

Gesundheitspolitische Änderungen im stationären und ambulanten Bereich

Ergebnisse des Krankenhausstrukturgesetzes für München berichten

Antrag Nr. 14-20 / A 02919 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 24.02.2017,
eingegangen am 24.02.2017

Dramatische Zustände in Krankenhäusern – Fallpauschalen dringend nachbessern!

Antrag Nr. 14-20 / A 03012 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 30.03.2017,
eingegangen am 31.03.2017

Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung

Antrag Nr. 14-20 / A 04408 von der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 28.08.2018,
eingegangen am 28.08.2018

Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich durch geplanten Umzug der LMU-Kliniken darstellen

Antrag Nr. 08-14 / A 03305 von Frau StRin Dr. Manuela Olhausen vom 10.05.2012,
eingegangen am 10.05.2012

Ein Fall für die kommunale Patientenbeauftragte?

Antrag Nr. 14-20 / A 04230 von der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 28.06.2018,
eingegangen am 29.06.2018

Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG)

Antrag Nr. 14-20 / A 04367 von der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 02.08.2018,
eingegangen am 02.08.2018

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 14741

7 Anlagen

**Beschluss des Gesundheitsausschusses
vom 18.07.2019 (SB)**
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Mit dieser Sitzungsvorlage werden die oben genannten Stadtratsanträge zusammenfassend behandelt, die sich auf unterschiedliche Versorgungssituationen in München und veränderte Rahmenbedingungen beziehen. Die inhaltliche Behandlung erfolgt nicht chronologisch, sondern themenbezogen. Im ersten Teilabschnitt (Kapitel 1) werden Stadtratsanträge behandelt, die sich auf Gesetzesänderungen im Krankenhausbereich beziehen:

- „Ergebnisse des Krankenhausstrukturgesetzes für München berichten“¹ (Anlage 1).
- „Dramatische Zustände in Krankenhäusern – Fallpauschalen dringend nachbessern!“² (Anlage 2).

Im Weiteren (Kapitel 2, 3 und 4) wird auf konkrete Fragen aus dem Stadtrat zur Versorgungssituation in München eingegangen. Hier werden folgende Anträge behandelt:

- „Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung“³ (Anlage 3).
- „Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich durch geplanten Umzug der LMU-Kliniken darstellen“⁴ (Anlage 4).
- „Ein Fall für die kommunale Patientenbeauftragte?“⁵ (Anlage 5).

Schließlich (Kapitel 5) wird ein Aspekt der ambulanten Versorgung, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, beleuchtet. Hier wird folgender Antrag behandelt: „Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG)“⁶ (Anlage 6).

1. Gesetzesänderungen im Krankenhausbereich

1.1 Krankenhausstrukturgesetz

Gemäß Antrag „Ergebnisse des Krankenhausstrukturgesetzes für München berichten“⁴ soll dem Stadtrat in zweijährigem Abstand ein Bericht zu den Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vorgelegt werden.

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) hat zum Ziel, die Qualität der Krankenhausversorgung zu stärken und die Zahl der Pflegekräfte am Krankenbett zu erhöhen. In weiten Teilen ist das KHSG am 01.01.2016 in Kraft getreten. Die wichtigsten Neuerungen sind zusammenfassend⁷:

1 Antrag Nr. 14-20 / A 02919 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 24.02.2017

2 Antrag Nr. 14-20 / A 03012 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 30.03.2017

3 Antrag Nr. 14-20 / A 04408 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 28.08.2018

4 Antrag Nr. 08-14 / A 03305 von Frau StRin Dr. Manuela Olhausen vom 10.05.2012

5 Antrag Nr. 14-20 / A 04230 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 28.06.2018

6 Antrag Nr. 14-20 / A 04367 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 02.08.2018

7 Zusammenfassung aus: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/khsg.html, letzter Aufruf: 01.03.2019

- Zu den zentralen Elementen der Gesetzgebung zählt die **Stärkung der Qualitätsorientierung**, die zukünftig bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen ist und mit Qualitätszu- und -abschlägen auch in die Vergütung einfließt.
- Im **Finanzierungssystem** wurden die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Vereinbarung von Zuschlägen weiter entwickelt und neue Zuschläge eingeführt: Die Neuregelungen betreffen die Sicherstellungszuschläge, die stationäre Notfallversorgung, Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und befristete Zuschläge für neue Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser, die aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erwachsen.
- Für die **Kalkulation der Entgeltsysteme** im Krankenhausbereich wurde eine repräsentative Grundlage entwickelt. Um Fehlanreize zu verhindern, wurde ein Konzept zum Abbau von Übervergütungen bei sinkenden Sachkosten vereinbart. Dies kommt insbesondere der Vergütung personalintensiver Leistungen zugute. Zudem ist vorgesehen, dass die Spannbreite der Landesbasisfallwerte⁸ angenähert wird.
- Zur **Verbesserung der Mengensteuerung** erhalten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung bei ausgewählten planbaren Behandlungen.
- **Produktivitätsgewinne bei Mengensteigerungen** werden künftig zielgenau auf die Krankensebene verlagert (Fixkostendegressionsabschlag), d. h. dass mit den Krankenkassen vereinbarte und erbrachte Mehrleistungen eines Krankenhauses zu Abschlägen für dieses Krankenhaus führen und nicht mehr über eine Absenkung des Landesbasisfallwertes von allen Krankenhäusern zu finanzieren sind.
- Zur Stärkung der Pflege wurde ein neues **Pflegestellenförderprogramm** mit einem Finanzvolumen von 660 Millionen Euro von 2016 bis 2018 ins Leben gerufen.
- Das **Hygieneförderprogramm** wird fortgesetzt und erweitert.
- Zur besseren **Vergütung des Bestandspersonals** wird der bis Ende 2016 fließende Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro in einen **Pflegezuschlag** umgewandelt. Hiervon profitieren Krankenhäuser mit guter Personalausstattung in besonderer Weise. Unter anderem wurden im DRG-System 2018 erstmals zwei Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eingeführt, die unter bestimmten Voraussetzungen abgerechnet werden können.
- Zur **Verbesserung der Versorgungsstrukturen** wurden mit dem KHSG ab 2016 ein Strukturfonds eingerichtet und einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung

⁸ Landesbasisfallwert: Der Landesbasisfallwert ist der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen. In Bayern beträgt dieser derzeit 3.442,48 Euro mit Ausgleich.

gestellt. Mit diesen Mitteln werden Vorhaben der Länder gefördert, die sich aber mit einem gleich hohen Betrag an Umstrukturierungsmaßnahmen beteiligen müssen. Die Krankenhäuser erhalten die Fördergelder zusätzlich zur Investitionsförderung durch die Länder. Aus den Mitteln des Strukturfonds kann der dauerhafte Abbau, die standortübergreifende Konzentration und die Umwandlung vorhandener Versorgungskapazitäten gefördert werden.

Monitoring und Berichtswesen über die Entwicklung der stationären Versorgung in München sind Aufgabe des medizinischen Versorgungsmanagements im Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU). Das Vorgehen orientiert sich hier an den konkreten Versorgungsaufgaben und -problemen in München und bezieht die Veränderung von gesetzlichen Vorgaben selbstverständlich mit ein.

Ein erster Schwerpunkt des Versorgungsmanagements ist die Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt, deren erste Ergebnisse dem Stadtrat im November 2018 vorgestellt worden sind.⁹

Im Oktober 2018 wurde das RGU mit der Vorlage „Medizinische Notfallversorgung (Eckdatenbeschluss Haushalt 2019 Nr. 9)“¹⁰ vom Stadtrat beauftragt, eine Studie zur Notfallversorgung¹¹ zu vergeben und den Runden Tisch Notfallversorgung von der München Klinik zu übernehmen. Auch in dieser Vorlage sind die wichtigsten bundesgesetzlichen Regelungen zur Notfallversorgung dargestellt worden. Die geplante Studie zur Notfallversorgung wird sich auch mit dem interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA), so wie im Antrag „Ergebnisse des Krankenhausstrukturgesetzes für München berichten“ gefordert (s. o.), beschäftigen.

Im heutigen Gesundheitsausschuss wird darüber hinaus mit einer gesonderten Vorlage ausführlich die Situation in der Pflege dargestellt und auf bundesgesetzliche Entwicklungen eingegangen. In weiteren Schritten wird die Versorgungssituation multimorbid erkrankter älterer Menschen abgebildet und die Versorgungskette „Gesund aufwachsen“ erarbeitet.

Nach Einschätzung des RGU können über das medizinische Versorgungsmanagement die Herausforderungen und Entwicklungen in der medizinischen Versorgung gut abgebildet werden. Die Auswirkungen gesetzlicher Änderungen sind im medizinischen Versorgungsmanagement berücksichtigt, der Stadtrat erhält regelmäßig Bericht.

9 Sitzungsvorlage „Geburtshilfe IV Ergebnisse der Analyse des Versorgungsbereichs „Schwangerschaft und Geburt“ in München“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12480, GA 08.11.2018

10 Sitzungsvorlage „Medizinische Notfallversorgung (Eckdatenbeschluss Haushalt 2019 Nr. 9)“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12546, VV 24.10.2018

11 Sitzungsvorlage „Vergabebeschluss - Studie zur Situation der medizinischen Notfallversorgung in München“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 11068 (öffentlich) und Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 10705 (nicht-öffentlich), VV 20.03.2019

1.2 Fallpauschalen

Gemäß Antrag „Dramatische Zustände in Krankenhäusern – Fallpauschalen dringend nachbessern!“ (s. o.) wird gefordert, der Oberbürgermeister solle sich über den Deutschen Städtetag dafür einsetzen, dass die Fallpauschalen für Krankenhäuser nachgebessert und auf ein realistisches, auskömmliches Niveau angehoben werden.

Das aktuelle Fallpauschalensystem der diagnosebezogenen Fallgruppen (diagnoses related groups – DRG) wurde 2003 für den Bereich der Somatik eingeführt. Seit 2004 kommt dieses mit einzelnen Ausnahmen in allen somatischen Akutkliniken zum Einsatz und wird seitdem laufend weiterentwickelt. Dies geschieht z. B. durch die Kosten- und Leistungsdaten der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser, durch Initiativen der Fachgesellschaften oder durch Gesetze.

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) kam es in 2018 zu einer einschneidenden Änderung bei den Fallpauschalen. Mit diesem Gesetz wurde die Herausnahme der Kosten für das Pflegepersonal aus der Fallpauschalvergütung der DRGs ab 2020 beschlossen. Die Kosten für das Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sollen dann krankenhausesindividuell nach Bedarfsgesichtspunkten von den Krankenkassen vergütet werden, so dass den Krankenhäusern die benötigten Mittel für die Bezahlung ihrer Pflegekräfte zur Verfügung stehen werden.

Mit der für 2020 geplanten Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen tritt eine große Änderung in Kraft, deren Auswirkungen noch nicht beurteilt werden können. Es kann auch nicht beurteilt werden, ob die Fallpauschalen ab 2020 ausreichend sind, um die anderen Kosten im Krankenhaus zu finanzieren. Derzeit (April 2019) ist auch die Ausgliederung der Pflegekosten noch nicht konkretisiert worden. Aus Sicht des RGU ist daher eine Initiative der Landeshauptstadt München zur Nachbesserung und Erhöhung der Fallpauschalen für die pflegerische Versorgung über den Deutschen Städtetag, wie im Antrag „Dramatische Zustände in Krankenhäusern – Fallpauschalen dringend nachbessern“ (s. o.) vorgeschlagen, derzeit nicht zielführend. Die Entwicklung wird jedoch beobachtet, damit der Stadtrat zu gegebener Zeit befasst werden kann.

2. Fragen zur Geburtshilfe

2.1 Krankenhausbetten und Kreißsäle

Mit dem Antrag „Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung“ (s. o.) wird in Punkt 1 das RGU gebeten, die Entwicklung der Krankenhausbetten darzustellen.

Wie im Stadtratsbeschluss „Geburtshilfe III - Protest gegen Schließung der Geburts-

abteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“¹² dargestellt, werden die Kapazitäten in der Geburtshilfe über die Anzahl der Kreißsäle gemessen. In München stehen seit 2017 50 Kreißsäle zur Verfügung. Auf Grundlage der prognostizierten Geburtenzahlen in München wird geschätzt, dass im Jahr 2035 perspektivisch mindestens 54 Kreißsäle erforderlich sind.

Konkrete Aussagen über Betten in der Geburtshilfe, wie Antragspunkt 1 im Antrag „Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung“ (s. o.) liegen dem RGU nicht vor. Im bayerischen Krankenhausplan wird die Zahl der Betten in der Geburtshilfe zusammen mit der Gynäkologie festgelegt (Kategorie: „Gynäkologie und Geburtshilfe“). Somit ist nicht eindeutig zu bestimmen, welcher Anteil der Bettenkapazitäten der Gynäkologie und welcher Anteil der Geburtshilfe zuzuordnen ist. Die Zusammenfassung der beiden Disziplinen spiegelt den Klinikalltag wider, Betten können, je nach Bedarf, von beiden Disziplinen belegt werden.

Aufgrund der bereits bestehenden und geplanten Kreißsaalkapazitäten und der prognostizierten Geburtenentwicklung hat das RGU dem Stadtrat empfohlen,

- die Geburtshilfe am Standort Neuperlach (München Klinik) bis 2024 zu erhalten,
- die Versorgungssituation in der Geburtshilfe in 2023 zu evaluieren und
- eine Beschlussfassung über den Fortbestand oder Schließung der Geburtshilfe am Standort Neuperlach über das Jahr 2024 hinaus in den Stadtrat einzubringen.

Der Stadtrat hat das Vorgehen so beschlossen.¹³

2.2 Investitionsförderung von Geburtshäusern

Gemäß Punkt 2 des Antrages „Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung“ (s. o.) war von der Stadtkämmerei zu prüfen, ob die Investitionsförderung von Geburtshäusern in München ein Anlass sein kann, beim Freistaat Bayern bezüglich einer Fortschreibung der Investitionsförderung nach dem Bayerischen Krankenhausgesetz vorstellig zu werden. Hierzu teilt die Stadtkämmerei folgendes mit:

„Ziel des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) ist eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger. Dies soll auf der Grundlage der Krankenhausplanung durch die Förderung eigenverantwortlich

¹² Sitzungsvorlage „Geburtshilfe III - Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12712, VV 27.11.2018

¹³ Sitzungsvorlage „Geburtshilfe III - Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12712, VV 27.11.2018

wirtschaftender, leistungsfähiger Krankenhäuser erreicht werden. [...] Geburtshäuser erfüllen nicht die Kriterien akutstationärer Krankenhäuser mit der Folge, dass eine Aufnahme in den Krankenhausplan nicht möglich und daher eine Förderung nach dem Bayerischen Krankenhausgesetz ausgeschlossen ist. Grundlegende Änderungen in der Finanzierungssystematik des Gesundheitswesens sind nur durch Änderung bundes- und landesrechtlicher Vorschriften möglich. Die verhältnismäßig geringfügigen Investitionen bei Geburtshäusern rechtfertigen somit keine Neuausrichtung der staatlichen Förderlandschaft.“

Das RGU stimmt den Aussagen der Stadtkämmerei zu, dass derzeit keine Finanzierung der Geburtshäuser über den Krankenhausplan möglich ist. Geburtshäuser als ambulante Einrichtungen und die dort tätigen Hebammen können jedoch auf alternative Förderprogramme zurückgreifen wie z. B. das Förderprogramm Geburtshilfe und den Bayerischen Hebammenbonus des Freistaats Bayern. Zur Darstellung der außerklinischen Geburtshilfe wird zusätzlich auf die Beschlussvorlage „Geburtshilfe I“¹⁴ verwiesen. Das RGU hat die zwei Geburtshäuser über einen Zuschuss gefördert. Im Jahr 2016 erhielt das Geburtshaus Fäustlestraße eine einmalige Förderung der Investitionskosten i. H. v. 200.000 Euro, im Jahr 2018 das Geburtshaus Theresienwiese 75.000 Euro.

3. Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich

Gemäß Antrag „Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich durch geplanten Umzug der LMU-Kliniken darstellen“ (s. o.) sollen dem Stadtrat die Veränderungen im medizinischen Angebot durch die geplante Verlagerung nach Großhadern bzw. den Bau der Portalklinik des Klinikums der Universität München (KMU) dargestellt werden und darauf eingegangen werden, ob hieraus Unterversorgungen im Innenstadtbereich entstehen.

Der Antrag wurde bereits im Stadtrat aufgegriffen.¹⁵ Auf Wunsch des Stadtrates werden im Folgenden die Änderungen gegenüber der Beschlussvorlage vom 17.01.2013 dargestellt.

Das KMU teilte dem RGU hierzu mit Schreiben vom 12.02.2019 Folgendes mit: „Die in unserem Schreiben (Anm. RGU: vom 21.06.2012) ausgeführten Situationen sind bis auf ganz wenige Ausnahmen weiterhin unverändert. Zu den einzelnen Fragen darf ich jetzt eineinhalb Jahre vor Fertigstellung der Portalklinik einige Aussagen präzisieren.“

¹⁴ Sitzungsvorlage „Geburtshilfe I“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 10361 vom 19.04.2018, VV 25.04.2018

¹⁵ Sitzungsvorlage „Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich durch geplanten Umzug der LMU-Kliniken darstellen“, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 10943, GA 17.01.2013

1. Gibt es medizinische Angebote, die die LMU in Zukunft nicht mehr in der Innenstadt vorhalten wird, und wenn ja, welche?

Entgegen unserer Stellungnahme von 2012 werden wir bezüglich der Geburtshilfe und Perinatalogie eine Level 1 Versorgung in der Portalklinik vorhalten, zumindest bis das Neue Haunersche Kinderspital mit der Neonatologie am Standort Großhadern in Betrieb genommen wird (voraussichtlich 2026).

Entgegen der ursprünglichen Planung wurde in der Zwischenzeit die Anzahl der Kreißsäle in der Portalklinik von 4 auf 5 Kreißsäle erhöht. Ebenso wurden die Betten für Wöchnerinnen in ihrer Anzahl als Reaktion auf die anhaltende höhere Geburtenrate und Schließung peripherer Geburtshilfen in einzelnen Kliniken erhöht.

2. Gibt es medizinische Angebote, die die LMU in Zukunft nur noch eingeschränkt in der Innenstadt vorhalten wird, und wenn ja, welche?

Bezüglich der verschiedenen Disziplinen haben wir bereits eine Verlagerung von OP-Kapazitäten und Schwerpunkten von der Innenstadt nach Großhadern 2017 und 2018 vorgenommen, ohne dass die Akut- und Notfallversorgung im Bereich der Chirurgie und Inneren Medizin dadurch beeinträchtigt wurde.

Die gynäkologischen Betten werden nach Bezug der Portalklinik 2020 nach Großhadern verlagert werden. Entgegen der ursprünglichen Planung werden wir jedoch in den Innenstadtkliniken im Ziemssenblock eine gynäkologische Ambulanz und somit auch eine Notfallanlaufstelle erhalten.

Die Verlagerung der MKG-Klinik¹⁶ steht weiter in der Planung, ohne derzeit einen aktuellen Zeitplan benennen zu können, da die Leitung dieser Klinik 2021 wechselt und dies mit der neuen Klinikleitung geplant werden soll. Im Gegensatz zur Planung von 2012 haben wir die Zahl der verbleibenden stationären Betten um 30 Betten für die Akutgeriatrie erhöht, die neu geschaffen wurden. Im Innenstadtbereich soll neben den akutgeriatrischen Betten eine geriatrische Tagesklinik und Ambulanz mit einem Schwerpunkt Altersmedizin gebildet werden. Die ersten Schritte hierzu sind mit der Stationsgründung vor zwei Jahren und der Ausschreibung einer Professur, die derzeit besetzt wird, erfolgt. Dies spiegelt die demografische Entwicklung und den Bedarf insbesondere in der Innenstadt wider.

3. Werden die geplanten Verlagerungen bzw. Veränderungen zu Versorgungslücken in einzelnen medizinischen Bereichen im Stadtzentrum führen, und wenn ja, in welchen?

Durch die geplanten Verlagerungen bzw. Veränderungen der Innenstadtkliniken rechnen wir nicht mit Versorgungslücken.

¹⁶ MKG: Mund-, Gesichts und Kieferchirurgie

4. Wird das explizit bei der Kinderheilkunde und Kinderchirurgie der Fall sein?

Wie oben erwähnt, hat sich die Realisierung des Neuen Hauner in Großhadern verzögert und wir rechnen mit der Inbetriebnahme des neuen Mutter-Kind-Zentrums in Großhadern im Jahr 2026. Nach Inbetriebnahme des Neuen Hauner ist eine Anlaufstelle für Kinder in den Innenstadtkliniken nicht mehr geplant. Dies trifft sowohl die Kinderheilkunde wie auch die Kinderchirurgie. Wir sehen jedoch durch die zunehmenden Vernetzung in etlichen Fachbereichen, insbesondere in den bereits vorhandenen operativ-pädiatrischen Disziplinen im Rahmen der Erwachsenen-chirurgie am Standort Großhadern eine qualitative Anhebung der bereits bestehenden exzellenten Versorgung in akzeptabler Reichweite. Inwieweit eine ambulante kinderärztliche Versorgungslücke in der Innenstadt entsteht, ist uns nicht bekannt. Die Problematik wird jedoch mit den niedergelassenen Kinderärzten und der KV Bayern zu diskutieren sein.

5. Ab wann werden die genannten Veränderungen eintreten?

Das OP-Zentrum wurde 2014 in Betrieb genommen, die Verlagerung der OP-Kapazität und Schwerpunktverlagerung haben zu keinen Engpässen in der Innenstadt geführt. Die Verlagerung der operativen Gynäkologie wird Ende 2020 erfolgen und die Verlagerung der Kinderklinik voraussichtlich 2026.“

Die Erhöhung der Anzahl der Kreißsäle sowie der Ausbau des Schwerpunktes der Altersmedizin begrüßt das RGU ausdrücklich. Das RGU wird die Umstrukturierung des KUM weiter verfolgen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Beschlussvorlage kann das RGU die Frage nach Versorgungslücken im Stadtzentrum nicht abschließend beantworten. Für die Versorgung von Kindern stehen auch nach 2026 für den Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie nach wie vor das Deutsche Herzzentrum sowie für die Kinderheilkunde die München Klinik Schwabing und das Klinikum Dritter Orden in Innenstadtnähe zur Verfügung. Aus heutiger Sicht ist nicht von einer Versorgungslücke im Innenstadtbereich auszugehen, da die Portalklinik inkl. einer Geburtshilfe und Notfallversorgung erhalten bleibt und auch ansonsten gut erreichbare Kliniken in Zentrumsnähe zur Verfügung stehen. Das RGU wird jedoch die Entwicklung beobachten und sich in die Diskussionen und weitere Entwicklung einbringen.

4. Fragen zum Entlassmanagement in den Krankenhäusern

Gemäß Antrag „Ein Fall für die kommunale Patientenbeauftragte?“ (s. o.) soll über die neuen gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement in den Krankenhäusern sowie über die Information und Beratung zu diesen Neuregelungen berichtet werden.

Die Entlassung aus einem Krankenhaus oder aus einer Reha-Einrichtung kann in der

Behandlungs- und Versorgungskette für Patientinnen und Patienten eine besonders kritische Phase darstellen. Insbesondere Menschen mit Einschränkungen in der Mobilität, der Selbstversorgung oder mit einem umfassenden Versorgungsbedarf benötigen nach dem Klinikaufenthalt noch weitergehende Unterstützung.

Bereits seit 2007 sind die Kliniken infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) verpflichtet, die Übergänge der Patientinnen und Patienten in die verschiedenen Versorgungsbereiche (Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege) zu organisieren (§ 11 Abs. 4 SGB V).

2015 hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) das Entlassmanagement reformiert und erweitert (§ 39 Abs. 1a SGB V). Die Vertragsparteien wurden beauftragt, Rahmenverträge über das Entlassmanagement in den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zu schließen. Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement für die Krankenhäuser¹⁷ ist zum 01.10.2017 in einem Schiedsverfahren verbindlich geworden.

Die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten haben demnach einen Anspruch auf ein strukturiertes Entlassmanagement. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, für eine **bedarfsgerechte und kontinuierliche Anschlussversorgung** der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu sorgen. Eine nahtlose Pflegeüberleitung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung soll sichergestellt werden. Hierzu gehört auch eine strukturierte und sichere Weitergabe der notwendigen Informationen. Dadurch sollen Versorgungslücken geschlossen und eine unnötige Belastung für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige vermieden werden.

4.1 Neuregelungen im Entlassmanagement

Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in der stationären Rehabilitation¹⁸ ist im erweiterten Schiedsverfahren am 01.02.2019 in Kraft getreten (nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit 39 Abs. 1a SGB V). Er beinhaltet die Aufgaben des Rahmenvertrages der Krankenhäuser, inkl. Ordnungsrecht. Für die Umsetzung des Rahmenvertrages gilt für die Reha-Einrichtungen eine Übergangsfrist von sechs Monaten.

Die Einzelheiten zu den Regelungen des Entlassmanagements wurden in den

¹⁷ Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Der Rahmenvertrag wurde zwischen GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossen.

¹⁸ Der Rahmenvertrag wurde zwischen GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Reha-Leistungserbringerverbänden geschlossen.

Rahmenverträgen festgeschrieben.

Die wichtigsten Neuregelungen in den Kliniken sind:

- Für die Durchführung des Entlassmanagements ist die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten bzw. deren bzw. dessen gesetzliche Vertretung/ Betreuung erforderlich.
- Die Kliniken sind verpflichtet, mit Hilfe eines standardisierten Verfahrens und in multidisziplinärer Zusammenarbeit den voraussichtlichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Patientin bzw. des Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu erfassen. Die notwendigen Anschlussmaßnahmen sind frühzeitig einzuleiten und die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig zu informieren.
- Die Kranken- und Pflegekassen müssen die Krankenhäuser beim Entlassmanagement unterstützen. Sie müssen gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig die erforderliche Anschlussversorgung organisieren.
- Fachärztinnen und Fachärzte in den Kliniken dürfen Verordnungen von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege sowie Soziotherapie ausstellen sowie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen - für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen.
- Bei der Entlassung muss der Patientin bzw. dem Patienten ein Entlassbrief inkl. eines Medikationsplans ausgestellt werden, der alle wichtigen Informationen für die Weiterversorgung beinhaltet. Bei anschließender stationärer Versorgung ist bei Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten der Entlassplan an die weiterversorgende Einrichtung zu übermitteln.

Bei Nichteinhaltung der Neuregelungen seitens der Krankenhäuser wurden vom Gesetzgeber allerdings keine Sanktionen festgelegt.

4.2 Information und Beratung zum Entlassmanagement

Die Information und Beratung zum Entlassmanagement sowie die Durchführung ist originäre Aufgabe der Kliniken und Reha-Einrichtungen.

Von den einzelnen Krankenkassen werden auf ihren Homepages Informationen zum Entlassmanagement zur Verfügung gestellt. Zudem beraten sie an ihren Standorten persönlich als auch telefonisch zu diesem Thema.

Darüber hinaus bieten in München der Gesundheitsladen München e.V. und die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) eine persönliche Patientenberatung zum Entlassmanagement an. Zusätzlich haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre Beschwerden zum Entlassmanagement beim Beschwerdemanagement sowie der Patientenfürsprache in den Münchner Kliniken vorzubringen. Auch die kommunale Patientenbeauftragte im RGU nimmt

Beschwerden an.

Vom RGU wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsladen München e.V. ein Flyer zu den Neuregelungen des Entlassmanagements erstellt (siehe Anlage 7). Dieser wurde in verschiedenen Gremien sowie Beratungsstellen und Einrichtungen in München verteilt.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass das Entlassmanagement von den Kliniken unterschiedlich umgesetzt wird. Aus diesem Grund beobachten sowohl der Arbeitskreis Versorgung des Gesundheitsbeirats als auch die Münchner Pflegekonferenz des Sozialreferats die Umsetzung des Entlassmanagements und weisen die Kliniken auf Verbesserungen hin.

Auch privatversicherte Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine strukturierte Entlassung aus der Klinik oder Reha-Klinik. Der Anspruch ergibt sich hier aus den Vertragsbedingungen mit der Privaten Krankenversicherung. Die Neuregelungen zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V und § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V sind allerdings nicht zwingend anzuwenden.

5. Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Gemäß Antrag „Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG)“ (s. o.) soll über das neue Heil- und Hilfsmittelgesetz und dessen Zielsetzungen berichtet werden. In den umfassenden vorhandenen Beratungsangeboten bei der Landeshauptstadt München soll, nach entsprechender Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zeitnah eine unabhängige Beratung und Unterstützung angeboten werden. An die Münchner Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte soll eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit gerichtet werden.

Das **Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung** (HHVG) ist im April 2017 in Kraft getreten. Das übergeordnete Ziel des Gesetzes ist „eine gute und zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“. ¹⁹ Das Gesetz soll die Qualität der Hilfsmittelversorgung stärken und die Berufe der Heilmittelerbringer aufwerten. Das Gesetz soll darüber hinaus, angesichts der steigenden Anzahl älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Menschen, die Prävention und Rehabilitation stärken. Die Versicherten sollen die richtigen Heil- und Hilfsmittel erhalten, um verloren gegangene Kompetenzen zur Alltagsbewältigung wiederherzustellen und ihren Alltag trotz Einschränkungen möglichst selbstständig und selbstbestimmt bewältigen zu können. ²⁰

19 Bundesministerium für Gesundheit: Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschlossen. In Internetpublikation: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/februar/hhvg.html> (veröffentlicht am 16.02.2017) download am 04.02.2019

20 **Heilmittel** sind medizinische Behandlungen, die von Ärztinnen und Ärzten verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, z. B. von Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten,

5.1 Neuregelungen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes

Die Neuregelungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung²¹ sind beispielhaft:

- Bessere Entlohnung der Therapieberufe
Eine größere Flexibilität bei der Vereinbarung der Heilmittelpreise und somit eine bessere Vergütung der Löhne der Heilmittelerbringer wurde ermöglicht.
- Veröffentlichung des Hilfsmittelverzeichnisses
Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen wurde verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis zu aktualisieren, zu veröffentlichen und kontinuierlich fortzuschreiben. Es soll Transparenz über das Hilfsmittelangebot schaffen und den Versicherten einen Überblick über alle Hilfsmittel, deren Qualität und Preis geben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist veröffentlicht unter:
<https://gkv-spitzenverband.de/hilfsmittel>
- Beratung durch die Leistungserbringer
Leistungserbringer²² müssen Versicherte darüber beraten, welche Hilfsmittel und weitere zusätzlichen Leistungen für sie geeignet und medizinisch notwendig sind und von den Krankenkassen als Regelleistung übernommen werden.
- Information und Beratung durch die Krankenkassen
Die Krankenkassen müssen Versicherte über ihre Leistungsansprüche bei der Hilfsmittelversorgung beraten und über die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge informieren.
- Leistungsanspruch auf Brillengläser
Der Leistungsanspruch auf Brillengläser wurde erweitert. Versicherte mit einer ausgeprägten Kurz- oder Weitsichtigkeit haben einen Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe des festgelegten Festbetrages.
- Modellvorhaben zur „Blankoverordnung“
Die Krankenkassen wurden verpflichtet, mit den Verbänden der Heilmittelerbringer Verträge über Modellvorhaben zur „Blankoverordnung“ abzuschließen. Die Ärztin bzw. der Arzt verordnet weiterhin das Heilmittel, die Therapeutin bzw. der Therapeut hingegen bestimmt die Auswahl, Dauer und Häufigkeit der Therapie. Die „Blankoverordnung“ soll in Modellprojekten flächendeckend erprobt werden.²³

Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Podologinnen/Podologen (medizinische Fußpflege) und Diätassistentinnen/Diätassistenten.

Hilfsmittel sind Gegenstände, mit denen gesundheitliche Defizite ausgeglichen werden sollen. Diese reichen von der Inkontinenzhilfe (z. B. Inkontinenzeinlagen, Katheter) über Prothesen bis hin zu Rollatoren und Rollstühlen etc.

21 Bundesministerium für Gesundheit: Größe „Zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ In Internetpublikation: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/hhvg.html> (veröffentlicht am 16.02.2017) download am 04.02.2019

22 Leistungserbringer sind Personengruppen, mit denen die Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zusammenarbeiten. Hierzu zählen Vertrags(zahn)ärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Erbringer von Heil- und Hilfsmittelleistungen, Hersteller von Arzneimitteln, Hebammen, Personen Einrichtungen und Unternehmen, die Leistungen in den Bereichen häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe erbringen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen. In Internetpublikation: https://www.aok-bv.de/lexikon/l/index_00459.html (download am 05.02.2019)

23 Laut telefonischer Auskunft des Deutschen Verbandes für Physiotherapie, Landesverband Bayern e.V. vom 05.02.2019 wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Verträge über Modellprojekte zur sog. „Blankoverordnung“ in Bayern oder München abgeschlossen. Die Verhandlungen wurden aufgrund der neu angekündigten Reform der Heilmittelversorgung im

- Versorgung mit Wund- und Verbandmitteln
Klassische Verbandmittel wurden definiert, die von den Krankenkassen erstattet werden. Für andere Verbandmittel bedarf es einer medizinischen Notwendigkeit. Für die Versorgung von chronisch und schwer heilenden Wunden sind spezielle Wundzentren vorgesehen.
- Kontrolle der Leistungserbringer
Die Krankenkassen sind berechtigt, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Leistungserbringer in Form von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu kontrollieren.
- Weiterentwicklung des Präqualifizierungsverfahrens
Im weiterentwickelten Präqualifizierungsverfahren müssen Leistungserbringer ihre grundsätzliche Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachweisen können.

Im **Terminservice- und Versorgungsgesetz** (TSVG) sind weitere Regelungen zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung integriert worden. Das Gesetz wurde am 14.03.2019 vom Bundestag beschlossen und ist am 11.05.2019 in Kraft getreten. Es sieht z. B. folgende Regelungen vor:²⁴

- Die Ausschreibungen der Krankenkassen für Hilfsmittel (z. B. Inkontinenzhilfen und Gehhilfen) wurden abgeschafft, um sicherzustellen, dass es bei der Versorgung mit Hilfsmitteln keine Abstriche bei der Qualität gibt.
- Bei den Heilmittelerbringern wird eine stärkere Honorarsteigerung als bisher ermöglicht. Die Preise für die Leistungen der Therapieberufe werden bundesweit auf dem höchsten Niveau angeglichen, die Honorarentwicklung von der Grundlohnsumme abgekoppelt und bundesweit einheitliche Verträge für Heilmittelleistungen mit den Krankenkassen vereinbart. Die Zugangsbedingungen der Therapeutinnen und Therapeuten zur Versorgung werden verbessert und die Unabhängigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten wird gestärkt (sog. „Blankoverordnung“).
- Ab dem 01.10.2020 werden die Festzuschüsse der Krankenkassen für Zahnersatz von 50 auf 60 % erhöht und dadurch die Versicherten finanziell entlastet.

5.2 Information und Beratung zur Heil- und Hilfsmittelversorgung

Die Beratungspflicht der Versicherten zur Heil- und Hilfsmittelversorgung ist im Gesetz explizit geregelt und liegt bei den **Leistungserbringern** und den **Krankenkassen**.²⁵

Jahr 2019 vorerst zurückgestellt.

24 Bundesministerium für Gesundheit: Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). In Internetpublikation: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html?fbclid=IwAR2r3GeKt-STk9LxYHDaIF-PCrj5qN3MWtkbF-v3GmFudybjLWX5jMfjuDM> (download am 19.03.2019)

25 Die AOK-Direktion München bestätigt in einer Stellungnahme vom 07.01.2019 diese Regelungen zur Information und Beratung zur Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Die **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns** hat die Verpflichtung, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte zu den gesetzlichen Neuregelungen zu informieren und zu beraten.

Auf Grund der geregelten Zuständigkeiten hält das RGU eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen bei der Landeshauptstadt München zu den Neuregelungen des Heil- und Hilfsmittelgesetzes für nicht zielführend. Vielmehr soll von den Beratungsstellen auf die entsprechenden Leistungserbringer und Krankenkassen verwiesen werden. Auch von einer begleitenden Öffentlichkeitsarbeit für die Münchner Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte wird daher abgesehen.

6. Zusammenfassung

Das RGU wird auch zukünftig wesentliche Neuerungen, die durch Gesetze, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder sonstige Vereinbarungen der Selbstverwaltung entstehen, wie bisher bei der Darstellung von Versorgungssituationen berücksichtigen und auch gegenüber dem Stadtrat darstellen.

Ab 2020 werden die Pflegepersonalkosten aus den bisherigen Fallpauschalen ausgegliedert und den Krankenhäusern extra vergütet. Ob die Fallpauschalen danach für die Krankenhäuser auskömmlich sind, wird aufmerksam beobachtet.

Auf die steigenden Geburtenzahlen sowie die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen an Krankenhäusern in den umliegenden Landkreisen reagieren einzelne Münchner Krankenhäuser bereits mit einer Erhöhung der Zahl ihrer Kreißsäle. Das RGU hat im Rahmen des Versorgungsmanagements bereits einen Schwerpunkt Schwangerschaft und Geburt gesetzt und den Stadtrat bereits mehrfach mit diesem Thema befasst.

In der Portalklinik der KMU wird entgegen der ursprünglichen Planung eine Level 1 Versorgung in der Geburtshilfe und Perinatalogie zumindest bis zur Eröffnung des Neuen Haunerschen Kinderspitals in Großhadern 2026 vorgehalten. Die Anzahl der Kreißsäle wird von vier auf fünf erhöht. Eine gynäkologische Ambulanz bleibt in der Innenstadt auch nach der Verlagerung der gynäkologischen Betten nach Großhadern (2020) erhalten. Zudem wird eine Akutgeriatrie inkl. Tagesklinik in der Innenstadt aufgebaut. Das RGU wird die Entwicklung insbesondere der pädiatrischen Versorgung aufmerksam beobachten und begleiten.

Durch die Weiterentwicklung des Entlassmanagements sollen Versorgungslücken für die Patientinnen und Patienten im Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geschlossen werden.

Durch die Maßnahmen des Heil- und Hilfsmittelgesetzes wird die Qualität und Transparenz der Heil- und Hilfsmittelversorgung für die Patientinnen und Patienten erhöht.

Die Beschlussvorlage ist mit der Stadtkämmerei und der Gleichstellungsstelle für Frauen abgestimmt.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

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

II. Antrag der Referentin

1. Der Vortrag der Referentin zur Thematik „Gesundheitspolitische Änderungen im stationären und ambulanten Bereich“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Antrag Nr. 14-20 / A 02919 „Ergebnisse des Krankenhausstrukturgesetzes für München berichten“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
3. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03012 „Dramatische Zustände in Krankenhäusern – Fallpauschalen dringend nachbessern!“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
4. Der Antrag Nr. 14-20 / A 04408 „Förderung von Geburtshilfeeinrichtungen in München und Umgebung“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
5. Der Antrag Nr. 08-14 / A 03305 „Änderungen des medizinischen Angebots im Innenstadtbereich durch geplanten Umzug der LMU-Kliniken darstellen“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
6. Der Antrag Nr. 14-20 / A 04230 „Ein Fall für die kommunale Patientenbeauftragte?“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
7. Der Antrag Nr. 14-20 / A 04367 „Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG)“ ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. 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 das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
- V. Wv Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).