Umland haben

Abgerechnete Patientenversorgung nach PLZ der Patienten in den letzten drei Jahren.

(Sinnvoll wären sicher auch Angaben zur Mitversorgung von Berliner Patienten im Umland. Aber diese Daten müsste das ZI liefern)

f. Angaben zur Regelauslastung der Arztpraxen:

z.B. über die Zuordnung von Fallzahlen zu Praxen für definierte Arztgruppen und Zeiträume (durchschnittliche Zahl der pro Arzt abgerechneten Scheine). Der Umfang der Teilzeitstellen und Teilzeitzulassungen (z.B. auch in MVZ) könnte weitere zusätzliche Einblicke ermöglichen.

g. In weiteren Schritten wären folgende **ergänzende Daten** (evtl. später) hilfreich, die aber zum Teil von anderen Partnern zur Verfügung gestellt werden müssten:

- Ärzte in den MVZ nach Facharztgruppen
- Ermächtigte Ärzte in Krankenhäusern nach Fachgruppen
- Ärzte in klinischen Ambulanzen

Um zu klären, mit welchen konkreten Abfragen an die ärztliche Datenbank modellhaft begonnen werden könnte, sind Eingrenzungen zu exemplarischen Arztgruppen, Zeiträumen oder Regionen zu überlegen.

## **7 Einbeziehung der Krankenhausversorgung und sonstiger medizinischer Versorgung**

Die Patientenverbände begrüßen die Feststellung im Bedarfsplan 2013, dass in eine bedarfsorientierte Planung auch der Bereich ambulanter ärztlicher Versorgung einbezogen werden soll, der nicht von niedergelassenen Praxen erbracht wird (Ermächtigungen, Ambulanzen) sowie der Krankenhausversorgung und sonstiger medizinischer Versorgung.

## **8 Demographiefaktor**

Der Bedarfsplan 2013 verweist zu Recht darauf, dass bei der Altersstruktur der Bevölkerung Berlins in den 12 Verwaltungsbezirken große Unterschiede festzustellen sind. Allerdings seien daraus noch keine hinreichenden

Begründungen für einen regional unterschiedlichen Versorgungsbedarf zu entnehmen.

Als Einflussgröße des regionalen Versorgungsbedarfs werden Unterschiede in der demographischen Struktur der regionalen Bevölkerung nach der neuen BPL-RL (wieder) in der Bedarfsplanung berücksichtigt.

Der Faktor modifiziert die Verhältniszahlen (lediglich) auf der Basis der Altersstruktur; andere Faktoren, die Einfluss auf den Bedarf der Bevölkerung an Ärzten haben – wie die Krankheitslast oder der Pflegebedarf – bleiben weiter unberücksichtigt. Außerdem fehlt eine prospektive Betrachtung der Arztzahlen, um zukünftige Bedarfe frühzeitig sichtbar zu machen und auch alternative Versorgungskonzepte für einen nur vorübergehenden Bedarf zu fördern. Eine solche Ausrichtung bedeutet, dass zumindest die Ergebnisse der amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen zur Kenntnis genommen werden. Sie gelten allgemein als ein verlässlicher Indikator dafür, ob rein bevölkerungsbezogen innerhalb der nächsten Jahre mit einem stark veränderten regionalen Versorgungsbedarf zu rechnen ist.

Der Hinweis im Bedarfsplan 2013 auf mögliche Ausgleichswirkungen des Demografiefaktors auf Effekte einer evtl. Berücksichtigung sozioökonomischer Werte ist ein Indiz dafür, dass das sozialindikative Planungsmodell möglichst zügig vorangetrieben werden muss und auch prospektive Faktoren einbezogen werden müssen.

## **9 Gute Erreichbarkeit und Verlegung von Praxen**

Im Bedarfsplan 2013 wird darauf Bezug genommen, dass Praxisverlegungen (siehe Punkt 2) zwar zu *Wanderungsbewegungen* geführt haben, ***aber noch von einem ausgewogenen Versorgungsangebot ausgegangen werden kann.***

Die Patientenverbände gehen davon aus, dass eine differenzierte sozialindikative Planung hier zu einer anderen Einschätzung kommen würde, die deswegen zeitnah eingefordert wird.

Die Patientenvertretung erwartet in diesem Punkt außerdem, dass nicht nur auf die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots durch simple Arztzahlen („Kopfzahl“) **erfasst werden, sondern das reale Versorgungsangebot sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht erhoben wird** und in den Bedarfsplan eingeht. So sollen z. B. neben den Arbeitszeiten (bzw. den tatsächlichen Praxisöffnungszeiten) auch die vorhandenen oder nicht vorhandenen Behandlungskapazitäten angrenzender Versorgungssektoren einbezogen werden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle Vertragsärzte das komplette Leistungsspektrum ihrer Fachgruppe anbieten und sich teilweise stark eingegrenzte Tätigkeitsschwerpunkte herausbilden.

Die These, dass Ärzte auch in *eher abgelegenen Bereichen durch gute Verkehrsanbindung in der Metropole Berlin in angemessener Zeit und mit vertretbarem Aufwand für alle Versicherten der GKV erreichbar sind*, wird von den aktuellen Bürgerbefragungen in benachteiligten Bezirken (siehe Seite 2) in Frage gestellt. Die These ist deswegen zeitnah zu überprüfen.

Dieser Punkt verweist außerdem darauf, dass Bürger- und **Versichertenbefragungen zur erlebten Versorgung unbedingt fester Bestandteil einer zukunftsorientierten Bedarfsplanung** sein sollten.

Ein Modell dafür hat das IGES-Institut<sup>3</sup> im Auftrag der Patientenvertretung erarbeitet.

## **10    Barrierefreie Arztpraxen**

### **Im Bedarfsplan fehlt jeder Hinweis auf eine Anpassung der ärztlichen Versorgung an aktuelle Standards der Barrierefreiheit.**

Die Patientenverbände setzen sich seit langem dafür ein, dass die Bedarfspläne zukünftig transparente Angaben zum angestrebten Anteil barrierefreier Praxen je Arztgruppe sowie zur Anzahl der bereits tatsächlich barrierefrei erreichbaren Praxen enthalten. Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer haben sich erfreulicherweise diesem Votum in der Debatte um die BPL-RL angeschlossen.

Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz bindet Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Träger öffentlicher Gewalt seit 1994 an das Benachteiligungsverbot zugunsten Menschen mit Behinderungen. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages haben sie den Auftrag zu prüfen, inwiefern beim Zugang zu ärztlichen Leistungen und Einrichtungen behinderungsbedingte Benachteiligungen vorliegen und ob diese durch fördernde Maßnahmen kompensiert werden können.

Bis heute haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen nicht erkennen lassen, wie im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für Menschen mit Behinderungen ein gleichberechtigter Zugang zur ärztlichen Versorgung zu schaffen ist. Hier gilt es auch im künftigen Bedarfsplan Anpassungen vorzunehmen.

Nach zähem Ringen hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Regelungen zum Bedarfsplan eine Formel gefunden, wonach vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten sei. Zudem ist Barrierefreiheit als Kriterium bei der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (§ 2 BPL-RL) als auch im Rahmen der Entscheidung des Zulassungsausschusses über Anträge auf (Neu-) Zulassung (§ 26 Absatz 4 BPL-RL) aufgeführt – damit aber nur optional.

Die Patientenvertretung verbindet mit den nun erfolgten äußerst zaghaften Schritten in der Textierung der Richtlinie die Forderung, dass die zuständigen Gremien auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen diese mit Leben erfüllen: Es müssen endlich konkrete Verbesserungen für die betroffenen Menschen erreicht werden.

---

<sup>3</sup> - IGES-Institut: Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung - Wissenschaftliches Gutachten für die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin 2012

- IGES-Institut 2012 „Patientenorientierte Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung: Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in zwei Berliner Bezirken zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung“ – Hans Nolting und Julian Reschke, im Auftrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V und der Patientenbeauftragten für Berlin

## 11 Zum weiteren Vorgehen

Die Patientenbeauftragte für Berlin schlägt unter Bezug auf das Mitberatungsrecht zum Bedarfsplan nach § 99 SGB V – auch ohne formales Antragsrecht - folgendes vor:

Das gemeinsame Landesgremium Berlin möge nach der Kenntnisnahme des Bedarfsplans 2013 folgendes beschließen:

1. Das gemeinsame Landesgremium verständigt sich darauf, möglichst **zeitnah eine Weiterentwicklung** des beschlossenen Bedarfsplans 2013 im Sinne einer bedarfsorientierten ärztlichen Versorgung aufzunehmen

und für eine Anpassung an die Berliner Versorgungsbesonderheiten und kleinräumigen Erfordernisse nicht die volle Gültigkeitsdauer des Bedarfsplans auszuschöpfen.

Das Gremium legt in der konstituierenden Sitzung fest, was *zeitnah* ist. Vorgeschlagen wird ein **Zeitraum von höchstens einem Jahr** für die Festlegung neuer Rahmendaten.

2. Das gemeinsame Landesgremium verständigt sich darauf, dass für die Weiterentwicklung des Bedarfsplans 2013 eine **konzeptionelle Grundlage** entsprechend einem **sozialindikativem Modell** (auf epidemiologischer und sozioökonomischer Basis) zur bedarfsorientierten, kleinräumigen, wohnortnahen ärztlichen Versorgung zu erarbeiten ist.
3. Das gemeinsame Landesgremium setzt eine Arbeitsgruppe aus relevanten Akteuren des Gremiums (einschließlich der Patientenvertretung) ein, die
  - a. Rahmenvorschläge für ein sozialindikatives Modell zur Weiterentwicklung des Bedarfsplans macht
  - b. Vorschläge erarbeitet, welche **Daten** für eine verbindliche und systematische Planung und Entscheidung zu möglichen Abweichungen von der BPL-RL für Berlin auf der Grundlage des Konzepts notwendig sind und von den Partnern kooperativ zur Verfügung gestellt werden
  - c. Vorschläge für räumliche Vorgaben (Planungseinheiten des Zulassungsbezirks) einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung bestimmter Arztgruppen formuliert.
4. Das gemeinsame Landesgremium verständigt sich darauf, dass Arztgruppen, die für die medizinische Grundversorgung von besonderer Bedeutung sind, vorrangig betrachtet werden (Hausärzte).
5. Das gemeinsame Landesgremium räumt ein, dass dem Thema Barrierefreiheit auch im Rahmen der Bedarfsplanung angemessen Rechnung zu tragen ist.