

**Handlungsbedarf zur Sicherstellung der haus- und  
kinderärztlichen Versorgung in der Großstadt  
München**

**Versorgungssituation bei Kinderärzten transparent darstellen**

Antrag Nr. 14-20 / A 02283 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele,  
Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Dr. Constanze  
Söllner-Schaar, Frau StRin Birgit Volk vom 06.07.2016

**Neue Bedarfsplanung bei Kinder- und Hausärzten in München**

Antrag Nr. 14-20 / A 03043 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele,  
Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk vom 11.04.2017

**Hausärzte und Hausärztinnen in München.**

**Was bedeutet die neue Bedarfsplanung der KVB für München?**

Antrag Nr. 14-20 / A 03143 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele,  
Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk, Frau StRin  
Dr. Constanze Söllner-Schaar vom 31.05.2017

**Hausärztinnen und Hausärzte in München.**

**Vorteile des Berliner Modells auch für München umsetzbar?**

Antrag Nr. 14-20 / A 03144 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele,  
Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk, Frau StRin  
Dr. Constanze Söllner-Schaar vom 31.05.2017

**Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09458**

o. ...agen

**Beschluss des Gesundheitsausschusses**  
vom 21.09.2017  
Öffentliche

**I. Vortrag der Referentin**

**Vorbemerkung**

Die Landeshauptstadt München gilt als Medizinstandort mit Spitzenstellung und bietet den  
Münchner Einwohnerinnen und Einwohnern eine Gesundheitsversorgung auf hohem  
Niveau. Trotz des breiten Angebots und der Vielzahl an niedergelassenen Ärztinnen und

Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen zeichnet sich im ambulanten Sektor ein Ungleichgewicht ab. Sowohl im haus- als auch im kinderärztlichen Bereich ist eine Ballung der Arztpraxen im Stadtzentrum sowie in Stadtbezirken mit besserer Sozialstruktur festzustellen, während es vor allem in Stadtrandgebieten mit schwächerer Sozialstruktur zu einer Ausdünnung kommt. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand ist hinlänglich bekannt und wird durch diese Entwicklung noch verschärft. Aus Sicht des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) ist die Ungleichverteilung der Arztpraxen nicht bedarfsgerecht und entspricht nicht den Erfordernissen einer Großstadt wie München.

Nach derzeitigem Kenntnisstand des RGU wird der gemeinsame Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern Ende November dieses Jahres über die Aufteilung des Mittelbereichs München für die Beplanung der hausärztlichen Versorgung entscheiden. Dem vorgelagert tagt das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V, in dem der Bayerische Städtetag zusammen mit den anderen kommunalen Spitzenverbänden eine Stimme hat.

Die Landeshauptstadt München nimmt die anstehende Entscheidung zum Anlass, um Handlungsoptionen aufzuzeigen, die die ambulante ärztliche Versorgungslage in München – sowohl im haus- als auch im kinderärztlichen Bereich – verbessern können, und wird diese über den Bayerischen Städtetag in das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V einbringen.

Die Sitzungsvorlage stellt zunächst die aktuelle haus- und kinderärztliche Versorgungssituation in München dar. In diesem Zusammenhang werden die folgenden Stadtratsanträge aufgegriffen:

Der Stadtratsantrag „Versorgungssituation bei Kinderärzten transparent darstellen“ (Antrag Nr. 14-20 / A 02283) vom 06.07.2016 (siehe Anlage 1) fordert das RGU auf, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) um eine Stellungnahme zur tatsächlichen Versorgungssituation mit Kinderärztinnen und Kinderärzten in München zu bitten. Es ist geplant, diesen Antrag gemeinsam mit weiteren Anträgen zur selben Thematik in einer separaten, ausführlichen Sitzungsvorlage zu behandeln und im ersten Quartal 2018 in den Gesundheitsausschuss einzubringen.

Der Stadtratsantrag „Neue Bedarfsplanung bei Kinder- und Hausärzten in München“ (Antrag Nr. 14-20 / A 03043) vom 11.04.2017 (siehe Anlage 2) bittet den Oberbürgermeister, sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns dafür einzusetzen, dass die Planungsregionen für die haus- und kinderärztliche Versorgung in München verkleinert werden. In zahlreichen Gesprächen mit der KVB wurde die Notwendigkeit einer kleinräumigeren Bedarfsplanung für München thematisiert. In der vorliegenden

Sitzungsvorlage plädiert die Landeshauptstadt München erneut dafür, die Planungsbereiche für die genannten beiden Arztgruppen weiter aufzuteilen und bei der Festlegung des Umgriffes einer Planungsregion unterschiedlichste Faktoren zu berücksichtigen (siehe auch Punkt 2.1).

Entsprechend der Forderung des Stadtratsantrags „Hausärzte und Hausärztinnen in München, Was bedeutet die neue Bedarfsplanung der KVB für München?“ (Antrag Nr. 14-20 / A 03143) vom 31.05.2017 (siehe Anlage 3) werden in diesem Zusammenhang auch die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung der KVB im hausärztlichen Bereich für München dargelegt.

Darüber hinaus wird der Stadtratsantrag „Hausärztinnen und Hausärzte in München. Vorteile des Berliner Modells auch für München umsetzbar?“ (Antrag Nr. 14-20 / A 03144) vom 31.05.2017 aufgegriffen, der die Stadtverwaltung beauftragt, detailliert darzustellen, wie in Berlin eine gleichmäßigere Verteilung von Hausärzten und Hausärztinnen (sogenanntes „Berliner Modell“) erreicht werden konnte (Anlage 4).

Dem RGU liegen weitere Anträge zur ambulanten medizinischen Versorgungssituation in München vor. Diese können in der vorliegenden Sitzungsvorlage aufgrund längerer Abstimmungsfristen nicht mitbehandelt werden. Es ist jedoch geplant, die Anträge in der für das erste Quartal 2018 geplanten, separaten Sitzungsvorlage ausführlich zu behandeln. Es handelt sich hierbei um folgende Anträge:

Zügiger Ausbau der ambulanten medizinischen Versorgung in München-Nord  
Empfehlung Nr. 14-20 / E 01102 der Bürgerversammlung des Stadtbezirks 11 –  
Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016

Fachärztliche Unterversorgung mit Kinderärzten im Bereich des 22. Stadtbezirkes  
BA-Antrag Nr. 14-20 / B 02742 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 22 –  
Aubing-Lochhausen-Langwied vom 17.08.2016

Mehr Haus- und Kinderärzte im Münchner Norden  
BA-Antrag Nr. 14-20 / B 02798 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 11 –  
Milbertshofen-Am Hart vom 14.09.2016.

### **1. Aktuelle haus- und kinderärztliche Versorgungssituation in München**

Der Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns<sup>1</sup> definiert für jede Arztgruppe und für jeden Planungsbereich über die sogenannte allgemeine Verhältniszahl das Soll-Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Verhältniszahl drückt hierbei aus, wie viele

---

1 Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Stand 1. Dezember 2016

Vertragsarztsitze für die ambulante ärztliche Versorgung benötigt werden. Für die hausärztliche Versorgung wurde eine allgemeine Verhältniszahl von 1:1.671 festgelegt. Um die Altersstruktur der Einwohnerinnen und Einwohner mit abzubilden, wird die Verhältniszahl in jedem Planungsbereich durch einen Demografiefaktor korrigiert.

Bei der kinderärztlichen Versorgung kommt der Demografiefaktor nicht zum Tragen, es werden jedoch Mitversorgeraspekte des Planungsbereiches berücksichtigt und die Verhältniszahl entsprechend angepasst (fünf Grade von Typ 1 = stark mitversorgend bis Typ 5 = Eigenversorgung).<sup>2</sup>

Wird das vorgeschriebene Verhältnis genau erfüllt, liegt der Versorgungsgrad bei 100 Prozent. Erreicht der Versorgungsgrad 110 Prozent, wird von einer Überversorgung gesprochen, die mit Zulassungsbeschränkungen einhergeht. Eine Unterversorgung liegt dagegen vor, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) bzw. unter 50 Prozent (Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen oder spezialisierten fachärztlichen Versorgung) sinkt.

Der Planungsbereich München gilt stadtweit betrachtet sowohl im haus- als auch im kinderärztlichen Bereich als überversorgt und ist somit für weitere Zulassungen gesperrt.

Für die Gruppe der Kinderärztinnen und Kinderärzte in München wird eine Verhältniszahl von einer Ärztin bzw. einem Arzt pro 2.405 Kinder und Jugendliche (Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren) als angemessen angesehen. München gilt demnach als stark mitversorgender Planungsbereich (Typ 1). Tatsächlich gibt es laut dem „Versorgungsatlas Kinderärzte“ im Münchner Stadtgebiet 120,5 Kinderärztinnen und Kinderärzte für 221.441 Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahre. Dies entspricht einem Verhältnis von 1:1.838 und einem Versorgungsgrad von 130,9% (Stand 31.01.2017).<sup>3</sup>

Für die Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte gilt im Mittelbereich München (Stadt München, Landkreis München sowie einige umliegende Gemeinden) eine um den Demografiefaktor angepasste Verhältniszahl von 1:1.705 (Stand 31.01.2017). Damit fällt die Verhältniszahl aufgrund der hohen Anzahl jüngerer Menschen in München ungünstiger aus als die allgemeine Verhältniszahl von 1:1.671 .

Laut dem „Versorgungsatlas Hausärzte“ versorgen im Mittelbereich München 1.383,7 Hausärztinnen und Hausärzte 2.038.026 Einwohnerinnen und Einwohner. Dies

<sup>2</sup> Kinderärztliche Verhältniszahlen laut Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (Stand 15.12.2016): Typ 1: 1:2.405; Typ 2: 1:3.587; Typ 3: 1:3.859; Typ 4: 3.990; Typ 5: 1:4.372)

<sup>3</sup> Versorgungsatlas Kinderärzte, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Stand Januar 2017

entspricht einem tatsächlichen Verhältnis von 1:1.473 und einem Versorgungsgrad von 115,8% (Stand 31.01.2017).<sup>4</sup>

Obwohl München insgesamt rein rechnerisch eine gute haus- und kinderärztliche Versorgung aufweist, ist eine Zentralisierung der Arztpraxen zu beobachten. So konzentrieren sich die Haus- und Kinderarztpraxen vor allem auf Zentren und Stadtgebiete mit besserer Sozialstruktur. In den Stadtrandgebieten mit schwächerer Sozialstruktur sind dagegen weniger Arztpraxen vorhanden. Dies betrifft beispielsweise bei der hausärztlichen Versorgung Stadtbezirke wie Milbertshofen-Am Hart oder Feldmoching-Hasenbergl. Bei der kinderärztlichen Versorgung ist dies insbesondere in der Messestadt Riem im Stadtbezirk Trudering-Riem zu beobachten. Seit geraumer Zeit ist zudem eine Ausdünnung des Versorgungsnetzes an Haus- und Kinderärztinnen bzw. Haus- und Kinderärzten vom Stadtrand in Richtung Zentrum zu beobachten, die bereits Stadtviertel wie z.B. Moosach, Hadern oder Sendling-Westpark erreicht hat und die angespannte Situation im alltäglichen Erleben der Stadtbevölkerung noch weiter zuspitzt.

Die Anlagen 5 und 6 stellen die Verteilung der Haus- und Kinderarztpraxen über das Münchner Stadtgebiet dar. Die Anlagen 7 und 8 geben einen Überblick über die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner sowie der Haus- und Kinderärztinnen bzw. Haus- und Kinderärzte in den einzelnen Münchner Stadtbezirken (Arzt Daten Stand 31.01.2017).<sup>5</sup>

## **2. Handlungsbedarf zur Sicherstellung der haus- und kinderärztlichen Versorgung in der Großstadt München**

Die ungleiche Verteilung von Arztpraxen innerhalb eines Planungsbereiches stellt ein großstädtisches Problem dar, das neben München auch in anderen Ländern, Großstädten bzw. Stadtstaaten zu beobachten ist (z.B. Berlin, Hamburg).

Die Landeshauptstadt München kann die Planung, Verteilung und Sicherung der bedarfsgerechten, ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht direkt beeinflussen. Die Verantwortung hierfür liegt in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Die KVB stellt als Selbstverwaltungsorgan der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Bayern zusammen mit den Krankenkassen den Bedarfsplan für Bayern auf, der stetig fortgeschrieben wird. Die Vorgaben sind bundeseinheitlich in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt<sup>6</sup>. Dennoch besteht die grundsätzliche Möglichkeit, in begründeten Fällen von dieser Richtlinie abzuweichen, sofern dies

<sup>4</sup> Versorgungsatlas Hausärzte, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Stand Januar 2017

<sup>5</sup> Bei der Darstellung der Arztzahlen sind unterschiedliche Zählweisen zu beachten. Für die Bedarfsplanung wird eine an den Tätigkeitsumfang angepasste Zählweise verwendet. Für die räumliche Verteilungen der Ärztinnen und Ärzte in einem Gebiet gilt dagegen die absolute Anzahl (Personenzählung). Im Mittelbereich München gibt es nach Anrechnung in der Bedarfsplanung 1.383,7 Hausärztinnen bzw. Hausärzte. Die absolute Personenzahl liegt bei 1.529 Hausärztinnen bzw. Hausärzten (Stand 31.01.2017). Im Stadtkreis München gibt es nach Anrechnung in der Bedarfsplanung 120,5 Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte, laut Personenzählung sind es 148 (Stand 31.01.2017).

<sup>6</sup> Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, Neufassung vom 20. Dezember 2012 (in Kraft getreten 1. Januar 2013), zuletzt geändert am 15. Dezember 2016 (in Kraft getreten am 1. Juni 2017)

aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Auch ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V und § 35 BPL-RL) sowie ein lokaler und qualifikationsbezogener Sonderbedarf (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V und § 36-37 BPL-RL) können hierbei berücksichtigt werden. Kommt zwischen den Kassen und der KVB keine Einigung zustande, kann einer der Beteiligten den Landesausschuss<sup>7</sup> anrufen, der über den Bedarfsplan oder die strittigen Teile entscheidet. Der Landesausschuss stellt auch eine ärztliche Über- und Unterversorgung fest und kann Zulassungsbeschränkungen anordnen. Über die einzelnen Zulassungen trifft der örtlich zuständige Zulassungsausschuss eine Entscheidung.<sup>8</sup>

Im Folgenden werden mehrere Handlungsoptionen aufgezeigt und näher ausgeführt, mit deren Hilfe eine bessere ambulante vertragsärztliche Versorgung in der Großstadt München erreicht werden kann.

## **2.1. Kleinräumigere Bedarfsplanung für die haus- und kinderärztliche Versorgung in der Großstadt München realisieren**

### Hausärztinnen und Hausärzte:

Durch die neu gefasste und am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Bedarfsplanungs-Richtlinie wurden für die hausärztliche Versorgung die Mittelbereiche als Planungsbereiche festgelegt. Ursprünglich waren für ganz Bayern 137 Mittelbereiche ausgewiesen, doch mittlerweile sind durch Teilung 204 hausärztliche Planungsbereiche entstanden (KVB Versorgungsatlas, Stand Januar 2017). Die Aufteilung in kleinere Planungsbereiche wurde aufgrund regionaler Besonderheiten in Ausdehnung und Fläche vorgenommen, um eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Bei der Prüfung, ob ein Mittelbereich geteilt werden kann, zieht die KVB verschiedene Kriterien heran (siehe Bedarfsplan, Stand 1. Dezember 2016). Hierzu zählen regionale Besonderheiten (nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte), die Fläche des Mittelbereichs (im Schnitt hat ein deutscher Mittelbereich 404 km<sup>2</sup>), die maximale Ausdehnung des Mittelbereichs (mindestens 30 Kilometer), Zulassungsmöglichkeiten im Mittelbereich und regionale Versorgungsunterschiede im Mittelbereich. Enthält der Mittelbereich eine Stadt (mit mehr als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern), wird diese grundsätzlich vom Rest des Mittelbereichs getrennt. Bei der Unterteilung wird darauf geachtet, dass keiner der entstehenden Unterbereiche eine Ausdehnung von mehr als 30 km aufweist. Die neu geschaffenen Unterbereiche dürfen eine Einwohnerzahl von

<sup>7</sup> Die Landesverbände der Krankenkassen bilden zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bzw. der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns jeweils einen Landesausschuss.

<sup>8</sup> Der Zulassungsausschuss ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenkassen. Es handelt sich hierbei um ein selbständiges und nicht weisungsgebundenes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, das seine Entscheidungen im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens trifft.

10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern nicht unterschreiten. Die sich ergebenden Unterbereiche sollen außerdem zusammenhängend und ihre Form aus Gründen der Erreichbarkeit nach Möglichkeit nicht gestreckt sein.

Der Mittelbereich München (Stadtgebiet München, Landkreis München und einige umliegende Gemeinden) könnte aufgrund seiner räumlichen Ausdehnung (mehr als 30 Kilometer) geteilt werden. Wegen der aus Sicht der KVB guten bis sehr guten Versorgungslage sah diese bislang keine akute Dringlichkeit für eine Teilung (siehe Bedarfsplan der KVB<sup>9</sup>). Inzwischen arbeitet die KVB jedoch an Lösungsszenarien für eine Teilung dieses Mittelbereichs (siehe Ausführungen unter Punkt 3). Das Stadtgebiet München selbst (ohne Landkreis und umliegende Gemeinden) erfüllt mit einer Ausdehnung von 20,7 km (Nord nach Süd) und einer Fläche von 310,71 km<sup>2</sup> die räumlichen Anforderungen für eine Teilung nicht.

Der Mittelbereich München ist der größte Planungsbereich in Bayern. Es leben dort 2,04 Mio. Menschen. Im Vergleich hierzu liegt die Einwohnerzahl im Regierungsbezirk Oberbayern bei 4,59 Mio. Menschen. Das heißt, nahezu die Hälfte der Menschen in Oberbayern wird im Mittelbereich München hausärztlich versorgt. Die Region Oberbayern umfasst insgesamt 43 Planungsbereiche, wobei einige auch sehr klein sind (z.B. Au i. d. Holledau mit knapp 21.960 oder Berchtesgaden mit 24.420 Einwohnerinnen und Einwohnern). In Oberbayern wurden bereits Mittelbereiche geteilt, etwa der Mittelbereich Ingolstadt (drei Planungsbereiche) oder der Mittelbereich Erding (zwei Planungsbereiche). Die Stadtgebiete blieben als ganze Planungsbereiche jedoch immer erhalten und wurden nicht kleinteiliger unterteilt.

#### Kinderärztinnen und Kinderärzte:

Die Gruppe der Kinderärztinnen und Kinderärzte zählt in der Bedarfsplanung zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Planung erfolgt hier auf Stadt- und Landkreisebene beziehungsweise in Kreisregionen.<sup>10</sup> Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird der Grad der Eigen- oder Mitversorgungsleistung des Planungsbereichs mitberücksichtigt (fünf Grade von Typ 1 = stark mit versorgend bis Typ 5 = Eigenversorgung) und die Verhältniszahl entsprechend angepasst.

In Bayern gibt es für den kinderärztlichen Bereich insgesamt 79 Planungsbereiche. Der Regierungsbezirk Oberbayern umfasst 22 Planungsbereiche mit einer Einwohnerzahl von 770.565 Personen unter 18 Jahren. Im Stadtkreis München leben 221.441 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Der kinderärztliche Planungsbereich München gilt als stark mitversorgend (Typ 1) und weist eine angepasste Verhältniszahl von 1:2.405 auf.

---

<sup>9</sup> Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Stand 1. Dezember 2016

<sup>10</sup> Versorgungsatlas Kinderärzte, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Stand Januar 2017

Handlungsbedarf aus Sicht der Landeshauptstadt München:

Aus Sicht der Stadt München muss eine kleinräumigere Bedarfsplanung angestrebt werden, die den innerstädtischen Bedarfen und Entwicklungen Rechnung trägt. Nur durch die Aufteilung großstädtischer Planungsbereiche ist eine bessere Verteilung der Arztpraxen über das Stadtgebiet zu erreichen, wie das „Berliner Modell“ belegt. In Berlin gelang es auf Basis einer freiwilligen Vereinbarung, mithilfe eines Letter of Intent (LOI), eine kleinteiligere Planung auf Ebene der zwölf Berliner Verwaltungsbezirke umzusetzen. Neben dem Demografiefaktor wurde hier auch ein Sozialindex miteinbezogen (siehe Punkt 4). Die Landeshauptstadt München empfiehlt, für die Festlegung des Umgriffes einer Planungsregion neben der räumlichen Ausdehnung generell auch Faktoren wie Einwohnerzahl, Sozialstruktur, lokale Demografie, Mitversorger-Beziehungen, Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte sowie lokale und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Planungsbereiche sollten dann alle drei bis fünf Jahre unter Berücksichtigung dieser Faktoren auf ihre Aktualität hin überprüft werden.

**2.2. Die Verhältniszahlen der haus- und kinderärztlichen Versorgung überprüfen und den aktuellen Bedarfen anpassen**

Die Grundlagen für die Berechnung der Verhältniszahlen stammen noch aus den 1990er-Jahren. Seit dieser Zeit hat sich im Behandlungsalltag nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft jedoch viel verändert. So hat die Anzahl der empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, und damit auch der Bedarf an Beratungsleistungen, deutlich zugenommen. Ebenso ist eine Zunahme an chronischen Erkrankungen zu verzeichnen, wobei immer mehr Menschen als multimorbid gelten, das heißt, an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden, und daher einen entsprechend hohen Versorgungsbedarf aufweisen. Die aktuellen Verhältniszahlen tragen dieser Entwicklung nicht in ausreichendem Maß Rechnung.

Handlungsbedarf aus Sicht der Landeshauptstadt München:

Die Landeshauptstadt München fordert daher, dass die Verhältniszahlen in der haus- und kinderärztlichen Versorgung überprüft und den aktuellen Bedarfen angepasst werden. Die Anpassung der Verhältniszahlen an den höheren Beratungsaufwand und Versorgungsbedarf könnte eine Zunahme von Haus- und Kinderarztsitzen in Großstädten wie München bedeuten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Rahmen der geplanten Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem unter anderen auch die Verhältniszahlen überprüft werden sollen. Die Ergebnisse dieses Gutachtens werden jedoch nicht vor 2018 erwartet.

**2.3. Gleichmäßigere Verteilung der Haus- und Kinderarztpraxen in der Großstadt München anstreben**



Mitverantwortlich für die lokale Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in München ist u.a. die Möglichkeit der Praxissitzverlegung innerhalb eines Planungsbereiches. Praxissitzverlegungen sind durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig. Dieser muss prüfen, ob der Praxissitzverlegung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Die Zulassungsausschüsse haben bei dieser Prüfung einen Beurteilungsspielraum. Wie bereits im Beschluss „Ambulante medizinische Versorgung in München“ (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04596 vom 07.07.2016) dargestellt, fließen in die Prüfung entgegenstehender Versorgungsgesichtspunkte verschiedene Kriterien ein. Dies sind unter anderem:

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

Grundsätzlich haben die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, Praxissitzverlegungen aus versorgungsrelevanten Gründen zu verweigern. Eine solche Entscheidung stellt jedoch immer – wie die Bedarfsplanung als solche auch – einen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte dar. Das „Berliner Modell“ zeigt jedoch, dass es gelingen kann, mithilfe einer gezielten Versorgungssteuerung eine gleichmäßigere Verteilung von Arztpraxen innerhalb eines Stadtgebiets zu erreichen (siehe Punkt 4).

#### Handlungsbedarf aus Sicht der Landeshauptstadt München:

Aus der Sicht der Landeshauptstadt München wäre es wichtig, dass Praxisverlegungen aus besser versorgten in schlechter versorgte Stadtteile stattfinden und umgekehrt Praxissitzverlegungen aus den schlechter versorgten Stadtteilen verhindert werden. Die Entscheidung hierüber obliegt jedoch dem Zulassungsausschuss, der einen Beurteilungsspielraum hat.

Mithilfe dieser Maßnahmen könnte eine gleichmäßigere Verteilung der Arztsitze erzielt und die Versorgung in neu entstehenden Stadtvierteln besser entwickelt werden. In den kommenden Jahren wird ein hoher Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand gehen. Knapp ein Drittel (31,9%) der Hausärztinnen und Hausärzte im Mittelbereich München ist 60 Jahre oder älter. Bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten liegt der Prozentsatz im Stadtkreis München bei 25,7% (Stand Januar 2017). Dieser Aspekt könnte als Chance zu einer Umverteilung der Arztpraxen genutzt werden.

## **2.4. Mitspracherechte der Kommunen in der Bedarfsplanung stärken**

Der Landeshauptstadt München obliegt die Daseinsfürsorge für ihre Bürgerinnen und Bürger. Trotz dieser Aufgabe verfügen die Kommunen und die kommunalen Spitzenverbände weder auf Landes- noch auf Bundesebene über wirksame Einflussmöglichkeiten auf die vertragsärztliche Versorgung. Hier sieht die Landeshauptstadt München dringenden Handlungsbedarf.

### Bedarfsplanungs-Richtlinie

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen und gilt als bundesweit verbindliches Steuerungsinstrument der vertragsärztlichen Versorgung. Stellungnahmeberechtigt zur Bedarfsplanungs-Richtlinie bzw. Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte sind nach § 91 Abs. 5 SGB V Bundesärztekammer (BÄK), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sowie nach § 91 Abs. 5a SGB V der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Kommunale Spitzenverbände haben derzeit kein Recht zur Stellungnahme.

### Bedarfspläne

Nach § 99 SGB V sowie § 13 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) können verschiedene Gremien und Institutionen zum Entwurf des Bedarfsplans der KVB Stellung nehmen. Stellungnahmeberechtigt sind unter anderem die kommunalen Spitzenverbände, Landesbehörden, Kranken- und Sozialversicherungsträger, Krankenhausgesellschaften sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter. Die Landeshauptstadt München selbst hat kein eigenes Mitspracherecht und kann nur indirekt über den Bayerischen Städtetag Einfluss nehmen.

Nach § 90a SGB V kann dem gemeinsamen Landesgremium<sup>11</sup> Gelegenheit gegeben werden, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne sowie zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen Stellung zu nehmen. In Bayern besitzen die vier kommunalen Spitzenverbände (Bayerischer Gemeindetag, Bayerischer Städtetag, Bayerischer Landkreistag und Bayerischer Bezirketag) im gemeinsamen Landesgremium gemeinsam jedoch nur eine Stimme.

### Handlungsbedarf aus Sicht der Landeshauptstadt München:

Die Landeshauptstadt München plädiert dafür, das Recht zur Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände zur Bedarfsplanungs-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss einzuführen.

Zudem spricht sich die Landeshauptstadt München dafür aus, dass die vier

---

<sup>11</sup> Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das Gemeinsame Landesgremium hat nach § 90a Abs. 2 SGB V und § 12 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte das Recht zur Stellungnahme.

kommunalen Spitzenverbände im Landesgremium nach § 90a SGB V jeweils eine eigene Stimme erhalten.

Durch diese Maßnahmen würde das Mitspracherecht der Kommunen in der Bedarfsplanung deutlich gestärkt werden. Die kommunalen Spitzenverbände könnten bereits zu einem frühen Zeitpunkt in die planerischen Verhandlungen miteinbezogen werden und die Weichen für eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung stellen.

### **3. Neue Bedarfsplanung der KVB**

Nach Aussage der KVB<sup>12</sup> wird derzeit an verschiedenen Lösungsszenarien für eine Teilung des Mittelbereichs München gearbeitet.

Wie unter Punkt 2.1. geschildert, ist der Mittelbereich München der größte hausärztliche Planungsbereich in Bayern und erfüllt daher bereits aufgrund seiner räumlichen Ausdehnung (mehr als 30 Kilometer) die formalen Kriterien für eine Teilung.

Die Überlegungen der KVB mit den Krankenkassen (Stand Juni 2017) gehen dahin, den Landkreis von der Stadt München abzutrennen. Des Weiteren wird diskutiert, eine weitere Unterteilung des Landkreises vorzunehmen. In wie viele Teile dieser unterteilt werden soll, steht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest. Nach Einschätzung des RGU ist jedoch davon auszugehen, dass es keine kleinteiligere Unterteilung des Stadtgebietes München im hausärztlichen Bereich geben wird. Die Versorgung in München sei ausreichend. Zudem müssten alle Planungsbereiche in Bayern gleich behandelt werden. Das Stadtgebiet München erfülle – anders als der Mittelbereich München – das Kriterium der räumlichen Ausdehnung nicht. So beträgt die Ausdehnung von Nord nach Süd lediglich 20,7 Kilometer, von Ost nach West sind es 26,9 Kilometer. Darüber hinaus lägen aufgrund der guten Verkehrsinfrastruktur die vorhandenen Versorgungsangebote im Stadtgebiet München in zumutbarer Erreichbarkeit. Für die hausärztliche Versorgung gelte gemeinhin ein Zeitbedarf von bis zu 20 Minuten für das Erreichen einer Praxis noch als vertretbar.

Eine Abtrennung des Landkreises vom Stadtgebiet München würde nach derzeitiger Einschätzung des RGU für das Stadtgebiet München keine maßgebliche Änderung der aktuellen Versorgungssituation bedeuten. Es ist davon auszugehen, dass lediglich der Versorgungsgrad geringfügig ansteigen würde, wobei noch immer eine rechnerische Überversorgung vorliegen würde. Im Landkreis München könnten nach einer Teilung gegebenenfalls zusätzliche Arztsitze gewonnen werden. Hiervon könnten unter Umständen auch die Münchner Stadtrandgebiete profitieren, da dieser Effekt eine Entlastung mit sich bringen könnte.

Das RGU teilt die erkennbare Einschätzung der KVB, dass die hausärztlichen Versorgungsangebote im Münchner Stadtgebiet in zumutbarer Erreichbarkeit liegen,

---

12 Treffen auf Arbeitsebene zum Thema „Ärztliche Versorgung in München“ am 31.05.2017 in den Räumen des RGU

nicht. Die Arztpraxen sind über das Stadtgebiet ungleich verteilt und konzentrieren sich insbesondere auf Zentren und Stadtgebiete mit besserer Sozialstruktur. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger. Gerade in Bezirken mit schwächerer Sozialstruktur sollte deshalb ein besonderer Wert auf eine angemessene und wohnortnahe medizinische Grundversorgung gelegt werden. Wie unter Punkt 2.1. ausgeführt, befürwortet die Kommune daher eine kleinräumigere Bedarfsplanung, die neben der räumlichen Ausdehnung auch Faktoren wie Einwohnerzahl, Sozialstruktur, lokale Demografie, Mitversorger-Beziehungen, Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte sowie lokale und regionale Besonderheiten berücksichtigt.

#### **4. Versorgungssteuerung nach dem „Berliner Modell“**

Das Bundesland Berlin nimmt bezüglich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssteuerung eine Vorreiterposition ein. Im Jahr 2013 verabschiedeten die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam einen Letter of Intent (LOI) auf freiwilliger Basis auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke. Ziel war es, regionale Abweichungen in der Bedarfsplanung mittels des Demografiefaktors und eines berechneten Sozialindex darzustellen und eine Versorgungssteuerung zu ermöglichen. Praxissitzverlegungen in bislang unterdurchschnittlich versorgte Bezirke sollten erleichtert und in überdurchschnittlich gut versorgte Bezirke erschwert werden. Angestrebt wurde eine verbesserte wohnortnahe Versorgung und eine Homogenisierung der Versorgungsgrade in den Verwaltungsbezirken.

Wie der Bericht der begleitenden Arbeitsgruppe Bedarfsplanung vom Juli 2016 belegt, sind in Berlin bereits erste Erfolge einer gelungenen Versorgungssteuerung zu verzeichnen. So konnte die über Jahre gewachsene Verdichtung von Arztpraxen, die sich in einigen Verwaltungsbezirken zeigte, gestoppt werden. Es kam zu einer Senkung und damit dauerhaften Abwanderung von Vertragsarztsitzen aus diesen Verwaltungsbezirken. In dem Bericht wird darauf hingewiesen, dass die Umverteilungseffekte noch nicht so hoch seien, jedoch habe ein allgemeines Umdenken bei der Übernahme von Arztsitzen stattgefunden.

Die Darstellung der Verfahrens- und Prozessabläufe sowie die Einschätzung der Übertragbarkeit des Berliner Modells auf München bedürfen verschiedener Absprachen, Recherchearbeiten sowie juristischer Prüfungen. Eine sachgerechte Behandlung des Stadtratsantrags „Hausärztinnen und Hausärzte in München. Vorteile des Berliner Modells auch für München umsetzbar?“ (Antrag Nr. 14-20 / A 03144 vom 31.05.2017) kann daher erst in der ausführlichen Sitzungsvorlage zur ärztlichen Versorgungssituation in München stattfinden, die im ersten Quartal 2018 in den

Gesundheitsausschuss eingebracht werden soll.

## **5. Zusammenfassung und Ausblick**

Die ungleiche Verteilung der haus- und kinderärztlichen Praxen über das Münchner Stadtgebiet sowie der zunehmende Ausdünnungsprozess des Versorgungsnetzes von den Stadträndern in Richtung Zentrum führen dazu, dass immer mehr Bürgerinnen und Bürger in weiten Teilen Münchens Schwierigkeiten haben, wohnortnah eine Hausärztin oder einen Hausarzt bzw. eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt zu finden. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand wird dadurch noch verschärft; den Bedarfen einer Großstadt wie München wird nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen.

**Die Landeshauptstadt München unterbreitet daher in der vorliegenden Sitzungsvorlage den nachfolgenden „4-Punkte-Plan“** mit den verschiedenen Handlungsoptionen, mit deren Hilfe eine Verbesserung der haus- und kinderärztlichen Versorgung in der Großstadt München erreicht werden könnte. **Der „4-Punkte-Plan“ umfasst:**

- 1. eine kleinräumigere Bedarfsplanung,**
- 2. eine Anpassung der Verhältniszahlen,**
- 3. eine gleichmäßigere Verteilung von Arztpraxen im Stadtgebiet sowie**
- 4. eine Stärkung des Mitspracherechts der Kommunen und ihrer Verbände in der Bedarfsplanung.**

Die Landeshauptstadt München wird sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für diese Vorschläge einsetzen und u.a. beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, beim Bayerischen Städtetag sowie bei der KVB für deren Realisierung eintreten. Um die Punkte umsetzen zu können, bedarf es jedoch gesetzlicher Änderungen sowie der Unterstützung der Ärzteschaft und der Krankenkassen.

Es ist geplant, den Stadtrat über die Entscheidungen des gemeinsamen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern zur Bedarfsplanung zu informieren.

Die Landeshauptstadt München setzt große Hoffnungen auf die geplante Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 23.07.2015 in Kraft getreten ist, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beauftragt. Der Gesetzgeber verfolgt das Ziel, die Möglichkeiten einer kleinräumigeren Bedarfsplanung zu prüfen, um eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung zu fördern. Gleichzeitig sollen die bestehenden Verhältniszahlen unter Berücksichtigung von Sozial- und Morbiditätsstrukturen<sup>13</sup>

---

13 Morbidität = Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe

überprüft werden. Maßgeblich wird hierbei zunächst ein Gutachten sein, welches der Gemeinsame Bundesausschuss zur Klärung der wesentlichen Fragen zur Überarbeitung der Richtlinie in Auftrag gegeben hat. Es wird allerdings nicht vor 2018 mit den Ergebnissen des Gutachtens gerechnet, welche als Grundlage für eine veränderte Bedarfsplanungs-Richtlinie dienen sollen.

Die Beschlussvorlage ist mit der Gleichstellungsstelle 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 haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.


## **II. Antrag der Referentin**

1. Der Gesundheitsausschuss nimmt den Vortrag der Referentin zur Kenntnis.
2. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die im „4-Punkte-Plan“ aufgezeigten Handlungsoptionen zur Verbesserung der haus- und kinderärztlichen Versorgung in München weiterzuverfolgen und sich für deren Realisierung einzusetzen. Der „4-Punkte-Plan“ umfasst:
  1. eine kleinräumigere Bedarfsplanung,
  2. eine Anpassung der Verhältniszahlen,
  3. eine gleichmäßigere Verteilung von Arztpraxen im Stadtgebiet sowie
  4. eine Stärkung des Mitspracherechts der Kommunen und ihrer Verbände in der Bedarfsplanung.
3. Der Antrag Nr. 14-20 / A 02283 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar, Frau StRin Birgit Volk vom 06.07.2016 bleibt aufgegriffen.
4. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03043 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk

vom 11.04.2017 ist damit geschäftsordnungsmäßig erledigt.

5. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03143 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar vom 31.05.2017 ist damit geschäftsordnungsmäßig erledigt.
6. Der Antrag Nr. 14-20 / A 03144 von Herrn StR Dr. Ingo Mittermaier, Frau StRin Kathrin Abele, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Haimo Liebich, Frau StRin Birgit Volk, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar vom 31.05.2017 bleibt aufgegriffen.
7. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

### III. Beschluss

nach Antrag. Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten. 



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).