

4 Gesundheitsversorgung der Berliner Bevölkerung

4.1 Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

4.1.1 Ambulante vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung

4.1.1.1 Möglichkeiten der Berufsausübung, Praxisformen und Bedarfsplanung

Gesetzliche Grundlagen zur Berufsausübung

Seit 2007 sind schrittweise gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, die die Möglichkeiten für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Berufsausübung deutlich erweitert haben. Diese sind festgelegt im:

- *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)* vom 01.07.2007: Es ermöglicht beispielsweise die Anstellung von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten nun auch in ärztlichen Niederlassungen, solche Anstellungen waren seit 2004 ausschließlich in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erlaubt. Mehr Kooperationsmöglichkeiten von Praxen wie die Bildung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sowie von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (Kooperation von Gemeinschaftspraxen an unterschiedlichen Standorten) werden geschaffen. Die Arbeitsmöglichkeiten für MVZ werden erweitert. Ärztinnen/Ärzte können sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung tätig sein.
- *GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG)* vom 15.12.2008: Die Altersgrenze von 68 Jahren für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird abgeschafft. Seit 2009 sind auch sog. Teilzulassungen (Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag) möglich.
- *GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)* vom 01.01.2012: Danach können unter bestimmten Voraussetzungen Angestelltensitze wieder in zugelassene Vertragsarztsitze rückumgewandelt werden. Weiterhin gibt es die Möglichkeiten einer befristeten Zulassung, wenn der Versorgungsgrad einer Fachgruppe oberhalb von 100 %, aber unterhalb von 120 % liegt – dies wird aber in Berlin bisher nicht angewandt. Mit geänderten Arbeitsgrundlagen der MVZ wird deren ärztliche Leitung gestärkt. Wichtige Teile dieses Gesetzes sind zum 01.01.2013 in Kraft getreten, wie die neue Bedarfsplanung (s. u.) sowie das Ausschreibungsverfahren für Abgabepraxen einschließlich deren mögliche Stilllegung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) gegen Zahlung einer Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes.

Diese Regelungen zielen darauf ab, eine bessere, d. h. gleichmäßigere *ambulante Versorgungsstruktur* in Deutschland sicherzustellen und ab 2013 auch regionale Überversorgungen zu korrigieren. Zugleich trägt die wachsende *Vielfalt der Arbeitsmöglichkeiten* veränderten Lebensentwürfen der jüngeren Mediziner-Generation Rechnung. Gerade in den letzten Jahren wird in Berlin zudem sichtbar, dass vor allem Ärztinnen Interesse an der vertragsärztlichen Tätigkeit zeigen, weil sie Teilzeitmodelle nutzen und somit Beruf und Familie besser vereinbaren können.

**Berufsausübung im
vertragsärztlichen Bereich
weiter flexibilisiert.**

Generell zeigt sich, dass die Berlinerinnen und Berliner in vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Tätigkeit die umfangreicheren Arbeitsmöglichkeiten rasch angenommen haben und damit den Umfang ih-

rer Berufstätigkeit besser auf die Erfordernisse ihrer Patientenversorgung ebenso wie auf ihre individuelle Lebensplanung zuschneiden.

Die Statistiken zur Versorgungsstruktur in Berlin belegen nun schon seit mehreren Jahren diesen Trend. Im Folgenden wird auf einige dieser Teilnahmeformen näher eingegangen.

Anstellungen

Anstellung und Niederlassung, Anstellung im MVZ

Anhaltende Attraktivität der Anstellung bei ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen.

Das *Verhältnis von Niedergelassenen zu Angestellten* im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich belegt die anhaltende Attraktivität der Anstellung. Die Möglichkeit für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit eigenem Sitz (bei angeordneter Überversorgung dieses Fachgebietes durch den Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen), auf die eigene Zulassung zu verzichten und sich auf dem bisherigen Sitz von einer anderen Person – fachgleicher oder fachfremder Fachrichtung - oder von einem Medizinischen Versorgungszentrum mit festem Gehalt anstellen zu lassen, wird insbesondere von Älteren rege genutzt. Dieser umgewandelte Sitz wird damit dauerhaft auf die anstellenden Personen oder das MVZ übertragen. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte können Kolleginnen und Kollegen auf bis zu drei Vollzeitsitzen anstellen, Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (KJP) dürfen nur Angestellte der eigenen Fachgruppe beschäftigen. Sind ältere Ärztinnen/Ärzte auf dem Angestelltensitz nur in eingeschränktem Umfang tätig (Viertelstelle, halbe Stelle, Dreiviertelstelle), so muss der Sitz durch andere Ärztinnen/Ärzte gleicher Fachrichtung entsprechend dem Sicherstellungsauftrag voll besetzt werden.

Gab es in der ambulanten Versorgung am 01.01.2007 280 *ärztliche und psychotherapeutische Angestellte*, schnellte diese Zahl bis zu Beginn des Jahres 2013 auf 1.251 (einschließlich der Jobsharer, vgl. dazu unten den Abschnitt „Jobsharing“) hoch, die darin enthaltenen Angestelltensitzzahlen der PP/KJP stiegen von vier im Jahr 2007 auf 82 am 01.01.2013. Hierbei ist zu beachten, dass auf einem Angestelltensitz bis zu vier Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten dieser Fachrichtung angestellt werden können (jeweils mit einer Viertelstelle).

Das Wachstum der Angestelltensitze korrespondiert mit dem Rückgang der *niedergelassenen Arztzahl*, die seit 2011 jedoch auf etwa gleichem Niveau verharrt; mit 5.955 ärztlichen Niederlassungen war 2012 der bisherige Tiefststand erreicht. Demgegenüber steigt seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (01.01.1999) die Anzahl der *niedergelassenen PP und KJP* langsam, aber stetig an und erreichte am 01.01.2013 mit 1.755 Zulassungen ihren bisherigen Höchststand. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der ab 1999 in Berlin zunächst bedarfsunabhängig zugelassenen PP/KJP ohnehin sehr hoch war, da viele von ihnen zuvor im Delegationsverfahren an der kassenpsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen hatten und über die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen verfügten. Allerdings beruht dieses Anwachsen bei den Niedergelassenen-Zahlen nicht zuletzt auch darauf, dass aufgrund der Festlegung von Anteilsquoten von 20 % für KJP gegenüber PP ab 2008 (GKV-OrgWG) Entsperrungen erfolgten. 2010 wurden 81 KJP-Sitze zur Neuniederlassung und 2012 erneut 10 KJP-Sitze ausgeschrieben (vgl. GSI-Tabellen [6.1z-1](#) und [6.2-1](#)).

Der im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich sichtbare Trend im *Verhältnis von Niedergelassenen zu Angestellten* wird noch ausgeprägter *in den MVZ* sichtbar. Das Wachstum von Angestellten-Sitzen wurde vom Gesetzgeber von Anfang an gefördert: Schon seit 2004 können MVZ ausgeschriebene Sitze von Praxisabgebern aufkaufen und Ärztinnen/Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten darauf anstellen; seit 2007 kommt die Übertragung von Sitzen mit Anstellung der bisherigen Inhaber/innen hinzu. Zum 01.01.2013 besteht in den insgesamt 145 MVZ bei den ärztlichen und psycho-

therapeutischen Berufsgruppen ein Pro-Kopf-Verhältnis von 180 niedergelassenen zu 746 angestellten Personen, zum Vergleich: 2005 bestand in den damals 24 MVZ fast Anzahl-Gleichheit zwischen 54 Niedergelassenen und 55 Angestellten. Bei dem Unterschied zwischen Zugelassenen- und Angestelltenzahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die in den MVZ Niedergelassenen ganz überwiegend einen vollen Versorgungsauftrag erfüllen, während die Angestelltensitze geviertelt werden können, d. h. die in den MVZ Angestellten sind viel öfter teilzeitbeschäftigt - damit ist ihre Pro-Kopf-Zahl größer als die Zahl der in den MVZ vorhandenen Angestelltensitze (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Jobsharing

Auch das bereits seit 1999 bestehende *Jobsharing* wird mit den Jahren von den ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen *als Form der Flexibilisierung* stärker genutzt. Dies ist eine Anstellungsform, die den Niedergelassenen ermöglicht, den Versorgungsauftrag mit Hilfe einer weiteren Person zu erfüllen. Hier teilen sich zwei Ärztinnen/Ärzte oder Psychotherapeutinnen/-therapeuten jeweils desselben Fachgebietes den bisherigen Leistungsumfang des Sitzinhabers, wobei dieser Umfang nicht ausgeweitet werden darf. Jobsharing gibt es in der Form als Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit Senior- und Juniorpartner (nach § 101 Satz 1 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) oder als Anstellungsverhältnis (nach § 101 Satz 1 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Gab es zum 01.01.2007 insgesamt 107 Jobsharer, so stieg diese Anzahl über die Jahre weiter an: 2008 auf 123, 2009 auf 135, 2010 auf 147, 2011 auf 167. 2012 zeigte sich eine leicht rückläufige Entwicklung mit 152 Jobsharern, die 2013 mit 153 Jobsharern stagniert. Gibt es in Zulassungsfachgebieten Entsperrungen aufgrund des Demografiefaktors wie jüngst im Jahr 2012 bei Anästhesisten (4), Gynäkologen (9), Urologen (4), Hausärzten (47) und KJP (10), so werden nach der Bedarfsplanung und entsprechend der Jobsharing-Form zunächst die Beschränkungen der Jobsharing-Praxen aufgehoben und diese Praxen um die entsprechenden Versorgungsaufträge erweitert (vgl. GSI-Tabelle [6.2-1](#)).

Jobsharer teilen sich den Leistungsumfang eines Kassensitzes.

Fazit

Eine wachsende Zahl von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten nutzt die *neu entstandenen Kombinationsvarianten* für ihre Berufstätigkeit, beispielsweise parallel angestellt an mehreren Orten tätig zu werden, durch Teilzeitverträge auf halben oder Viertelstellen auf einem oder mehreren Angestelltensitzen an mehreren MVZ oder Praxen. Möglich ist nun auch eine hälftige Zulassung und gleichzeitige Anstellung auf halber Stelle, oder eine (Teil-)Anstellung im niedergelassenen Bereich und eine Nebentätigkeit am Krankenhaus.

Praxisformen

Auch die *Möglichkeiten für Kooperationsformen* sind mit den genannten gesetzlichen Regelungen ausgeweitet worden, wobei aus Gründen der Überversorgung einige Modelle wie Zweigpraxen oder Teil-Berufsausübungsgemeinschaften in Berlin so gut wie nicht greifen. Neben den Änderungen hinsichtlich der Bedarfsplanung bzw. des Zulassungsrechtes eröffnet der Gesetzgeber auch die Möglichkeit (als Kann-Regelung) für besondere Vergütungen (Zuschläge) bei Unterversorgung, die Anreize für eine gleichmäßigere Versorgung schaffen soll.

Bei den Praxisformen hält die Tendenz *weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen*, die schon seit Jahren sichtbar wird, an. Das Wachstum bei den Kooperationsformen zeigt jedoch ein differenziertes Bild.

Hälftiger Versorgungsauftrag / Teilzulassung

Auch die seit 2009 bestehende Regelung für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, einen *halben Versorgungsauftrag abzugeben* (bei zulassungsbeschränkten Fachgruppen) *oder* (bei nicht bedarfsplanungsrelevanten Fachgebieten) *zu übernehmen*, wird zunehmend angenommen. Eröffnet dies

doch die Möglichkeit, sich im höheren Berufsalter oder bei Familienplanung auf den hälftigen Versorgungsauftrag zu beschränken, oder den zunächst halben Sitz beispielsweise bereits einem nachfolgenden Familienmitglied zu übertragen, eine Gemeinschaftspraxis einzugehen und den verbleibenden halben Sitz später dem BAG-Partner abzugeben. Damit bliebe auch die Behandlung des Patientenkontexts in dieser Praxis gewährleistet. Anfang 2009 waren zunächst nur 10 Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig. Bezieht man auch diejenigen, die mit eigenem halben Sitz im MVZ tätig sind, sowie die Jobsharing-Juniorpartner/innen und die in ehemaligen Polikliniken mit nicht vollem Beschäftigungsumfang Tätigen mit ein, so schnellte diese Zahl für 2013 auf 436 hoch (vgl. GSI-Tabelle [6.1z-1](#)).

Einzelpraxen

**Zahl der Einzelpraxen
nimmt weiter ab.**

Die Zahl der Einzelpraxen im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich sinkt stetig weiter bzw. stagniert. Geht man vom Jahr 2009 aus (Einführung der lebenslangen Arztnummer für jeden Vertragsarzt/-therapeut), so gab es seinerzeit 1.726 einzeln niedergelassene Hausärztinnen/-ärzte und 3.744 fachärztlich/psychotherapeutisch Tätige. Diese Zahlen sanken seither auf 1.563 hausärztliche Einzelpraxen am 01.01.2013 und verharren im fachärztlich/psychotherapeutischen Bereich bei 3.743 Einzelpraxen (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)

Die Abnahme der Einzelpraxen korrespondiert nicht gleichwertig mit der Zunahme der Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) im *hausärztlichen Bereich*. Hier zeigt sich nach der Höchstzahl von 374 BAG mit 713 kooperierenden Hausärztinnen/-ärzten am 01.01.2009 zunächst ein Abflauen in den Folgejahren und ab 2012 ein Wiederanstieg auf nunmehr 365 BAG mit 731 Hausärztinnen/-ärzten am 01.01.2013. Das heißt, es arbeiten derzeit in weniger BAG mehr Hausärztinnen/-ärzte zusammen als 2009.

Im *fachärztlichen/psychotherapeutischen Bereich* zeigt sich die gleiche Tendenz: Gab es 2009 532 fachgleiche BAG mit 1.142 Teilnehmenden, so haben die Zahlen nach zwischenzeitlichem Abflauen mittlerweile (Stand 01.01.2013) den Wert von 533 Praxen mit leicht gestiegener Teilnehmerzahl von 1.212 erreicht (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG und üBAG)

**Kooperationsform üBAG
wird zunehmend genutzt.**

Fachübergreifende *örtliche BAG* zeigen weiterhin eine sinkende Tendenz mit 52 BAG und 154 Teilnehmenden am 01.01.2013 gegenüber 66 BAG mit 189 Teilnehmenden Anfang Januar 2009. Demgegenüber wächst die Anzahl der *überörtlichen BAG* (üBAG) seit ihrer Einführung 2007 stetig. Bestanden zum 01.01.2009 51 üBAG mit 146 Teilnehmenden, so stieg diese Anzahl seither auf 70 üBAG mit 203 Kooperierenden am 01.01.2013 (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

In den *üBAG* arbeiten Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten *an unterschiedlichen Standorten* zur gemeinsamen Behandlung desselben Patientenkontexts zusammen, sie legen ihre Haupt- und Nebenbetriebsstätte/n fest und bieten an den einzelnen Standorten individuelle Sprechstundenmenüen an. Hierin liegt auch die größere Attraktivität dieser Kooperationsform: üBAG können im Gegensatz zu den anderen BAG-Formen größere Umsätze erwirtschaften, denn die beteiligten Ärzte gestalten an den jeweiligen Standorten ihre Sprechzeiten entsprechend dem Patientenaufkommen flexibel. Damit steigen auch die Behandlungsfälle.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Nach raschem Wachstum der *MVZ-Anzahl* ab 2004 hat sich dieses ab 2009 (141 MVZ) deutlich verlangsamt, nach zwischenzeitlichem Rückgang 2010 (136 MVZ) steigt die Anzahl 2013 (145) wieder an.

Die Zahlen der dort *ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen* steigen hingegen stetig. 2009 arbeiteten in den 141 MVZ 675 Personen, 2013 sind es bereits 926 Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den 145 MVZ. Diese Zahlen sind allerdings wegen der tendenziell stärkeren Splittung der Angestelltensitze zu relativieren (siehe oben: Anstellungen am MVZ). Bei der Anzahl der bestehenden MVZ ist zudem zu berücksichtigen, dass es Ende 2010 sowie im Verlaufe des Jahres 2011 aufgrund nachgewiesenen Abrechnungsbetruges zu Zulassungsentzügen u. a. der MVZ der DRK-Kliniken kam, wobei auch alle Angestellten-Sitze dieser MVZ entfielen.

In jedem MVZ wird eine ambulante fachübergreifende Versorgung in einheitlicher *Trägerschaft* angeboten. Nach wie vor überwiegt die vertragsärztliche Trägerschaft von jetzt 88 MVZ gegenüber der von Krankenhäusern und sonstigen Trägern mit 57 MVZ (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Bezüglich der möglichen Trägerschaften und der ärztlichen Leitung der MVZ ist die Rechtslage mit dem VStG ab 01.01.2012 zugunsten der ärztlichen Seite verändert worden. Festgelegt ist nun, dass der ärztliche Leiter selbst im MVZ tätig sein und der Träger für ein MVZ selbst an der ärztlichen Versorgung zu Lasten der GKV teilnehmen muss. Beispielsweise Heilmittelerbringer sind nun von der Trägerschaft ausgeschlossen.

Mit dem zahlenmäßigen Anwachsen der MVZ geht weiterhin eine Konzentration von Arzt- und Therapeutensitzen an diesen Standorten einher. Das mit der Bildung von MVZ vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, das ambulante Angebot mit unterschiedlichen Fachrichtungen „unter einem Dach“ für die Patienten zu verbessern, wird bislang erkaufte mit der „Abwanderung“ von hausärztlichen und fachärztlichen Sitzen aus der angestammten wohnortnahen Versorgung, obgleich bei dem Verkauf der Praxis vom Zulassungsausschuss zunächst Bewerber/innen berücksichtigt werden, die die Praxis am ursprünglichen Standort weiterbetreiben wollen, und erst danach MVZ zum Zuge kommen.

Mit steigender MVZ-Zahl geht eine Konzentration der Kassensitze an den MVZ-Standorten einher.

Dieser Konzentrationsprozess wird seit Inkrafttreten des VÄndG seit 2007 weiter erleichtert. MVZ untereinander oder MVZ mit Praxen können sich zu großen standortgleichen BAG oder üBAG zusammenschließen. 2009 gab es neun solcher üBAG oder BAG, die jeweils aus zwei oder mehreren MVZ oder aus MVZ mit BAG Niedergelassenen bestanden. Am 01.01.2013 hatten sich zwar drei dieser MVZ-üBAG wieder getrennt, dem standen allerdings acht MVZ-üBAG sowie eine MVZ-BAG (mehrere MVZ am selben Standort) und vier üBAG von MVZ mit Praxen gegenüber, insgesamt also 13. Die beteiligten Träger bzw. Praxen versprechen sich von der *Bildung solch großer Einheiten* offenbar vor allem eine Effizienzsteigerung durch Abrechnungs- und Honorarvorteile, die mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten im flexibleren Sprechstundeneinsatz an den unterschiedlichen Standorten erreicht werden soll – ganz ähnlich den üBAG im niedergelassenen Bereich.

Zulassungsrecht und Bedarfsplanung

Das VStG gibt eine Reihe von Änderungen im Zulassungsrecht vor, von denen einige bereits zum 01.01.2012, andere zum 01.01.2013 in Kraft getreten sind. Hier ein kurzer Überblick:

Regulierung von Praxisverlegung und Praxisnachfolge

Seit 2012 kann der Zulassungsausschuss die zuvor wenig beeinflussbare Praxisverlegung innerhalb Berlins – obwohl ein Planungsbereich – regulieren und damit regionalen Versorgungslücken entgegenwirken. Denn der Zulassungsausschuss darf der *Praxisverlegung* nur noch zustimmen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem Wegzug nicht entgegenstehen, also beispielsweise die Versorgung einer Region mit vergleichsweise wenig Arztsitzen nicht weiter ausgedünnt wird. Dies gilt gleichermaßen für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die auf ihre

Einflussnahme des Zulassungsausschusses auf regionale Versorgung in Berlin seit 2012 möglich.

Zulassung verzichten und sich in einem MVZ oder einer Vertragsarztpraxis anstellen lassen und deshalb ihren Sitz in einen anderen Stadtbezirk verlagern wollen. Ebenfalls seit 2012 kann ein Angestelltensitz wieder in eine Zulassung (Vertragsarztsitz in freier Niederlassung) rückumgewandelt werden.

Ab 2013 tritt eine weitere Neuregelung in Kraft: Nun entscheidet der Zulassungsausschuss auch darüber, ob eine in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich befindliche Praxis *für einen Nachfolger ausgeschrieben* werden kann. Wird die Praxis durch Angehörige, durch Angestellte der Abgebenden oder durch BAG-Partner/innen weitergeführt, kann dem nicht widersprochen werden. In allen anderen Fällen kann die Ausschreibung mit einer Mehrheit im paritätisch zusammengesetzten Zulassungsausschuss abgelehnt werden, wenn die Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht notwendig ist. Wird der Antrag auf Praxisausschreibung abgelehnt, wird dieser Sitz stillgelegt und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat der/dem Abgebenden eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Damit soll eine Überversorgung in diesem Fachgebiet / an diesem Standort abgebaut werden.

Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie

Nur die Fachgebiete MKG-Chirurgie und Thoraxchirurgie unterliegen 2013 nicht der Bedarfsplanung.

Seit dem 01.01.2013 gilt eine *neue Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der Grundlage der Vorgaben des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG)*. Sie zielt darauf ab, Fehlentwicklungen in der bisherigen Bedarfsplanung durch Flexibilisierung der Raumgliederung und der Einflussgrößen auf die Bedarfsplanung gegenzusteuern. Dem vorausgegangen war ein Moratorium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 06.09.2012 für *neun Zulassungsfachgebiete* ohne Zulassungsbeschränkung, die ab 2013 der Bedarfsplanung unterliegen. Dies betrifft die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Neurochirurgie, Humangenetik, Labormedizin, Pathologie sowie Transfusionsmedizin; weiter unbeplant bleiben nur die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie) und die Thoraxchirurgie.

Nach dieser Übergangsregelung durften sich Angehörige der genannten bisher nicht beplanten Fachgruppen ab diesem Zeitpunkt solange nicht mehr frei niederlassen, bis die Versorgungsgrade ab 01.01.2013 ermittelt wurden. Damit wurde verhindert, dass kurzfristig alle Zulassungswilligen dieser genannten Fachgruppen zugelassen werden mussten, ohne dass auf eine eventuell entstehende Überversorgung Rücksicht genommen wurde (siehe Pressemitteilung des G-BA vom 06.09.2012¹). Der G-BA setzte allen Landesausschüssen Ärzte/Krankenkassen bis zum 15.02.2013 eine Frist, auf der Basis des Bedarfsplans 2013 die *Überversorgungsfeststellung* für die neuen der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen zu treffen, für die bisherigen spätestens bis zum 30.06.2013. Dem kam der Berliner Landesausschuss am 06.02.2013 nach. Aufgrund der festgestellten Überversorgung im Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt wurden *Zulassungssperren* für alle der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen einschließlich der bisher dem Moratorium unterliegenden Arztgruppen angeordnet, sodass in Berlin nun keine weiteren Zulassungen oder Anstellungen (außer im Rahmen des Job-Sharing) möglich sind (vgl. GSI-Tabelle [6.2-1](#)).

Landesgremium erarbeitet Vorschläge zu Modalitäten einer künftigen Bedarfsplanung für Berlin.

Um die Mitwirkungsrechte des Landes zu stärken, hat sich im März 2013 ein „*gemeinsames Landesgremium*“ als ein spezieller Beratungsausschuss konstituiert, der Stellungnahmen zum Bedarfsplan, zur Feststellung von Unter-/Überversorgung bzw. zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen, zu einem ggf. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sowie der Zulassung von Krankenhäusern zur spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung (nach § 116 b SGB V) abgeben kann. Neben der KV sind darin auch das Land Berlin, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ärzte- und die Psychotherapeutenkammer, die Berliner Krankenhausgesellschaft sowie Patientinnen und Patienten vertreten. In der konstituierenden Sitzung des Landesgremiums wurde beschlossen, in einer Arbeitsgruppe

¹ <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/451/>, zuletzt aufgerufen am 05.03.2013.

gemeinsam über *Daten, Modellparameter und Modelle einer künftigen Bedarfsplanung für Berlin* zu beraten und dem Landesgremium bis zum 30.06.2013 hierzu konkrete Vorschläge vorzustellen.

4.1.1.2 Patientenorientierte Bedarfsplanung: Befragung in zwei Bezirken

Die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu der *am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie* offenbarten, was bisher in der Diskussion um die ärztliche Bedarfsplanung völlig fehlte, nämlich *belastbare Angaben zu den Haltungen, Erwartungen und Inanspruchnahmekriterien von Patientinnen und Patienten* selber. Das Verhalten der Versicherten für die Auslastung vorhandener ärztlicher Angebote ist sehr bedeutsam, aber bisher kaum erhoben und für Planungszwecke operationalisiert worden. Leider fanden die Erfahrungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung bisher kaum Berücksichtigung.

Daher führte die Patientenbeauftragte eine *Befragung von Bürgerinnen und Bürgern* in den Berliner Bezirken *Treptow-Köpenick* und *Charlottenburg-Wilmersdorf* durch zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung - gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss und mit Unterstützung der Gesundheitsstadträte von Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick sowie des IGES Instituts.

Die *Umfrage* wurde *im Zeitraum Oktober bis November 2012* durchgeführt und erfolgte anonym. Die Frage lautete: „Wie kann die Versorgungsrealität und der medizinische Bedarf durch Befragungen von Versicherten und Patientinnen/Patienten ermittelt werden und ein Instrument zu Bevölkerungs- und Patientenbefragungen im Kontext der Bedarfsplanung sinnvoll eingesetzt werden?“

Befragt wurden 2.000 *per Zufall ausgewählte Berlinerinnen und Berliner aus den Bezirken Treptow-Köpenick und Charlottenburg-Wilmersdorf*. Die Befragten erhielten neben dem Fragebogen ein Anschreiben der Patientenbeauftragten, in dem sie über die Ziele der Umfrage aufgeklärt und darauf hingewiesen wurden, dass die Teilnahme an der Umfrage freiwillig ist. Der Sendung lag ein Rücksendeumschlag (Gebühr zahlt Empfänger) an die Adresse der Patientenbeauftragten des Landes Berlin bei. Die eingegangenen Fragebögen wurden dann an das IGES Institut weitergeleitet, wo sie erfasst und ausgewertet wurden.

An der Umfrage beteiligten sich insgesamt 1.061 Personen. Die *Gesamtrücklaufquote* betrug bei 4.000 ausgesandten Fragebögen also 26,5 Prozent.

Abgefragt wurden die *Erfahrungen bei der haus- und fachärztlichen Versorgung* in dieser Stadt; insbesondere mit der Erreichbarkeit (auch zu Alternativen), Wartezeiten, der Terminvergabe, der Qualität der medizinischen Betreuung und Zugang zu den Praxen. Zusätzlich wurden u. a. Daten zu Geschlecht, Versicherungsstatus, Alter und Behinderung erhoben.

Die Annahme, dass es sich bei *Treptow-Köpenick* verglichen mit Charlottenburg-Wilmersdorf um einen Bezirk mit *weniger gut ausgeprägtem Versorgungsangebot* handelt, wird durch Angaben der Befragten zur Erreichbarkeit von Alternativen gestützt. Dennoch zeigt sich keine sonderlich ausgeprägte Patientenwanderung.

Die erste Auswertung zeigt, dass sich innerhalb eines infrastrukturell stark erschlossenen Gebietes wie Berlin ein unterschiedliches Versorgungsangebot weniger in der Erreichbarkeit oder der Zugänglichkeit der Angebote äußert, sondern vielmehr in der *Frequenzierung von Praxen*. Wenn also in einem Bezirk das ärztliche Angebot knapper ist (wie in Treptow-Köpenick), dann reisen die Patientinnen und Patienten nicht in einen anderen Bezirk, sondern sie sitzen in den *überfüllten Praxen* in ihrer Nähe. Daraus ergeben sich Qualitätsunterschiede bei der Betreuung: die Versicherten müssen länger warten, haben das Gefühl,

**Geringe Arztdichte führt
nicht zu Patientenwan-
derung in andere Bezirke.**

der Arzt/die Ärztin hat weniger Zeit für sie usw., was wiederum zur *Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung* beiträgt.

Das alles betrifft jedoch weniger die *privat Krankenversicherten* als vielmehr die in der *gesetzlichen Krankenversicherung* versicherten Patientinnen und Patienten.

Sobald die Auswertung vollständig abgeschlossen ist, werden die *Ergebnisse auf der Internetseite* der Patientenbeauftragten <http://www.berlin.de/lb/patienten/> Interessierten zur Verfügung gestellt.

4.1.1.3 Inanspruchnahme vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Versorgung

Behandlungsfälle

Es bleibt abzuwarten, wie sich der *Wegfall der Praxisgebühr* bei Behandlungsfällen/Inanspruchnahme auswirken wird. Im Jahr vor der Einführung der Praxisgebühr waren die ärztlichen Behandlungsfälle auf den Spitzenwert von 24.295.443 gestiegen. Nach Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 (21.909.250 ärztliche Behandlungsfälle) haben die Berliner Patientinnen und Patienten die ambulante ärztliche Behandlung bis zum Jahr 2006 (21.041.937 ärztliche Behandlungsfälle) weitaus weniger in Anspruch genommen. Ab 2007 zeigt sich ein langsamer kontinuierlicher *Wideranstieg der Behandlungsfälle*, der das Niveau von 2003 inzwischen wieder übersteigt. Erstmals erreichten die Behandlungsfälle 2011 mit 25.031.917 einen Spitzenwert seit der Jahrtausendwende (vgl. GSI-Tabellen [7.19-1](#) und [7.20-1](#)).

Fallzahl des Gebiets Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie seit Honorarreform vervielfacht.

Psychosomatische Versorgung als Teil der fachärztlichen Versorgung: Seit der Honorarreform ab 01.01.2009 bilden die Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine eigene Honorargruppe und ihre Leistungen werden seither gesondert von denen der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte betrachtet. Damit werden sie endlich in die Lage versetzt, speziell psychosomatische Krankheitsbilder im erforderlichen Umfang und unter Anwendung der Methoden, die in ihrem Gebührenordnungs-Abrechnungskapitel stehen, zu behandeln. Daraus resultieren steigende Fallzahlen: Waren es 2008 nur 42.168 Fälle auf eher psychotherapeutischer Grundlage, so verdreifachte sich diese Zahl 2009 bereits auf 133.687 und stieg 2011 auf 136.361 Fälle an (vgl. GSI-Tabelle [7.22-1](#)).

Psychotherapeutische Versorgung: Hier ist der Bedarf ungebrochen und steigt seit 2001 rasant an: 2003 waren 181.842 psychotherapeutische Behandlungsfälle zu verzeichnen. 2011 wurden von PP, KJP, ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie psychotherapeutisch weitergebildeten Ärztinnen/Ärzten anderer Fachgruppen mit mehr als 90 % ihrer Leistungen in der Psychotherapie schon 266.063 Fälle abgerechnet – das ist der bisher höchste Stand (vgl. GSI-Tabellen [7.19-1](#) und [7.22-1](#)). Hier ist zu berücksichtigen, dass auch die Anzahl der Psychotherapeutinnen/-therapeuten stetig ansteigt (vgl. GSI-Tabelle [6.1z-1](#)).

Zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen vgl. Kapitel 3.

Ambulanter Notfalldienst und Service-Leistungen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist gemäß §§ 75 Abs. 1 und 311 (4 d) SGB V für die *Sicherstellung eines Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten* verantwortlich. Der *Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD)* der KV Berlin ist darüber hinaus ein zentral geregelter *Hausbesuchsdienst* mit KV-eigener Leitstelle. Er steht der Bevölkerung auch weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung. Im ÄBD sind wie in der Vergangenheit 26 Fahrzeuge eines externen Dienstleisters im Einsatz.

2012 wurden im fahrenden Dienst die derzeit rd. 300 Ärztinnen und Ärzte (244 vertragsärztlich, davon überwiegend hausärztlich, sowie 35 nicht-vertragsärztlich Tätige aus Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zu rd. 160.000 Einsätzen gerufen. Das ist ein leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr mit rd. 158.600 Einsätzen. Die Ärzte sind schichtweise im Einsatz. Für den seit 2004 bestehenden eigenständigen *Leichenschauendienst* im ÄBD (Todesfeststellung und Leichenschau) sind 27 Ärzte tätig.

Neben den Hausbesuchsdiensten wird in der KV-Leitstelle täglich ein *telefonischer Beratungsdienst* von einer/einem der 30 Beratungsärztinnen/-ärzte durchgeführt. Als weiteren Service bietet die ÄBD-Leitstelle Auskünfte über Adressen von wohnortnahen Haus- und Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen an (vgl. GSI-Tabelle [7.25z-1](#)).

Eine eigene *Erste-Hilfe-Stelle (EHS)* betreibt die KV Berlin weiterhin am Standort Lichtenberg / Krankenhaus Lindenhof. Dort wird ausschließlich ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst mittwochs von 15 bis 22 Uhr, am Wochenende und feiertags von 8 bis 22 Uhr angeboten. Alle anderen KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen wurden seit 1996 sukzessive wegen zu geringer Auslastung und wachsender Defizite geschlossen.

Weiterhin bestehen *zwischen der KV Berlin und Berliner Kliniken Kooperationsverträge* für Dienste niedergelassener Kinder- und Hausärztinnen/-ärzte in den dortigen Rettungsstellen: eine allgemeinmedizinische und internistische Erstversorgung sowie einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in den DRK-Kliniken Mark Brandenburg (Wedding), ausschließlich kinderärztliche Bereitschaftsdienste in den DRK-Kliniken Westend (Charlottenburg) sowie im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof). Die Inanspruchnahme der dort dienstausübenden niedergelassenen Kinder- und Hausärztinnen/-ärzte (Kooperationsfälle) ist 2012 gegenüber dem Vorjahr in allen genannten EHS bis auf den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst im St.-Joseph-Krankenhaus Tempelhof gestiegen (vgl. GSI-Tabelle [7.25z-2](#)).

4.1.2 Vertragszahnärztliche Versorgung

Ende 2011 arbeiteten in der *vertragszahnärztlichen Versorgung* 3.455 Zahnärztinnen, Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in Berlin. Diese Zahl enthält außer den mit Versorgungsauftrag (Zulassung) Tätigen die bedarfsplanrelevante und immer größer werdende Gruppe der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte nach § 32 b Zahnärzte-ZV (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte). Diese zahnärztlichen Angestellten erfüllen alle Voraussetzungen eines zugelassenen Zahnarztes und sind diesem sowohl im Bedarfsplan als auch in der Zuteilung des Budgets gleichgestellt. In Berlin lag der Anteil der angestellten an allen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten am 31.12.2011 bei 13 %.

Zahl der Angestellten in der vertragszahnärztlichen Versorgung wächst.

Die Entwicklung der *Anzahl Berliner Zahnärztinnen, Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden* in den letzten fünf Jahren lässt einen leichten Anstieg erkennen. Gezählt wurde pro Kopf, unabhängig davon, ob eine Tätigkeit in Vollzeit oder Teilzeit ausgeübt wurde. Stichtag der Daten ist jeweils der 31.12. des entsprechenden Kalenderjahres. Zählt man alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung Teilnehmenden, sowohl die Zugelassenen als auch die Angestellten, dann ergibt sich eine Zunahme um 185 bzw. 5,7 % in den letzten fünf Jahren (vgl. Abbildung 4.1).

Die zunehmende Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Berlinerinnen und Berliner sicherstellen, ist auf den wachsenden Anteil der *Angestellten* zurückzuführen, deren Zahl von 133 im Jahre 2007 auf 444 im Jahr 2011 anstieg, das bedeutete eine außerordentliche Zunahme um 234 %. Im Gegensatz dazu zeichnet sich bei den *Zulassungen* ein leichter Abwärtstrend ab, ihre Zahl sank im Beobachtungszeitraum von 3.137 um 4,0 % auf 3.011 (vgl. Abbildung 4.2).