

Ambulante medizinische Versorgung in München

Allgemeinärztliche Versorgung in den Stadtrandgebieten

Antrag Nr. 14-20/ A 01055 von Herrn StR Dr. Hans Theiss vom 19.05.2015

Die Wirkungen und Folgen des Versorgungsstrukturgesetzes für München darstellen

Antrag Nr. 08-14/ A 03035 von Frau StRin Eva Maria Caim vom 13.01.2012

Medizinische Versorgung in neuen Stadtquartieren sicherstellen

Antrag Nr. 08-14/ A 01927 von Herrn StR Klaus Peter Rupp vom 28.10.2010

Ambulante Notfallpflege als Ergänzung des Ärztlichen Notdienstes

Antrag Nr. 96-02/ A 02779 von Frau StRin Elisabeth Schosser, Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001

Hausarztsituation im Münchner Norden

BA-Antrag-Nr. 08-14/ B 05858 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 11- Milbertshofen-Am Hart vom 09.04.2014

Subventionierung von Praxisräumen für eine Kinderarztpraxis in der Messestadt Riem (Ziffer 3 des Antrages)

Empfehlung Nr. 14-20/ E 00594 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 15-Trudering-Riem vom 08.10.2015



Beschluss des Gesundheitsausschusses
vom 07.07.2016
Öffentliche **Erklärung**

Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Vortrag der Referentin

2

- | | |
|--|---|
| 1. Gesetze zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Auswirkungen auf München | 4 |
| 1.1 Abbau von Über- und Unterversorgung | 4 |
| 1.2 Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren der Kommunen | 5 |
| 1.3 Förderung von Filialpraxen/ Zweigpraxen und Praxisnetzen | 5 |

1.4	Einrichtung eines Strukturfonds	6
1.5	Ausbau der Telemedizin	7
1.6	Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	7
1.7	Stärkung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen	8
1.8	Delegation ärztlicher Aufgaben	9
1.9	Verbesserung des Entlassungsmanagements	9
1.10	Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen	10
1.11	Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine	10
1.12	Recht auf Zweitmeinung	10
1.13	Entlastung der Hebammen	11
1.14	Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie	11
1.15	Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes	12
1.16	Einrichtung von Medizinischen Behandlungszentren	12
1.17	Einrichtung eines Innovationsfonds	13
2.	Vertragsärztliche Bedarfsplanung und deren Auswirkungen auf München	13
3.	Handlungsoptionen der Landeshauptstadt München für die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in den Stadtrandgebieten Münchens	19
4.	Zusammenfassung	25
II.	Antrag der Referentin	27
III.	Beschluss	27

I. Vortrag der Referentin

Der Stadtratsantrag „Allgemeinärztliche Versorgung in den Stadtrandgebieten“ (Antrag Nr. 14-20/ A 01055) von Herrn StR Dr. Hans Theiss fordert das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) auf, sich für eine gleichmäßigere Verteilung der hausärztlichen Praxen einzusetzen (Anlage 1).

Im Stadtratsantrag „Die Wirkungen und Folgen des Versorgungsstrukturgesetzes für München darstellen“ (Antrag Nr. 08-14/ A 03035) von Frau StRin Eva Maria Caim wird das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) aufgefordert, über das in 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz zu berichten (Anlage 2). Aufgrund des bereits in 2014 angekündigten und im Juli 2015 neu in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wird auch diese Gesetzesänderung in dieser Vorlage vorgestellt.

Der Stadtratsantrag „Medizinische Versorgung in neuen Stadtquartieren sicherstellen“ (Antrag Nr. 08-14/ A 01927) von Herrn StR Klaus Peter Rupp wurde am 15.03.2012 im Gesundheitsausschuss aufgegriffen (Anlage 3). Laut Änderungs- und

Ergänzungs-antrag der SPD (Sitzungsvorlage Nr. 08-14/ V 08795 vom 15.03.2012) sollte das RGU bereits im Jahr 2014 erneut darüber berichten. Dies war aufgrund der personellen Situation im Fachbereich leider nicht möglich.

Der Stadtratsantrag „Ambulante Notfallpflege als Ergänzung des Ärztlichen Notdienstes“ (Nr. 96-02/ A 02779) von Frau ehemalige StRin Elisabeth Schosser und Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001 fordert die Landeshauptstadt München auf zu prüfen, welche organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten bestehen, ein Angebot an ambulanter Notfallpflege einzurichten (Anlage 4). Eine entsprechende Beschlussvorlage wurde im Zeitraum vom 19.07.2001 bis 25.09.2003 in den damaligen Gesundheits- und Krankenhausausschuss eingebracht und aufgrund der fortbestehenden Gesetzeslücke mehrfach vertagt. (Sitzungsvorlagen Nr. 96-02/ V 01460 vom 19.07.2001 und 17.01.2002, Sitzungsvorlage Nr. 02-08/ V 02287 vom 25.05.2003, Sitzungsvorlage Nr. 02-08/ V 02815 vom 25.09.2003).

Im BA- Antrag „Hausarztsituation im Münchner Norden“ (BA- Antrags- Nr. 08-14/ B 05858) des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 11- Milbertshofen-Am Hart wird die Landeshauptstadt München aufgefordert, ihre Möglichkeiten zu nutzen, um eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in München zu erreichen (Anlage 5).

In der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 15- Trudering-Riem am 08.10.2015 wurde die Empfehlung zur Subvention einer Kinderarztpraxis in der Messestadt Riem beschlossen. Es wird eine Subventionierung von Praxisräumen durch die Landes-hauptstadt München empfohlen (Anlage 6).

Aufgrund einer inhaltlichen Nähe werden die genannten Anträge mit dieser Vorlage zusammenfassend behandelt.

Die vorliegende Sitzungsvorlage stellt umfassende Informationen und relevante Regelungsinhalte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sowie des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vor. Aus Sicht der kommunalen gesundheitlichen Versorgung werden für die jeweiligen Gesetzesänderungen die Auswirkungen beschrieben und erste Bewertungen vorgenommen. Ausgehend von der derzeit gültigen Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung gilt München in allen Arztgruppen als überversorgt. Als Ergebnis kann vorab festgestellt werden, dass die beiden Gesetze für die LH München aus kommunaler Sicht wenig nutzbare Instrumente für strukturelle Verbesserungen in der ambulanten medizinischen Versorgung beinhalten. Nachfolgend werden Änderungen aufgezeigt, die nach den Änderungen der Gesetzeslage grundsätzlich für München relevant sein könnten bzw. die in der Versorgungslandschaft derzeit stark diskutiert werden.

1. Gesetze zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Auswirkungen auf München

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG**) ist am 01.01.2012 in Kraft getreten. Mit dem GKV-VStG wurde eine Vielzahl von Maßnahmen auf den Weg gebracht, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auf hohem Niveau sicherstellen zu können. Dem Ärztinnen- und Ärztemangel soll vor allem in ländlichen Regionen entgegen gewirkt werden, indem die Bedingungen für Ärztinnen und Ärzte in strukturschwachen Regionen wesentlich verbessert und entsprechende Anreize geschaffen werden.¹

Um die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland weiter zu verbessern ist am 23.07.2015 das **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)** in Kraft getreten. Der Gesetzgeber will damit die vorhandenen und eingeleiteten Maßnahmen für ein stabiles, zukunftsfähiges soziales Krankenversicherungssystem konsequent weiter entwickeln und um neue Instrumente ergänzen. Auch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz will die Versorgung im ländlichen Raum stärken. Dabei soll die Überversorgung in Ballungsräumen entzerrt und die Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen behoben werden.²

1.1 Abbau von Über- und Unterversorgung

Um eine gleichmäßigere Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte innerhalb der Planungsregionen sowie eine verbesserte Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erreichen, werden die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung erweitert. Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 103 SGB V entscheidet der zuständige Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen, ob bei einem Praxisverkauf in einem Überversorgten Planungsbereich eine Praxis nachbesetzt wird. Die Zulassungsausschüsse können den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Wird eine „Stilllegung“ beschlossen, so ist die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) verpflichtet, den Arztsitz aufzukaufen und der Ärztin bzw. dem Arzt eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts der Praxis zu zahlen.

Im **GKV-VSG** (§ 103 Abs. 1 und 3a SGB V) wird die bisherige „Kann“-Regelung zur Praxisstilllegung in eine „Soll“-Regelung überführt. Die Zulassungsausschüsse sollen künftig ab einem Versorgungsgrad von 140 % die Anträge auf Nachbesetzung von freiwerdenden Arztsitzen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlichen Privilegierungstatbestände³

1 Bundesministerium für Gesundheit: Versorgungsstrukturgesetz - Zukunftssichere Versorgung.
<http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html> (Stand: 14.01.2014)

2 Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf> (Stand: 10.06.2015)

3 Bei Privilegierungstatbestände ist eine Ablehnung eines Nachbesetzungsantrages bei Bewerberinnen und Bewerbern ausgeschlossen, wenn z.B.

- die Praxis durch Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder des bisherigen Praxisinhabers weitergeführt werden soll,

vorliegen.

Auswirkungen für München:

Der Planungsbereich München ist von der Aufkaufregelung bei der Arztgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte nicht betroffen, da hier der Versorgungsgrad mit 118,2 % unter der festgelegten Toleranzgrenze von 140 % liegt. Betroffen von der 140 %-Regelung sind hingegen rein rechnerisch die Facharztgruppen Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie, Orthopädie, Psychotherapie, Anästhesie, Innere Medizin und Radiologie.

1.2 Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren der Kommunen

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 95 SGB V wurden die Voraussetzungen für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geändert und die Anforderung an die Leitung von MVZ konkretisiert. Die Trägerschaft ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer GmbH zulässig. Das Gesetz ermöglicht den Kommunen, mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, eigene Einrichtungen zu eröffnen und zu betreiben (§ 105 Abs. 5 SGB V). Dies ist jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen möglich, d.h. wenn die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Darüber hinaus muss ein freier Arztsitz vorhanden sein.

Nach dem **GKV-VSG** (§ 95 Abs. 1 SGB V, § 105 Abs. 5 SGB V) können die Kommunen künftig MVZ gründen, ohne Zustimmungserfordernis der Kassen-ärztlichen Vereinigungen. Die Trägerschaft von MVZ wird ausgeweitet. Dadurch können MVZ auch in jeder öffentlich-rechtlichen Rechtsform geführt werden. Darüber hinaus ist die Gründung von arztgruppengleichen MVZ möglich. Dieses Verfahren soll Kommunen ermöglichen, aktiv die Versorgung zu beeinflussen und zu verbessern.

Auswirkungen für München:

Es wurde geprüft, ob für die LH München ein kommunales MVZ in Betracht kommt. Da München in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt, ist die Gründung eines kommunalen MVZ aus kommunalrechtlichen Gründen unzulässig. Nähere Ausführungen folgen in Kapitel 3.

1.3 Förderung von Filialpraxen/ Zweigpraxen und Praxisnetzen

Mit dem **GKV-VStG** wird die Bildung von Filialpraxen/ Zweigpraxen⁴ und

-
- zuvor eine mindestens 3jährige gemeinsame Zusammenarbeit in der Praxis erfolgt ist,
 - sie sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereiches zu verlegen,
 - sie nach Inkrafttreten des Gesetzes eine mindestens 5jährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet erstmals aufgenommen haben.

⁴ Vertragsärztinnen/ Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren können grundsätzlich unabhängig von der Bedarfsplanung Filialpraxen/ Zweigpraxen einrichten, in denen sie in annähernd hälftigem Umfang tätig werden. Vertragsärztinnen/ Vertragsärzte können an maximal zwei Orten (Nebenbetriebsstätten) außerhalb eines Praxisstitzes tätig werden und dort auch Ärztinnen und Ärzte anstellen.

Praxis-netzen⁵ gefördert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, Filialpraxen/ Zweigpraxen und Praxisnetze finanziell zu unterstützen. Das **GKV-VSG** (§ 87b Abs. 2 SGB V) sieht vor, dass Kassenärztliche Vereinigungen zukünftig Praxisnetze fördern müssen, soweit es sich um ein von der Kassen-ärztlichen Vereinigung anerkanntes Praxisnetz handelt und zu einer Verbesserung der ambulanten Versorgung beiträgt. Die Förderung kann aus Mitteln des Strukturfonds (siehe Punkt 1.4) erfolgen.

Auswirkungen für München:

Laut KVB gibt es in München derzeit ein von der KVB auf Basis-Stufe anerkanntes Praxisnetz. Hierbei handelt es sich um das Praxisnetz „Münchner Ärzte - Praxisnetz West und Umgebung e.V.“, welches bereits seit 01.05.2015 von der KVB anerkannt ist. Seit 01.01.2016 werden anerkannte Praxisnetze von der KVB finanziell gefördert. Die Förderung erfolgt in Form einer gesonderten Vergütungsregelung im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs.

Die Fördermaßnahme „Zuschuss zur Errichtung einer Zweigpraxis“ von der KVB kann in München hingegen nicht in Anspruch genommen werden. Diese Förderung bezieht sich ausschließlich auf unterversorgte oder drohend unterversorgte Planungs-bereiche.

1.4 Einrichtung eines Strukturfonds

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 105 Abs. 1a SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, zur Finanzierung von Förder-maßnahmen und zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für unterversorgte Regionen einen Strukturfonds einzurichten.

Im **GKV-VSG** (§ 105 Abs. 1a SGB V) soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig ermöglicht werden, nicht nur bei Unterversorgung einen Strukturfonds zu bilden. Die Mittel des Strukturfonds können z.B. für Zuschüsse zu den Investitions-kosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien für Medizin-studierende verwendet werden.

Auswirkungen für München:

Die KVB hat zum 01.01.2014 einen Strukturfonds für Bayern gebildet, in den sie 0,1 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung⁶ einzahlt (rund 3,5 Mio. Euro pro Jahr). Die gleiche Summe bringen die Krankenkassen zusätzlich in den Strukturfonds mit ein. Da der Planungsbereich München insgesamt nicht als unterversorgt gilt, kam der Strukturfonds bisher nicht zum Zuge.

Die Möglichkeit, Investitionskosten für Neuniederlassungen aus dem Strukturfonds zu beantragen, muss für Neuniederlassungen in den ungleichmäßig versorgten Stadtrandgebieten in München gemeinsam mit der KVB geprüft werden.

⁵ Ärzte- oder Praxisnetze sind regionale oder lokale Verbände von Arztpraxen zur geregelten Zusammenarbeit.

⁶ Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bildet den Kern der Gesamtvergütung, die die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stellen und an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen. Deren Höhe richtet sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse. Aus ihr werden die meisten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bezahlt.

1.5 Ausbau der Telemedizin

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 87 Abs. 2a und b SGB V soll die Telemedizin vor allem in ländlichen Regionen ausgebaut und durch eine bessere Vergütung gefördert werden.

Am 01.01.2016 ist das „**Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)**“ in Kraft getreten. Die Bundesregierung will damit den bislang stockenden Ausbau der Telemedizin und die dafür erforderliche technische Infrastruktur, die sog. Telematik, vorantreiben. Das Gesetz enthält ein Zeitfenster für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur, welche Mitte 2016 beginnt. Der elektronische Austausch unter Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, die IT-Systeme in Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen über eine gemeinsame Telematikinfrastruktur vernetzt und die zügige Einführung nutzbringender Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte gewährleistet werden.

Auswirkungen für München:

Der elektronische Austausch unter Ärztinnen und Ärzten sowie die Telemedizin könnte deutliche Verbesserungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten bewirken.

Für langzeitbeatmete Menschen außerhalb der Klinik könnte die Integration der Telemedizin in die Versorgung vor Ort, z.B. in Form von Videovisiten, wesentliche Vorteile in der ärztlichen Versorgung bringen. Dieser Ansatz wurde intensiv im Fachgespräch „Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in der außerklinischen Beatmung“ am 20.01.2016 im RGU diskutiert und als mögliche Option gesehen, welche die Arbeitsgruppe weiter verfolgt.

1.6 Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Das **GKV-VStG** sieht mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erstmalig ein neues sektorenübergreifendes Versorgungsangebot, d.h. eine Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung für Patientinnen und Patienten vor, die an einer bestimmten schweren oder seltenen Erkrankung leiden (§ 116b SGB V). Interdisziplinäre Teams von Expertinnen und Experten aus dem Praxis- und Klinikbereich sollen gemeinsam strukturiert und aufeinander abgestimmt die ambulante hochspezialisierte Versorgung übernehmen. Die Erstfassung der ASV- Richtlinie ist im Juli 2013 in Kraft getreten, die alle wichtigen Grundlagen der neuen Versorgungsform regelt.

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** geänderten § 116b Abs. 1 und 8 SGB V wird die ASV auf eine größere Patientengruppe ausgeweitet. Die ASV ist nun möglich für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. onkologische und rheumatologische Erkrankungen), seltene Erkrankungen und

Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose⁷) sowie für hochspezialisierte Leistungen (z.B. Brachytherapie⁸). Zudem wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Auswirkungen seiner Richtlinien-beschlüsse alle zwei Jahre zu überprüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber zu berichten.

Auswirkungen für München:

Die ASV ist eine wichtige Möglichkeit, um die sektorale Abgrenzung des ambulanten und des stationären Versorgungssettings zu überwinden. Dadurch wird es zu einer besseren und abgestimmten Versorgung von o.g. Patientinnen- und Patienten-gruppen führen. Bisher nehmen jedoch nach Kenntnisstand des RGU noch keine Münchner Ärztinnen und Ärzte oder Kliniken an der ASV teil. Aus dem Raum München waren zum Zeitpunkt Ende April 2016 keine Anträge bei der Geschäftsstelle des Erweiterten Landesausschusses zu verzeichnen. Die Antragstellung hierfür ist sehr aufwändig und die Teams unterliegen besonderen Qualitätsanforderungen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass Praxis- und Klinikärztinnen und -ärzte, die o.g. Patientinnen und Patienten versorgen, ihre Teilnahmeanzeige für die ASV vorbereiten.

1.7 Stärkung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 87 Abs. 2i SGB V wurde die vertragszahnärztliche Vergütung weiterentwickelt. Für die Zahnbehandlung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz, die keine Zahnarztpraxis aufsuchen können, wurde die aufsuchende therapeutische Behandlung gestärkt. Diese Neuregelung sieht eine zusätzliche Vergütung für die erforderliche aufsuchende therapeutische zahnärztliche Behandlung vor und ist zum Sommer 2013 in Kraft getreten.

Durch das **GKV-VSG** (§ 22a SGB V) haben die o.g. Personengruppen Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen. Diese sollen im Rahmen eines Hausbesuchs durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht werden.

Auswirkungen für München:

Trotz der geschaffenen gesetzlichen Grundlagen finden keine nennenswerten Hausbesuche durch Zahnärztinnen und Zahnärzte statt. Die Versorgungssituation wurde umfassend in der Sitzungsvorlage „Zahnmedizin für ambulant betreute Pflegebedürftige in der Landeshauptstadt München“ (Sitzungsvorlagen-Nr. 14-20/V 04103) vom 21.10.2015 dargestellt.

Das im Rahmen des Gesundheitsbeirates erarbeitete Konzept für die aufsuchende zahnärztliche Versorgung für die o.g. Personengruppen wurde am 15.10.2015 im Stadtrat beschlossen und ist im März 2016 in den Stadtteilen Ramersdorf/ Perlach,

⁷ Mukoviszidose ist eine der häufigsten angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Ein Gendefekt führt zur Bildung zähen Schleims, der verschiedene Organe (z.B. Lunge, Bauchspeicheldrüse, Darm) beeinträchtigen kann.

⁸ Unter Brachytherapie versteht man eine Strahlentherapie von innen. Der Vorteil gegenüber der externen Bestrahlung ist, dass die Strahlenquellen direkt am Ort der Krebsgeschwulst platziert werden und dadurch eine unnötigen Schädigung des gesunden umgebenden Gewebes reduziert wird.

Obergiesing und Untergiesing/ Harlaching gestartet.

1.8 Delegation ärztlicher Aufgaben

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 82 Abs. 1 SGB V sollen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte bestimmte ärztliche Aufgaben leichter an nichtärztliche Fachkräfte delegiert werden können. Eine Liste für delegationsfähige Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist seit Oktober 2013 in Kraft. Im **GKV-VSG** § 82 Abs. 2b SGB V ist es Ziel, die Einsatzmöglichkeiten von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (wie z.B. VERAH - Versorgungsassistentin/ Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis) flächen-deckend zu fördern. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, flächendeckend eine versorgungsgerechte Vergütung von delegationsfähigen Leistungen zu treffen.

Auswirkungen für München:

Das RGU hat Kenntnis davon, dass immer weniger Hausärztinnen und Hausärzte aus unterschiedlichen Gründen bereit sind, Hausbesuche neben ihrer Praxistätigkeit durchzuführen. Damit wird das Thema Delegation ärztlicher Aufgaben ein wichtiges Thema, denn Praxisassistentinnen und Praxisassistenten können die Hausärztinnen/ Hausärzte und Fachärztinnen/ Fachärzte im Bereich der Hausbesuche entlasten. Dabei geht es insbesondere um die Übernahme therapeutischer Maßnahmen sowie um die Überwachung der ärztlich angeordneten Therapie.

Das RGU wird im Gesundheitsbeirat und in den Fachabteilungen das Thema weiter verfolgen.

1.9 Verbesserung des Entlassungsmanagements

Nach dem aufgrund des **GKV-VStG** neu gefassten § 39 Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser gesetzlich zum Entlassungsmanagement verpflichtet. Ist eine fachärztliche Anschlussbehandlung nach Entlassung der Patientinnen bzw. Patienten erforderlich, müssen die Krankenhäuser in Zukunft für einen zeitnahen Behandlungs-termin bei einer niedergelassenen Fachärztin bzw. einem niedergelassenen Facharzt sorgen.

Nach dem **GKV-VSG** (§ 39 Abs. 1 SGB V) werden die Befugnisse der Kranken-häuser erweitert, indem z.B. die Verschreibung in begrenztem Umfang von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege sowie die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bis zu sieben Tagen erlaubt sein werden. Gleichzeitig werden die Krankenkassen zu mehr Unterstützung während der Entlassung verpflichtet.

Auswirkungen für München:

Die Verbesserung des Entlassungsmanagements aus den Krankenhäusern ist dem RGU ein wichtiges Anliegen, welches regelmäßig im Gesundheitsbeirat thematisiert wird. Das RGU erwartet sich von den Neuregelungen wesentliche Verbesserungen im Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungssettings sowie konkrete Erleichterungen für die Patientinnen und Patienten. Zum Zeitpunkt Ende März 2016

konnten die Krankenhäuser jedoch noch keine Rezepte und Arbeitsunfähigkeits-bescheinigungen ausstellen, da die Ausführungsbestimmungen noch nicht vorlagen.

Das RGU wird im Gesundheitsbeirat und in den Fachabteilungen das Thema weiter verfolgen.

1.10 Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen

Sowohl im **GKV-VStG** als auch im **GKV-VSG** ist eine Entbürokratisierung in verschiedenen Bereichen vorgesehen. Es soll beispielsweise das Abrechnungs-verfahren von Hilfsmitteln (§ 127 SGB V) und Krankenfahrten (§ 133 SGB V) erleichtert werden. Hierzu soll eine Rahmenempfehlung entwickelt werden.

Auswirkungen für München:

Die Entbürokratisierung könnte in verschiedenen Bereichen Vorteile für die LH München mit sich bringen. Laut AOK Bayern ist die Entwicklung der o.g. Rahmen-empfehlung aufgrund der Komplexität und eingeschätzten Umstellungs- und Verwaltungsaufwände bei den Leistungserbringern bisher noch nicht zu Stande gekommen.

Änderungen ausschließlich aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz⁹

1.11 Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 75 Abs. 1a SGB V werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Diese sollen zur Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine dienen und den Versicherten bei medizinischer Dringlichkeit innerhalb von vier Wochen einen Behandlungstermin bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt vermitteln. Sollte dies nicht möglich sein, haben die Versicherten Anspruch auf einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus. Diese Regelung soll ab 01.01.2017 auch für psychotherapeutische Sprechstunden gelten.

Auswirkungen für München:

Seit 23.01.2016 hat die KVB eine Terminservicestelle für Bayern eingerichtet. Das RGU schätzt den Zugang zur Terminservicestelle durch die Hilfesuchenden als relativ hochschwellig ein. Inwieweit die Münchner Einwohnerinnen und Einwohner die Terminservicestelle annehmen, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Das RGU wird im Gesundheitsbeirat und in den Fachabteilungen das Thema weiter verfolgen.

1.12 Recht auf Zweitmeinung

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 27b SGB V bekommen Versicherte einen Rechtsanspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen, damit nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die tatsächlich medizinisch erforderlich sind. So werden die

Eingriffe sowie die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte, die eine Zweitmeinung verfassen dürfen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Auswirkungen für München:

Zum Zeitpunkt der Erstellung lagen die Regelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht vor, so dass dieses Instrument nicht beurteilt werden kann. Grundsätzlich begrüßt das RGU die damit verbundene Stärkung der Patientenrechte und die steigende informierte Entscheidung seitens der Patientinnen und Patienten.

Das RGU wird im Gesundheitsbeirat und in den Fachabteilungen das Thema weiter verfolgen. Darüber hinaus werden die vom RGU bezuschussten Beratungsstellen zukünftig aufgefordert, ihre Erkenntnisse zum Thema Zweitmeinung dem RGU zur Verfügung zu stellen.

1.13 Entlastung der Hebammen

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 134 Abs. 5 SGB V soll künftig der Regressanspruch der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen eingeschränkt werden. Sie können einen Ersatzanspruch aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe nur geltend machen, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Auswirkungen für München:

Diese Regelung könnte die freiberuflich tätigen Hebammen in München entlasten und dazu beitragen, dass sich die Versicherungsprämien langfristig stabilisieren. Dies allein wird jedoch den in München festgestellten Hebammenmangel nicht beheben. Weitere mögliche Maßnahmen zur Verbesserung in der Geburtshilfe wird das RGU dem Stadtrat in einer Sitzungsvorlage voraussichtlich im Juli 2016 gesondert darstellen.

1.14 Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 73 Abs. 2 SGB V ist der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 30.06.2016 die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten und zu präzisieren. Fördernde Elemente wie z.B. früh-zeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe sollen ergänzt werden. Zudem werden die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen (z.B. psycho-therapeutische Rehabilitation, Krankentransporte, Krankenhausbehandlung und Soziotherapie) erweitert.

Auswirkungen für München:

Die Überarbeitung der Richtlinie kann dazu beitragen, dass Menschen in psychischen Krisen über ambulante psychotherapeutische Sprechstunden eine schnellere Klärung ihres Behandlungsbedarfes und eine passgenaue Vermittlung in Psychotherapie oder alternative bzw. ergänzende Unterstützung erhalten. Stabilisierende psychotherapeutische Angebote werden gestärkt und so Chronifizierungen entgegen

gewirkt. Die Kooperation der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit den anderen Versorgungssektoren kann intensiviert werden. Problematisch bleibt die Überlastung der psychotherapeutischen Behandlungsplätze, so dass auch in München Wartezeiten auf eine längerfristige Behandlung bestehen bleiben. Realistisch für München dürfte sein, dass Psychotherapeutinnen und Psycho-therapeuten wohl ganze Arztsitze belegen, aber tatsächlich nicht in Vollzeit tätig sind.

1.15 Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 75 Abs. 1b SGB V sollen zur Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes die Kassenärztlichen Vereinigungen mit zugelassenen Krankenhäusern und den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Sie sollen zugleich mit den Landesapothekerkammern in einen Informations-austausch treten, um die Versorgung der Versicherten, die im Notdienst Arzneimittel verordnet bekommen, zu verbessern.

Auswirkungen für München:

Zur Verbesserung der Notfallversorgung hat der Runde Tisch Notfallversorgung, an dem erstmals alle Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, gemeinsam mit der KVB eine Situationsanalyse durchgeführt. Dem Stadtrat wurde hierzu in der gemeinsamen Sitzung des Gesundheits- und Finanzausschusses am 15.12.2015 gesondert berichtet. Als Ergebnis zeigte sich, dass der Zugang zur ambulanten Notfallversorgung für die Patientinnen und Patienten, für deren Organisation die KVB zuständig ist, dringend verbessert werden muss, um eine Entlastung der Notfall-ambulanzen der Krankenhäuser bzgl. der Patientinnen und Patienten sowie des nicht ausreichenden Finanzertrages für die Versorgung der genannten Personengruppe zu erreichen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass das RGU die ambulante Notfallversorgung in den Kliniken der Städtischen Klinikum München GmbH (StKM) jährlich mit ca. 4,1 Mio € betraut. Eine Senkung dieses Betrages im Zuge der Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung durch die KVB und die Entlastung der Nothilfen der StKM ist durchaus im Sinne des RGU. Das RGU wird im Gesundheitsbeirat und in den Fachabteilungen dieses Thema weiter verfolgen und den am 03.03.2016 gestellten Stadtratsantrag der CSU „Neue Schwerpunktsetzung im Gesundheitsbeirat“ zur Schaffung eines Arbeitskreises Notfallversorgung im Gesundheitsbeirat beantworten.

1.16 Einrichtung von Medizinischen Behandlungszentren

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 43b SGB V haben Erwachsene mit geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen Anspruch auf nichtärztliche Leistungen (z.B. therapeutische, psychologische und psychosoziale Leistungen), die unter ärztlicher Verantwortung durch ein Medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V erbracht werden und notwendig sind, um frühzeitig Krankheiten zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Für

diese Personengruppe können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden, die u.a. auch die erforderliche Koordination von Leistungen übernehmen.

Auswirkungen für München:

Das RGU sieht mit der Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren grundsätzlich die Chance, die settingübergreifende und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen bzw. schweren Mehrfachbehinderungen zu verbessern.

Konkret wurde während des Fachgesprächs zur „Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in der außerklinischen Beatmung“ am 20.01.2016 diese mögliche Option zur Verbesserung der Versorgungslage von ambulant versorgten langzeitbeatmeten Menschen in München diskutiert. Der Arbeitskreis des RGU unter Beteiligung der ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen sowie der KVB, des MDK und der AOK Bayern wird diese Option prüfen.

1.17 Einrichtung eines Innovationsfonds

Nach dem aufgrund des **GKV-VSG** neu gefassten § 92a SGB V hat die Bundesregierung die Einrichtung eines Innovationsfonds beschlossen. Im Unterschied zum Strukturfonds, der zur Förderung von Sicherstellungsmaßnahmen eingerichtet wurde, werden mit dem Innovationsfonds neue Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung gefördert. Die Fördersumme des Bundesministeriums für Gesundheit umfasst in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vier Förderschwerpunkte benannt: Arzneimitteltherapiesicherheit, Psychotherapie, Versorgung im ländlichen Raum und Heimversorgung.¹⁰ Speziell für die Versorgungsforschung wurde u.a. der Schwerpunkt Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit definiert.¹¹ Der Kreis der Antragsteller für den Innovationsfonds ist nicht begrenzt.

Auswirkungen für München:

Der Innovationsfonds weckt große Erwartungen bei unterschiedlichsten Versorgern aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie den Kommunen. Nach Veröffentlichung der Förderkriterien¹² zeichnet sich aber ab, dass die aus dem Innovationsfonds geförderten Projekte sehr umfassend sein müssen. Vor allem das Kriterium der Übertragbarkeit auf andere Regionen schränkt eine Förderung Münchner Projekte ebenso ein wie die für 2016 festgelegten Förderschwerpunkte. Derzeit sind dem RGU keine Projekte und Ansätze bekannt, die einen Antrag auf Förderung aus dem Innovationsfonds stellen wollen.

10 Ärzte Zeitung: Innovationsfonds. Ärztenetze sehr wenig Chancen.
http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/netze_kooperation/default.aspx?sid=906320&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20160302-_-Netze+und+Kooperation (Stand: 02.03.2016)

11 Ärzte Zeitung: Innovationsfonds. GBA definiert Kriterien für Förderung.
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/default.aspx?sid=906197&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20160301-_-Berufspolitik (Stand : 01.03.2016)

12 Förderkriterien für den Innovationsfonds sind: Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz; Behebung von Versorgungsdefiziten; interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle; Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen; Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen; Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen; Evaluierbarkeit (§ 92a SGB V)

2. Vertragsärztliche Bedarfsplanung und deren Auswirkungen auf München

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung wurde 1993 eingeführt, um die Niederlassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten besser zu steuern und einen gleichmäßigen Zugang der Bevölkerung zur ambulanten ärztlichen Versorgung sicherzustellen. Mit dem **GKV-Versorgungsstrukturgesetz** hat der Gesetzgeber die Instrumente der Bedarfsplanung stärker flexibilisiert und regionalisiert, um auch in Zukunft eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen zu können. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf dieser Grundlage zum 01.01.2013 die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) neu gefasst. Wesentliche Punkte der Neufassung sind die Flexibilisierung der Bedarfsplanung durch Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (§ 2 BPL-RL), die Definition der Versorgungsebenen (§ 5 BPL-RL), die Festschreibung des Demografiefaktors (§ 9 BPL-RL) sowie die Einbeziehung der Arztgruppen, die bisher nicht der Bedarfsplanung unterlagen (§ 14 BPL-RL, Gesonderte fachärztliche Versorgung).

Die KVB hat im Einvernehmen mit den Krankenkassen den neuen Bedarfsplan für Bayern für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zum 01.07.2013 umgesetzt. Am 20.11.2013 stellte die KVB den neuen Bedarfsplan im Arbeitskreis Versorgung des Gesundheitsbeirates der LH München vor.¹³

Die **vertragsärztliche Bedarfsplanung** bildet den Stand der ambulanten vertrags-ärztlichen Versorgung ab. Sie gibt vor, wie viele Ärztinnen und Ärzte in einem Planungsbereich vorhanden sein müssen, um eine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung der dort lebenden Bevölkerung sicherzustellen. Sie zeigt auf, wo sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten niederlassen können und wo keine Niederlassungen mehr möglich sind. Zudem gibt sie Hinweise auf mögliche Versorgungsengpässe und ist damit eine Entscheidungsgrundlage für Fördermöglichkeiten.

Der räumliche Umgriff, für den die Anzahl der Vertragsarztsitze festgelegt ist, wird als Planungsbereich bezeichnet. Diese sind je nach Versorgungsbereich bzw. Spezialisierungsgrad einer Facharztgruppe unterschiedlich gestaltet. Grundsätzlich gilt, je höher der Spezialisierungsgrad, desto größer der Planungsraum. Entsprechend erfolgt die vertragsärztliche Bedarfsplanung für die Hausärztinnen und Hausärzte eher kleinräumig und für die spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte großräumig.

Als **neue Grundstruktur der Bedarfsplanung** definiert die Bedarfsplanungs-Richtlinie vier Versorgungsebenen. Zudem wurden die Planungsbereiche, in denen sich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte niederlassen dürfen, teilweise neu festgelegt.

¹³ KVB: Neuordnung der Bedarfsplanung- Hintergründe und Eckdaten. AK Versorgung (Stand: 20.11.2013)

Die Versorgungsebenen und Planungsbereiche stellen sich wie folgt dar:

- **Hausärztliche Versorgung:** Erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemein-medizin, Praktische Medizin und Hausärztliche internistische Medizin. Der Planungsbereich ist der sog. Mittelbereich (§ 11 BPL-RL). Der Mittelbereich München umfasst das Stadtgebiet München, den Landkreis München sowie einige Gemeinden umliegender Landkreise (Karlsfeld, Vaterstetten, Pliening, Poing, Zorneding, Eichenau, Germering, Gröbenzell, Olching, Puchheim, Gauting, Gilching, Krailling, Weßling, Wörthsee).
- **Allgemeine fachärztliche Versorgung:** Erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Orthopädie und Urologie. Die Planung erfolgt auf der Kreisebene (§ 12 BPL-RL). Die Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für München erfolgt getrennt für das Stadtgebiet München und den Landkreis München.
- **Spezialisierte fachärztliche Versorgung:** Erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, Anästhesie, Radiologie und Kinder- und Jugend-psychiatrie. Der Planungsbereich ist die Raumordnungsregion (§ 13 BPL-RL). Die Planungsregion München (Region 14) umfasst neben der Landeshauptstadt München die Landkreise Dachau, Ebersberg, Erding, Freising, Fürstenfeldbruck, Landsberg am Lech, München und Starnberg.
- **Gesonderte fachärztliche Versorgung:** Erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Neurochirurgie, Humangenetik, Laboratoriumsmedizin, Pathologie und Transfusionsmedizin. Die Planungsebene ist die KV-Region (§ 14 BPL-RL) bzw. der gesamte Freistaat Bayern.

Auswirkungen für München:

Während für die **hausärztliche Versorgung** nach der alten Bedarfsplanung das Stadtgebiet und der Landkreis München zwei eigen-ständige Planungsbereiche waren, wurde nach dem neuen Bedarfsplan die Stadt München, der Landkreis München sowie einige Gemeinden umliegender Landkreise zu einem Planungsbereich zusammengefasst. Der Planungsbereich ist dadurch wesentlich größer geworden und umfasst mit den umliegenden Gemeinden insgesamt 2.006.185 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand: Dez. 2014).

Der Planungsbereich für die **kinder- und jugendärztliche Versorgung** ist gleich geblieben. Die Planung erfolgt hier nach wie vor getrennt für das Stadtgebiet

München und den Landkreis München.

Wie viele Vertragsarztsitze für die ambulante ärztliche Versorgung benötigt werden, wird mit Hilfe der **Verhältniszahl** ausgedrückt. Für die einzelnen Arztgruppen gelten unterschiedliche Verhältniszahlen. Bei Hausärztinnen und Hausärzten gilt eine Ärztin bzw. ein Arzt pro 1.671 Einwohnerinnen und Einwohner einheitlich als angemessen; für die Arztgruppe der Kinderärztinnen und Kinderärzte in München eine Ärztin bzw. ein Arzt für 2.405 Kinder und Jugendliche (Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 0-17 Jahren).

Um die Altersstruktur der Bevölkerung in den einzelnen Planungsbereichen abzubilden, werden die Verhältniszahlen durch einen sogenannten Demographie-faktor angepasst (§ 9 BPL-RL). Liegt in einem Planungsbereich die Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle über dem Bundesdurchschnitt und gibt es dort einen besonders großen Anteil an älteren Patientinnen und Patienten, so erhält der Planungsbereich zusätzliche Arztsitze. Für die Arztgruppen der Kinderärztinnen und Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie für die gesonderte fachärztliche Versorgung kommt der Demographiefaktor hingegen nicht zur Anwendung.

Auswirkungen für München:

Aufgrund der vergleichsweise jungen Münchner Bevölkerung wird laut Aussage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die hausärztliche Versorgung im Mittelbereich München eine um den Demographiefaktor angepasste Verhältniszahl von 1:1.707 angewendet (Stand: 02.02.2016). D.h. der Demographiefaktor wirkt sich in München nicht zum Vorteil aus.

Um den **Versorgungsgrad** bzw. den aktuellen Stand der ambulanten ärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich zu berechnen, wird die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte einer Arztgruppe im Planungsbereich ins Verhältnis gesetzt mit der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner im Planungsbereich. Der Versorgungsgrad liegt bei 100 %, wenn genau so viele Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind, wie von der Verhältniszahl vorgesehen.

Sind mehr Ärztinnen und Ärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich vorhanden, so gilt dieser ab einem Versorgungsgrad von 110 % als überversorgt (§ 24 BPL-RL). Der Planungsbereich ist dann für Neuzulassungen gesperrt. Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich bei den Hausärztinnen und Hausärzten unter 75 %, so ist eine Unterversorgung anzunehmen. Bei den Fachärztinnen und Fachärzten gilt ein Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad unter 50 % als unterversorgt (§ 29 BPL-RL).

Auswirkungen für München:

Am Versorgungsgrad hat sich wenig geändert. München gilt sowohl nach der alten als auch nach der neuen Bedarfsplanung in der haus- und fachärztlichen Versorgung weiterhin als überversorgt. Der Versorgungsgrad bei den Hausärztinnen und

Hausärzten liegt bei 118,2 % und bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten bei 133,9 % (Stand: 02.02.2016).

Aufgrund der festgestellten Überversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung und den angeordneten **Zulassungsbeschränkungen** können in München zurzeit keine weiteren Zulassungen erteilt werden. Niederlassungen sind nur noch im Rahmen von Praxisnachbesetzungen möglich (gesperrter Planungs-bereich). Zusätzliche Niederlassungen sind allenfalls denkbar, wenn eine Sonderbedarfszulassung geltend gemacht werden kann.

Eine **Sonderbedarfszulassung** kann durch den Zulassungsausschuss erteilt werden, wenn trotz bestehender Überversorgung bzw. Zulassungsbeschränkung in einem Planungsbereich die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet kann. Der Sonderbedarf kann entweder lokal begründet sein oder sich qualifikationsbezogen auf bestimmte Leistungen beziehen (§ 36 und 37 BPL-RL). Ein **lokaler Sonderbedarf** setzt voraus, dass aufgrund von Besonderheiten (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte) ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur ambulanten ärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und infolge dessen Versorgungsdefizite vorliegen. Die Prüfung und Feststellung des Sonderbedarfs ist dabei von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Eine heterogene Verteilung von Ärztinnen und Ärzten innerhalb eines Planungsbereiches allein ist noch kein ausreichender Anhaltspunkt für die Feststellung eines Sonderbedarfs.

Ein **qualifikationsbezogener Sonderbedarf** setzt voraus, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in einem Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Die Deckung des Sonderbedarfs kann durch eine ausnahmsweise Zulassung einer/ eines zusätzlichen Vertragsärztin/ Vertragsarztes in einem Planungsbereich oder durch eine Anstellung einer/ eines weiteren Ärztin/ Arztes in einer Vertragsarztpraxis erfolgen.

Auswirkungen für München:

Die Voraussetzungen für eine Sonderbedarfszulassung waren im Planungsbereich München bisher nicht erfüllt. Die KVB geht aufgrund des in München vorhandenen öffentlichen Nahverkehrs davon aus, dass eine zumutbare Erreichbarkeit von Hausarztpraxen sowie von Praxen von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten gegeben ist.

Ferner ist in nicht unterversorgten Planungsbereichen grundsätzlich die Feststellung eines **zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern möglich (§ 35 BPL-RL). Ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf kann z.B. in einer besonderen Bevölkerungs- und Morbiditäts-struktur (ein überdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen, Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, auffällige Prävalenz- oder

Inzidenzraten¹⁴ und Pflegebedarf) oder auch durch räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten begründet sein. Die Förderung bezieht sich nicht auf die Genehmigung zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten, sondern auf die Tätigkeit bereits praktizierender Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Der Antrag auf Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs kann von einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse veranlasst werden.¹⁵

Auswirkungen für München:

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Förderung waren im Planungsbereich München bisher nicht erfüllt. Die Hoffnungen des RGU, zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten wie z.B. für die Münchner Stadtrandgebiete durch den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu schaffen, lassen sich leider derzeit durch den § 35 BPL-RL nicht realisieren.

Demnach hat der Planungsbereich München von den möglichen Flexibilisierungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom Jahr 2013 nicht profitiert. Auch hat die neue Bedarfsplanung für Bayern die Hoffnung der LH München auf eine kleinräumigere Planung für die Stadt München nicht erfüllt. Obwohl München in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt, zeichnet sich weiterhin eine **lokale Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte** in einzelnen Stadtbezirken ab (siehe Anlage 7 und 8). Besonders bei den Hausarztpraxen ist eine Ballung in der Innenstadt bzw. in den vermeintlich besseren Gegenden und eine Ausdünnung in den Stadtrandgebieten bzw. in sozial schwachen Stadtteilen zu beobachten. Mitberücksichtigt werden muss bei der Betrachtung von Hausarztpraxen, dass diese von Berufspendlerinnen und Berufspendlern entlang der S- und U-Bahn-Verbindungen mitgenutzt werden.

Auch bei der kinder- und jugendärztlichen Versorgung ist v.a. in den Stadtrandgebieten eine geringere Praxisdichte zu erkennen. Insbesondere für sozial benachteiligte Personengruppen kann es hierdurch trotz des gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehrs durch finanzielle und soziokulturelle Barrieren zu einem erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung kommen.

Mitverantwortlich für die lokale Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist u.a. die Möglichkeit zur **Praxissitzverlegung**. Praxissitzverlegungen sind zwar genehmigungspflichtig und der örtlich zuständige Zulassungsausschuss¹⁶

14 Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Inzidenz bezeichnet die Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle innerhalb einer definierten Population in einem bestimmten Zeitraum.

15 Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-984/BPL-RL_2014-12-18_iK-2015-03-07.pdf (Stand: 18.12.2014)

16 Der Zulassungsausschuss ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenkassen. Es handelt sich hierbei um selbständige und nicht weisungsgebundene Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, die ihre Entscheidungen im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens treffen.

muss prüfen, ob Gründe der vertragsärztlichen Versorgung gegen eine Praxis-sitzverlegung sprechen. Allerdings steht den Zulassungsausschüssen bei der Prüfung entgegenstehender Versorgungsgesichtspunkte ein sog. Beurteilungsspielraum zu. Kriterien für die Prüfung entgegenstehender Versorgungsgesichtspunkte sind u.a.:

- Arztgruppe der verlegenden Praxis
- Anzahl der Patientinnen und Patienten der verlegenden Praxis
- Aufnahmekapazitäten anderer umliegender Praxen
- Verkehrsanbindungen (insbesondere öffentliche Verkehrsmittel)
- Versorgungssituation am Ort des aktuellen Praxissitzes
- Versorgungsverbesserung am zukünftigen Vertragsarztsitz.

Der Zulassungsausschuss hätte die Möglichkeit, Praxissitzverlegungen aus versorgungsrelevanten Gründen zu verweigern. In der Stellungnahme vom 26.10.2015 vertritt die KVB aber die Auffassung, dass „eine Praxissitzverlegungen innerhalb des Planungsbereiches München i.d.R. wegen der guten öffentlichen Verkehrsverbindungen nicht problematisch ist. In München ist im Vergleich zu anderen Planungsbereichen auch bei Wegfall oder Verlegung einer Praxis ein anderes ärztliches Angebot im Vergleich relativ schnell erreichbar.“

Das Referat für Gesundheit und Umwelt sieht jedoch ein Problem darin, wenn Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Arztsitz oder einen freierwerbenden Arztsitz im Rahmen einer Nachbesetzung von sozial schwachen Stadtteilen in attraktivere Stadtteile Münchens verlegen. Das RGU empfiehlt in diesem Zusammenhang, dass Praxissitzverlegungen nur noch von besser in schlechter versorgte Regionen zugelassen werden.

Mit dem aufgrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes neu gefassten § 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V könnten sich neue Chancen auf eine bedarfsgerechtere Versorgung ergeben. **Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, zum 01.01.2017 die Bedarfsplanungs-Richtlinie neu anzupassen**, insbesondere auch für die psychotherapeutische Versorgung. Bei der Festlegung der Verhältniszahlen ist künftig die Sozial- und Morbiditätsstruktur (z.B. Einkommensstruktur, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit) und gleichzeitig auch die Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung zu berücksichtigen. Dies könnte möglicherweise zu einer genaueren Feststellung des regionalen Versorgungsbedarfs und zu einer Veränderungen der Bedarfsplanung in München führen.

3. Handlungsoptionen der Landeshauptstadt München für die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in den Stadtrandgebieten Münchens

Hinsichtlich der ärztlichen Bedarfsplanung hat die LH München kein Mitsprache-recht. Die Bedarfsplanung im Bereich der gesetzlichen ambulanten medizinischen Versorgung obliegt den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen als

Selbstverwaltungsorgan der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Entscheidungen über Zulassungen trifft der für den jeweiligen Zulassungsbezirk örtlich zuständige Zulassungsausschuss. Somit entzieht sich die Planung der ambulanten medizinischen Versorgung der kommunalen Steuerung. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Niederlassungsfreiheit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte innerhalb eines Planungsbereiches (sofern es Zulassungsmöglichkeiten gibt) und der Möglichkeit der Praxissitzverlegung hat die LH München auf die Ansiedlung von Arztpraxen keinen Einfluss.

Dem RGU sind die folgenden konkreten Versorgungsprobleme bekannt, die sich auch in den nachfolgend behandelten Stadtratsanträgen widerspiegeln.

- Ungleiche Verteilung der Hausarztpraxen über das Stadtgebiet
- Schwierige Hausarztsituation im Münchner Norden
- Fehlende Kinderarztpraxis im Stadtteil Riem
- Frühzeitige Planung von Arztsitzen in neu entstehenden Stadtvierteln
- Bedarfsgerechte Versorgung von alten, alleinstehenden und hochbetagten Personen.

Die folgenden Fragen und Themen sind in den **Stadtratsanträgen sowie im BA-Antrag und in der Empfehlung der Bürgerversammlung** aufgeworfen worden und wurden im RGU geprüft:

1. Können bereits niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder bereits zugelassene Medizinische Versorgungszentren durch städtische Anreize für eine Verlegung ihres Vertragsarztsitzes in die Stadtrandgebiete gewonnen werden? (Anlage 1)

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können grundsätzlich ihren Vertragsarztsitz verlegen, sofern sich dadurch die Versorgungssituation am Ort des aktuellen Praxissitzes nicht verschlechtert. Die Praxissitzverlegung bedarf der Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses. Um auf die Möglichkeit einer Praxisverlegung aufmerksam zu machen, wurde seitens der KVB eine Beratungsstelle eingerichtet, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hierzu berät.

Da der Planungsbereich München in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt, ist hingegen eine städtische Förderung von Arzt- und Filialpraxen in den Stadtrandgebieten Münchens (z.B. durch Bereitstellung von günstigen Praxisräumen oder Investitionshilfen bei der Praxisausstattung) aus kommunalrechtlichen Gründen unzulässig. Eine städtische Förderung in einem Überversorgungsgebiet würde gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen (Artikel 61 Abs. 2 Satz 1 Bayerische Gemeindeordnung). Artikel 83 Abs. 1 Bayerische Verfassung sieht vor, dass die Kommunen nur dann für die ambulante medizinische Versorgung zuständig sind, wenn diese auf andere Weise nicht sichergestellt ist, wofür eine ärztliche Unterversorgung ein Anzeichen sein kann. Eine städtische Förderung von Arzt- und Filialpraxen würde ganz erheblich in den austarierten, im Grundsatz gerade der Zuständigkeit

der LH München entzogenen ambulanten Versorgungsmarkt eingreifen. Vor diesem Hintergrund ist es nur vertretbar, der LH München die Möglichkeit zuzugestehen, als *Ultima Ratio* in das grundsätzlich im SGB V geregelte und der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesene System (vgl. § 105 Abs. 5 SGB V) einzugreifen und Maßnahmen wie eine Förderung von Arzt- und Filialpraxen zu ergreifen. Dies bedeutet, dass erst sämtliche anderen Einwirkungsmöglichkeiten der LH München auf die relevanten Akteure im Gesundheitswesen ausgeschöpft werden müssen.

Im Falle der Förderung von Arzt- und Filialpraxen durch die LH München bestünde insgesamt ein hohes Risiko von Klagen und anderen Streitigkeiten mit der Ärzteschaft.

2. Besteht die Möglichkeit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren, unabhängig von der Bedarfsplanung durch städtische Anreize Filialpraxen in den Stadtrandgebieten einzurichten?

(Anlage 1)

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren ist es grundsätzlich möglich, unter bestimmten Voraussetzungen unabhängig von der Bedarfsplanung Filialpraxen einzurichten, in denen sie in annähernd hälftigem Umfang tätig werden. Filialpraxen erfordern eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Weiterhin sei angemerkt, dass Filialpraxen vor dem Hintergrund der begrenzten Mengenausweitung, Investitionskosten, etc. in der Regel als weniger attraktiv für die Leistungserbringer gelten. Interessant sind Filialpraxen vor allem für noch nicht ausgelastete niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Zuverdienst).

Da der Planungsbereich München in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt, ist eine städtische Förderung von Filialpraxen in den Stadt-randgebieten Münchens aus kommunalrechtlichen Gründen unzulässig. Hier gelten die selben Erwägungen wie unter 1.

3. Kann die LH München eine Förderung im Rahmen der Fördersäule „Förderung innovativer Versorgungskonzepte“ des StMGP-Förderprogrammes beantragen?

(Anlage 1)

Die LH München kann grundsätzlich diese Förderung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege beantragen, da diese auch für Kommunen greift. Hier werden innovative Projekte gefördert, die den Strukturwandel im Gesundheitssystem modellhaft bewältigen, insbesondere aus folgenden Bereichen:

- „Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte zur Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum,
- Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen

Leistungserbringern,

- Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte zur Erschließung von innovativen Beschäftigungsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte sowie zur Optimierung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf."¹⁷

Voraussetzung für die Förderung ist, dass die beantragten Projekte Komponenten enthalten müssen, die auch für den ländlichen Raum umsetzbar sind. Die LH München wird die Beantragung der Förderung innovativer Versorgungskonzepte prüfen u.a. im Rahmen des Aufbaus des Gesundheitszentrums Riems, vorbehaltlich der noch ausstehenden Entscheidung des Stadtrates über das Gesundheitszentrum Riem.

4. Ist die Einrichtung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums möglich?

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in den Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und/ oder angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, tätig werden können. Während früher nur fachübergreifende MVZ möglich waren, sind ab dem 23.07.2015 arzt-gruppengleiche MVZ zulässig, z.B. reine Hausarzt- MVZ oder spezialisierte facharztgleiche MVZ. In einem MVZ müssen mindestens zwei personen-verschiedene Ärztinnen und Ärzte jeweils im Umfang von mindestens einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag bzw. einer halben Anstellungsstelle tätig sein. Die Gründung eines kommunalen MVZ bedarf mindestens eines Vertragsarztsitzes sowie der Zulassung durch den Zulassungsausschuss. Die Kommune kann sich auf die Nachbesetzung eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes bewerben, sie wird allerdings gegenüber anderen Bewerberinnen und Bewerbern nachrangig berücksichtigt (§ 103 Abs. 4c

SGB V).

Die Gründung eines MVZ durch die LH München wäre nur möglich, wenn ein öffentlicher Zweck dies erfordert, z.B. wenn eine ärztliche Unterversorgung bestünde und der kommunale Auftrag zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung nicht mehr erfüllt würde. Da München jedoch in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt, ist ein öffentlicher Zweck kaum darzustellen. Aus diesen Gründen ist die Gründung eines MVZ durch die LH München wegen Verstoßes gegen Artikel 86 Bayerische Gemeindeordnung unzulässig. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass in einem wettbewerbsintensiven Umfeld wie in München im Falle der Gründung eines MVZ durch die LH München ein hohes Risiko von Klagen bestehen würde. Der Betrieb eines MVZ durch die LH München würde auch bedeuten, dass die LH München das volle wirtschaftliche und politische Risiko trägt.

¹⁷ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Förderprogramme des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Umwelt.
http://www.lgl.bayern.de/gesundheits/bayerische_gesundheitsagentur/bayga_foerderprogramme.htm (Richtlinie vom 02.10.2013)

5. Kinderarztpraxis in der Messestadt Riem (Anlage 6)

Das RGU hat den Bedarf bezüglich der ambulanten kinderärztlichen Versorgung in Riem wiederholt an die KVB, an den Berufsverband der Ärzte für Kinderheil-kunde und Jugendmedizin (BVKJ) und an das Kinderärztenetz „PädNetz“ heran getragen. In den Rückmeldungen wird jedoch stets auf die Überversorgung der Planungsregion München insgesamt mit Kinderarztsitzen und auf die

vorhandenen Kinderarztpraxen im Umfeld der Messestadt Riem hingewiesen. Der Gesundheitsausschuss wurde mit der Thematik in der Sitzung am 16.10.2014 befasst. Gemäß Stadtratsbeschluss hat das RGU nun ein bedarfs-gerechtes, lokal angepasstes Konzept zur Optimierung der Gesundheits-vorsorge und Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien in der Messestadt Riem entwickelt. Die Befassung des Stadtrates mit diesem Konzept und damit dem Aufbau eines lokalen Gesundheitszentrums ist für Sommer 2016 vorgesehen. Das geplante Gesundheitszentrum soll v.a. der Prävention und Gesundheitsförderung für benachteiligte Zielgruppen dienen. Deshalb muss weiterhin von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns der Aufbau einer kassenärztlichen kinderärztlichen Versorgung in und für die Messestadt als Bestandteil der medizinischen Grundversorgung eingefordert werden.

Prävention und Versorgung können sich ergänzen, keinesfalls können sie sich ersetzen. Eine Subventionierung einer Kinder- und Jugendarztpraxis durch städtische Anreize ist hingegen nicht möglich. Siehe Ausführungen unter Punkt 1.

6. Medizinische Versorgung in neuen Stadtquartieren sicherstellen (Anlage 3)

Das RGU setzt sich für eine stadtteilorientierte Planung ein, in der Aspekte sowohl der haus- und fachärztlichen Versorgung als auch der Gesundheits-förderung und Prävention einfließen. Dieses Vorhaben muss abgestimmt mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassen weiterentwickelt werden, um die oben genannten Aspekte frühzeitig in allen städtischen Planungsprozessen, z.B. in neuen Stadtquartieren zu berücksichtigen. Ziel ist, den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren mit ihren jeweiligen Zuständigkeiten sicher zu stellen, koordinierend tätig zu werden und somit die bedarfsgerechte medizinische Versorgung und Gesundheitsförderung wohnortnah zu gewährleisten. Diese Aufgabe wird im Rahmen der Gremien des Gesundheitsbeirates übernommen.

7. Möglichkeiten einer ambulanten Notfallpflege (Anlage 4)

Die LH München hat hinsichtlich der Einrichtung einer ambulanten Notfallpflege keine Handlungsoption. Laut AOK Bayern (Direktion München) existiert für die

Einrichtung einer ambulanten Notfallpflege auch im Jahr 2015 keine isolierte Antrags- bzw. Sozialleistung in der Kranken- und Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Ebenso ist keine Grundlage vorhanden, diese im Sinne einer Satzungs- oder Ermessensleistung durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einzurichten. Auch das persönliche Pflegebudget stellt kein geeignetes Instrument zur Finanzierung einer ambulanten Notfallpflege dar. Weil keine gesetzlichen Grundlagen für eine ambulante Notfallpflege vorhanden sind, scheitert aus Sicht der Sozialversicherungsträger auch eine Finanzierung. Ferner ist zu berücksichtigen, dass eine ambulante Notfallpflege zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen faktisch immer voraussetzen würde, dass gleichzeitig eine ärztliche Versorgung im Sinne von Koordination und Begleitung gewährleistet ist.

Zum jetzigen Zeitpunkt stehen für die klassische Notfallversorgung im Gesundheitswesen die Angebote des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes sowie der Notfallambulanzen in Krankenhäusern zur Verfügung. Für Versicherte mit Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach SGB V und häusliche Pflegehilfe nach SGV XI ist die pflegerische Versorgung rund um die Uhr an sieben Tagen der Woche gesichert. Die Pflegedienste sind laut Versorgungsvertrag verpflichtet, die individuelle Versorgung der Versicherten mit Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen zu gewährleisten. Bürgerinnen und Bürger, die nicht in diesen Personenkreis fallen, können Leistungen im Sinne eines Pflegenotdienstes zwar auch in Anspruch nehmen, müssen diese Leistungen allerdings privat bezahlen. Ziel sollte es sein, diese bestehende Versorgungslücke weiter zu verkleinern. Hierzu bedarf es allerdings zunächst der Initiative von Politik und Gesetzgebung.

Darüber hinaus stehen der LH München zusätzliche Handlungsoptionen zur Verfügung. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit wird die LH München im Rahmen des Gesundheitsbeirats und des Bayerischen Städtetags eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung in den Münchner Stadtteilen einfordern. Folgende Initiativen erfolgen bereits oder sind in Planung:

- Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird sich beim Bayerischen Städtetag¹⁸ wiederholt für eine kleinräumigere Bedarfsplanung in München bzw. für eine den Besonderheiten der Stadtrandgebiete berücksichtigende separate Feststellung der Unter- und Überversorgung einsetzen. Dies ist zuletzt im Mai 2013 erfolgt. Mit einer kleinräumigeren Bedarfsplanung könnte die lokale Ungleichverteilung der Ärztinnen und Ärzte innerhalb des Stadtgebietes besser abgebildet und berücksichtigt werden. Gleichzeitig soll dieses Anliegen über den Bayerischen

¹⁸ In der 2. Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bayerischen Städtetags am 19.03.2015 wurde sich bereits dafür ausgesprochen, eine deutlich kleinräumigere Planung der Hausarztstze zu erreichen. Der Bayerische Städtetag weist darauf hin, dass im Rahmen der regionalen Gesundheitskonferenzen nicht die Kommunen Aufgaben übernehmen sollen, die eigentlich in den Aufgabenbereich der ärztlichen Selbstverwaltung fallen.

Städtetag in das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V¹⁹ eingebracht werden. Das Gemeinsame Landesgremium hat das Recht zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Abs. 1 SGB V und zu Entscheidungen des Landesausschusses Stellung zu nehmen und Empfehlungen abzugeben.

- Das Referat für Gesundheit und Umwelt baut zur Zeit ein Strategisches Versorgungsmanagement auf, in der u.a. Bedarfe und langfristige Strategien zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in München erarbeitet werden sollen. In dieses Versorgungsmanagement sollen die Erkenntnisse von den verschiedenen bereits bestehenden Arbeitskreisen des Gesundheitsbeirates der LH München einfließen, an denen sowohl Ärztinnen und Ärzte, die Kassen-ärztliche Vereinigung Bayerns, Krankenkassen, Politik, weitere Leistungs-erbringer etc. teilnehmen.
- Der Gesundheitsbeirat der LH München beteiligt sich zudem am Konzept der Gesundheitsregionen^{plus} des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, in der sich Arbeitsgruppen u.a. mit der ambulanten medizinischen Versorgung beschäftigen und einen Austausch zwischen den Regionen ermöglichen.²⁰ Diese Aspekte fließen wiederum in das strategische Versorgungs-management des Referats für Gesundheit und Umwelt ein und werden mit berücksichtigt.
- Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird im Rahmen des Gesundheitsbeirats konsequent darauf hinweisen, dass keine Verlegungen der Vertragsarztsitze aus den unterversorgten Stadtbezirken erfolgen sollen. Gleichzeitig kann es die Eröffnung von Filialpraxen in unterversorgten Stadtgebieten Münchens bewerben und bei der Vermittlung verkehrsgünstiger Räume für Arztpraxen behilflich sein.
- Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird dazu weiterhin Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns führen und zusammen nach Lösungsmöglichkeiten für eine wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung in den Stadtrandgebieten und neuen Stadtquartieren Münchens suchen.

4. Zusammenfassung

Das Hauptanliegen dieser Beschlussvorlage ist es, dem Stadtrat über die neuen Gesetze und deren Auswirkungen in der ambulanten medizinischen Versorgung zu berichten. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sowie das

¹⁹ Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz § 90a SGB V wurde den Ländern die Möglichkeit eröffnet, nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen ein Gemeinsames Landesgremium zu bilden. Am 01.12.2015 hat sich unter dem Vorsitz der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml das „Gemeinsame Landesgremium“ für Bayern konstituiert. Ziel des Gremiums ist es, weiterhin eine möglichst wohnortnahe und hochwertige medizinische Versorgung in Bayern bereitzustellen. In diesem Gremium sind die wesentlichen Akteure des bayerischen Gesundheitswesens vertreten u.a. auch der Bayerische Städtetag.

²⁰ Die Gesundheitsregionen^{plus}, als ein fachlich kompetentes Netzwerk regionaler Akteure des Gesundheitswesens, bemühen sich um die Optimierung der regionalen Gesundheitsvorsorge und -versorgung in Bayern. Der Freistaat unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} durch Beratung und Fördermittel.

GKV-Versorgungs-stärkungsgesetz beinhalten vielfältige Ansätze, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz hatte insgesamt wenig positive Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung in München. Die finanziellen Förderungen beziehen sich v.a. auf unterversorgte Regionen. Die Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes bleiben im Detail jedoch abzuwarten. Einzelne Steuerungsinstrumente könnten künftig auch in München Anwendung finden. Dieses am 23.07.2015 neu in Kraft getretene Gesetz wird schrittweise umgesetzt und erste Auswirkungen werden sich erfahrungsgemäß erst ab Anfang 2017 zeigen.

Auch von der Neuausrichtung der Bedarfsplanung, die zum 01.07.2013 umgesetzt wurde, hat die LH München nicht profitiert. Im Gegenteil, der Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist dadurch wesentlich größer geworden. Das Problem der Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in einzelnen Stadtbezirken in München besteht nach wie vor. Somit zeichnen sich besonders in den Stadtrandgebieten Versorgungslücken ab, obwohl München in der haus- und fachärztlichen Versorgung als überversorgt gilt.

Die Bedarfsplanung der ambulanten medizinischen Versorgung obliegt allerdings nicht den Kommunen, sondern den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Vor diesem Hintergrund sind die direkten Einflussmöglichkeiten der Stadt München sehr stark begrenzt. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird jedoch die kommunalen Handlungsmöglichkeiten nutzen, um die gesundheitliche Versorgung insbesondere für Münchner Bürgerinnen und Bürger in Stadtrandgebieten zu verbessern. Mit der Neuanpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2017 könnten sich zugleich neue Chancen auf eine bedarfsgerechtere Versorgung in München ergeben.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die AOK Bayern (Direktion München) wurden in den Bearbeitungsprozess eingebunden. Die Handlungsoptionen der LH München wurden mit dem Kommunalbüro für ärztliche Versorgung abgeglichen.²¹

Anhörung des Bezirksausschusses

Der Bezirksausschuss 11- Milbertshofen-Am Hart hat sich in der Sitzung am 08.06.2016 mit o.g. Anhörung befasst und einstimmig dem vorgelegten Vortrag der Referentin zugestimmt. Angeregt wurde, künftig die Erhebungen nach Teilregionen wie Nord, Süd etc. zu trennen (Anlage 9).

Der Bezirksausschuss 15- Trudering-Riem hat sich in der Sitzung am 19.05.2016 mit der o.g. Anhörung befasst und gibt einstimmig folgende Stellungnahme dazu ab:

Der Bezirksausschuss verweist in diesem Zusammenhang auf den TOP 7.5.1

²¹ Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingerichtet. Das Beratungsangebot des Kommunalbüros steht für Kommunen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zur Verfügung.

„Kommunale Gesundheitsvorsorge in der Messestadt Riem“ aus der BA-Sitzung vom Februar 2016 und stimmt einstimmig dem Antrag der Referentin zu (Anlage 10).

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Der Gesundheitsausschuss nimmt den Vortrag der Referentin zur ambulanten medizinischen Versorgung in München zur Kenntnis.
2. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, sich u.a. in den Gremien des Gesundheitsbeirats für die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in den Stadtrandgebieten einzusetzen.
3. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, sich wie im Vortrag, insbesondere unter Punkt 3 ausgeführt, für die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in den Stadtrandgebieten einzusetzen.
4. Der Antrag 08-14/ A 01055 von Herrn StR Dr. Hans Theiss vom 19.05.2015 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
5. Der Antrag 08-14/ A 03035 von Frau StRin Eva Maria Caim vom 13.01.2012 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
6. Der Antrag 08-14/ A 01927 von Herrn StR Klaus Peter Rupp vom vom 28.10.2010 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
7. Der Antrag 96-02/ A 02779 von Frau ehemalige StRin Elisabeth Schosser und Frau StRin Eva Maria Caim vom 11.04.2001 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. Der BA-Antrag 08-14/ B 05858 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 11-Milbertshofen-Am Hart vom 09.04.2014 ist damit satzungsgemäß erledigt.
9. Die Empfehlung Nr. 14-20/ E 00594 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 15-Trudering-Riem vom 08.10.2015 ist damit satzungsgemäß erledigt.
10. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der Vorsitzende

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über den stenographischen Sitzungsdienst
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB

- V. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-S-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).