

Die Bedarfsplanung



GRUNDLAGEN DER BEDARFSPLANUNG

Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sie regelt, wie viele Ärzt:innen für eine bestimmte Anzahl an Einwohner:innen angemessen ist und damit, wie viele Ärzt:innen sich in einer Region niederlassen dürfen. Diese Verhältniszahl beschreibt das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – für die jeweilige Arztgruppe. Die Verhältniszahlen wurden vom Gesetzgeber bei der Einführung der Bedarfsplanung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, zu dem das Versorgungsniveau als angemessen bewertet wurde. Für die meisten Arztgruppen ist dies der Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die jeweilige Gruppe.

Anzahl der Kassensitze

Die Anzahl an Kassensitzen basiert darauf, wie viele Patient:innen von einer Praxis behandelt werden können. Diese Verhältniszahl ist das zentrale Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung und beschreibt das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt bzw. Psychotherapeut – für die jeweilige Arztgruppe. Die Verhältniszahlen wurden vom Gesetzgeber bei der Einführung der Bedarfsplanung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, zu dem das Versorgungsniveau als angemessen bewertet wurde.

Beteiligung weiterer Institutionen und Gremien

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt die Richtlinie für die Bedarfsplanung bei der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auf Bundesebene fest. Die Mitglieder des G-BA setzen sich wie folgt zusammen:

- ein unparteiischer Vorsitzender
- zwei weitere unparteiische Mitglieder
- fünf Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- fünf Vertreter der Leistungserbringer (KBV, KZBV und DKG)

Auf regionaler Ebene wird die Bedarfsplanungs-Richtlinie in den Landesausschüssen umgesetzt. Der Landesausschuss (LA) der Ärzteschaft und Krankenkassen ist dafür zuständig, auf Grundlage des Bedarfsplans eine Unter- oder Überversorgung festzustellen und gegebenenfalls Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Darüber hinaus entscheidet der Ausschuss gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie darüber, ob in nicht unterversorgten Planungsbereichen zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Können sich KV-Mitglieder und Krankenkassen nicht auf einen Bedarfsplan einigen, können sie den LA anrufen, um den Bedarfsplan festzusetzen.

Die Bedarfsplanung



FAQ – ZUSTÄNDIGKEITEN DER KV BERLIN

Wie sind die Versorgungsgrade der einzelnen Arztgruppen in den jeweiligen Bezirken?

Die Versorgungsgrade der jeweiligen Fachgruppen in den Bezirken sind [hier](#) auf der Webseite hinterlegt. Die Daten werden zwei Mal jährlich aktualisiert.

Was bedeutet Unter- und Überversorgung?

Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad 50 Prozent bei den Fachärzt:innengruppen und 75 Prozent bei den Hausärzt:innen unterschreitet. Dann gibt es zu wenige Ärzt:innen für die Anzahl der Einwohner:innen. Eine Überversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad über 110 Prozent beträgt. Es gibt dann ausreichend oder mehr als ausreichend Arztsitze in dem jeweiligen Fachgebiet. Es können sich dann keine weiteren Ärzt:innen niederlassen, der Planungsbereich ist gesperrt.

Warum ist Berlin für neue Kassensitze gesperrt, obwohl es in manchen Fachbereichen einen großen Bedarf gibt?

Da, wie in der vorangegangenen Frage erwähnt, der Versorgungsgrad über 110 Prozent liegt, ist Berlin für nahezu alle Fachgruppen gesperrt. Die Gruppe der Hausärzt:innen sowie die Gruppe der Kinder- und Jugendärzt:innen sind partiell entsperrt. Praxen können deshalb ohne eine förmliche Ausschreibung sowie die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens übernommen werden. Partiiell entsperrt werden manchmal auch andere Fachgruppen, wie beispielsweise Frauen- oder Augenärztinnen. Wenn die neu geschaffenen Sitze besetzt wurden, ist der Fachbereich danach wieder gesperrt.

Wer entscheidet darüber, in Berlin neue Kassensitze zuzulassen?

Die KV Berlin kann nicht eigenständig neue Kassensitze zulassen. Der G-BA kann bundesweit die Bedarfsplanung anpassen und damit neue Sitze schaffen. So wird der Morbiditätsfaktor alle zwei Jahre durch den G-BA überprüft. Eine Veränderung in der Morbidität der Bevölkerung – Krankenlast – kann dazu führen, dass zusätzliche Arztsitze geschaffen werden. Auch die Verhältniszahlen – Einwohneranzahl pro Arzt – werden alle zwei Jahre überprüft. Wenn eine Region wächst, kann dies ein weiterer Grund sein, neue Arztsitze zuzulassen.

Die Bedarfsplanung



ARZTSITZE IN DEN BEZIRKEN – BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Vollzeitäquivalent (VZÄ):

Bei Ärzt:innen bedeutet das, dass die Arbeitsstunden aller Ärzt:innen, unabhängig von ihrer tatsächlichen Arbeitszeit, auf die Stunden einer Vollzeitstelle im Krankenhaus oder in der Praxis umgerechnet werden, um die gesamte Personalressource im Hinblick auf die Arbeitsleistung besser zu erfassen.

Beispiel:

- Eine Ärztin, die 20 Stunden pro Woche arbeitet, hat ein VZÄ von 0,5 – ein halber Arztsitz
- Ein Arzt hingegen, der 40 Stunden pro Woche arbeitet, hat ein VZÄ von 1,0 – ein voller Arztsitz

Planungsbereiche (PB):

In Berlin bezieht sich die Bedarfsplanung für Ärzt:innen auf die Einteilung des Stadtgebiets in Planungsbereiche, die als geografische Bezugspunkte für die ärztliche Versorgung dienen. Diese Bereiche sind wichtig, um eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und gegebenenfalls Unter- oder Überversorgung zu erkennen und zu steuern

Planungsbereiche Hausärzte in Berlin:

- für den Zulassungsbezirk Berlin gilt seit dem 28. Oktober 2020 für die Arztgruppe der Hausärzt:innen eine abweichende Raumordnung (gemäß § 11 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie)
- Planungsbereich I: Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Reinickendorf, Pankow, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln; Planungsbereich II: Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg; Planungsbereich III: Treptow-Köpenick

Planungsbereiche Kinder- und Jugendärzte in Berlin:

- für den Zulassungsbezirk Berlin gilt seit dem 24. Oktober 2023 für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzt:innen eine abweichende Raumordnung (§ 12 Absatz 3 Satz 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie)
- Planungsbereich I: Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Pankow, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln; Planungsbereich II: Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf; Planungsbereich III: Treptow-Köpenick; Planungsbereich IV: Spandau, Reinickendorf

Die Bedarfsplanung



VERSORGUNGSLAGE

Offene Arztstühle (Stand Beschluss des LA zum Stichtag 01. April 2025)

- Frauenärzt:innen 2,0 Vollzeitäquivalent (VZÄ)
- Hausärzt:innen
 - Planungsbereich (PB) II: 79,5 VZÄ
 - PB III: 39,5 VZÄ
- Hautärzt:innen: 0,5 VZÄ
- Kinderärzt:innen
 - PB II: 9,5 VZÄ
 - PB III: 7,0 VZÄ
 - PB IV: 6,0 VZÄ
- Psychosomatische Medizin: 4,5 VZÄ

Besonders betroffene Bezirke

- Hausärzt:innen und Kinderärzt:innen PBII – Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf – und PBIII – Treptow-Köpenick – und Kinderärzt:innen PBIV – Spandau, Reinickendorf

Welche Facharztgruppen sind besonders stark betroffen?

folgende Arztgruppen Berlinweit unter dem Richtwert 110 Prozent Versorgungsgrad (Stand LA-Beschluss des Bedarfsplans mit Stichtag 01. April 2025):

- Frauenärzt:innen mit 109,5 Prozent
- Hausärzt:innen
 - PB II: 88,6 Prozent
 - PB III: 89,2 Prozent
- Hautärzt:innen mit 109,2 Prozent
- Kinderärzt:innen
 - PB II: 93,1 Prozent
 - PB III: 82,3 Prozent
 - PB IV: 97,8 Prozent

Patientenservice 116117



GRUNDLAGEN ZUR 116117

- Der Patientenservice 116117 unterstützt die ambulante Versorgung in Berlin durch die Bereitstellung von medizinischen Erstberatungen und -empfehlungen sowie durch die Vermittlung von Terminen bei Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen und durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr und an jedem Tag des Jahres.
- dies geschieht telefonisch und auch online über das "Patienten-Navi", über das – bei entsprechender Dringlichkeit der Ersteinschätzung – auch Selbstbuchungen von Akutterminen möglich sind
- Nach einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung erhalten Patient:innen, die sich mit akuten Beschwerden bei der 116117 gemeldet haben, eine Empfehlung zur weiteren Versorgung.
- Dieses kann zum Beispiel:
 - die medizinische Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst sein oder
 - auch eine Empfehlung, die behandelnde Praxis aufzusuchen
 - bei Bedarf kann auch ein Akuttermin vermittelt werden

ZAHLEN ZUR 116117

- über die 116117 wurden im Jahr 2024 circa 215.000 Termine vermittelt, davon 73.000 Psychotherapie
 - davon entfallen 75 Prozent auf Selbstbuchungen durch Patient:innen über den 116117 Terminservice
 - in der TSS-Linie wurden ungefähr 210.000 Anrufe in 2024 bearbeitet
- in der medizinischen Linie der 116117 wurden in 2024 fast 225.000 Anrufe bearbeitet, ungefähr 67.000 telemedizinische Beratungen und rund 59.000 Hausbesuche von den Ärzt:innen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) durchgeführt

Patientenservice 116117



DIESE MEDIZINISCHE VERSORGUNG BIETET DIE 116117

Der telefonische Beratungsdienst

- im Gespräch mit den Beratungsärzt:innen können Patient:innen zum Beispiel genauer besprechen, welche gesundheitlichen Beschwerde vorliegen, und klären, ob ein Hausbesuch notwendig ist. Die Beratungsärzt:innen geben auch Ratschläge, wie sich die Anrufenden gegebenenfalls selbst helfen können

Notdienstpraxen der KV Berlin

- in sprechstundenfreien Zeiten bieten die KV-Notdienstpraxen eine ambulante ärztliche Versorgung an
- Versicherte können sich in Notfällen an diese Praxen wenden und damit auch die Rettungsstellen der Krankenhäuser entlasten
- die KV Berlin betreibt sechs KV-Notdienstpraxen für Erwachsene sowie fünf KV-Notdienstpraxen für Kinder und Jugendliche

Der fahrende Hausbesuchsdienst

- bei immobilen Personen und entsprechender medizinischer Indikation kommt der fahrende Hausbesuchsdienst nach Hause
- in der Nacht können Hausbesuche auch bei Menschen ohne Immobilität bei entsprechender medizinischer Indikation erfolgen, falls die Behandlung keinen Aufschub duldet, aber eine Vorstellung im Krankenhaus nicht erforderlich ist

TERMINSERVICESTELLE (TSS)

- Die TSS der KV Berlin unterstützt gesetzlich Krankenversicherte, die in Berlin wohnhaft sind, bei der Suche nach einem schnellen Termin für eine Ärztin/einen Arzt oder eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten:
 - psychotherapeutische Sprechstunde
 - Akutbehandlung
 - erste Probesitzungen – sogenannte „Probatorik“
- die Wartezeit zwischen Anruf und Termin beträgt maximal vier Wochen
- Bagatell- und Routineuntersuchungen sind von der Vermittlung ausgenommen

Patientenservice 116117



DIESE TERMINE WERDEN VERMITTELT

- Facharzttermin: Für die Vermittlung ist eine Überweisung zur fachärztlichen Weiterbehandlung mit einem zwölfstelligen Vermittlungscode erforderlich
- Terminvermittlung zu einem Allgemeinarzt, Augenarzt, Frauenarzt oder Kinder- und Jugendarzt ist ohne Überweisung möglich
- Termin für ein Psychotherapeutisches Erstgespräch – ein einmaliger Termin, zur Einschätzung/Diagnostik – kann ohne Überweisung vermittelt werden
- die TSS vermittelt keine Termine bei Zahnärzt:innen oder Kieferorthopäd:innen
- es findet keine Wunschterminvermittlung bei einem bestimmten Arzt/einer bestimmten Ärztin statt

FAQ

Wer muss Termine an die Terminservicestelle melden?

- Die KV Berlin ermittelt in jedem Quartal, wie hoch der Bedarf pro Fachgruppe ist
- Die jeweils aktuelle Liste, wie viele Termine pro Versorgungsauftrag zu melden sind, ist [hier](#) einzusehen
- Fachgruppen, die im Moment nicht gelistet sind, sind gebeten, weiterhin Termine im praktizierten Umfang zu melden, sonst besteht die Gefahr, dass auch in anderen Fachgruppen die Meldepflicht von der KV durchgesetzt werden muss

Können Patient:innen, die im Quartal schon in einer Hausarztpraxis waren, einen weiteren hausärztlichen Termin in einer anderen Praxis über den 116117 Patientenservice online buchen?

- Ja, Patient:innen können weitere Hausarzttermine über den Patientenservice buchen, auch wenn sie schon in einer Hausarztpraxis vorstellig waren.

Werden Patient:innen darauf aufmerksam gemacht, einen gebuchten Termin in der Praxis zu bestätigen?

- Ja, bei telefonischer Terminvermittlung erhalten die Patient:innen durch die Mitarbeitenden in der TSS einen entsprechenden Hinweis
- Wenn Patient:innen bei Selbstbuchung der Termine die Praxisdaten nicht über den Vermittlungscode abrufen, erfolgt kein Hinweis.
- Auch, wenn Praxen keine entsprechenden schriftlichen Hinweise im 116117 Terminservice unter ihren Praxisdaten hinterlegt haben, erfolgt kein Hinweis

Patientenservice 116117



FAQ

Wie werden Patient:innen richtig in die Psychotherapie überwiesen?

- Für ein Psychotherapeutisches Erstgespräch, für das im Rahmen des Terminservice (TSS) der KV Berlin ein Termin vermittelt wird, muss keine Überweisung ausgestellt werden und es wird insbesondere kein Vermittlungscode benötigt.
- In der Psychotherapeutischen Sprechstunde entscheidet dann allein die/der einschätzende Therapeut:in über die Dringlichkeit der weiteren psychotherapeutischen Behandlung – und vermerkt die Empfehlung auf dem Formular PTV11, hier wird dann gegebenenfalls codiert.
- Diese Empfehlung ist die Grundlage für die Vermittlung in die weiterführende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer Akutbehandlung oder von Probatorischen Sitzungen, welche von der TSS nur im Anschluss an eine Psychotherapeutische Sprechstunde vermittelt werden können.

GRUNDLAGEN PATIENTENTERMINE

- nach dem sog. Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichtes sind Vertragsärzt:innen Angehörige eines freien Berufs
- Im Rahmen der Ausübung eines freien Berufs hatten Berliner KV-Mitglieder die Organisationshoheit darüber, ob sie ihre Praxen als Bestellpraxis mit Terminvergaben oder mittels einer Präsenzsprechstunde organisieren
- in die Organisationshoheit der niedergelassenen Ärzt:innen hat der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Einführung von Terminservicestellen eingegriffen
- Ärzt:innen sind demnach verpflichtet freie Termine an die Terminservicestellen zu melden
- diese gesetzliche Pflicht ist insoweit unbestimmt, als sie nicht definiert was freie Termine sind
 - erstreckt sich die Pflicht zum Beispiel nur auf Praxen, die freie Kapazitäten haben oder
 - auch auf Praxen, die wegen ihrer Beliebtheit so ausgelastet sind, dass sie neue Patienten ablehnen müssten
- daher hat die KV Berlin in ihr Sicherstellungsstatut folgende Konkretisierung aufgenommen:
 - alle Praxen müssen zwei Termine pro Woche an die TSS melden
- unabhängig davon beschließt der Vorstand einmal im Quartal die Meldebedarfe getrennt nach Fachgruppen, um KV-Mitgliedern Orientierung darüber zu geben, wie viele Termine für welche Fachgruppen gebraucht und gemeldet werden sollten
- um den Zugang zur ambulanten Versorgung für Versicherte der GKV bei angespannter Terminlage zu erleichtern, wurde ergänzend für bestimmte Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung die Verpflichtung aufgenommen, mindestens fünf offene Sprechstunden je Woche anzubieten (in § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV)

Patientenservice

116117



UMGANG MIT PATIENTENBESCHWERDEN

- Beschwerden von Patient:innen sind jederzeit möglich und werden auch sehr ernst genommen – ein entsprechendes [Formular](#) ist auf der Website der KV Berlin abrufbar
- festgestellte Verletzungen von vertragsärztlichen Pflichten können zu Disziplinarverfahren führen
- allerdings ist eine Überprüfung nur bei...
 - konkreten Hinweisen und...
 - der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht möglich

UMGANG MIT NO-SHOWS

- ein großes Problem stellen sogenannte No-Shows dar: Patient:innen erscheinen nicht zum Termin, sagen nicht rechtzeitig/gar nicht ab → Termin kann nicht neu vergeben werden
- Gesundheitskompetenz und Verständnis für die Wertigkeit der medizinischen Versorgung muss in der Bevölkerung verankert werden