

ZUM THEMA

In jedem Haus ein Arzt?

KVB informierte bei der 125. Delegiertenversammlung über die aktuelle Bedarfsplanung

Theoretisch gilt München als medizinisch überversorgt. Neue Arztstellen in unterversorgten Stadtteilen wie Riem oder dem Hasenberg zu schaffen, ist daher nicht so einfach. Bei der 125. Delegiertenversammlung erläuterten Dr. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), und Adelheid Röben, Teamleiterin Strategische Sicherstellung bei der KVB, die gesetzlichen Hintergründe und die Planung.

Wer in Schwabing oder in der Innenstadt lebt, kann meist in der Nähe eine Hausärztin oder einen Kinderarzt finden. Doch was tun, wenn man in Riem, Milbertshofen oder auf dem Hasenberg wohnt? Ab in die U-Bahn? Nicht leicht, wenn das Kind schreit, weil es krank ist und Schmerzen hat. Die Stadt München beklagt, dass es etwa in Riem derzeit keinen einzigen Kinderarzt und keine -ärztin gibt (s. MÄA 02/2017). Doch die Zahl der Arztstellen in München ist festgeschrieben.

Grundlage der Versorgung mit Arztstellen in Deutschland sei die vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedete und bundesweit geltende Bedarfsplanungsrichtlinie, erläuterte Adelheid Röben bei der 125. Delegiertenversammlung. Diese sei

auch für Bayern und München bindend. Von dieser Richtlinie abzuweichen sei nur bei versorgungsrelevanten regionalen Besonderheiten möglich, die dies rechtfertigen. Zudem müsse es im Einvernehmen mit den Krankenkassen geschehen, und die Abweichung müsse rechtssicher widerspruchsfrei und begründbar sein – Vorgaben, die nicht leicht zu erfüllen seien.

Planerische Vorgaben: Verhältniszahl und Mittelbereiche

Wie viele Einwohner auf einen Hausarzt kommen, bestimme in Deutschland die „allgemeine Verhältniszahl“: Auf dieser Grundlage rechne man deutschlandweit für 1.671 Einwohner einen Hausarzt. Darunter fielen neben den Allgemeinärzten die prak-

tischen Ärzte und die hausärztlichen Internisten. Angepasst werde die Verhältniszahl allerdings an die Bevölkerungsstruktur: In Gegenden mit einer älteren Bevölkerung sinke die Zahl, da man bei älteren Menschen mit einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung rechne.

Für die hausärztliche Versorgung in München sei es der KVB aber gelungen, regionale Besonderheiten festzustellen, die eine Umstrukturierung möglich machten: Denn der hausärztlichen Planung lägen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung festgelegte Gebiete zu Grunde, die sogenannten „Mittelbereiche“. Und da viele dieser Mittelbereiche in Bayern lange Zeit deutlich größer gewesen seien als der durchschnittliche deutsche Mittelbereich, habe man begonnen, sie neu zu untergliedern. Bei der fachärztlichen Versorgung sei es hingegen nicht gelungen, eine derartige Besonderheit festzustellen.

Veränderungen im Hausarztbereich

44 der bisher insgesamt 137 hausärztlichen Mittelbereiche in Bayern hätten eine Ausdehnung von über 30 Kilometern. Da dies relativ viel sei, habe die KVB in Abstimmung mit den Krankenkassen bis Ende 2016 bereits 43 Mittelbereiche in weitere Unterbereiche aufgeteilt. Dabei habe sie folgende Kriterien zu Grunde gelegt: Unterbereiche müssten stets mehr als 10.000 Einwohner umfassen, dürften aber eine Ausdehnung von 30 Kilometern nicht überschreiten, damit die Distanzen, die Patienten zum Arzt zurücklegen müssen, nicht zu groß werden. Auch wenn ein Mittelbereich eine Großstadt mit mindestens 50.000 Einwohnern umfasse, werde für die Großstadt separat geplant. Bei der Planung würden außerdem Verwaltungsbereiche, Patientenströme, Verkehrsanbindungen und geografische Besonderheiten, etwa Flussverläufe, berücksichtigt. Der Mittelbereich München, bestehend aus Stadt und Landkreis sowie einzelnen Gemeinden angrenzender Landkreise, sei bis jetzt jedoch noch nicht geteilt worden. Da die Stadt München mehr als 50.000 Einwohner umfasse, werde sie voraus-

Foto: Ina Köber



sichtlich ab November 2017 als eigener Mittelbereich geplant. Die Stadt in weitere Bereiche aufzuteilen, sei allerdings nicht möglich. Denn mit ihren knapp 20 Kilometern Durchmesser liege München unterhalb der für eine Teilung festgelegten Ausdehnungsgrenze von 30 Kilometern. Außerdem seien die Hausärzte innerhalb Münchens gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Auswirkungen weite-

rer Zulassungsmöglichkeiten seien daher „nicht tragbar“.

Kaum Veränderungsmöglichkeiten bei den Fachärzten

Bei der Planung von Facharztsitzen sind laut Röben aktuell keine Veränderungen geplant oder begründbar. Denn hierfür würden nicht, wie bei den Hausärzten, die Mittelbereiche als Bezugsgröße zu Grunde

gelegt, sondern die Landkreise oder kreisfreien Städte. Bayernweit gebe es daher für die allgemeine fachärztliche Versorgung, etwa mit Augenärzten, Nervenärzten, Frauenärzten oder eben Kinderärzten, nur insgesamt 79 Planungsbereiche.

Bei Kinderärzten werde auf Basis der Einwohner unter 18 Jahren geplant. Da Pädiater in München den Landkreis teilweise mitversorgen müssten, gelte für die Stadt



Adelheid Röben (Fotos: I. Koker)



Dr. Wolfgang Krombholz



Dr. Peter Hoffmann



Philipp Schoof

bereits eine geringere Verhältniszahl von etwa 2.400 Kindern pro Kinderarzt als für den Landkreis. Denn der Landkreis müsse vor allem die eigenen Bewohner und ein paar Kinder der angrenzenden Landkreise versorgen. Daher werde für ihn aktuell mit etwa 3.500 Kindern pro Kinderarzt geplant.

Überforderung durch steigende Geburtenraten und neue „Retortenstädte“

Über die haus- und vor allem kinderärztliche Versorgung in München wurde anschließend rege diskutiert. Für Lacher sorgte Dr. Krombholz mit seiner Aussage, in Schwabing gelte teilweise der Grundsatz „die hausärztliche Versorgung ist gesichert – es gibt in jedem Haus einen Arzt“. In anderen Stadtteilen sehe es hingegen anders aus.

„Die Stadt baut unheimlich viel“, sagte ein Sprecher, „Riem ist dafür das beste Beispiel.“ Viele Familien mit Kindern zögen in die neuen Retortenstädte. Und auch im Westen würden derzeit viele neue Wohnungen geplant. „Wir schaffen es aber beim besten Willen nicht, diese Zuzugszahlen nach München und die steigende Geburtenrate zu bewältigen“, sagte er. Viele Kollegen und Kolleginnen hätten daher mittlerweile aufgegeben. Gleichzeitig gingen immer mehr Kolleginnen aus familiären Gründen dazu über, sich Sitze zu teilen, dürften aber nur eine beschränkte Anzahl an Kassenpatienten versorgen, ohne gegenüber der KV auffällig zu werden. „Ich finde es ein Unding in einer so reichen Stadt, dass Eltern mit ihrem kleinen Baby eine halbe Stunde mit der U-Bahn fahren müssen, um zu einem Kinderarzt zu kommen“, sagte der Sprecher. „Es ist kein Goodwill, was wir hier machen“, erwiderte Krombholz, „es gibt Regeln, an die wir uns halten müssen.“ Laut diesen Regeln seien die Kinderarztzahlen für München erfüllt. Die Frage sei jedoch, ob man über andere Wege, etwa über Filialpraxen, die Versorgung verbessern könne. Es gebe Spielräume, aber diese müssten anders organisiert werden. Derzeit werde daher in einer Umfrage von der KVB die subjektive und objektive Situation der Kinderärzte erfragt. „Mit der jetzigen Systematik haben wir aber wenig Möglichkeiten, etwas zu ändern und dabei unangreifbar zu bleiben. Grundsätzlich bleibt das Problem, dass Mobilität gefordert ist“.

Finanzielle Ursachen für teilweise Unterversorgung?

Ein Delegierter gab zu bedenken, dass auch andere Facharztpraxen wie etwa psychiatrische Praxen überlaufen seien. Gleichzeitig werde es immer schwerer, die eigene psychiatrische Praxis beim Renteneintritt zu verkaufen. In München fänden sich als Interessenten vor allem Neurologen, keine Psychiater.

Dass die kassenärztliche Vereinigung es im Zulassungsausschuss unterstütze, Sitze in schlecht versorgten Gebieten zu erhalten bzw. Ärzten dabei helfe, sich mit ihrer bestehenden Praxis in einem solchen Gebiet niederzulassen, bestätigte ein im Zulassungsausschuss tätiger Redner. Er frage sich aber, warum niemand die eigene Praxis in bestimmte Bezirke verlegen wolle, obwohl es dort massenweise potentielle Patienten gebe: „Ist es ein finanzielles Problem? Sind es die Mieten in München, oder die Personalkosten? Wirft der einheitliche Bewertungsmaßstab zu wenig ab? Oder kann man woanders mehr verdienen?“.

Mit gewissen Regeln müsse man einfach leben, antwortete Krombholz, und Gesetze ließen sich nicht von heute auf morgen ändern, auch wenn es finanziell natürlich immer besser aussehen könne. Er nannte das Beispiel eines Kinderarztsitzes im Hasenberg, den niemand habe übernehmen wollen, obwohl die KVB verzweifelt versucht habe, den Sitz dort zu halten. Dass dafür möglicherweise der Mangel an Privatpatienten im Hasenberg verantwortlich sei, sei zu vermuten. Damit der Sitz für München nicht vollkommen verloren gehe, habe man damals im Zulassungsausschuss beschlossen, ihn in einen anderen Stadtteil zu verlegen.

Forderungen an die Politik

Die Ärzteschaft müsse politischer werden, forderte ein weiterer Redner. Die Stadt München könne doch einem künftigen Kinderarzt in Riem für fünf oder zehn Jahre die nötigen Räume zur Verfügung stellen, ihm aber gleichzeitig ermöglichen, diese Räume später wieder zu verlassen. Kreativität in der Politik sei gefordert. „Es ist nicht alleine unsere Aufgabe, Millionen von Bürgern zu versorgen“, sagte der Redner.

Praxen dürften nicht von unterversorgten in überversorgte Gebiete verlegt werden, forderte ein weiterer Sprecher. Es sei nicht

hinnehmbar, dass in unterprivilegierten Stadtteilen mehrere tausend Einwohner von einem Arzt versorgt würden, während es anderswo 250 Einwohner seien. Bestehende gesetzliche Steuerungsmöglichkeiten würden in München nicht genutzt. So gebe es in Berlin einen Letter of Intent, der die Verlegung von Praxen von unterversorgten in überversorgte Stadtteile verhindere. In München hingegen würden immer mehr billige Kleinpraxen in unterversorgten Gebieten aufgekauft und in überversorgte Gebiete verlegt, wo sie dann an Medizinische Versorgungszentren angegliedert und dadurch „überbläht“ würden.

Sisyphusarbeit wird weitergeführt

Krombholz erwiderte, dass die Zulassungsausschüsse auch ohne Letter of Intent diese Praxisverlegungen möglichst verhindernen, dass dies aber nicht möglich sei, wenn, wie im genannten Fall, dort niemand Interesse an den jeweiligen Standorten habe. „Diese Gegebenheiten über die Gesetze zu beeinflussen ist Sisyphusarbeit, aber wir tun dies“, sagte Krombholz. Zusätzlich sei es wichtig, jeden Praxissitz individuell zu betrachten.

In weiteren Tagesordnungspunkten ging es bei der Delegiertenversammlung um das Protokoll der vergangenen Sitzung und um den Jahresabschluss 2016. Ein Antrag von Prof. Dr. Wulf Dietrich, die Zahl der Bettensperrungen an den Kliniken regelmäßig durch den ÄKBV zu veröffentlichen, wurde an den Vorstand des ÄKBV überwiesen. Dieser befasste sich am 4. April mit diesem Antrag und beschloss, zu diesem Thema die Einberufung einer Sitzung des „Runden Tisches Notfallversorgung in der Landeshauptstadt München“ zu beantragen.

Stephanie Hügler

Mit dem Smartphone zur Online-Version der MÄA

