

Masterplan Ambulante Versorgung

I. Die Krise der ambulanten Versorgung in Berlin

Die ambulante Gesundheitsversorgung in Berlin steckt in einer Krise und hält nicht mit dem Bevölkerungswachstum der Stadt Schritt. Die Versorgungsgrade nehmen über alle Ärzt*innengruppen in den vergangenen zehn Jahren ab, zum Teil stark. Besonders dramatisch zeigt sich die Lage in den Kiezen, die geringere Durchschnittseinkommen und eine geringere Anzahl an Privatversicherten aufweisen. Dazu gehören Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick, aber auch Spandau, Reinickendorf und Teile von Neukölln.¹ So hat sich der Versorgungsgrad für Kinder- und Jugendärzte in Lichtenberg in den vergangenen zehn Jahren von 144 auf 80 Prozent reduziert, in Marzahn-Hellersdorf von 128 auf 94 und in Treptow-Köpenick von 121 auf 91.²

In den drei genannten Ostbezirken sind nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung mehr als 130 Hausarztsitze unbesetzt. Mit dem mehrfach fortgeschriebenen Letter Of Intent (LOI) wurde für die Gruppe der Hausärzt*innen Berlin wieder in drei Planungsbereiche aufgeteilt (Bereich II: Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg, Bereich III: Treptow-Köpenick, Bereich I: die übrigen Bezirke). Für die Bereiche II und III gibt es seitdem keine Zulassungsbeschränkungen. Trotzdem besteht diese o.g. Lücke zwischen Bedarf und Angebot, die sich eher weiter öffnet als schließt.

In den kommenden Jahren wird sich die Krise verschärfen. Mehr als die Hälfte der ambulant arbeitenden Ärzt*innen in Berlin ist über 55 Jahre alt, bei den Praxisinhaber*innen sind es sogar 61 Prozent. Viele Praxisinhaber*innen finden keine Nachfolge.

Ursachen für die Krise der Niederlassung sind die Abkehr junger Mediziner*innen von der Selbstständigkeit, höhere Teilzeitanteile, der Fachkräftemangel in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (insb. MFA) sowie der Mangel an geeigneten Räumen für Neugründungen oder Praxisumzüge bei

¹ Vgl. Antwort des Senats auf Schriftliche Anfrage Drs. 19/18259 „Krise der ärztlichen ambulanten Versorgung“ unter <https://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/19/SchrAnfr/S19-18259.pdf>

² Dabei ist zu beachten, dass 100% Versorgungsgrad sich nicht vorrangig auf den Bedarf beziehen, sondern auf den Stichtag zur Einführung der Bedarfsplanung in Berlin.

Kündigungen. Zentral für den Mangel an Niederlassungen im haus- und kinderärztlichen Bereich sind veränderte Ansprüche von Mediziner*innen an ihre Arbeitsbedingungen. Viele wollen keine Millionenkredite aufnehmen, um dann mit 60 oder mehr Wochenarbeitsstunden die wirtschaftliche Alleinverantwortung für die Praxis zu tragen. Gerade vor dem Hintergrund der deutlich gestiegenen Frauenanteile unter den Mediziner*innen (erstmalig in 2023 mehr als 50 Prozent im vertragsärztlichen Bereich) steht eine verbesserte Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie im Vordergrund.

Setzt sich die Dynamik in der Intensität weiter fort, laufen wir perspektivisch in allen Teilen Berlins in einen Mangelzustand hinein.

Patient*innen in den besagten Bezirken erleben die Versorgungskrise bereits heute auf dramatische Weise: Viele finden keine Haus- und Kinderärzte im Bezirk oder müssen auch auf wichtige Facharzttermine monatelang warten. Dies gilt insbesondere im Bereich der Psychotherapie. Monatelange Wartezeiten können die psychische Gesundheit weiter verschlechtern und letztendlich sogar lebensbedrohlich sein.

Vor dem Hintergrund der geplanten Krankenhausreform, die das Ziel der Konzentration von Standorten, der Ambulantisierung und des Abbaus von Betten verfolgt, kommen auf den ambulanten Sektor zusätzliche Herausforderungen zu. Auch wenn wir als Linke gemeinsam mit Gewerkschaften und Patient*innenverbänden diese arbeitgeberorientierte Reform ablehnen, muss sich die Landespolitik auf die Folgen für Patient*innen und Beschäftigte rechtzeitig einstellen.

II. Masterplan ambulante Versorgung

Senat und Bezirke sind vor dem Hintergrund laufender Umstrukturierungen von Seiten der Bundesebene (Krankenhausreform, Gesundheitsstärkungsversorgungsgesetz, Reform der Notfallversorgung) in der Verantwortung, eine aktive Rolle bei der Sicherung der flächendeckenden wohnortnahen Gesundheitsversorgung einzunehmen. Wir schlagen dafür einen Masterplan ambulante Versorgung vor:

1. **Integrierte Gesundheitsplanung für das Land Berlin:** Mit der sich verändernden Sozial- und Altersstruktur der Bevölkerung haben sich auch die Krankheitsbilder und ihre Prävalenz innerhalb der Bevölkerung verändert. Insbesondere altersbedingte Krankheiten aber auch psychische Erkrankungen nehmen stark zu. Diese veränderte Nachfrage trifft auf Anbieter von Gesundheitsleistungen, die unter dem Fachkräftemangel und knappen finanziellen Ressourcen leiden. Damit unter diesen Bedingungen eine zielgenaue und bestmögliche Versorgung

gesichert werden kann, muss eine Versorgungsstruktur aus Krankenhäusern, dem ambulanten und niedergelassenen Bereich und der ambulanten und stationären Pflege zukünftig zusammen gedacht und geplant werden. Das Ziel ist, die Ressourcen auf den tatsächlichen Bedarf abzustimmen., Für eine integrierte Planung fehlen allerdings bisher einige rechtlichen Voraussetzungen, eine umfassendere Datenerhebung und entsprechende Kapazitäten in der Verwaltung. Wenn diese Voraussetzungen geschaffen werden, muss ein Stadtplan der Gesundheit entstehen, der Lücken und Dysbalancen etwa im niedergelassenen Bereich oder in der Notfallversorgung aufzeigt und entsprechendes Gegensteuern ermöglicht. Das Landesgremium nach § 90a SGB V muss eine aktive Rolle bekommen und je nach Bedarf um weitere Akteure erweitert werden.

2. Förderprogramm für allgemein- und fachärztliche Medizinische

Versorgungszentren (MVZ): Als Baustein zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung schlagen wir die Neueinrichtung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) vor. Dabei handelt es sich um ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen als Angestellte oder Vertragspartner*innen zusammenarbeiten. Nach § 95 SGB V können MVZ u.a. von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von anerkannten Praxisnetzen, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.³ Da für eine kommunale Trägerschaft von MVZ bisher keine Strukturen existieren, bieten sich Krankenhaus- und Sozialträger an. Für die Krankenhäuser, aber auch im Interesse einer besseren Behandlungsqualität bieten MVZ die Möglichkeit zur besseren Lenkung der Patient*innen zwischen ambulanten und stationären Angeboten. Für die Träger lassen sich entsprechende MVZ dann kostendeckend betreiben, wenn sie bei der Ersteinrichtung, aber auch bei der Suche nach bezahlbaren Räumlichkeiten entsprechend unterstützt werden.

Ein Förderprogramm des Landes sollte folgende Bausteine enthalten:

- eine finanzielle Anschubförderung für Raumakquise und Ersteinrichtung von MVZ

³ In den ostdeutschen Bundesländern sind MVZ aus den ehemaligen Polikliniken entstanden. In Thüringen etwa zeigen sich sehr positive Erfahrungen. <https://www.mdr.de/nachrichten/thueringen/mvz-poliklinik-aerztmangel-aerztehaus-100.html> In Bremen bereitet Gesundheitssenatorin Claudia Bernhard (LINKE) die Gründung von Gesundheitszentren als Antwort auf das Praxissterben vor. <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/mvz-gesundheitszentren-aerztmangel-bremen-100.html>

- Ansprechpartner*innen bei den Bezirksämtern, den städtischen Wohnungsbaugesellschaften und der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen zur Planung und Akquise von bezahlbaren Räumen im Gebäudebestand und bei Neubauvorhaben
- Unterstützung bei der Netzwerkbildung: Um Synergien zu heben, sollten Senat und Bezirke die Träger bei der Vernetzung mit Kliniken, Pflegeeinrichtungen im Kiez und auch bei der Vernetzung der Träger untereinander unterstützen. Ziel ist Kooperation zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung, nicht Konkurrenz.
- Zusammenarbeit und Finanzierung des Bildungscampus (Wenckebach-Pflegecampus) von Vivantes und Charité zur Ausbildung und Gewinnung von Fachkräften

3. Ausweitung der Förderung zur Niederlassungsförderung von Haus-, Kinder- und Fachärzt*innen: Bisher fördert die KV Berlin hausärztliche Niederlassungen in Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg mit bis zu 60.000 Euro Investitionszuschuss sowie die Gründung von Zweigpraxen und die Anstellung von Vertragsärzt*innen in der Praxis. Zudem werden jährlich bis zu fünf Medizinstudierende ab dem sechsten Semester mit einem Stipendium gefördert, wenn diese sich nach dem Studium mindestens drei Jahre in Berlin niederlassen. Diese Fördermaßnahmen reichen nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre nicht aus, um den Mangel auch nur zu lindern. Mit Unterstützung des Senats sollte die Förderung auf die Bezirke Spandau und Reinickendorf ausgeweitet und die Fördersummen erhöht werden. Die Stipendien für Medizinstudierende sollten bereits auf das erste Semester ausgeweitet werden. Der Senat sollte prüfen, inwieweit die Zulassung zum Medizinstudium an der Charité im Rahmen von Vorabquoten bevorzugt an Menschen vergeben werden kann, die sich zur Niederlassung im Fördergebiet verpflichten.