

# **Bedarfsplan 2020**

## **für den**

# **Zulassungsbezirk Berlin**



Der Bedarfsplan für den Zulassungsbezirk Berlin wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gemäß § 99 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 12 der Zulassungsverordnung für Ärzte im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Berlin nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 vom 20.12.2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 31.12.2012, zuletzt geändert am 05.12.2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 20.12.2019 aufgestellt.

Der vorliegende Bedarfsplan wird nach Nichtbeanstandung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin, am 28.10.2020 wirksam.

## Inhalt

|  |       |
|--|-------|
| <b>Präambel</b>  | S. 3  |
| 1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ärzte-ZV)                             | S. 3  |
| 1.1. Ärztliche Versorgung  | S. 4  |
| 1.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige<br>medizinische Versorgung | S. 12 |
| 1.3. Demografie und soziodemografische Faktoren                                      | S. 12 |
| 1.4. Geografische Besonderheiten   | S. 14 |
| 1.5. Ziele der Bedarfsplanung  | S. 14 |
| 1.6. Barrierefreier Zugang zur Versorgung  | S. 16 |
| 2. Bedarfsplanung  | S. 19 |
| 2.1. Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung   | S. 19 |
| 2.1.1. Hausärztliche Versorgung gemäß § 11 Abs. 1 der<br>Bedarfsplanungs-Richtlinie  | S. 19 |
| 2.1.2. Allgemeine fachärztliche Versorgung   | S. 21 |
| 2.1.3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung                                       | S. 22 |
| 2.1.4. gesonderte fachärztliche Versorgung   | S. 24 |
| 2.1.5.   | S. 25 |
| 2.2. Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie                   | S. 25 |
| 3. Planungsblätter   | S. 34 |

### Anlage 1

## **Präambel**

Mit dem vorliegenden Bedarfsplan wird angestrebt, einen gleichmäßigen Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten auch in Zukunft zu gewährleisten.

Hierbei ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen. Danach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese gesetzliche Vorgabe für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ist auch beim Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu beachten.

Auf der Grundlage von Art. 72 Abs. 2 des Grundgesetzes sind gleichwertige Lebensverhältnisse im Bundesgebiet anzustreben. Aus diesem Grund sind Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie nur zulässig, wenn diese durch regionale Besonderheiten gerechtfertigt sind. Dies findet seinen Niederschlag sowohl in § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V als auch in § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Mit dem vorliegenden Bedarfsplan wird für die Arztgruppe der Hausärzte erstmals von der Möglichkeit einer abweichenden Raumgliederung gemäß § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 11 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch gemacht, um eine ausgeglichene, stabile und wohnortnahe hausärztliche Versorgung im Zulassungsbezirk Berlin zu erreichen.

Darüber hinaus wird mit dem vorliegenden Bedarfsplan für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ein neuer Steuerungsmechanismus implementiert; hierdurch soll eine Harmonisierung der Versorgungssituation insbesondere dadurch erreicht werden, dass die zum Teil erheblichen Unterschiede in der fachgruppenspezifischen Versorgungsdichte zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken innerhalb des Planungsbereiches aneinander angeglichen werden.

### **1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ärzte-ZV)**

Der Zulassungsbezirk Berlin ist seit 2003 für alle von der Bedarfsplanung betroffenen Arztgruppen ein einheitlicher Planungsbereich. Kennzeichnend für die ärztliche Versorgung im Zulassungsbezirk Berlin ist, dass für die bisher der Bedarfsplanung unterworfenen Arztgruppen wegen eines Versorgungsgrades von über 110 % mit wenigen Ausnahmen fast

durchgängig Zulassungsbeschränkungen anzuordnen waren. Partielle Entsperrungen hat es in der jüngeren Vergangenheit zunächst für die Arztgruppe der Hausärzte gegeben. In drei Ausschreibungsetappen wurden in den Jahren 2019 und 2020 insgesamt 131 Hausarztsitze ausgeschrieben und vergeben. Überdies gab es jeweils eine partielle Öffnung des Planungsbereichs Berlin für die allgemein fachärztlichen Arztgruppen der Gynäkologen und Augenärzte im Umfang von 20 bzw. 12 Sitzen. Anfang 2020 (Stichtag 14.01.2020) sank auch erstmals für die bedarfsplanerischen Arztgruppen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hautärzte der Versorgungsgrad unter 110 %. Dies führte jedoch für diese Arztgruppen nicht zu einer Entsperrung des Planungsbereichs Berlin, da gemäß §§ 101 Absatz 3, 3a SGB V vorrangig Leistungsbegrenzungen von zugelassenen oder von bei Vertragsärzten angestellten Jobsharern aufzuheben waren.

Im Jahr 2018 waren auf der Grundlage eines durch den Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zusätzlich 8 Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte sowie 2 Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater geschaffen worden.

## 1.1 Ärztliche Versorgung

Der Zulassungsbezirk ist allgemein betrachtet durch eine im bundesweiten Vergleich hohe Arztdichte in allen Arztgruppen gekennzeichnet, die der Bedarfsplanung unterliegen. Der Versorgungsgrad überschreitet in allen Arztgruppen das bedarfsplanerische Soll von 100 Prozent. Bezüglich der Arztzahlen und der Zahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird auf die Planungsblätter verwiesen, die als Anlage 1. Bestandteil dieses Bedarfsplans sind.

Ergänzend wird die ärztliche Versorgung anhand nachfolgender statistischer Auswertungen des Arztregisters (Stand 01.07.2020) dargestellt.

Anzahl und Tätigkeitsumfang der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb der Versorgungsebenen sehen zum 01. Juli 2020 wie folgt aus:

### hausärztliche Versorgung

|                  | Personen     | VZÄ <sup>1</sup> |
|------------------|--------------|------------------|
| <b>Hausärzte</b> | <b>2.592</b> | <b>2.336,33</b>  |

### allgemeine fachärztliche Versorgung

|                   | Personen     | VZÄ <sup>1</sup> |
|-------------------|--------------|------------------|
| Augenärzte        | 346          | 295,50           |
| Chirurgen         | 240          | 179,00           |
| Frauenärzte       | 670          | 563,25           |
| Hautärzte         | 218          | 189,00           |
| HNO-Ärzte         | 265          | 239,25           |
| Kinderärzte       | 370          | 315,05           |
| Nervenärzte       | 407          | 320,45           |
| Orthopäden        | 400          | 335,75           |
| Psychotherapeuten | 2.766        | 2.102,73         |
| Urologen          | 179          | 158,75           |
| <b>Summe</b>      | <b>5.861</b> | <b>4.698,73</b>  |

### gesonderte fachärztliche Versorgung

|  | Personen   | VZÄ <sup>1</sup> |
|--|------------|------------------|
| Humangenetiker                                 | 21         | 12,50            |
| Laborärzte                                     | 100        | 69,25            |
| Neurochirurgen                                 | 62         | 39,75            |
| Nuklearmediziner                               | 58         | 47,00            |
| Pathologen                                     | 75         | 55,25            |
| Physikalische- u.<br>Rehabilitations-Mediziner | 76         | 68,65            |
| Strahlentherapeuten                            | 70         | 48,63            |
| Transfusionsmediziner                          | 14         | 8,75             |
| <b>Summe</b>                                   | <b>476</b> | <b>349,78</b>    |

### spezialisierte fachärztliche Versorgung

|                                 | Personen     | VZÄ <sup>1</sup> |
|---------------------------------|--------------|------------------|
| Anästhesisten                   | 179          | 142,25           |
| Fachärztlich tätige Internisten | 513          | 390,50           |
| Kinder- u. Jugendpsychiater     | 78           | 61,05            |
| Radiologen                      | 246          | 168,63           |
| <b>Summe</b>                    | <b>1.016</b> | <b>762,43</b>    |

<sup>1</sup> VZÄ, Vollzeitäquivalent / Zahlen ohne Platzhalter (nicht besetzte Arztsitze)

Gemessen an der vertragsärztlichen Gesamtversorgung ist in der KV-Region der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten (VZÄ) der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit 58 % am höchsten, der Anteil der Ärzte (VZÄ) der hausärztlichen Versorgung beträgt 29 %, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung machen einen Anteil von 9 % bzw. 4 % aus.

Bei der bedarfsplanerischen Arztgruppe der Psychotherapeuten wird gegenüber dem Stand zum 01.07.2019 (2670 Personen, 2.112,375 VZÄ) die Tendenz eines deutlichen Anstiegs an Personen bei gleichzeitigem Rückgang von Vollzeitäquivalenten deutlich. Gegenüber dem Vorjahr waren 93 Therapeuten mehr tätig.

Hinsichtlich der Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten in den Verwaltungsbezirken lässt sich die bereits bekannte Tendenz einer Konzentration der Ärzte mit Niederlassungen in als infrastrukturell attraktiver geltenden Bezirken wie Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz -

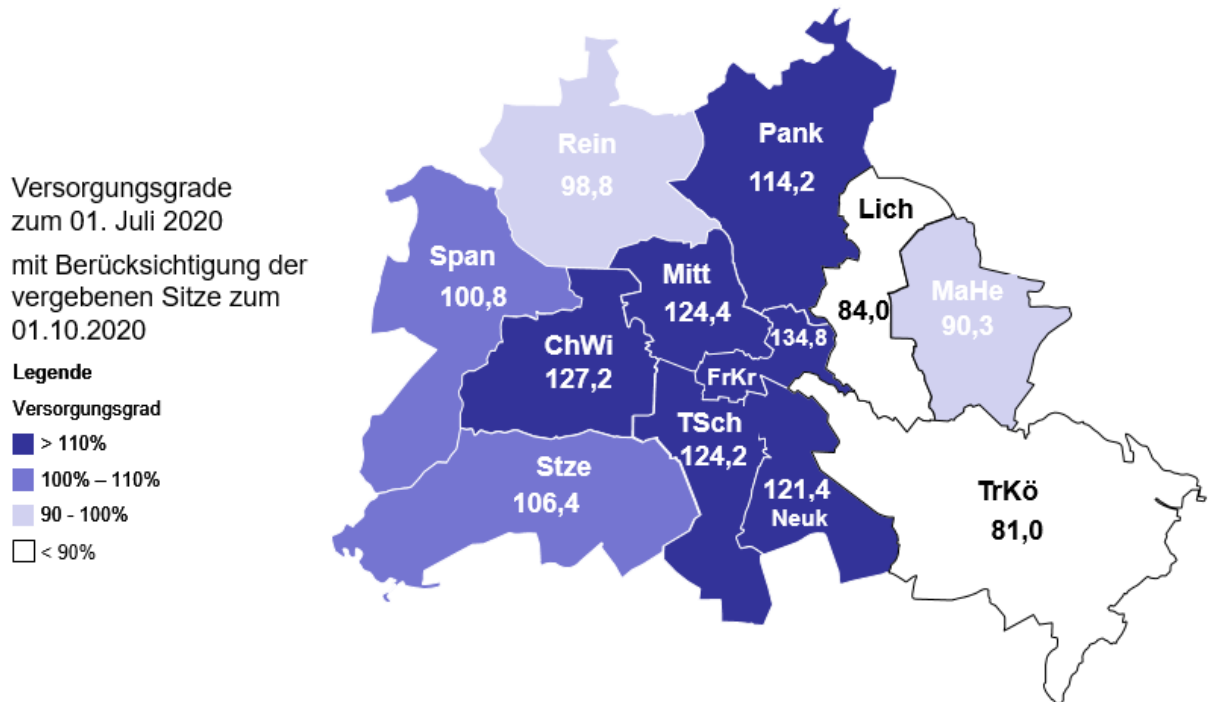
Zehlendorf und Mitte sowie Pankow weiterhin feststellen. Die Thematik einer Ungleichverteilung der Ärzte gewinnt insbesondere für diejenigen Arztgruppen an Bedeutung, für die eine möglichst wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden soll, aber zugleich auf Gesamtberlin betrachtet das Versorgungsangebot abnimmt, bzw. eine Überversorgung künftig nicht mehr zu prognostizieren ist.

Daher soll im Folgenden die Verteilung der Ärzte im Zulassungsbezirk für die Arztgruppen der Hausärzte sowie ausgewählter, grundversorgender Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung anhand eines auf bezirklicher Ebene ermittelten Versorgungsgrades (rechnerischer Versorgungsgrad) dargestellt werden.

Für die Arztgruppen der Hausärzte, Augenärzte und Gynäkologen sind die rechnerischen Versorgungsgrade auf Bezirksebene unter Beachtung der aufgrund der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Berlin vom 30.01.2020 (01-04 2020-LA) durch den Zulassungsausschuss zum 01.10.2020 ausgesprochenen Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen ermittelt worden.

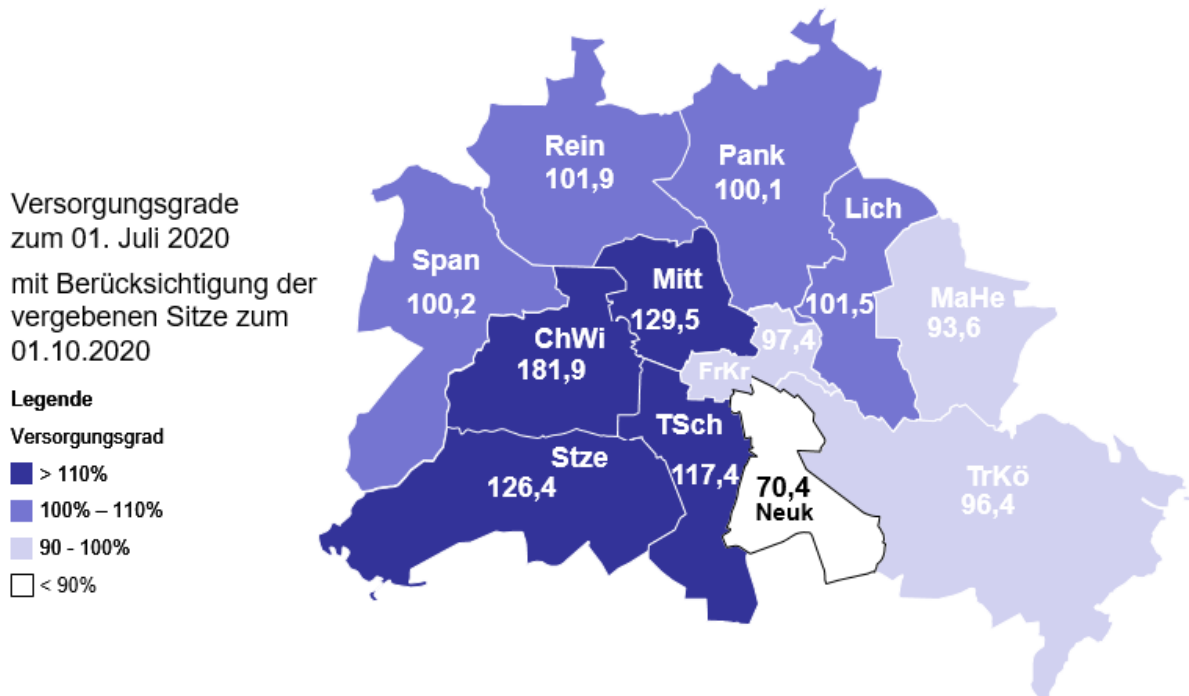
In der Arztgruppe der Hausärzte setzt sich nach den Teilentsperrungen im Planungsbereich Berlin das Bild einer inhomogenen Versorgungssituation in den Bezirken fort. Kennzeichnend ist, dass in den aneinander angrenzenden Bezirken Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg ein geringer Versorgungsgrad zwischen 81% und 90,3 % herrscht. Demgegenüber ist der Versorgungsgrad in Friedrichshain-Kreuzberg mit 134,8 %, bzw. in Charlottenburg-Wilmersdorf mit 127,2 % am höchsten. Auch Neukölln, Mitte und Tempelhof-Schöneberg erreichen rechnerische Versorgungsgrade über 120 %.

### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der Hausärzte:

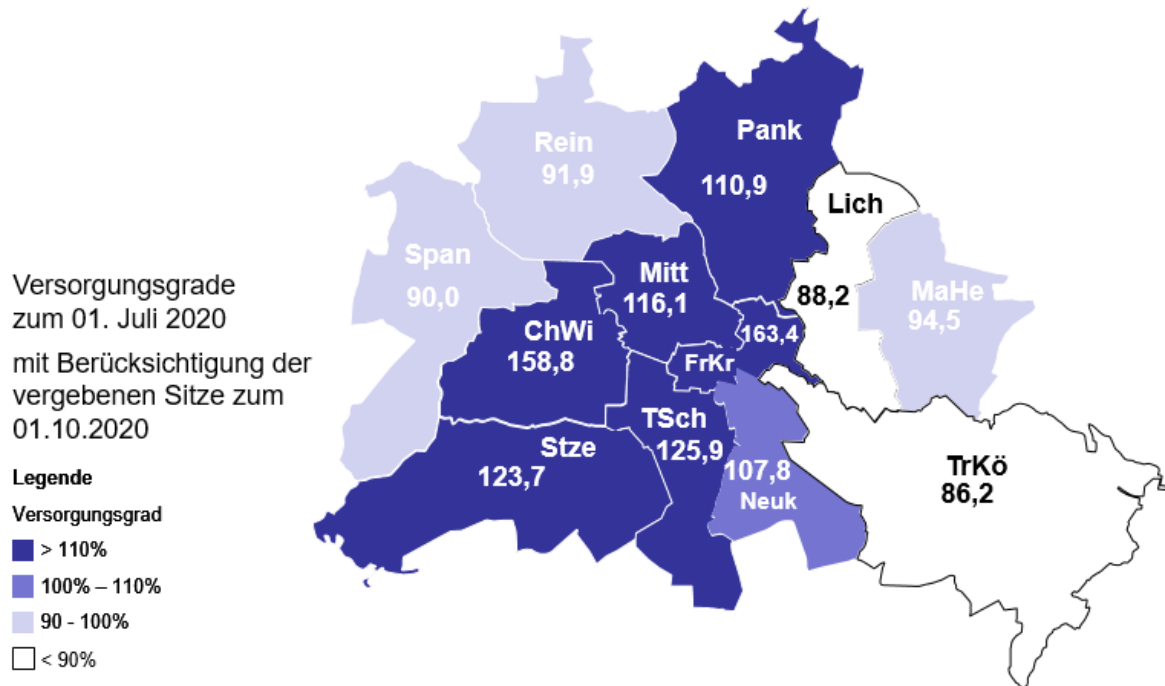


Im fachärztlichen Bereich zeichnet sich ebenfalls die Situation ab, dass einzelne Bezirke einen deutlich geringeren rechnerischen Versorgungsgrad aufweisen. Dabei fällt auf, dass in den Arztgruppen jeweils unterschiedliche Bezirke von einer deutlich geringeren Versorgung (< 90 %) betroffen sind.

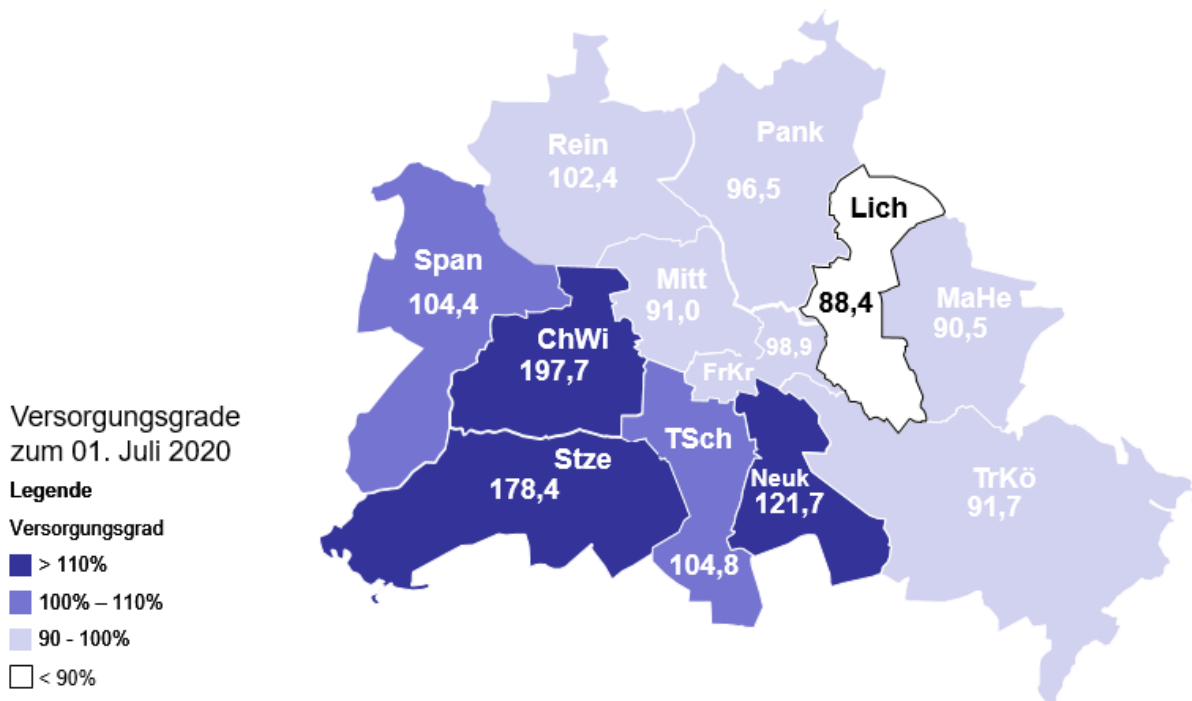
### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der Frauenärzte



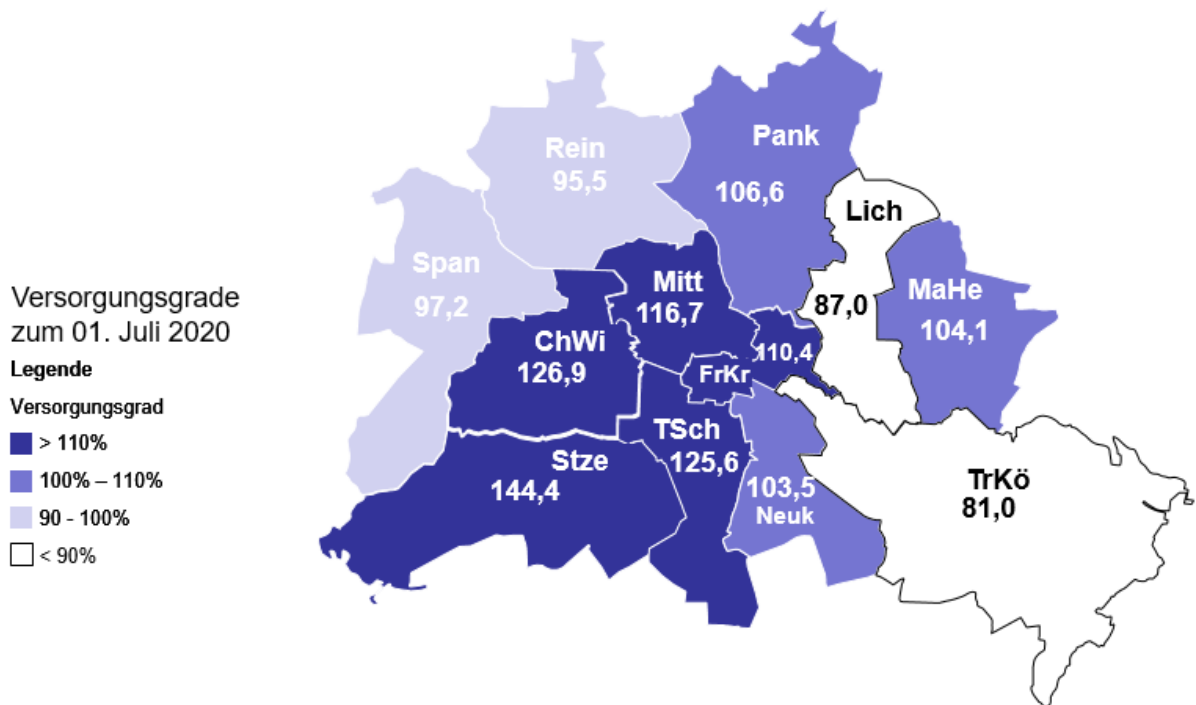
### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der Augenärzte



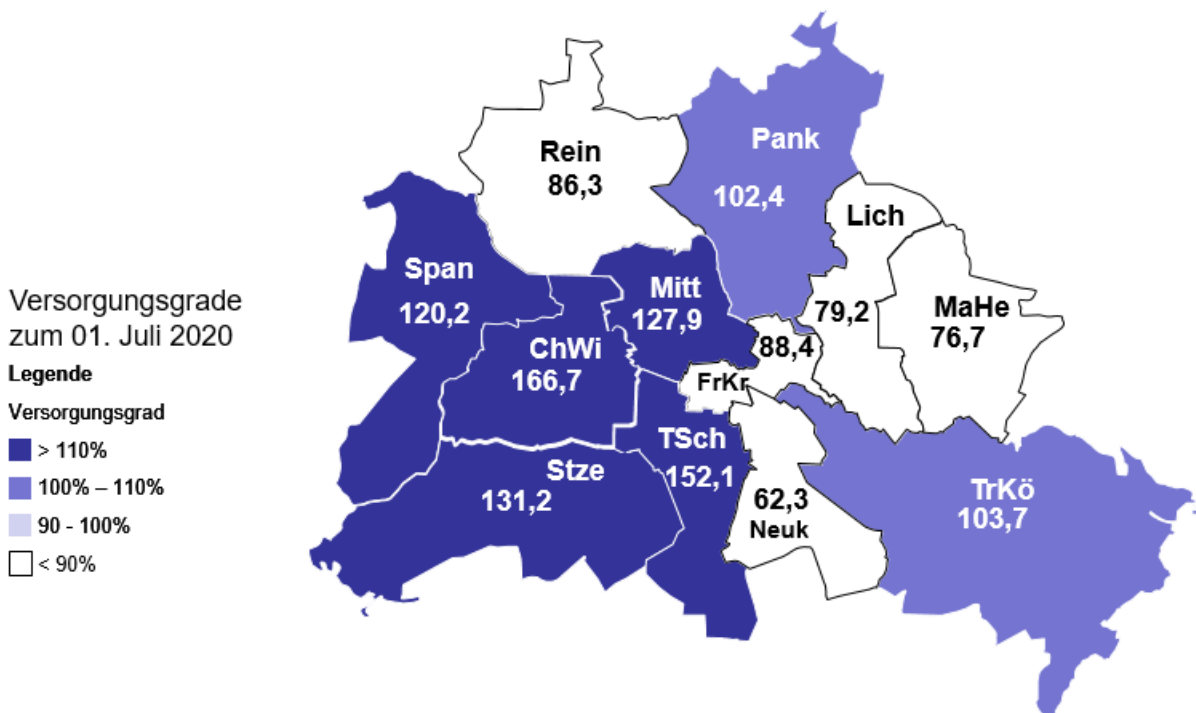
### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der HNO-Ärzte:



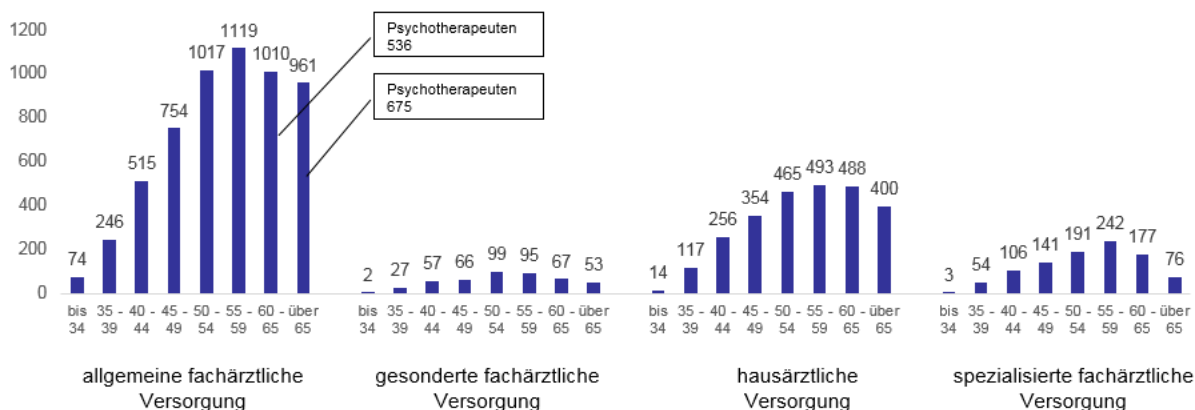
### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte



### Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene Arztgruppe der Hautärzte



Im Folgenden wird die Altersstruktur der Ärzte auf den verschiedenen Versorgungsebenen grafisch zum Stand vom 01.07.2019 abgebildet. Auf eine Aktualisierung dieser Daten wurde verzichtet, da die zum Stand vom 01.07.2019 erhobenen Daten weiterhin als aussagekräftig beurteilt werden.

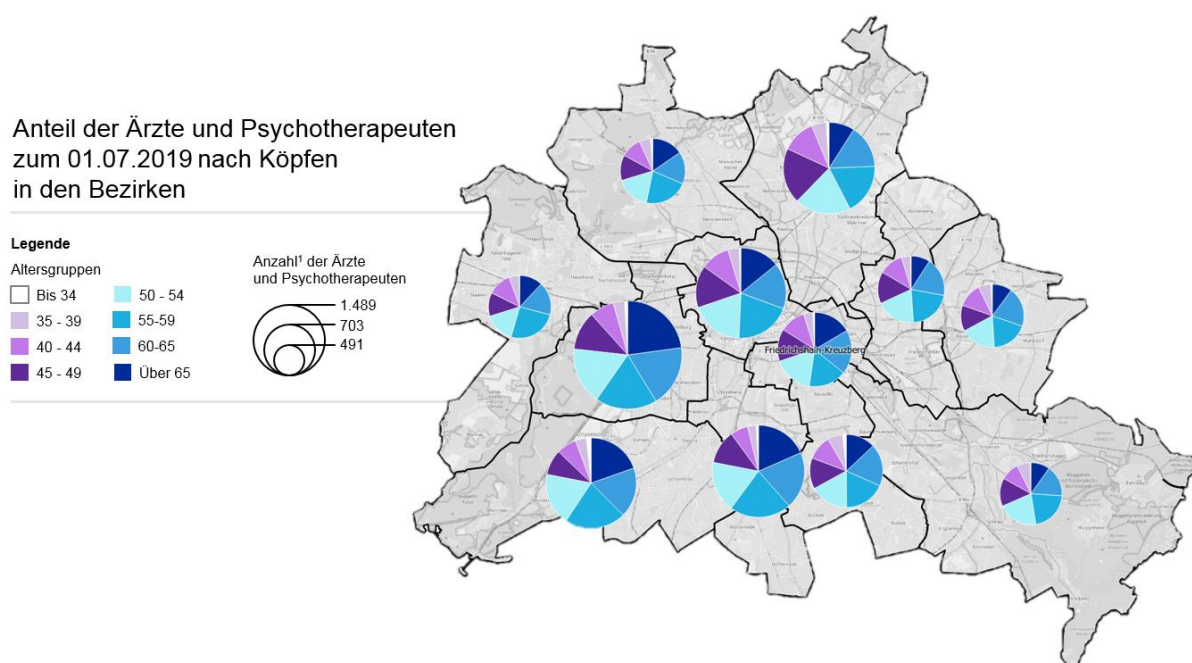


Die Darstellungen zeigen, dass über alle Versorgungsebenen hinweg ein hoher Anteil an Ärzten über 60 Jahren besteht. Ein Drittel aller Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind älter als 60 Jahre.

Das Durchschnittsalter ist seit dem Jahr 2015 um beinahe ein Jahr auf 55,19 Jahre gestiegen.

Die Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten ist in allen Bezirken vergleichbar. Der Bezirk Pankow weist dabei den höchsten Anteil an jungen Ärzten auf.

Altersstruktur in den einzelnen Bezirken nach den Altersgruppen zum 01. Juli 2019:



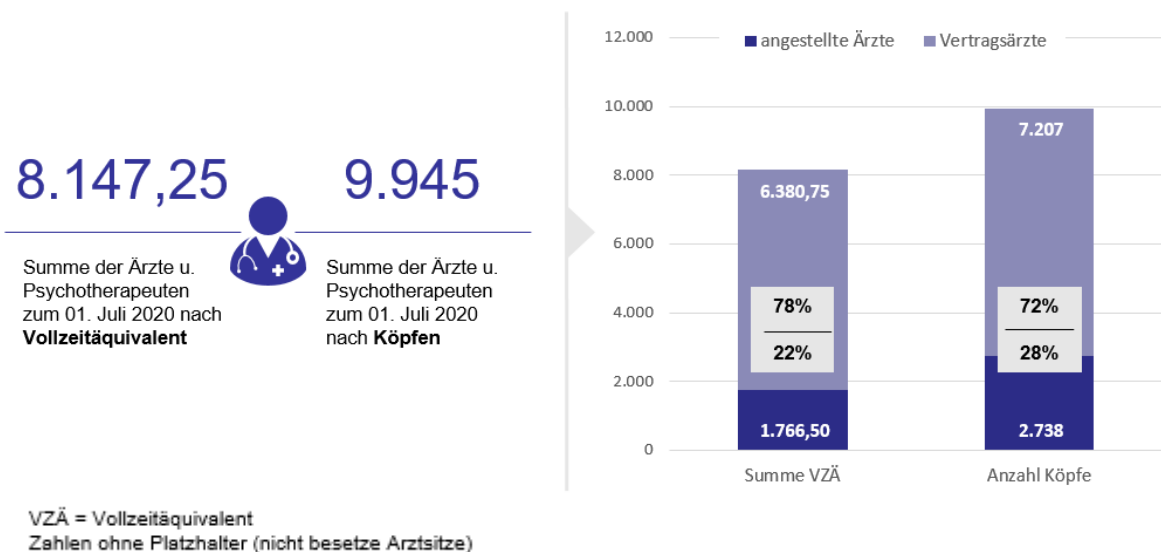
Zum 01.07.2019 waren nahezu drei Viertel der Ärzte und Psychotherapeuten (nach Köpfen) in selbständiger, freiberuflicher Organisationsform tätig, wobei etwas mehr als die Hälfte in Einzelpraxen und 20 % in Berufsausübungsgemeinschaften tätig waren. Lediglich zwei

Prozent üben ihre Tätigkeit freiberuflich in einem MVZ aus. Rund ein Viertel der Ärzte und Psychotherapeuten sind – überwiegend in MVZ – in Anstellung tätig, die Tendenz ist nach wie vor leicht steigend.

Insgesamt setzt sich die Entwicklung mit wachsender Dynamik fort, die vertragsärztliche Tätigkeit in Organisationsformen auszuüben, die eine flexiblere Ausübung des Berufs ermöglichen.

Ebenso ist anhand eines Vergleichs der Vollzeitäquivalente gegenüber der Anzahl der Ärzte die Entwicklung erkennbar, dass angestellte Ärzte dabei häufiger ihre Tätigkeit in Teilzeit ausüben als die niedergelassenen Ärzte.

Anzahl und Anteil der Vertragsärzte sowie angestellten Ärzte und Psychotherapeuten zum 01. Juli 2020:



Eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte der hausärztlichen und grundversorgenden fachärztlichen Versorgung in den Bezirken stellt auch vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Altersstruktur der Ärzteschaft eine zunehmende Herausforderung dar. Dabei spielt auch der Aspekt eine Rolle, dass jüngere Ärzte (<40 Jahren) vielfach eine Tätigkeit im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses bevorzugen.

## 1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung

Der Zulassungsbezirk Berlin zeichnet sich in Bezug auf die stationäre Versorgung durch ein hochwertiges Netz von Krankenhäusern aus, die alle Bezirke gut versorgen können. Insoweit wird auf den Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin Bezug genommen, den das Abgeordnetenhaus in seiner Sitzung am 27.11.2015 zur Kenntnis genommen hat.

## 1.3 Demografie und soziodemografische Faktoren

Bei der Betrachtung der Altersstruktur der Bevölkerung Berlins und der soziodemografischen Faktoren ist festzustellen, dass es hier große Unterschiede zwischen den 12 Verwaltungsbezirken Berlins gibt.

Zur Altersstruktur lässt sich zusammenfassend feststellen, dass der Anteil an über 65-Jährigen in den Bezirken Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg sowie Spandau, Reinickendorf und Zehlendorf über dem Berliner Durchschnitt liegt. Demgegenüber ist die Bevölkerung in den Bezirken Pankow, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg sowie Neukölln überdurchschnittlich jung. Der Anteil an Personen, die zwischen 20 und 45 Jahren alt sind, ist in Friedrichshain-Kreuzberg mit 50 % am höchsten.

|                       | Unter 20       |            | 20 bis unter 45  |            | 45 bis unter 65 |            | 65 und Älter   |            |
|-----------------------|----------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|----------------|------------|
| Mitte                 | 65.971         | 17%        | 181.452          | 47%        | 89.097          | 23%        | 49.228         | 13%        |
| Fried.-Kreuzb.        | 48.813         | 17%        | 145.053          | 50%        | 67.136          | 23%        | 29.384         | 10%        |
| Pankow                | 78.405         | 19%        | 159.809          | 39%        | 110.018         | 27%        | 61.103         | 15%        |
| Charlottenb.-Wilmerd. | 50.207         | 15%        | 117.564          | 34%        | 95.281          | 28%        | 80.540         | 23%        |
| Spandau               | 48.047         | 20%        | 77.910           | 32%        | 65.732          | 27%        | 53.508         | 22%        |
| Steglitz-Zehlend.     | 54.326         | 18%        | 88.581           | 29%        | 87.320          | 28%        | 79.844         | 26%        |
| Tempelh.-Schöneb.     | 59.941         | 17%        | 120.020          | 34%        | 96.914          | 28%        | 74.109         | 21%        |
| Neukölln              | 59.398         | 18%        | 131.541          | 40%        | 81.026          | 25%        | 57.952         | 18%        |
| Treptow-Köpenick      | 47.152         | 17%        | 93.984           | 34%        | 72.638          | 27%        | 59.915         | 22%        |
| Marzahn-Hellersd.     | 51.749         | 19%        | 85.383           | 32%        | 76.918          | 28%        | 55.917         | 21%        |
| Lichtenberg           | 53.355         | 18%        | 112.901          | 38%        | 70.578          | 24%        | 57.367         | 19%        |
| Reinickendorf         | 50.374         | 19%        | 80.681           | 30%        | 72.714          | 27%        | 62.639         | 24%        |
| <b>Berlin</b>         | <b>667.738</b> | <b>18%</b> | <b>1.394.879</b> | <b>37%</b> | <b>985.372</b>  | <b>26%</b> | <b>721.506</b> | <b>19%</b> |

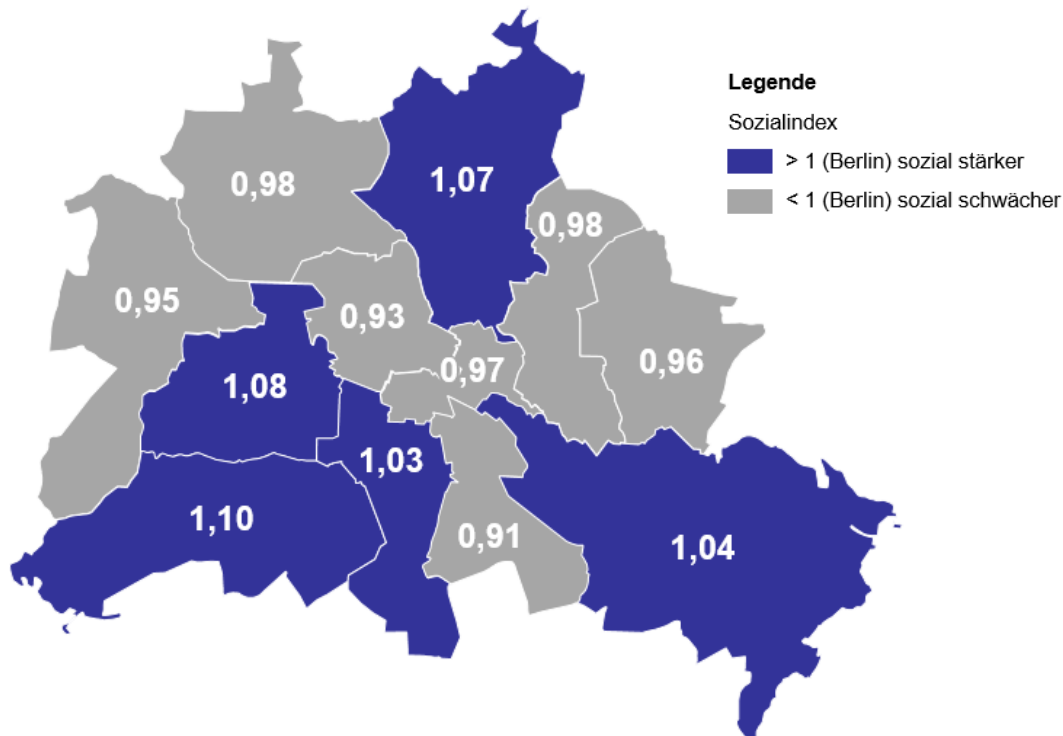
Der größte Bevölkerungszuwachs wird laut einer Prognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (abgerufen am 31.08.2020 unter [https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/download/2018-2030/Bericht\\_Bevprog2018-2030.pdf](https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/download/2018-2030/Bericht_Bevprog2018-2030.pdf)) in den östlichen Bezirken Pankow, Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg erwartet, ein über dem Berliner Durchschnitt liegender

Zuwachs ebenfalls in Spandau. Dem gegenüber wird eine stabile Bevölkerungszahl in Charlottenburg-Wilmersdorf, Schöneberg-Tempelhof und Steglitz Zehlendorf prognostiziert.

#### Erwarteter Bevölkerungszuwachs je Bezirk von 2018 bis 2030

| Bezirke                    | 2018  | 2020  | 2025  | 2030  | 2018 – 2030 | Veränderung relativ |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------|---------------------|
| Mitte                      | 383   | 391   | 396   | 399   | 16          | 4,1%                |
| Friedrichshain-Kreuzberg   | 289   | 296   | 301   | 303   | 14          | 4,7%                |
| Pankow                     | 407   | 413   | 437   | 452   | 45          | 11,0%               |
| Charlottenburg-Wilmersdorf | 341   | 342   | 343   | 342   | 1           | 0,3%                |
| Spandau                    | 243   | 246   | 256   | 257   | 14          | 5,7%                |
| Steglitz-Zehlendorf        | 308   | 308   | 310   | 310   | 2           | 0,7%                |
| Tempelhof- Schöneberg      | 351   | 353   | 354   | 354   | 3           | 0,8%                |
| Neukölln                   | 331   | 332   | 334   | 335   | 4           | 1,1%                |
| Treptow-Köpenick           | 270   | 278   | 292   | 295   | 25          | 9,2%                |
| Marzahn-Hellersdorf        | 269   | 274   | 284   | 288   | 19          | 7,1%                |
| Lichtenberg                | 290   | 297   | 311   | 313   | 23          | 7,8%                |
| Reinickendorf              | 265   | 265   | 271   | 277   | 12          | 4,6%                |
| Berlin                     | 3.748 | 3.795 | 3.888 | 3.925 | 177         | 4,7%                |

Bezüglich soziodemographischer Daten steht derzeit der Sozialindex (SI) aus dem Jahr 2013 zur Verfügung. Auf diesen soll ergänzend Bezug genommen werden.



(Überblick Bezirke SI 2013; Berliner Durchschnitt 1,0)

## **1.4 Geografische Besonderheiten**

Geografische Besonderheiten mit einem nennenswerten Einfluss auf die Erreichbarkeit ambulanter ärztlicher Versorgung bestehen in Berlin nicht. Auch eher abgelegene Bereiche wie beispielsweise Buch, Frohnau oder Kladow sind durch die guten Verkehrsanbindungen in der Metropole Berlin in angemessener Zeit und mit vertretbarem Aufwand für alle Versicherten der GKV erreichbar.

## **1.5 Ziele der Bedarfsplanung**

Der Zulassungsbezirk zeichnet sich allgemein durch eine gute bis hohe Arztdichte für alle Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, aus. Ein Ziel der Bedarfsplanung ist es demnach, den guten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für die Berlinerinnen und Berliner zu erhalten.

Daneben tritt verstärkt das Ziel der Harmonisierung der oben anhand einiger Arztgruppen aufgezeigten teils stark divergierenden Versorgungssituation auf Bezirksebene in den Fokus.

Insbesondere wird ein besonderer Handlungsbedarf gesehen, eine Harmonisierung der ausgeprägt divergierenden Versorgungssituation auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung (§ 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie) sowie der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12 Bedarfsplanungs-Richtlinie) zu erzielen, um für die Versicherten eine wohnortnahe hausärztliche und allgemein fachärztliche Versorgung sicherzustellen.

Um dies zu erreichen, werden - den unterschiedlichen Versorgungsebenen Rechnung tragend - zwei verschiedene Steuerungsmechanismen zur Anwendung gebracht.

Um eine gleichmäßig gute hausärztliche Versorgung im Zulassungsbezirk Berlin zu erzielen, wird für die Arztgruppe der Hausärzte von der Raumgliederung der Planungsbereiche aus regionalen Gründen abgewichen (siehe Ziffer unter 2.1.1, Begründung siehe unter Ziffer 2.2 zu den systematischen Abweichungen). Die Auswirkungen der veränderten Raumgliederung auf die Versorgung in Gesamtberlin sollen kontinuierlich beobachtet und analysiert werden.

Vor dem Hintergrund, dass sich eine Übertragung des für die Arztgruppe der Hausärzte entwickelten Modells auf die vorgenannten Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nicht als geeignet erweist, wird für diese Fachgruppen aus regionalen Gründen ein neues Steuerungsinstrument implementiert. Dies soll eine bestmögliche Harmonisierung

der Versorgungssituation innerhalb des Planungsbereichs erreichen (Begründung siehe unter Ziffer 2.2).

Der im Jahr 2013 vereinbarte und im Jahr 2018 fortgeschriebene so genannte „Letter of Intent“ (LOI) bleibt als ergänzendes Steuerungsinstrument gegen die Ungleichverteilung erhalten. Der „Letter of Intent“ bewährt sich insbesondere im Hinblick auf Arztgruppen, in denen ein hoher allgemeiner Versorgungsgrad (mehr als 110 %, 140%) und eine potentiell hohe Konkurrenzsituation um die Teilnahme an der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung besteht.

Auch wenn er nicht verbindlich ist, findet er durch die Zulassungsgremien Anwendung und ist als Steuerungsinstrument auch von der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannt.

Das Ziel einer gleichmäßigeren Verteilung der Praxisstandorte im Planungsbezirk Berlin wird durch die Versorgungssteuerung bei Praxissitzverlegungen angestrebt, indem einerseits Praxisverlegungen in bislang unterdurchschnittlich gut versorgte Bezirke erleichtert und andererseits Praxisverlegungen in ohnehin schon überdurchschnittlich gut versorgte Bezirke verhindert werden sollen. Dem gleichen Ziel dient auch eine Empfehlung der AG Versorgungssteuerung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V zur Weiterentwicklung des „Letter of Intent“ vom April 2018. Danach soll im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren, soweit sie sich auf Arztgruppen des „Letter of Intent“ beziehen, und für die ein allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad von 140% oder mehr besteht, sowie eine Versorgungsnotwendigkeit der Praxis am Standort nicht gegeben ist, die Verlagerung des Praxisstandortes in einen der drei am geringsten versorgten Bezirke erfolgen. Von einer Versorgungsnotwendigkeit des jeweiligen Sitzes wird ausgegangen, wenn dieser im Durchschnitt der letzten acht Quartale nach Fallzahlen Leistungen im Umfang von mindestens 80% des Fachgruppendurchschnitts erbracht hat.

Insgesamt ist es gelungen, im Zeitraum vom 01.07.2013 bis 30.06.2018 351,25 Versorgungsaufträge in geringer versorgte Bezirke zu verlegen. Die Zahlen der Verlegungen in geringer versorgte Bezirke steigen zudem an (2015/16: 51; 2016/17: 82,25; 2017/2018: 93). Die zuvor zu verzeichnenden Wanderungsbewegungen von geringer in besser versorgte Bezirke konnten effektiv gestoppt werden: Im Zeitraum 2013-2015 nahmen nur noch 26,5 Sitze diesen Weg. Dies reduzierte sich im Zeitraum 2015-2018 nochmals deutlich (7,25 Sitze).

Der größte Steuerungseffekt ist in der Arztgruppe der Psychotherapeuten erzielt worden. Hier konnte eine Reduzierung der Versorgungsgrade in weit überversorgten Bezirken erreicht, in drei geringer versorgten Bezirken umgekehrt eine deutliche Verbesserung der Versorgung bewirkt werden.

### **Entwicklung Versorgungsgrade der Psychotherapeuten:**

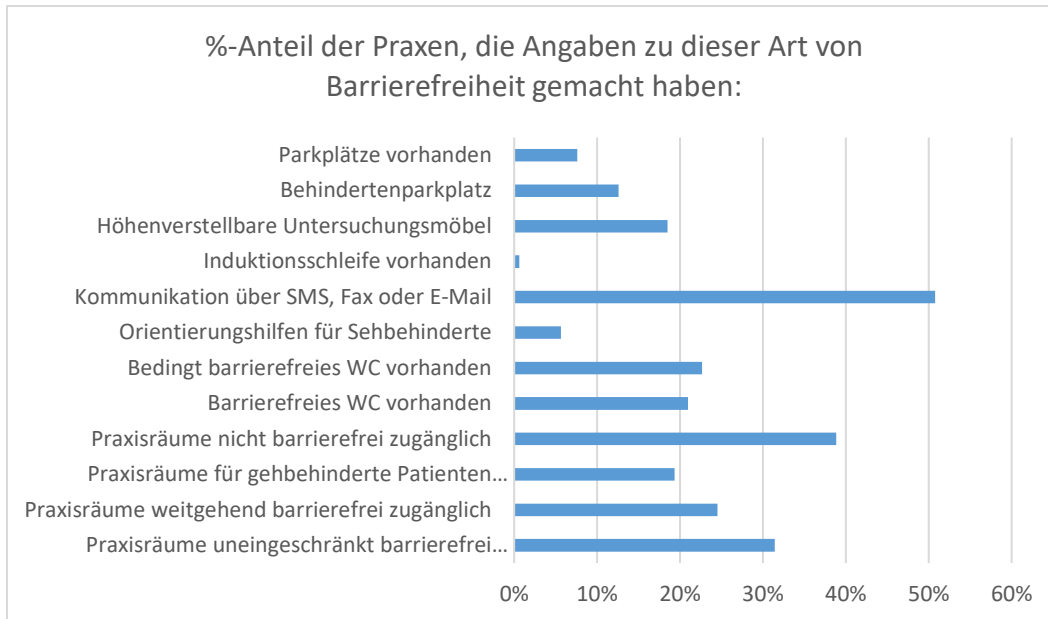
|                                   | <b>LOI 01.07.2013</b> | <b>LOI 01.07.2020</b> |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Charlottenburg-Wilmersdorf</b> | 558,3                 | 362,2 ↓               |
| <b>Steglitz-Zehlendorf</b>        | 344,6                 | 259,2 ↓               |
| <b>Neukölln</b>                   | 83,7                  | 138,9 ↑               |
| <b>Lichtenberg</b>                | 80,6                  | 140,9 ↑               |
| <b>Marzahn-Hellersdorf</b>        | 45,1                  | 83,4 ↑                |

Auch die seit 2017 veränderte Genehmigungspraxis der KV Berlin in Bezug auf Zweigpraxen trägt dazu bei, mehr Ärzte für eine Tätigkeit in geringer versorgten Bezirken zu gewinnen. Gab es zuvor kaum Genehmigungen für den Betrieb einer Zweigpraxis, wird nunmehr die Gründung von Zweigpraxen in geringer versorgten Bezirken bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen genehmigt; Beurteilungsspielräume werden im Sinne gebotener Versorgungsverbesserungen konsequent genutzt.

## **1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung**

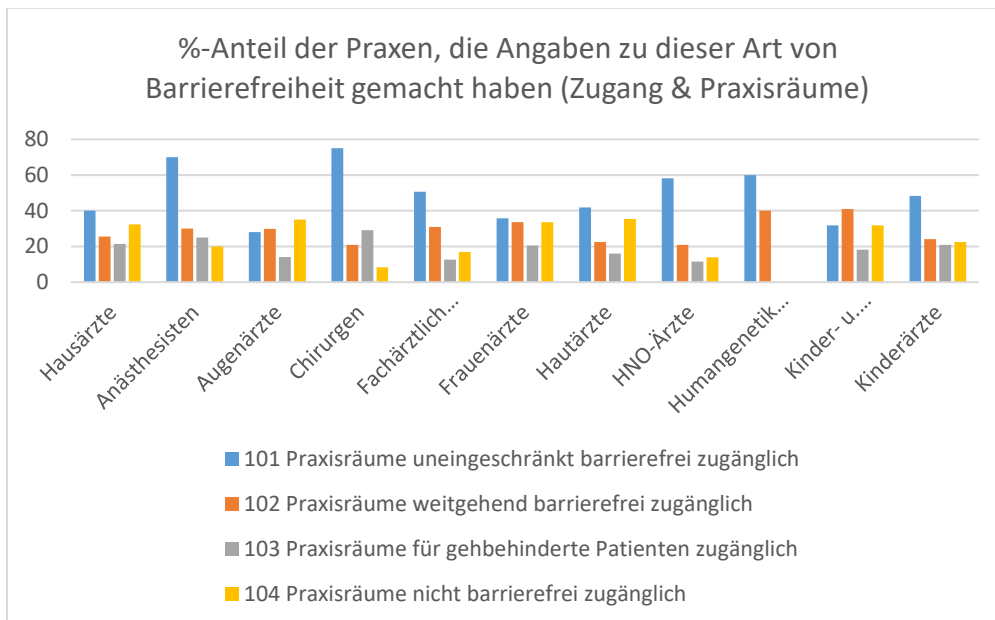
Die Datenabfrage zum barrierefreien Zugang zur Versorgung erfolgte bislang bundesweit uneinheitlich und auf der Basis freiwilliger Angaben der Ärzte. § 75 Abs. 1 a S. 2 SGB V sieht nach dem TSVG erstmals eine bundesweit einheitliche Information über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) vor. Die bundeseinheitlichen abgestimmten Kriterien wurden zum 01.01.2020 in der Anlage 37 BAR (Stand November 2019; Schlüsselverzeichnis des Bundesarztregisters) umgesetzt. Die vollständige Datenerhebung auf der Grundlage dieses Schlüsselverzeichnisses ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

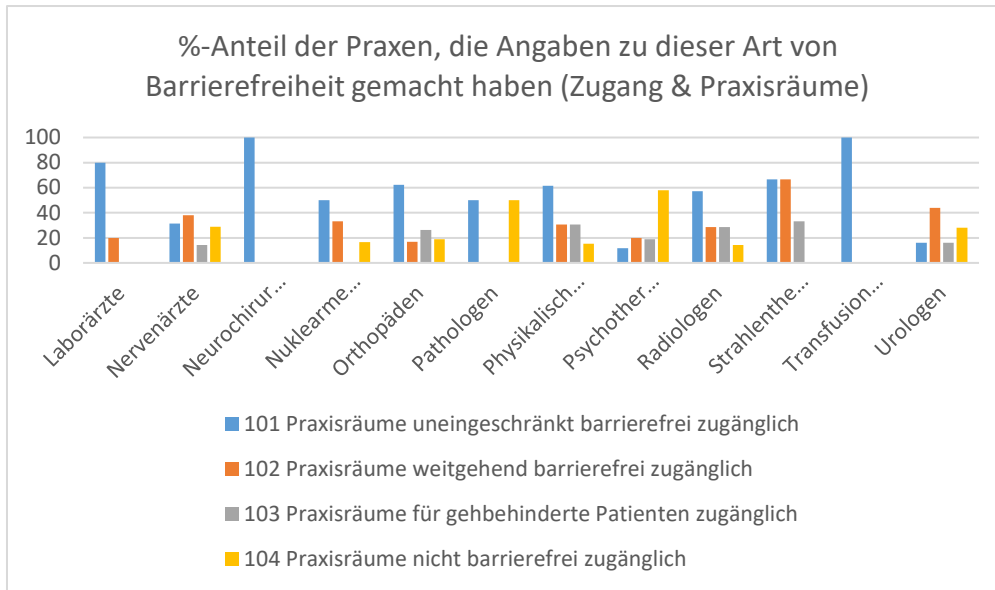
Auf Basis der vorliegenden Daten von 1.416 Praxen (dies entspricht einem Anteil von 22 % an der Gesamtanzahl) können überblicksartig folgende vorläufige Aussagen getroffen werden:



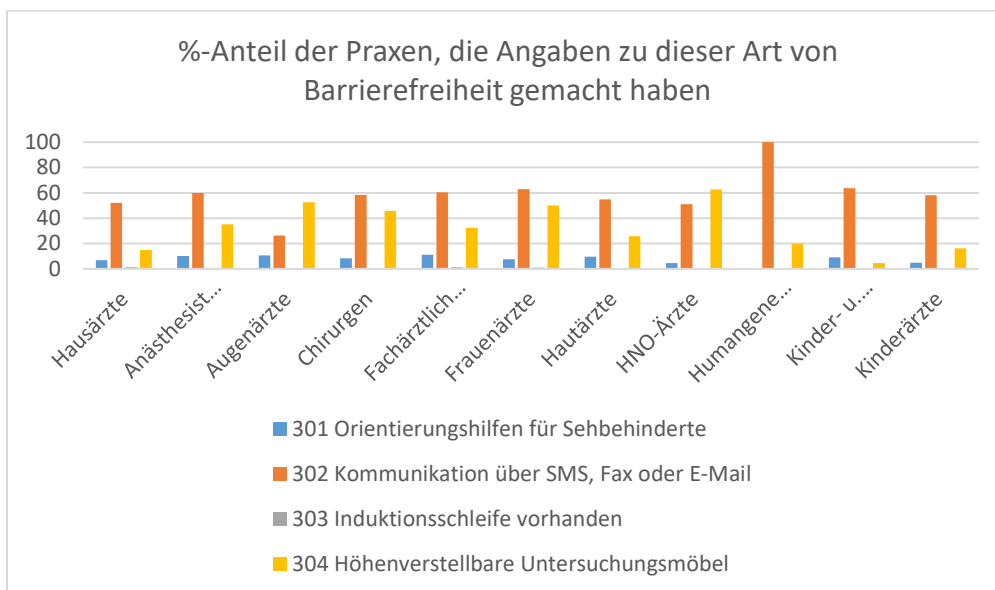
Mehr als 30 % der Praxen gaben an, einen uneingeschränkten barrierefreien Zugang zu gewährleisten, 20 % sind für gehbehinderte Personen zugänglich. Ca. 38 % gaben an, über keinen barrierefreien Zugang zu ihren Praxen zu verfügen.

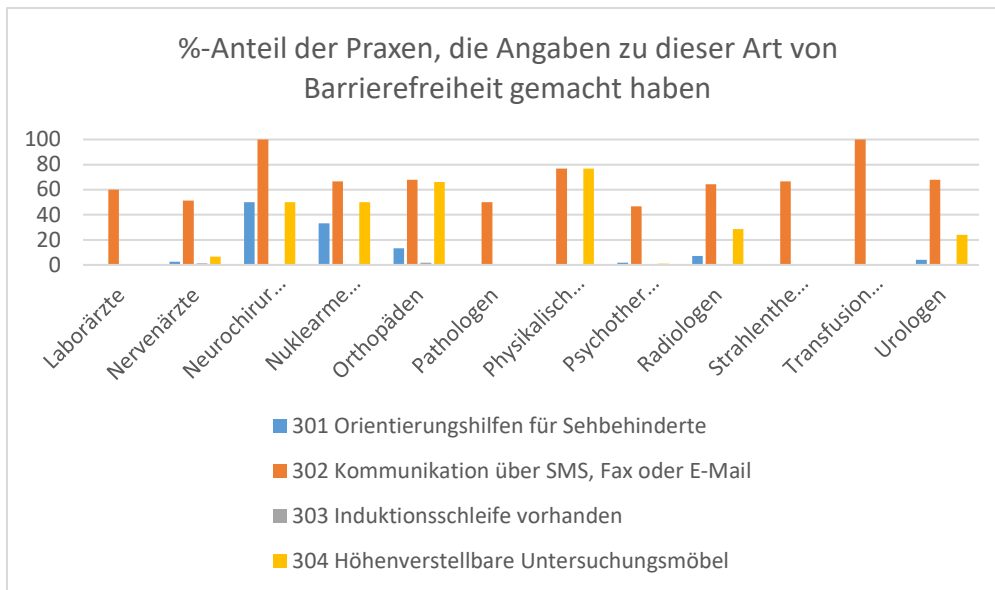
Es folgt eine Aufschlüsselung der Angaben zum barrierefreien Zugang zu den Praxisräumen nach Fachgruppen:





Nachstehend wird ein Überblick über die vorläufigen Angaben zu weiteren Praxisbesonderheiten gegeben:





Je nach Fortschritt der Datenvalidität erfolgt die Anpassung des Bedarfsplans.

Das Kriterium der Barrierefreiheit wird bei Praxissitzverlegungen und der Genehmigung von Zweigpraxen berücksichtigt.

## 2. Bedarfsplanung

Der Bedarfsplan folgt den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019.

### 2.1 Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung

Die regionalen Grundlagen der Bedarfsplanung ergeben sich aus den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 und den räumlichen Zuordnungen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Für die Arztgruppe der Hausärzte wird von der Raumgliederung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen.

#### 2.1.1 Hausärztliche Versorgung

Gemäß § 11 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören zur Arztgruppe der Hausärzte, die in § 101 Abs. 5 SGB V genannten Arztgruppen. Wegen der Einzelheiten der Zuordnung in Abgrenzung zu anderen Arztgruppen wird auf § 11 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezug genommen.

Gemäß § 11 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist als Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung vorzusehen. Nach den Abgrenzungskriterien des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung ist Berlin ein Mittelbereich. Aus diesem Grund ist in Anwendung von § 11 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie der Planungsbereich für die Gruppe der Hausärzte das Land Berlin.

Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung wird von dieser Raumgliederung für die Arztgruppe der Hausärzte gemäß § 11 Abs. 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen.

Nach regional abweichender Raumgliederung sind für den Zulassungsbezirk Berlin drei Planungsbereiche vorgesehen:

**Planungsbereich I:** Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Reinickendorf, Pankow, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln

**Planungsbereich II:** Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf

**Planungsbereich III:** Treptow-Köpenick

Gemäß § 11 Abs. 4 ist in der Bedarfsplanungs-Richtlinie als Allgemeine Verhältniszahl die Zahl von einem Hausarzt zu 1.609 Einwohnern festgelegt.

Die Allgemeine Verhältniszahl wird auf der Grundlage der Basis-Verhältniszahl ermittelt, § 8 Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 7 Bedarfsplanungs-RiLi. Die allgemeine Verhältniszahl bildet dabei eine bundesweite Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf sowie den Alters- und geschlechtsgruppenspezifischen Behandlungsaufwand innerhalb der jeweiligen Arztgruppe ab.

Die Allgemeine Verhältniszahl ist durch die Anwendung des sogenannten regionalen Verteilungsfaktors gemäß § 9 Abs. 10 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu regionalisieren. Der Verteilungsfaktor drückt arztgruppenbezogen eine vom aktuellen Bundesdurchschnitt abweichende regionale Morbiditätsstruktur anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und Morbiditätsgrad (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) aus.

Mit Einführung des Morbiditätsfaktors, der bereits eine regionale Abweichung vom bundesweiten Altersdurchschnitt beinhaltet, entfällt das Erfordernis einer in der Vergangenheit durchgeführten Erhöhung der regionalen Verhältniszahl.

Die regionalen Verhältniszahlen für das Jahr 2020 lauten für den Planungsbereich I: 1700  
Planungsbereich II: 1611  
sowie für den Planungsbereich III: 1516.

### **2.1.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Gemäß § 12 Abs. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören zu den Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung folgende Arztgruppen:

1. Augenärzte
2. Chirurgen und Orthopäden
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Psychotherapeuten
8. Urologen
9. Kinder- und Jugendärzte.

Für die weitere Abgrenzung in der Zuordnung zu diesen Arztgruppen für die allgemeine fachärztliche Versorgung wird auf § 12 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezug genommen.

Gemäß § 12 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Nach der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung ist Berlin ein Kreis. Aus diesem Grund ist der Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung nach § 12 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie das Land Berlin.

Die Verhältniszahlen sind nach § 12 Abs. 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in einer Typisierung nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 6 sowie den Großstädten ausdifferenziert. Berlin ist dem Typ 1 zuzuordnen. Aus diesem Grund ergibt sich die Allgemeine Verhältniszahl für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wie folgt:

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| Augenärzte               | 12.463 |
| Chirurgen und Orthopäden | 9.071  |
| Frauenärzte              | 3.853  |
| Hautärzte                | 21.205 |
| HNO-Ärzte                | 17.371 |
| Nervenärzte              | 13.454 |
|                          |        |
| Psychotherapeuten        | 3.171  |
| Urologen                 | 26.206 |
| Kinder- und Jugendärzte  | 2.043. |

Diese Verhältniszahl bezieht sich bei Kinder- und Jugendärzten auf die minderjährige Bevölkerung und bei den Frauenärzten auf die weibliche Bevölkerung.

Die Allgemeine Verhältniszahl wird anhand der modifizierten Basis-Verhältniszahl ermittelt, § 8 Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 7 Bedarfsplanungs-RiLi. Die allgemeine Verhältniszahl bildet dabei eine bundesweite Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur im Zeitverlauf sowie den Alters- und geschlechtsgruppenspezifischen Behandlungsaufwand innerhalb der jeweiligen Arztgruppe ab.

Die zuvor genannte Allgemeine Verhältniszahl ist durch die Anwendung des sogenannten regionalen Verteilungsfaktors gemäß § 9 Abs. 10 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu regionalisieren. Der Verteilungsfaktor drückt arztgruppenbezogen eine vom aktuellen Bundesdurchschnitt abweichende regionale Morbiditätsstruktur anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und Morbiditätsgrad (erhöht morbide / nicht erhöht morbide) aus.

Die regionalen Verhältniszahlen sind den als Anlage 1 beigefügten Planungsblättern zu entnehmen. Dort ist jeweils in Spalte 4 die Allgemeine Verhältniszahl, die durch Anwendung des Morbiditätsfaktors zu modifizieren ist, der regionalen Verhältniszahl in Spalte 5 gegenübergestellt.

### **2.1.3 Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Nach § 13 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie gehören folgende Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)

3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen.

Wegen der Definition dieser Arztgruppen zur Abgrenzung von anderen Arztgruppen wird auf § 13 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie verwiesen.

Gemäß § 13 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Nach den Abgrenzungen durch das zuvor genannte Bundesinstitut ist Berlin als eine Raumordnungsregion zu betrachten. Aus diesem Grund ist der Planungsbereich für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung das Land Berlin.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen für die Ärzte der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gibt § 13 Abs. 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt vor:

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Anästhesisten                | 45.974  |
| Fachinternisten              | 14.437  |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 16.895  |
| Radiologen                   | 48.688. |

Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern bezieht sich die Allgemeine Verhältniszahl ausschließlich auf die minderjährige Bevölkerung. Die Anwendung des Morbiditätsfaktors nach § 9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie führt auch bei den Arztgruppen der spezialisierten ärztlichen Versorgung zu einer regionalisierten Verhältniszahl. Die regionalisierte Verhältniszahl ist für die jeweiligen Arztgruppen den als Anlage 1 beigefügten Planungsblättern zu entnehmen. Dort ist jeweils in Spalte 4 die Allgemeine Verhältniszahl, die durch Anwendung des Morbiditätsfaktors zu modifizieren ist, der regionalen Verhältniszahl in Spalte 5 gegenübergestellt.

Die gemäß § 13 Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehenen Quotenregelungen bei den Fachinternisten werden berücksichtigt. Es wird auf die beigefügten Planungsblätter siehe Anlage 1 „Anlage 1.4. - Quote Internisten“ Bezug genommen.

### 2.1.4 Gesonderte fachärztliche Versorgung

Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören gemäß § 14 Abs. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner.

Bezüglich der Definition dieser Arztgruppen in Abgrenzung zu anderen Arztgruppen wird auf § 14 Abs. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezug genommen.

Gemäß § 14 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist der Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Aus diesem Grund ist der Planungsbereich für Gruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung das Land Berlin.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen für die Ärzte, die der gesonderten fachärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, werden in § 14 Abs. 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt bestimmt:

|   |            |
|---|------------|
| Humangenetiker                              | 564.074    |
| Laborärzte                                  | 92.104     |
| Neurochirurgen                              | 143.612    |
| Nuklearmediziner                            | 105.788    |
| Pathologen                                  | 108.676    |
| Physikalische und Rehabilitations-Mediziner | 152.775    |
| Strahlentherapeuten                         | 151.557    |
| Transfusionsmediziner                       | 1.198.806. |

Die regionalen Verhältniszahlen ergeben sich wiederum aus der Anwendung des Verteilungsfaktors, § 9 Abs. 10 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

### **2.1.5**

Stellt der Landesauschuss gemäß § 103 Absatz 3 SGB V i.V.m. § 16b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 26 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie fest, dass die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in einem Planungsbereich gemäß Ziffer 2.1.2 entfallen sind, gelten für das Zulassungsverfahren nach (partieller) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in Ergänzung zu § 26 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie die nachfolgenden Regelungen:

Zur Herstellung einer gleichmäßigeren Versorgung im Planungsbereich sollen Niederlassungen für die Fachgruppen der Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen und Kinder- und Jugendärzte innerhalb des Planungsbereiches nur in einen Verwaltungsbezirk erfolgen, der einen rechnerischen Versorgungsgrad von weniger als 90% aufweist. Von dieser Regelung kann aus Versorgungsgründen abgewichen werden.

Ist in sämtlichen Verwaltungsbezirken innerhalb des Planungsbereichs ein Versorgungsgrad von mindestens 90% erreicht, richtet sich das Verfahren nach den allgemeinen Vorschriften.

Dieser Steuerungsmechanismus gilt ausschließlich für das Zulassungsverfahren nach (partieller) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen gemäß § 26 BedarfsplRL und erfasst insbesondere nicht Nachbesetzungsverfahren im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V.

## **2.2 Systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Es werden systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei der Aufstellung des Bedarfsplanes vorgenommen.

Gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.

### **2.2.1.**

Für die Arztgruppe der Hausärzte wird gemäß §§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V, 11 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie eine abweichende Raumgliederung vorgesehen (s.u. unter Ziffer 2.1.1).

Begründung:

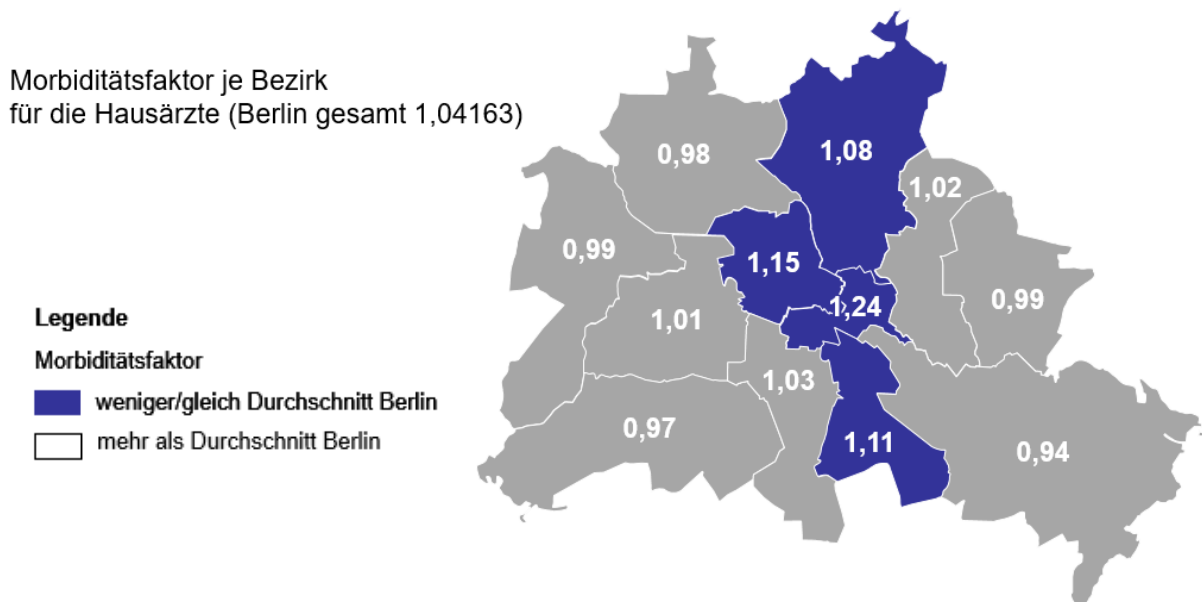
Gemäß § 11 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile,

Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung vorgenommen werden. § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie benennt beispielhaft Kriterien wie die Demographie, die Morbidität, räumliche und infrastrukturelle Besonderheiten sowie sozioökonomische Faktoren, welche eine regionale Abweichung begründen können.

Die Neugliederung der bedarfsplanerischen Raumordnung erfolgt mit dem Ziel der Herstellung einer ausgeglichenen wohnortnahen hausärztlichen Versorgung für alle Berliner und Berlinerinnen. Dabei wird die Sollversorgung („Arztsoll“, vgl. Planungsblatt Spalte 10, Anlage 2.2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) von 100 % gemessen an einer für die Bezirksebenen errechneten, regionalen Verhältniszahl in allen Bezirken angestrebt.

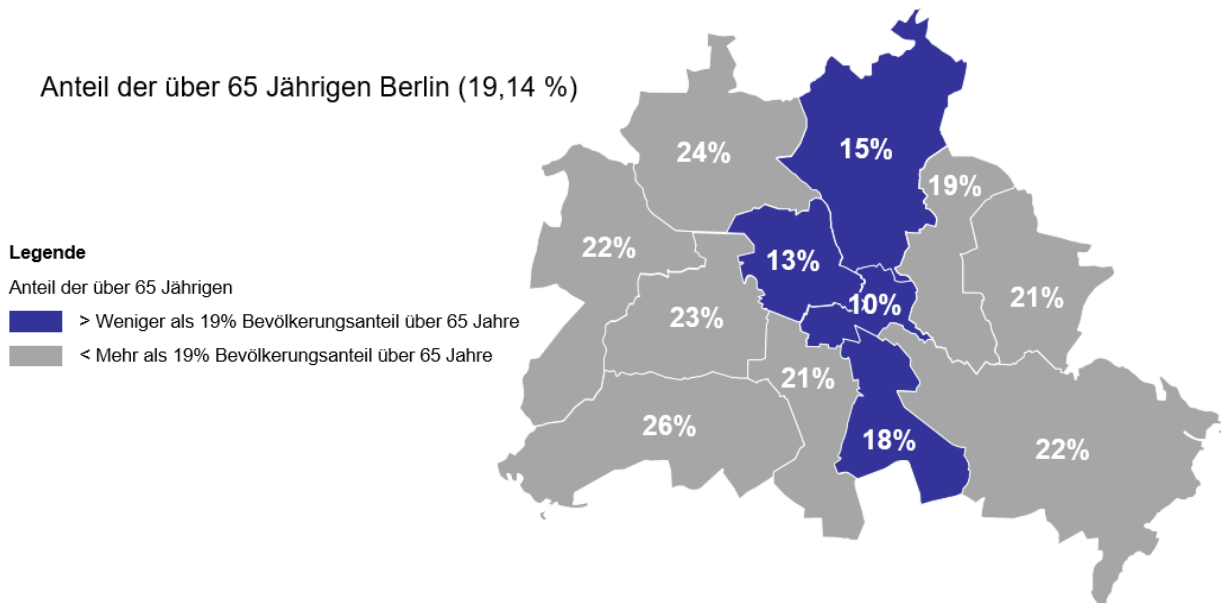
Die Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im Planungsbereich Berlin zeigt ein stark inhomogenes Bild. Überversorgten zentralen Stadtbezirken stehen insbesondere Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick mit einem an Unterversorgung grenzenden Versorgungsgrad gegenüber.

Es steht zu erwarten, dass sich die bereits deutlich divergierende Versorgungssituation auf Bezirksebene bei Betrachtung der Aspekte des prognostizierten Bevölkerungswachstums, des Anteils an älterer Bevölkerung sowie des regionalen Morbiditätsfaktors auf Bezirksebene künftig noch verstärken wird:



So lässt sich aus der Aufschlüsselung der Morbiditätsfaktoren auf Bezirksebene ableiten, dass in Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf sowie Treptow-Köpenick eine gegenüber dem Berliner

Durchschnitt erhöhte Morbidität besteht. Der regionale Morbiditätsfaktor auf Bezirksebene errechnet sich aus den aus Anlage 3 zur Bedarfsplanungsrichtlinie ersichtlichen Morbiditätsfaktoren auf Postleitzahlenebene. Sofern Postleitzahlen zwei Bezirken zuzuordnen sind, sind die Faktoren entsprechend der jeweils den Bezirken zuzuordnenden Einwohnerzahl gewichtet worden.

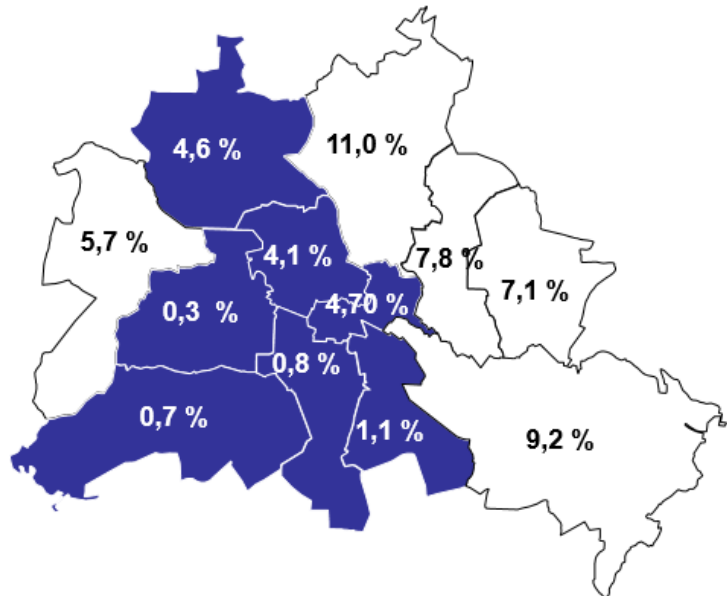


**Quelle** Amt für Statistik Berlin Brandenburg, Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin Stand 31.12.2019

Der Aspekt der Morbidität korrespondiert mit dem Umstand, dass in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick auch der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre überdurchschnittlich ist, so dass perspektivisch der Bedarf an einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung zunimmt.

Laut Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen für Berlin und die Bezirke, betrachtet für den Zeitraum 2018 – 2030, beträgt das durchschnittliche Bevölkerungswachstum in Berlin 4,7 %. Für Treptow-Köpenick wird ein fast doppelt so hohes Wachstum prognostiziert. Weit überdurchschnittlich ist das Wachstum auch in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf.

Bevölkerungsentwicklung Berlin  
+ 4,70 %



**Quelle** Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2018 – 2030 (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen)

In der Zusammenschau ergibt sich das Bild, dass bereits geringer versorgte Bezirke zusätzlich mit einer erhöhten Morbidität, einem überdurchschnittlichen Anteil an älterer Bevölkerung und einer überdurchschnittlichen Bevölkerungszunahme konfrontiert sind.

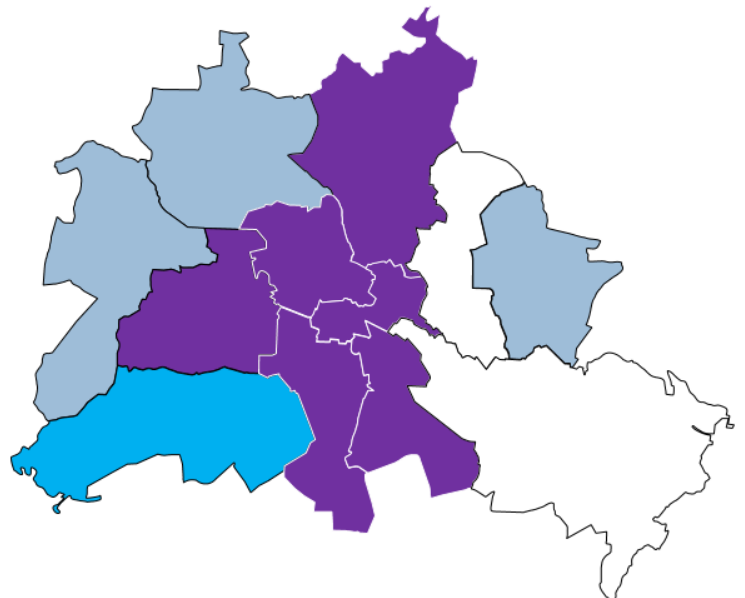
Kriterien:

1. Versorgungsgrad < 90 %
2. Morbiditätsfaktor < 1,0402
3. Bevölkerungsentwicklung > 4,7 %
4. Anteil der über 65-Jährigen > 19,14 %

### Legende

Bezirk

- > 110 % Versorgungsgrad
- > 100 % und 2 Kriterien erfüllt
- < 100 % und Kriterien 2-4 erfüllt
- alle 4 Kriterien erfüllt



Im Zuge der partiellen Entsperrungen des Planungsbereichs Berlin sind überdies standortbedingte Niederlassungspräferenzen der Ärzte in bereits gut oder überversorgte Bezirke deutlich geworden, was ebenfalls zu einer Verfestigung der Problematik beiträgt.

Um dieser Dynamik effektiv entgegenzusteuern, wird eine regional abweichende Raumgliederung vorgenommen.

Die gewählte Raumgliederung des Zulassungsbezirks Berlin in nunmehr drei Planungsbereiche ist von dem Gedanken getragen, eine möglichst effektive Steuerung in die am geringsten versorgten Berliner Bezirke – mit einem deutlich unter dem Soll liegenden Versorgungsgrad - zu gewährleisten. Die gezielte Steuerung wird vor dem Hintergrund der Problematik eines Hausärztemangels und einer überdies in Berlin allgemein sinkenden Niederlassungsbereitschaft der Ärzte als erforderlich erachtet.

Die Zusammenfassung der überwiegenden Zahl der Bezirke im Planungsbereich I berücksichtigt, dass in den betreffenden Bezirken ein rechnerischer Versorgungsgrad im Bereich der Soll- bzw. Überversorgung zwischen nahezu 100 % und über 130 % herrscht und damit bei bezirklicher Betrachtung eine gleichmäßig gute wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Versicherten innerhalb des Planungsbereichs I angenommen wird. Aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und bei Betrachtung des jeweiligen Morbiditätsfaktors auf Bezirksebene wird auch künftig von einer stabilen Versorgungssituation für die Versicherten im Planungsbereich I ausgegangen. Zugleich soll der großräumige Zuschnitt des Planungsbereichs I bereits niedergelassenen Ärzten eine weitest gehende Flexibilität im Hinblick auf Praxissitzverlegungen bieten.

Im Planungsbereich II werden die Bezirke Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf zusammengefasst. Der großflächige Bezirk Treptow-Köpenick wird als eigenständiger Planungsbereich III ausgewiesen. Die Raumgliederung soll gezielt eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Versicherten in bislang gering versorgte Bezirke fördern. Die Zusammenlegung der benachbarten Bezirke Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg erfolgt unter Beachtung guter zwischenbezirklicher Verkehrsverbindungen und der räumlichen Größe der Bezirke (Erreichbarkeiten innerhalb von 15 Autominuten). Der Zuschnitt des Planungsbereichs III auf den Bezirk Treptow-Köpenick berücksichtigt die geographische Lage am südöstlichen Rand Berlins, die flächenmäßige Ausbreitung des Bezirks sowie eingeschränkte Verkehrsanbindung in Richtung Westen (wegen natürlicher Grenzen) und Nord-Westen.

### 2.2.2.

Auch die Entwicklung der Versorgungssituation bei den Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Planungsbereich Berlin zeigt ein stark inhomogenes Bild. Deutlich überversorgten Stadtbezirken stehen andere Stadtbezirke gegenüber, die einen erheblich unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad aufweisen. Wie oben unter Ziffer 1.1 graphisch aufgezeigt, gilt dies insbesondere für die Arztgruppen der Augenärzte, Frauenärzte, Hautärzte und HNO-Ärzte und im Besonderen für die Bezirke Neukölln, Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg mit einem erheblich unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad gegenüber beispielsweise Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf oder Tempelhof-Schöneberg.

Um das Ziel der Harmonisierung auch auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu erreichen, ist für die betreffenden Arztgruppen des § 12 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie unter Beibehaltung eines einheitlichen Planungsbereiches eine gezielte Steuerung von Niederlassungen im Rahmen von Teilentsperrungen vorgesehen (siehe unter Ziffer 2.1.5).

Bei einer weiteren Fortentwicklung einer divergierenden Versorgungssituation, ist das Vorhandensein wirksamer Steuerungsmaßnahmen erforderlich, um unmittelbar auf ein Absinken des Versorgungsgrades in dem jeweiligen Verwaltungsbezirk auf ein Niveau unter die Grenze von 90% reagieren zu können. Der Steuerungsmechanismus soll vor diesem Hintergrund der Erreichung einer Harmonisierung der Versorgungssituation für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb des Planungsbereiches dienen und dem Kriterium der bestmöglichen räumlichen Verteilung in besonderem Maße Rechnung tragen. Der Gesetzgeber und die höchstrichterliche Rechtsprechung haben mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass das Kriterium „bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes“ (§ 26 Absatz 4 Nummer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie) das Konzept der wohnortnahen Versorgung – gerade auch hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung – aufgreift.

Durch das hier initiierte Steuerungsinstrument wird die gute Erreichbarkeit zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für die Berliner nicht nur aufrechterhalten, sondern in den betroffenen Bezirken sogar verbessert und ein ausgewogenes Versorgungsangebot zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken hergestellt, indem die regionalen Unterschiede zwischen den Versorgungsgraden innerhalb des Planungsbereichs verstärkt und bevorzugt berücksichtigt werden. Dies dient einer Bedarfsplanung, die ihrem Wesen nach darauf abzielt, die regionalen Unterschiede zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken im Hinblick auf den Nieder-

lassungstatbestand des § 26 Bedarfsplanungsrichtlinie anzugleichen und stellt ein handhabbares Instrument für eine effektive Versorgungssteuerung auf der Ebene der Berliner Verwaltungsbezirke dar.

Die Steuerung innerhalb eines einheitlichen Planungsbereiches trägt dem Umstand Rechnung, dass aufgrund der vorgegebenen regionalen Verhältniszahlen gemäß § 12 Absatz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie für diese Arztgruppen deutlich weniger Niederlassungen in geringer versorgte Bezirke erforderlich sind, um eine Harmonisierung der Versorgung zu erreichen. Auch wenn das Ziel nicht auf eine numerisch absolut gleichmäßige Versorgung in der gesamten Stadt ausgerichtet ist, kann daher durch den vorliegenden Bedarfsplan verhindert werden, dass innerhalb eines insgesamt im Soll (d.h. mit einem Versorgungsgrad von  $\geq 100\%$ ) versorgten großen Planungsbereichs Teilbereiche mit einem deutlich geringeren Versorgungsgrad oder sogar Unterversorgung entstehen.

Die gezielte Steuerung von Niederlassungsmöglichkeiten in die innerhalb des Planungsbereiches am geringsten versorgten Berliner Stadtbezirke wird zudem vor dem Hintergrund der bereits oben unter Ziffer 2.2.1. erwähnte Problematik des Ärztemangels in den (bezogen auf die genannten Fachgruppen) deutlich schlechter versorgten Stadtbezirken und der – gerade auch im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung virulenten – allgemein sinkenden Niederlassungsbereitschaft der Ärzte als erforderlich erachtet.

### **2.2.3.**

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in der Vergangenheit die Verwaltungsbezirke als Bezugsregion für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes in nicht unterversorgten Planungsbereichen nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt. Diese Festlegung ist weiterhin gültig. Sie ermöglicht auch in Zukunft, kurzfristig im Bedarfsfall einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu berücksichtigen, wie am Beispiel der zusätzlichen Niederlassungen für die Arztgruppen der Kinderärzte sowie der Kinder- und Jugendpsychiater aufgezeigt wurde.

### **2.2.4.**

Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen werden seit dem 17.04.2014 mit Aufnahme in die Bedarfsplanungsrichtlinie berücksichtigt und in der Anlage 2.2 Spalte 8 & 11 ausgewiesen. In Berlin bestehen derzeit einige Ermächtigungen, die einen Leistungsumfang aufweisen, der dem eines Vertragsarztes entspricht. Daher erfolgt eine Anrechnung ermächtigter Ärzte und Einrichtungen gemäß § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Von den dort getroffenen Festlegungen wird gem. § 22 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen. Diese Abweichungen sind wegen der im Planungsbereich bestehenden Besonderheiten notwendig. In Berlin sind derzeit 149 Ärzte persönlich ermächtigt. Die Ermächtigungsbeschlüsse der Zulassungsgremien im Zulassungsbezirk Berlin weisen detailliert alle Leistungen aus, die ermächtigte Ärzte und Einrichtungen erbringen dürfen - im Gegensatz zur Möglichkeit der Benennung ganzer EBM Kapitel. Bei der Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte werden unter Leistungsziffern gem. § 22 Abs. 1 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie alle GOP verstanden, ohne Beschränkung auf einzelne Kapitel des EBM. Damit wird eine Gleichbehandlung aller ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten erreicht und Verzerrungen durch zufällige Änderungen des GOP Katalogs eines ermächtigten Arztes oder Psychotherapeuten ohne Beeinträchtigungen des tatsächlichen Leistungsumfanges vermieden.

Der Vergleich der von den ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten erzielten Fallzahlen mit denen der niedergelassenen Vertragsärzte gemäß § 22 Abs.1 Satz 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt anhand der Fallzahldurchschnitte in der jeweiligen Kostenträgerfachgruppe. Dabei werden sämtliche abgerechnete Arztfälle aller Vertragsärzte und angestellten Ärzte bei Vertragsärzten, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V berücksichtigt. Die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie verwendete Formulierung „niedergelassene Vertragsärzte“ ist dem Wortlaut nach als Bezeichnung für die freiberuflich tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu verstehen, dies würde alle von angestellten Ärzten und Psychotherapeuten bei Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, in Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V erbrachten Arztfälle ausschließen, was nicht sachgerecht wäre. Durch das Abstellen auf die Kostenträgerfachgruppe - achte und neunte Stelle der lebenslangen Arztnummer die nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vergabe von Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetznummern die anhand der Facharztbezeichnung und weiteren Weiterbildungsmerkmalen vergeben werden - wird die Bildung einer nicht sachgerechten Vergleichsgruppe auf Basis der Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie vermieden. Insbesondere bei fachärztlich tätigen Internisten weisen die in den jeweiligen Kostenträgerfachgruppen erzielten Fallzahldurchschnitte erhebliche Abweichungen auf. Durch diese Betrachtungsweise kann der Leistungsumfang ermächtigter Ärzte sachgerecht und präzise mit dem der Vertragsärzte und angestellten Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verglichen werden.

Die Anrechnung der Ärzte und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen erfolgt gemäß § 22 Abs. 2 i. V. m. § 22 Abs. 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie pauschal, da im Planungsbereich keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtungen vorliegen.

Begründung:

Die vorgenommenen Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie gemäß § 22 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie und § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V sowie § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte - ZV ist notwendig.

Die Anwendung der Vorschriften zur Anrechnung ermächtigter Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen ist problematisch. So ist nach § 22 Abs. 1 Satz 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie bei der Anrechnung eines ermächtigten Arztes auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt oder Psychotherapeuten erbrachten Fallzahlen zum Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen. Eine Konkretisierung des Begriffs der niedergelassenen Vertragsärzte dahingehend, ob hierunter nur freiberuflich tätige Ärzte oder auch angestellte Ärzte bei Vertragsärzten, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V zu verstehen sind, ist jedoch nicht gegeben. Die tragenden Gründe des Gemeinsamen Bundesausschuss zu § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie - dort Ziff. 2, S. 3 — wiederholen lediglich den Normtext. Die Formulierung „niedergelassene Vertragsärzte“ ist grammatikalisch so zu verstehen, dass damit nur zugelassene Vertragsärzte im Sinne von § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV gemeint sein können. In Berlin sind zum Stichtag 01.07.2020 2.738 (1.766,50 VZÄ) angestellte Ärzte und Psychotherapeuten zu verzeichnen gewesen, dies entspricht rund 28 % aller in der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin tätigen Ärzte. Wegen dieser großen Zahl angestellter Ärzte und Psychotherapeuten kam ein außer Acht lassen der von diesen erbrachten Fallzahlen nicht in Betracht, denn dies hätte zu einer weitgehenden Verzerrung des festgestellten Leistungsumfangs von Vertragsärzten geführt. Somit kann auf Grund des hohen Anteils an angestellten Ärzten bei der Feststellung des Fallzahldurchschnitts nur auf die von allen Ärzten - also Vertragsärzten und angestellten Ärzten - erbrachten Fallzahlen abgestellt werden.

Ähnliche Probleme bestehen beim Kriterium der Ermächtigung zur Erbringung von mindestens drei Leistungsziffern nach dem EBM. Die tragenden Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses sprechen von mindestens drei fachbezogenen Leistungsziffern, die dann zu einer Anrechnung führen sollen, wenn damit zugleich 25 % des Leistungsumfangs eines Vertragsarztes erreicht werden. Wird allerdings ein Krankenhausarzt nur zur konsiliarischen Erbringung von bestimmten spezialisierten Leistungen ermächtigt, so stellt der Arztbrief einen

wesentlichen Leistungsteil dar. Sehen spezielle Abrechnungsziffern ebenfalls die Erstellung eines Berichts oder Arztbriefes vor, so würde der Ausschluss des allgemeinen Arztbriefes bei der Betrachtung des Ermächtigungsumfanges zu willkürlichen Ergebnissen, je nach Planungsgruppe führen. Vor allem dann, wenn der antragstellende Krankenhausarzt eine spezifische GOP übersieht, die die Zulassungsgremien dann aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht von Amts wegen hinzusetzen dürfen. In Berlin bestehen einige Ermächtigungen für hochspezialisierte Leistungen, etwa in den Planungsgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Dort werden nur wenige GOP festgelegt, doch die ermächtigten Ärzte behandeln trotz dieses geringen Ermächtigungsumfanges in großem Umfang gesetzlich versicherte Patienten. Bei mitunter auch im laufenden Ermächtigungszeitraum veränderten Leistungsumfängen, bei denen nur eine einzige Leistung herausgenommen wird - etwa weil die Klinik und damit der ermächtigte Arzt diese nicht mehr erbringen kann -, würde eine plötzliche Nichtanrechnung des ermächtigten Arztes erfolgen können, obgleich er dennoch in großem und damit berücksichtigungsfähigem Umfang Leistungen erbringt. Gerade bei diesen ermächtigten Ärzten hat der Bericht an den überweisenden Arzt große Bedeutung.

Allerdings führt die unterschiedslose Berücksichtigung aller EBM Ziffern zu keinem anderen Ergebnis. Durch die so vorgenommene Betrachtung werden die ermächtigten Ärzte ausgeschlossen, die nur zur Erbringung einer EBM Ziffer ermächtigt wurden, so dass das Ziel der Regelung unter Berücksichtigung der tragenden Gründe - dort Ziff. 2, Seite 2 und 3 - erhalten bleibt, ermächtigte Ärzte mit weniger als drei GOP nicht anzurechnen. Die so vorgenommene Umsetzung des § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie trägt den Besonderheiten im Planungsbereich Sorge und führt zu einer sachgerechten Betrachtung des Leistungsgeschehens. Die vorgenommenen Abweichungen sind dabei das Resultat einer an den Zielen der Regelung orientierten Auslegung.

### **3. Planungsblätter**

Die Planungsblätter zur Berechnung der Versorgungsgrade unter Anwendung des Morbiditätsfaktors und der daraus resultierenden regionalen Verhältniszahl sind als Anlage 1 Bestandteil dieses Bedarfsplanes. Die Anlage 1 ist für die Arztgruppen als Anlage 1.1 — 1.22 durchnummeriert und entspricht den Planungsblättern der Anlage 2.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die gemäß § 4 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestandteil des Bedarfsplanes sind.

**Anlage 1**

Planungsblätter zur Feststellung der Versorgungsgrade gem. § 4 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie