

Gesundheitsökonomisches Gutachten zu den Gründungs-Möglichkeiten von „Kommunalen Medizinischen Versorgungszentren“

Gutachten im Auftrag der



**ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG
BAYERN
KURT EISNER
VEREIN**



DIE LINKE.
im Münchner Stadtrat

**Prof. Dr. Günter Neubauer
Katharina Wolfenstetter, MSc**



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München

Oktober 2021

Vorwort

Liebe Leser*innen,

Corona hat es uns noch einmal schmerzlich ins Bewusstsein gerufen: Gesundheit und Armut sind zwei Seiten derselben Medaille. Denn geringes Einkommen, beengte Wohnverhältnisse, Stress und Diskriminierungserfahrungen beeinflussen, wie alt wir werden und wie gesund wir leben können. Das bedeutet zum Beispiel für die Landeshauptstadt, dass sich insbesondere Münchner*innen aus sozial benachteiligten Stadtteilen nicht nur häufiger mit Corona anstecken, sondern sie auch ein höheres Risiko für einen besonders schweren Krankheitsverlauf haben und sie von einer höheren Hospitalisierungsrate betroffen sind. Diese soziale Ungleichheit wird durch eine unzureichende haus- und kinderärztliche Versorgung in den benachteiligten Stadtteilen verschärft und zeigt sich in allen großen Städten der Bundesrepublik in ähnlicher Weise.

Aus diesen Beweggründen haben wir die Frage bearbeitet, wie und unter welchen Rahmenbedingungen Kommunen medizinische Versorgungszentren gründen können. Das Ziel der lokalen Gesundheitszentren ist die Bekämpfung dieser sozialen Ungleichheit. Mit den Versorgungszentren soll die mangelhafte medizinische Infrastruktur ausgeglichen und eine problemorientierte und ganzheitliche Betreuung sichergestellt werden, die auch der sozialen Dimension von Gesundheit gerecht wird.

Diese Frage beschäftigt aber nicht nur den städtischen Bereich. Durch den Mangel an Hausärzt*innen auf dem Land, ist die ärztliche Versorgung auch im ländlichen Raum für Kommunalpolitiker*innen ein brisantes Thema.

Mit dem vorliegenden wissenschaftlichen Gutachten wird deutlich, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, integrierte Versorgungszentren in kommunaler Hand zu gründen. Die Hürden sind bewältig- und leistbar für Kommunen. Dieses Instrument ist Kommunen seit dem Jahr 2015 gegeben. Wesentlich ist dabei eine ganzheitliche Betrachtung, in deren Kern die

Verbindung von medizinischem Versorgungszentrum und anderen Einrichtungen, wie zum Beispiel Räumen für Selbsthilfe, steht.

Eines machen die aktuellen Zahlen aber auch deutlich: Für Investoren sind medizinische Versorgungszentren derzeit eine sehr lukrative Anlagemöglichkeit. Doch wenn sich private Investoren nun in die ambulante Versorgung einkaufen, wird die Privatisierung des Gesundheitssystems fortgesetzt. Eine Privatisierung des Gesundheitssystems hat bei den Krankenhäusern schon stattgefunden. Nun gilt es, für die kommunale Ebene bei der ambulanten Versorgung nachzusteuern. Im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung und nicht eines profitorientierten Systems.

Das vorliegende Gutachten ist am Beispiel Münchens konzipiert, die Ergebnisse sind allerdings auf viele Städte und Regionen in der Bundesrepublik übertragbar.

Mit solidarischen Grüßen



Stefan Jagel
Fraktionsvorsitzender, DIE LINKE
im Stadtrat München



Niklas Haupt
Rosa Luxemburg Stiftung Bayern -
Kurt Eiserner Verein

November 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangssituation	1
2. Zielsetzung des Gutachtens	2
3. Stand und räumliche Verteilung der ambulant-medizinischen Versorgung in der Landeshauptstadt München	2
3.1 Gesundheitsunterschiede in München am Beispiel Diabetes	2
3.2 Wohnort und Wohnverhältnisse als Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten	5
3.3 Stand der innerstädtischen vertragsärztlichen Versorgung in München	8
3.4 Stand der innerstädtischen allgemeinärztlichen Versorgung in München.....	9
3.5 Steuerung der Ärzteverteilung.....	11
4. Einflussmöglichkeiten der Kommune auf die regionale Verteilung der medizinischen Versorgungseinrichtungen	13
4.1 Rechtliche Ausgangslage.....	13
4.2 Infrastrukturmaßnahmen als mittelbares Steuerungsinstrument.....	14
5. Voraussetzungen zur Gründung und Betreibung von kommunalen Gesundheitszentren (in München)	15
5.1 MVZ als unmittelbares Steuerungselement	15
5.2 Möglichkeiten der Gründung und Betreibung von MVZ	18
5.3 Verfügbare Vertragsarztsitze als Engpass.....	20
5.4 Konkrete Möglichkeiten für die Stadt München.....	22
6. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen	24
7. Literaturverzeichnis	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zuordnung der standardisierten Diabetesprävalenz der 16 dreistelligen PLZ auf die 25 Stadtbezirke (rosa) in München [2].....	3
Abbildung 2:	Zuordnung der DMP-Beteiligung der 16 dreistelligen PLZ auf die 25 Stadtbezirke in München (rosa).....	5
Abbildung 3:	Diabetessituation und wichtige wohnortabhängige Einflussgrößen mit Korrelationskoeffizienten [4].....	6
Abbildung 4:	Zusammenhang zwischen Corona-Infektionen und Diabetesprävalenzen in München nach 3-stelliger PLZ	7
Abbildung 5:	Ärztedichte - Anzahl der Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt [11].....	9
Abbildung 6:	Ärztedichte - Anzahl der Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin [3].....	10
Abbildung 7:	Kommunales Gesundheitszentrum mit einem MVZ im Mittelpunkt	15
Abbildung 8:	Anzahl der MVZ – zeitliche Entwicklung im Bund [20].....	16
Abbildung 9:	Anzahl der MVZ in den Jahren 2019 und 2018 - regionale Verteilung [20]	16
Abbildung 10:	Entwicklung der in MVZ tätigen Ärzt*innen im Zeitraum 2004-2018 [21].....	17
Abbildung 11:	Entwicklung von MVZ (Gesamtzahl) und Krankenhaus MVZ im Zeitraum 2004-2019 [21]	19

Abkürzungsverzeichnis

DMP	Disease Management Programm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
IfG	Institut für Gesundheitsökonomik
KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGZ.....	Kommunales Gesundheitszentrum
KV.....	Kassenärztliche Vereinigung
KVB.....	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
MVZ.....	Medizinisches Versorgungszentrum
PLZ.....	Postleitzahl
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

1. Ausgangssituation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ [1]. Die WHO zählt weiterhin die Gesundheit zu den Grundrechten jedes Menschen, unabhängig von seiner ethnischen Zugehörigkeit oder seiner wirtschaftlichen sowie sozialen Stellung. Auch das Ziel eines gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen für alle ist fest in der politischen Agenda der Weltgesundheitsorganisation verankert [2].

Der Begriff Zugang beinhaltet dabei unter anderem die räumlich-zeitliche Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen. Demnach soll es allen Menschen möglich sein, angemessene Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen, unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem sozialen Status oder ihrer ethnischen Zugehörigkeit. Der wohnortnahe Zugang zur Gesundheitsversorgung ist auch in Deutschland als wichtiges gesellschaftspolitisches Ziel gesetzlich verankert, um gleichwertige Lebensverhältnisse zwischen den Regionen zu gewährleisten (*Art 72 Abs 2 GG*).

Jedoch bestehen trotz des Ziels deutliche wohnortabhängige Unterschiede in der Gesundheitssituation in Deutschland. Es zeigen sich regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern, doch sind für eine genaue Bestimmung der bestehenden Verhältnisse und Risikofaktoren tiefergehende räumliche Analysen notwendig [3]. In innerstädtischen Analysen für die Stadt München konnten zwischen den Stadtbezirken deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung festgestellt werden [4].

Diese deutlichen Unterschiede hängen einerseits mit den Lebensverhältnissen zusammen, andererseits aber auch mit der Gesundheitsversorgung, die in München ebenfalls ungleich verteilt ist. Hier ist vor allem eine wohnortnahe allgemeinärztliche Versorgung zu garantieren, die unter anderem durch medizinische Versorgungszentren (MVZ), das sind Einrichtungen in denen mehrere ambulant tätige Ärzt*innen zusammenarbeiten, bereitgestellt werden kann. Inwiefern eine Kommune die Gesundheitsversorgung hier durch die Gründung von MVZ steuern kann, soll im weiteren Verlauf des Gutachtens erläutert werden.

2. Zielsetzung des Gutachtens

Mit diesem im vorherigen Abschnitt dargestellten Hintergrund werden im weiteren Verlauf des Gutachtens drei zentrale Fragestellungen bearbeitet.

1. Wie sind der Zustand und die räumliche Verteilung der ambulant-medizinischen Versorgung in der Landeshauptstadt München?
2. Welche Einflussmöglichkeiten hat eine Kommune auf die Verteilung der ärztlichen Versorgung, um dem Ziel der wohnortnahen Versorgung nahe zu kommen?
3. Unter welchen Voraussetzungen kann eine Kommune ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen und betreiben?

3. Stand und räumliche Verteilung der ambulant-medizinischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

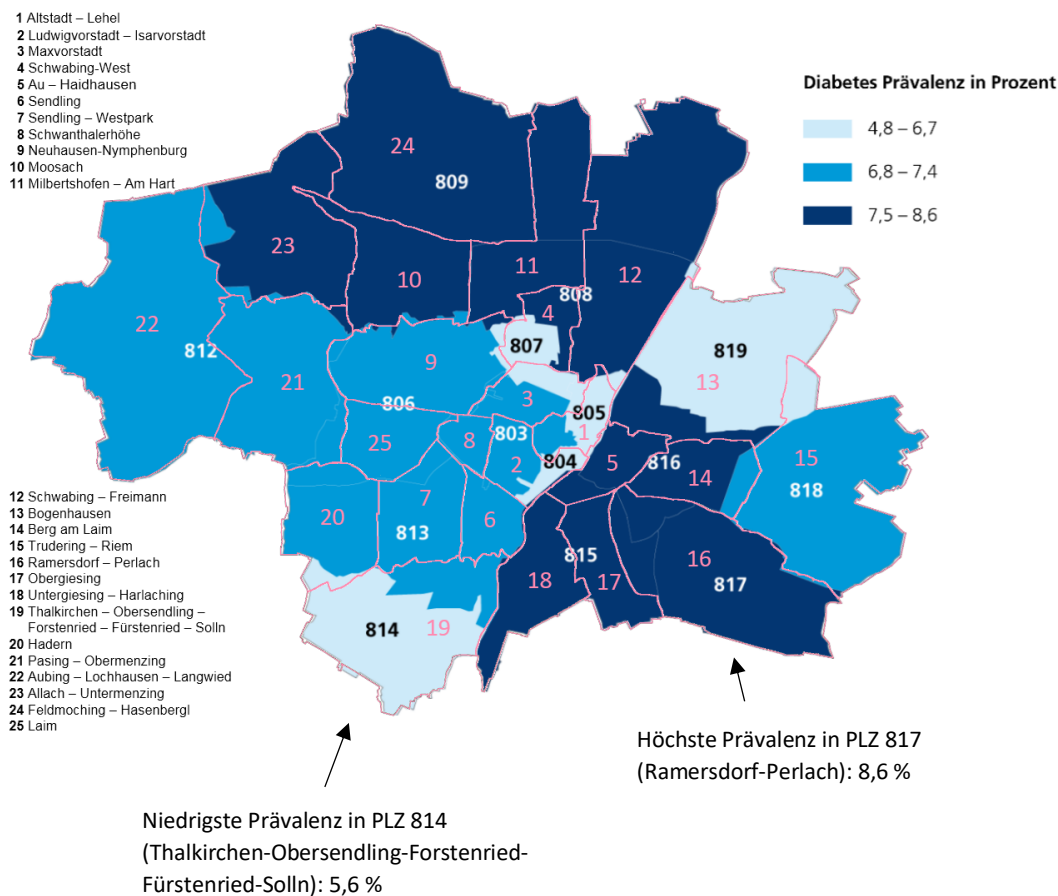
3.1 Gesundheitsunterschiede in München am Beispiel Diabetes

Vor dem Hintergrund, die lokale Diabetessituation und damit den Gesundheitszustand in München zu untersuchen, hat das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) eine Studie durchgeführt, die die Situation der innerstädtischen Diabetessituation von München erfasst und auf mögliche wohnortabhängige Differenzen untersucht hat. Dabei ergaben sich erhebliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken in der Prävalenz der Diabeteserkrankung [4]. Die Untersuchung basiert auf aggregierten Daten großer Krankenkassen aus dem Jahr 2018, mit der rund 40 % der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Stadt München erfasst wurden. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Untersuchung als repräsentativ für München gelten.

Die Ergebnisse zeigen zwischen den einzelnen Stadtbezirken Münchens erhebliche Unterschiede in der Diabetesprävalenz auf (Abbildung 1). Während sich die niedrigste Prävalenz mit 5,6 % in der dreistelligen Postleitzahl (PLZ)-Region 814 (Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln) präsentiert, zeigt sich zur höchsten Prävalenz

von 8,6 % in der PLZ 817 (Ramersdorf-Perlach) eine Steigerung von 54 %. Die eigentlich niedrigste Prävalenz von 4,8 % in der dreistelligen PLZ 805 wurde hier aufgrund weniger Versicherter im Innenstadtbereich von der Analyse ausgeschlossen [4].

Abbildung 1: Zuordnung der standardisierten Diabetesprävalenz der 16 dreistelligen PLZ auf die 25 Stadtbezirke (rosa) in München [2]



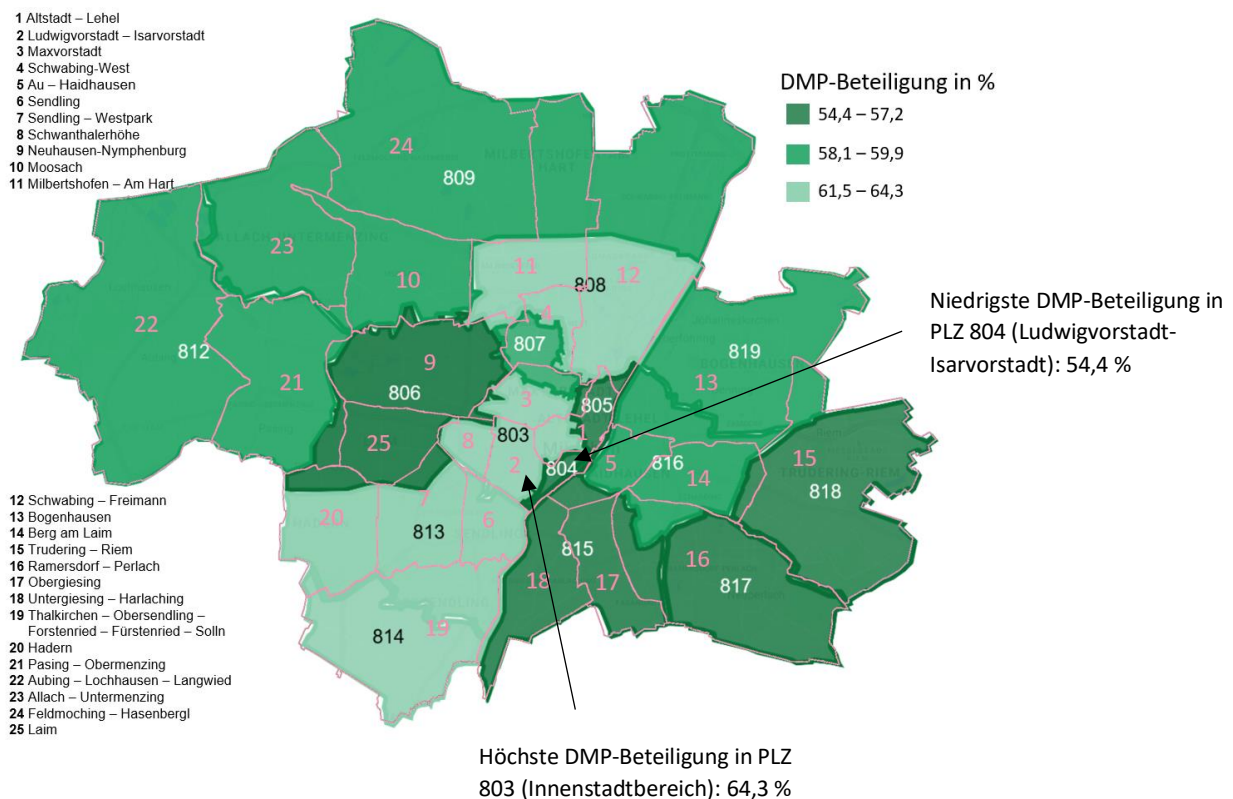
Innerhalb näher betrachteter Bezirke konnten sogar noch größere Unterschiede in der Diabetesprävalenz gezeigt werden, hier festgestellt anhand der fünfstelligen PLZ. In Ramersdorf-Perlach, mit ca. 120.000 Einwohner*innen der bevölkerungsstärkste Bezirk in München [5], zeigte sich zwischen den fünfstelligen PLZ-Bereichen innerhalb des Bezirks eine Differenz in der Diabetesprävalenz von 5,4 Prozentpunkten, bzw. 75 % [4]. Damit wird herausgehoben, dass sich auch innerhalb der Stadtbezirke große Unterschiede finden lassen und kleinräumige Analysen wichtig sind, um kritische Bereiche lokal identifizieren zu können.

Allen diagnostizierten Diabetespatient*innen steht die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm, einem sogenannten Disease Management Programm (DMP), offen.

Das DMP sieht vor, dass Patient*innen regelmäßig auf ihren Gesundheits- bzw. Krankenstand hin untersucht werden. Dazu gehört die Messung der jeweiligen Zuckerwerte, aber beispielsweise auch eine Inspektion der Füße, um das Risiko einer Amputation frühzeitig zu erkennen, bzw. zu vermeiden. Für die Behandlung von Patient*innen im Rahmen des DMP erhalten Ärzt*innen ebenso wie Krankenkassen eine sogenannte Organisationspauschale. Es ist also medizinisch empfohlen, dass sich Diabetespatient*innen in dem DMP einschreiben und teilnehmen. Im Rahmen der Diabetesstudie in München wurde auch die Teilnahme an dem DMP abgefragt.

Die Teilnahme an dem strukturierten DMP Diabetes schwankt zwischen den Bezirken in München erheblich, wie in der nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt ist. Von dem Ziel einer Teilnahmequote von 100 % sind alle Münchner Bezirke noch merklich entfernt. In Deutschland beläuft sich die DMP-Beteiligung unter Typ 2 Diabetikern auf ca. 63,5 %, mit mindestens 6,9 Millionen diagnostizierten Diabetikern [6] und 4,4 Millionen Versicherten eingeschrieben im DMP [7]. Mit einem Durchschnitt von 59,0 % liegt München somit unter dem deutschen Durchschnitt und zeigt hier Verbesserungspotential. Diese sichtbaren Unterschiede in der Teilnahme am DMP Diabetes deuten auch auf medizinische Versorgungslücken hin.

Abbildung 2: Zuordnung der DMP-Beteiligung der 16 dreistelligen PLZ auf die 25 Stadtbezirke in München (rosa)



3.2 Wohnort und Wohnverhältnisse als Erklärungsfaktoren für unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten

Im Rahmen der Studie konnte außerdem gezeigt werden, dass zwischen den stark unterschiedlichen Diabetesprävalenzen nach Wohnort und verschiedenen wohnortabhängigen Einflussfaktoren ein Zusammenhang besteht. Hierzu wurden Kennzahlen auf Bezirksteilebene für drei ausgewählte Stadtbezirke mit der Diabetesprävalenz korreliert, wobei vor allem beim Übergewicht bei Schulkindern ($r = 0,74$, $p = 0,010$), bei der Arbeitslosendichte ($r = 0,59$, $p = 0,026$) und bei der Migrationshintergrundquote ($r = 0,53$, $p = 0,090$) ein positiver Zusammenhang mit der Diabetesprävalenz gezeigt werden konnte (Abbildung 3). Dies deutet darauf hin, dass strukturschwächere Regionen eine höhere Diabetesprävalenz aufweisen und umgekehrt [4].

Abbildung 3: Diabetessituation und wichtige wohnortabhängige Einflussgrößen mit Korrelationskoeffizienten [4]

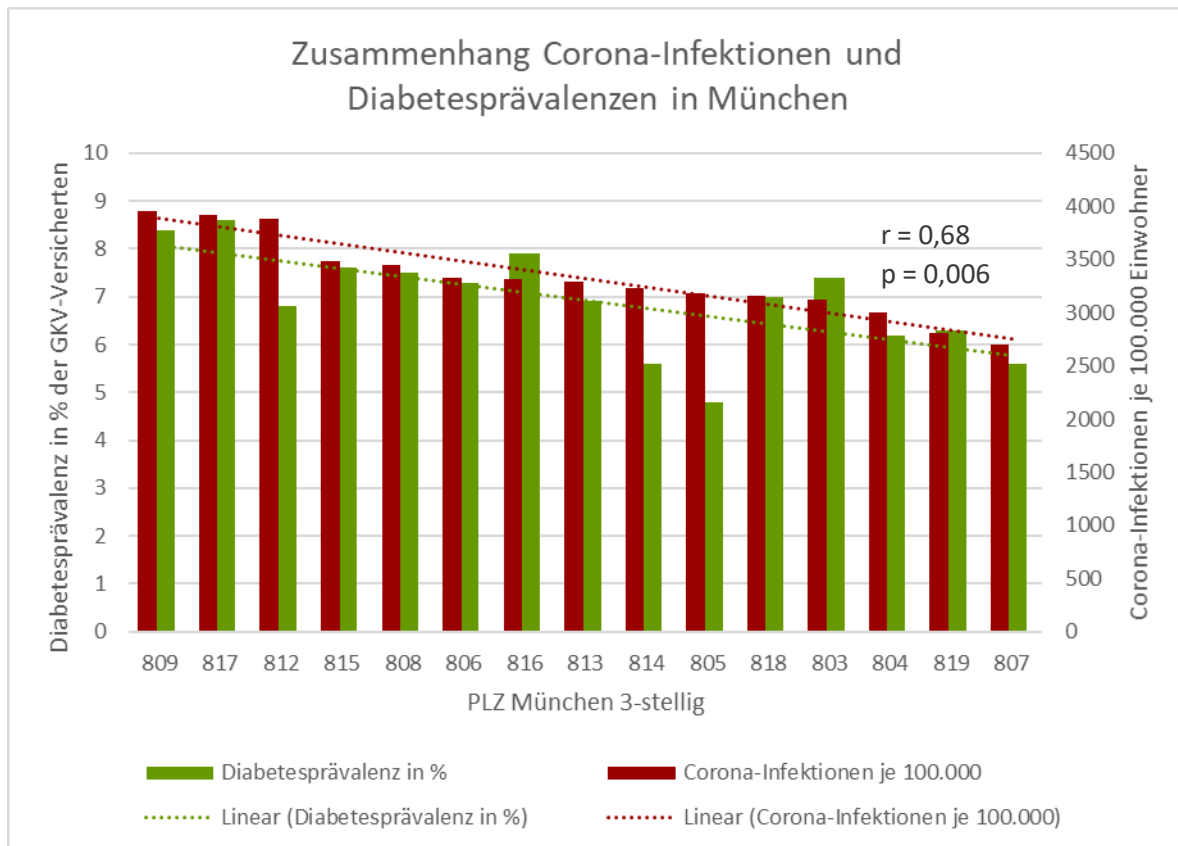
► **Tab. 2** Diabetessituation und wichtige wohnortabhängige Einflussgrößen in den 3 ausgewählten Stadtbezirken mit Korrelationskoeffizienten.

Stadtbezirke/-teile	Diabetesprävalenz (%)	DMP-Beteiligung (%)	Übergewicht bei Schulkindern (%) [20]	Arbeitslosen-dichte ¹ (%) [28]	Migrationshintergrundquote ² (%) [29]	Arztdichte (Einwohner je Arzt) [30]	Mietpreise (Nettokaltmiete pro qm) [31]
München gesamt (25)	7,3	59,0	9,1	3,3	45,1	391	11,72 €
Ramersdorf-Perlach (5)	8,6	57,2	10,8	4,3	55,9	798	10,35 €
Milbertshofen-Am Hart (4)	7,5	61,5	10,1	4,2	62,0	1533	11,05 €
Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln (5)	5,6	63,9	7,5	3,1	43,2	486	11,52 €
Korrelation mit Diabetesprävalenz (r)		-0,27	0,74	0,59	0,53		-0,47
p-Wert		0,351	0,010	0,026	0,090		0,051

1 Arbeitslosendichte = „Anteil der Arbeitslosen an den Einwohnern im Alter von 15 bis unter 65 Jahren (in %)“ 2017 [28]
2 Migrationshintergrundquote = „Anteil aller Personen mit Migrationshintergrund (Deutsche mit Migrationshintergrund und Nichtdeutsche) an der gesamten Hauptwohnsitzbevölkerung in Prozent“ 2019 [29]

Die Erkrankung an Diabetes kann als Stellvertreter des Gesundheitszustands der Bevölkerung gesehen werden. Diabetes ist direkt mit sozialer Deprivation korreliert und die Diagnose Diabetes tritt häufig mit Komorbiditäten, wie Herz-Kreislauf-erkrankungen auf [8]. Selbst Coronainfektionen zeigen einen positiven Zusammenhang ($r = 0,68$, $p = 0,006$) mit der Diabetesprävalenz in den Münchner PLZ-Bereichen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Corona-Infektionen und Diabetesprävalenzen in München nach 3-stelliger PLZ



Quelle: IfG München 2021, eigene Berechnungen; Gesundheitsreferat München, 2021 [9]

* kumulierte Covid-Fälle bis zum 31.03.2021 je 100.000 Einwohner*innen, vorläufige Berechnungen, 10,5 % konnten keinem Stadtbezirk zugeordnet werden

Zusammengefasst bedeutet dies, dass sich Erkrankungen wie Diabetes, Corona-Infektionen und auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen regional ähnlich verteilen und wohl von ähnlichen oder gleichen wohnortabhängigen Faktoren beeinflusst werden. Es zeigt sich also in München, dass es zwischen den einzelnen Stadtbezirken erhebliche Unterschiede in der Gesundheitssituation gibt, die sich unter anderem mit sozioökonomischen Merkmalen erklären lassen [4]. Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren tendenziell noch verstärken, da gerade in den sozialschwächeren Stadtbezirken am Stadtrand Münchens mit einem deutlichen Bevölkerungswachstum bis 2040 gerechnet wird [5,10].

Somit stellt sich ein erhebliches kommunales Verbesserungspotential dar, das vor allem in der kommunalen Infrastruktur und Wohnungsbaupolitik angegangen werden sollte. Insbesondere

sind bei der Projektierung neuer Siedlungs- und Wohngebiete frühzeitig entsprechende Maßnahmen zu planen. Erforderlich ist es, die kommunale Gesundheitspolitik mit der medizinisch-ärztlichen Versorgungsstruktur so zu koordinieren, dass diese sich gegenseitig ergänzen bzw. unterstützen.

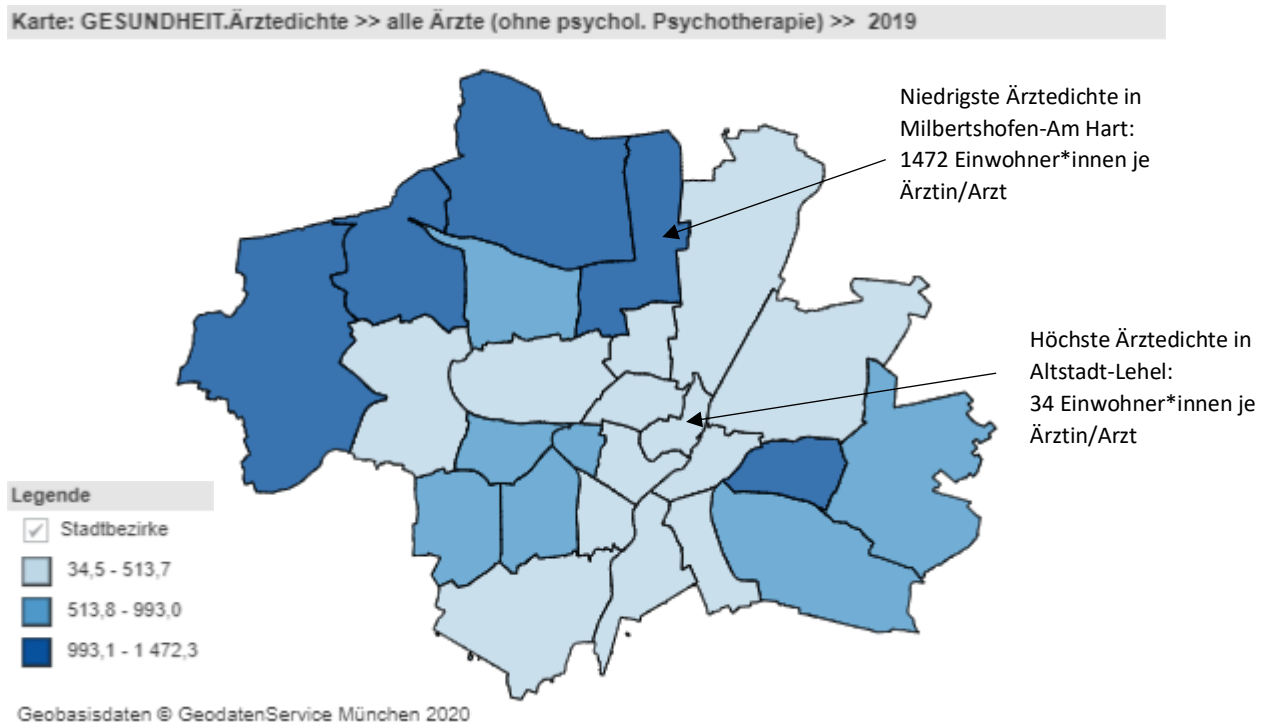
3.3 Stand der innerstädtischen vertragsärztlichen Versorgung in München

Die ambulant-medizinische Versorgung in München wird in erster Linie durch die Anzahl und Fachrichtung der niedergelassenen Ärzt*innen bestimmt. Dabei soll eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung der Arztsitze in München angestrebt werden.

Für München wird eine durchschnittliche Ärztedichte von 392 Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt [11] für alle Ärzt*innen ohne psychologische Psychotherapie ausgewiesen. Jedoch verschleiert der Durchschnitt deutliche innerstädtische Unterschiede, wie Abbildung 5 zeigt. Hier wird die Ärztedichte in den Stadtbezirken Münchens gezeigt, wobei die hellen Bereiche in der Innenstadt eine hohe Ärztedichte anzeigen, während die dunklen Bereiche vor allem im München Nordwesten und Südosten eine geringe Ärztedichte aufweisen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich diese Stadtbezirke im Münchner Nordwesten und Südosten erst in den letzten 50 Jahren entwickelt haben, was hier eine Auswirkung haben kann.

Mit einer Spanne von 34,5 Einwohner*innen je Ärztin/Arzt in Altstadt-Lehel bis zu 1472 Einwohner*innen je Ärztin/Arzt in Milbertshofen-Am Hart zeigen sich beträchtliche Unterschiede (Abbildung 5). Der Vergleich zwischen der Diabetesprävalenz und gesamter Ärztedichte zeigt, dass dort wo der Behandlungsbedarf - gemessen an der Diabetesprävalenz – am höchsten ist, die Ärztedichte gering ist.

Abbildung 5: Ärztedichte - Anzahl der Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt [11]



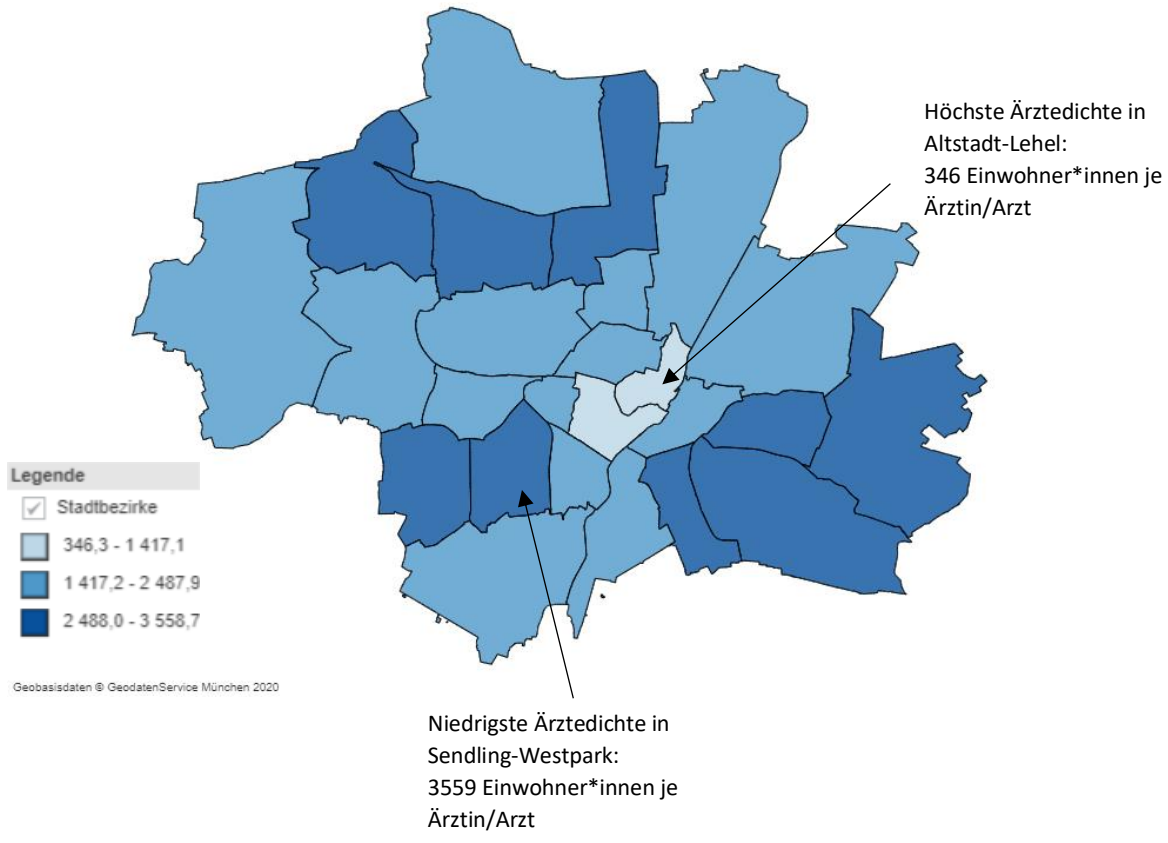
3.4 Stand der innerstädtischen allgemeinärztlichen Versorgung in München

Für eine wohnortnahe ärztliche Versorgung sind vor allem die Allgemeinärzt*innen relevant, da diese für die Bevölkerung möglichst schnell erreichbar sein sollten. In München zeigt sich eine durchschnittliche Ärztedichte in der Allgemeinmedizin von 2.088 Einwohner*innen je Ärztin/Arzt [3], wobei die innerstädtische Verteilung ein ähnliches Bild zeigt wie bei der gesamtärztlichen Versorgung (Abbildung 5, Abbildung 6). Verglichen mit Abbildung 1 fällt auf, dass die Bezirke mit einer niedrigen Ärztedichte auch eine überdurchschnittlich hohe Diabetesprävalenz aufweisen.

Bei einem Vergleich mit der Verteilung der DMP-Beteiligung in München (Abbildung 2) zeigt sich, dass vor allem im Südosten geringe DMP-Teilnahmen mit einer geringen Ärztedichte korrelieren (Abbildung 6).

Abbildung 6: Ärztedichte - Anzahl der Einwohner*innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin [3]

Karte: GESUNDHEIT.Ärztedichte >> Allgemeinmedizin >> 2019



Der Vergleich zwischen Diabetesprävalenz und Ärztedichte deutet an, dass dort wo der Behandlungsbedarf am höchsten ist, die Ärztedichte eher niedrig ist und umgekehrt. Das heißt die ambulant-ärztliche Versorgung in München kann zumindest als nicht optimal bedarfsorientiert bezeichnet werden, zumal für die allgemeinärztliche Versorgung die Nähe zu Patient*innen eine relativ hohe Bedeutung zukommt. Insbesondere wenn es sich um chronische Erkrankungen wie Diabetes handelt, bei der die Patient*innen regelmäßig ihre betreuenden Ärzt*innen aufsuchen sollen, werden sie dies eher tun, wenn die Arztpraxis gut erreichbar ist, als wenn sie weite Wege zurücklegen müssen. So sieht das DMP Diabetes vor, dass Patient*innen einmal pro Quartal den/die betreuenden Arzt/Ärztin aufsuchen. Die relativ niedrige Teilnahme am DMP der Münchner Diabetespatient*innen deutet hier ebenfalls eine nicht optimale Versorgung an.

3.5 Steuerung der Ärzteverteilung

Generell soll eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung der Arztsitze in München angestrebt werden. Für eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung ist die kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns (KVB) zuständig. Diese stellt fest, ob eine Unter- oder Überversorgung für einzelne Arztgruppen besteht.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) legt wiederum für das Bundesgebiet einheitlich das jeweilige bedarfsgerechte Arzt-Einwohner-Verhältnis fest, hier ist für die hausärztliche Versorgung bundesweit eine Verhältniszahl von 1.609 Einwohner*innen pro Hausärztin/-arzt vorgegeben [12]. Die KV kann einer Über- bzw. Unterversorgung entgegensteuern durch Zulassungssperren bzw. Anreize für eine Niederlassung. Während einer Überversorgung durch Zulassungssperre wirksam entgegengesteuert werden kann, ist die Behebung einer Unterversorgung darauf angewiesen, dass Ärzt*innen auf die von der KV gesetzten Anreize positiv reagieren. Die KV hat hier die Möglichkeit Fördermaßnahmen anzubieten, wie z.B. Zuschüsse zur Niederlassung als Vertragsarzt oder Praxisaufbauförderung [13].

Um regionalen Unterschieden in Planungsbereichen zu entsprechen, werden gemäß § 9 Abs. 8 bis 10 *Bedarfsplanungsrichtlinie* Morbiditätsfaktoren als Korrekturfaktoren verwendet, um regionale Verhältniszahlen zu berechnen. Für München ergibt sich so eine regionale Verhältniszahl von 1.778 Einwohner*innen pro Hausarzt/-arzt mit einer Sollzahl von 1.179 Ärzt*innen im Planungsbereich [14]. Aufgrund einer aktuellen Gesamtzahl von 1.355 Ärzt*innen ergibt sich ein Versorgungsgrad von 114,97, wodurch der Planungsbereich München mit einer Überschreitung des Versorgungsgrades um 10 % aufgrund einer Überversorgung derzeit gesperrt ist und keine neuen Vertragsarztsitze mehr vergeben werden [13,14].

Allerdings ist eine generelle Schwäche der Bedarfsplanung, dass München als ein Planungsbezirk und damit als ein großer Zulassungsbezirk gilt. Unsere Analysen haben jedoch gezeigt, dass sich die Morbidität und die Versorgungsgrade zwischen den Stadtbezirken Münchens stark unterscheiden. Durchschnittliche Bedarfsziffern, die München allgemein betrachten, werden dem nicht gerecht. Bei einem offenen Planungsbereich haben Ärzt*innen innerhalb der Stadt Münchens so theoretisch eine freie Niederlassungswahl, das heißt die KVB

kann die innerstädtische Verteilung der Arztsitze nicht bzw. kaum beeinflussen. Somit hat die KVB innerhalb Münchens keine Steuerungsmöglichkeiten entsprechend den regionalen Morbiditätsraten, wodurch der Versorgungsbedarf und das Versorgungsangebot in Form von Arztsitzen nur wenig aufeinander abgestimmt sind.

Hier wäre eine innerstädtische Niederlassungssteuerung oder auch eine kleinräumige Bedarfsplanung innerhalb Münchens von Nutzen, vor allem für Primärärzt*innen. Die KVB prüft aktuell bereits die Möglichkeit der Teilung des Mittelbereiches München [13]. Dies wird allerdings als nicht eilig angesehen, da aufgrund der insgesamt guten bis sehr guten Versorgungslage derzeit keine Zulassungsmöglichkeiten im Mittelbereich München bestehen [13]. In Berlin beispielsweise wurde hingegen auf die inhomogene Versorgungssituation bereits reagiert. Seit 2020 wurde eine solche kleinräumige Bedarfsplanung für Hausärzt*innen eingeführt, die Berlin je nach Versorgungsstand in drei Planungsbereiche teilt [15].

Eine noch viel größere Diskrepanz zwischen dem Versorgungsbedarf und dem Versorgungsangebot ist zu erwarten, wenn Neubaugebiete erschlossen werden. Bei einem geplanten Neubaugebiet im Münchner Nordosten mit bis zu 30.000 Einwohner*innen [16] werden rein rechnerisch nach der regionalen Verhältniszahl von 1.777,78 Einwohner*innen pro Hausärztin/-arzt 16,8 weitere Hausärzt*innen benötigt. Da es in München allerdings eine starke Überversorgung gibt und diese selbst bei 30.000 weiteren Einwohner*innen bestehen würde, ist es sehr unwahrscheinlich, dass für ein neues Siedlungsgebiet weitere Vertragsarztsitze zur Verfügung gestellt werden. Weiter ergibt sich daraus auch die Frage, welche Instrumente eine Stadt hat, um frühzeitig bei der Erschließung von Neubaugebieten eine entsprechende medizinische Versorgung anzusteuern. Dieser Frage wollen wir im nachfolgenden Abschnitt nachgehen.

4. Einflussmöglichkeiten der Kommune auf die regionale Verteilung der medizinischen Versorgungseinrichtungen

4.1 Rechtliche Ausgangslage

Es zeigen sich deutliche Unterschiede innerhalb der Stadt München, die sich dadurch auszeichnen, dass der Versorgungsbedarf und das Versorgungsangebot nur wenig regional bzw. lokal übereinstimmen. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, dass auch die Stadt München einen Beitrag zur Deckung des innerstädtischen Versorgungsbedarf leistet und ihre kommunale Infrastruktur entsprechend anpasst.

Kommunen werden durch das Sozialstaatsprinzip (*Art. 20 Abs. 1 GG*) in Verbindung mit dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (*Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG*) verpflichtet, im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eine funktions- und leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu gewährleisten [17]. Hierzu zählt auch eine erreichbare, d.h. wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Freilich bedeutet das nicht, dass die Gemeinde die Leistung selbst erstellen muss, sondern die Gemeinde kann Dritte „in Dienst nehmen“.

Daraus leitet sich für die Kommunen ein Auftrag für eine allgemeine Daseinsfürsorge ab, was auch die Versorgung mit Gesundheitseinrichtungen umfasst, jedoch obliegt die Versorgung mit ambulant-ärztlichen Leistungen gemäß § 72 Abs. 1 SGB V den kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen [18]. Auch bei ergänzenden Gesundheitsleistungen, die von Heilberufen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) und Gesundheitshandwerkern (Optiker, Akustiker, Sanitätshäuser) erbracht werden, kann die Kommune deren Niederlassung bzw. deren Niederlassungsort nicht direkt steuern. Doch kann die Kommune bei einer existenten oder drohenden Unterversorgung Maßnahmen ergreifen, die indirekt die Ansiedlung von entsprechenden Gesundheitsberufen unterstützt.

4.2 Infrastrukturmaßnahmen als mittelbares Steuerungsinstrument

Zu den infrastrukturellen Maßnahmen einer Kommune zählen einerseits die Vorhaltung einer Gebäudeinfrastruktur, die sich für die Einrichtung eines Gesundheitszentrums eignet und andererseits die Anbindung des Gesundheitszentrums an die öffentliche Verkehrsinfrastruktur. Da den Kommunen eine rechtliche Basis für Maßnahmen der direkten Steuerung fehlt, sind sie dementsprechend mehr in der Rolle eines Moderators gefragt, der vor allem bei drohender Unterversorgung aktiv werden kann und sollte [18].

Hierzu zählen vor allem infrastrukturelle Maßnahmen wie entsprechende räumliche Angebote, die zu günstigen Konditionen niederlassungswilligen Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung gestellt werden. Mit der zusätzlichen Sicherstellung günstiger Verkehrsanbindungen können dort wo dringlicher Bedarf besteht Niederlassungsanreize geschaffen werden. Hier ginge es um die Vorhaltung einer Gebäude-Infrastruktur für ein Gesundheitszentrum im weiteren Sinne, in dem ärztliche und nichtärztliche Praxen in direkter räumlicher Nähe betrieben werden.

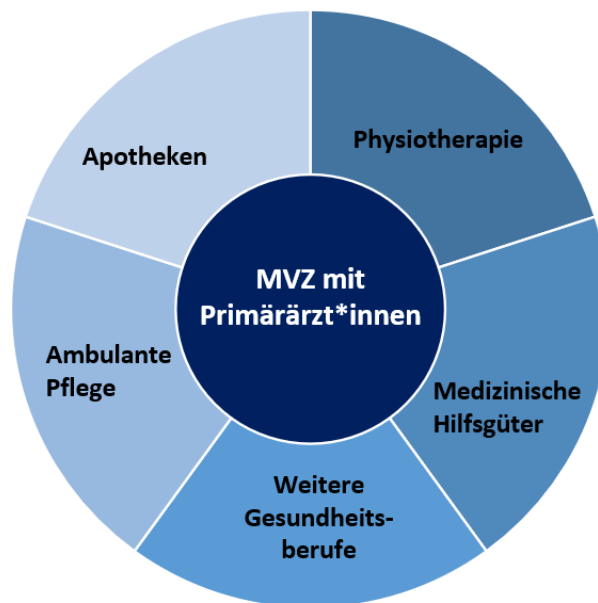
Die Kommune sollte hierbei subsidiär und proaktiv tätig werden und damit in erster Linie als Vermieterin auftreten und nicht selbst als Betreiberin der Gesundheitszentren, bzw. Arbeitgeberin der Gesundheitsdienstleister auftreten. Das liegt unter anderem daran, dass eine kommunale Einrichtung viele Einschränkungen im Rahmen des Kommunalrechts beachten muss, aber auch fehlen häufig die notwendigen Kompetenzen, personeller wie finanzieller Art.

5. Voraussetzungen zur Gründung und Betreuung von kommunalen Gesundheitszentren (in München)

5.1 MVZ als unmittelbares Steuerungselement

Eine geeignete Maßnahme zur Vorhaltung von Gebäude-Infrastruktur wäre es, dass die Stadt München bei der Stadtplanung, vor allem bei Neubaugebieten, von vorneherein die Errichtung kommunaler Gesundheitszentren (KGZ) vorsieht, was einem integrierten Versorgungszentrum ähneln würde. Ein solches KGZ, wie es mittlerweile auch in anderen Kommunen geplant bzw. errichtet worden ist, beinhaltet im Kern ein ärztlich geführtes MVZ mit mehreren Primärärzt*innen. Angegliedert werden sollten weitere nicht ärztliche Gesundheitsdienstleistungen wie beispielsweise Physiotherapie, sowie Anbieter*innen von medizinischen Hilfsgütern, wie beispielsweise Optiker*innen und Akustiker*innen (Abbildung 7).

Abbildung 7: Kommunales Gesundheitszentrum mit einem MVZ im Mittelpunkt



Quelle: IfG München 2021, eigene Darstellung

Im Mittelpunkt eines wie oben beschriebenen Gesundheitszentrums steht ein vertragsärztliches MVZ (gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). MVZ sind eigenständige Leistungserbringer, in denen mehrere ambulant tätige Ärzt*innen kooperativ unter einem Dach zusammenarbeiten [19]. MVZ zeichnen sich insbesondere durch eine organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit aus, im Gegensatz zu den klassischen Teilnahmeformen (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft), bei denen die Praxisinhaber die ärztliche Tätigkeit in der Regel persönlich ausüben [19].

MVZ werden bei Ärzt*innen seit ihrer Einführung im Jahr 2004 immer beliebter. Ihre Anzahl ist in den letzten Jahren stark gestiegen, wobei sie in Bayern im Vergleich zu den anderen Bundesländern überproportional stark vertreten sind (Abbildung 8, Abbildung 9) [20]. Vor allem das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015, durch das die Rahmenbedingungen für die Zulassung eines MVZ änderten, führte zu einer deutlichen Zunahme an MVZ, die sich seitdem in der ambulanten Versorgungslandschaft immer mehr etablieren (Abbildung 8) [20].

Abbildung 8: Anzahl der MVZ – zeitliche Entwicklung im Bund [20]

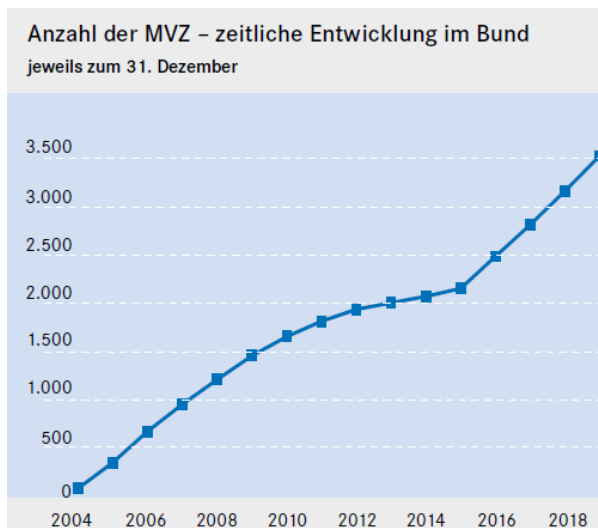
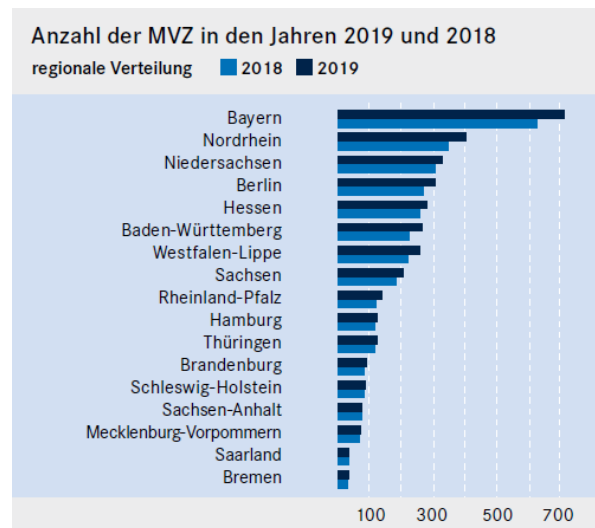
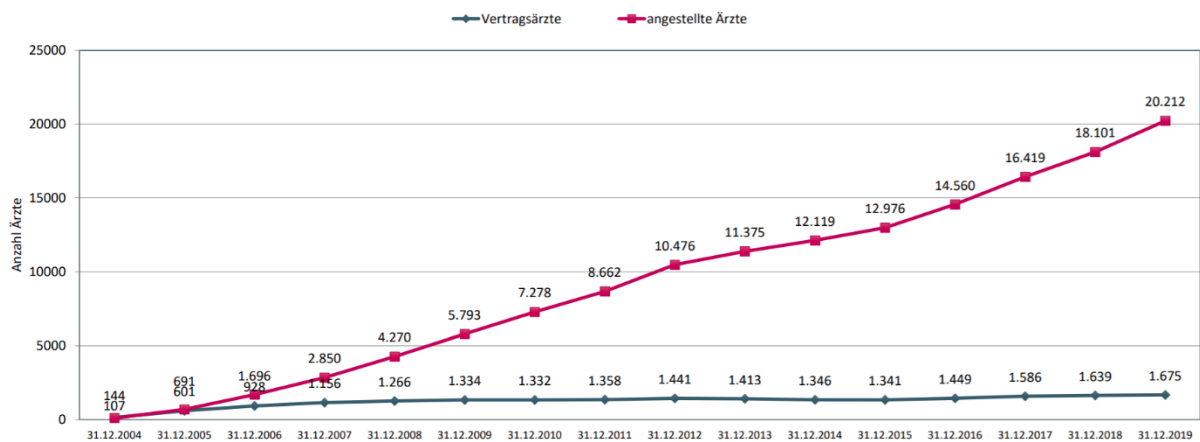


Abbildung 9: Anzahl der MVZ in den Jahren 2019 und 2018 - regionale Verteilung [20]



Mit einer steigenden Anzahl der MVZ steigt auch die Zahl der dort angestellten Ärzt*innen, wie in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Entwicklung der in MVZ tätigen Ärzt*innen im Zeitraum 2004-2018 [21]



Die Tätigkeit im MVZ ist für Ärzt*innen aufgrund verschiedener Gegebenheiten besonders attraktiv. So kann in Anstellung, verglichen zur Selbstständigkeit, u.a. ein Vertragsarztsitz wesentlicher leichter auf mehrere Angestellte verteilt werden und erlaubt damit flexible Arbeitsverhältnisse [22,23]. Folglich geben Ärzt*innen an, dass unter anderem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, geregelte Arbeitszeiten und auch weniger administrativer Aufwand Gründe für sie sind, als Angestellte im MVZ zu arbeiten [24]. Vor allem junge Ärzt*innen sehen dies als deutlichen Vorteil und sind über MVZ eher zu einem Niederlassungsort zu bringen als sich selbst niederzulassen [23].

5.2 Möglichkeiten der Gründung und Betreuung von MVZ

Mit der Einführung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Juni 2015 können MVZ *gemäß § 95 Abs. 1a SGB V* gegründet werden von:

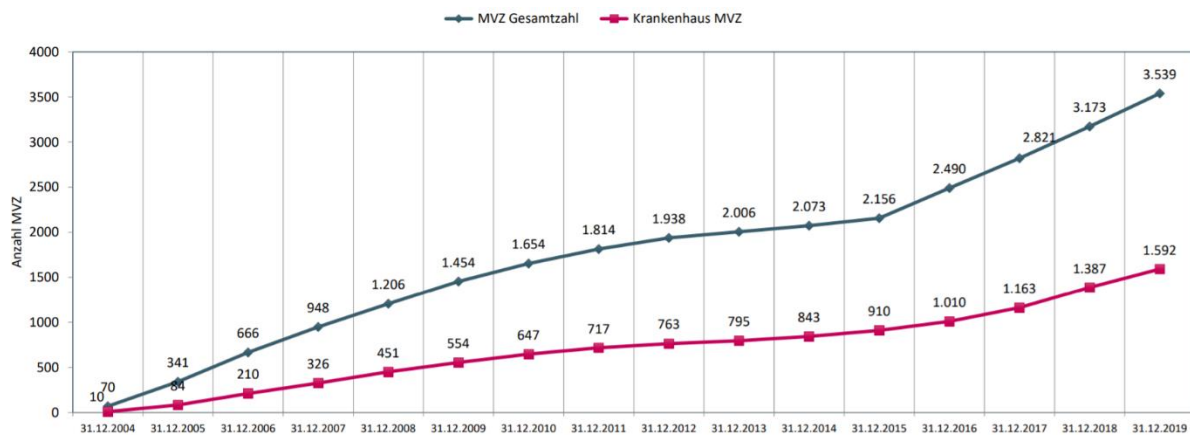
- zugelassenen Ärzt*innen (Vertragsärzt*innen)
- zugelassenen Krankenhäusern (Plankrankenhäuser)
- Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3
- Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2 S. 3
- gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen

Zudem stehen die kassenärztlichen Vereinigungen in der Diskussion als mögliche Gründer von MVZ [25].

Damit wird es seit dem GKV-VSG auch Kommunen selbst explizit ermöglicht Gründer von MVZ zu sein, wodurch es mittlerweile bundesweit über 20 kommunale MVZ gibt [26]. Die Stadt München hat hiermit konkret zwei Möglichkeiten ein MVZ zu gründen: So kann entweder über die städtischen Krankenhäuser (München Klinik) mit Ihren 5 Betriebsstätten ein MVZ gegründet werden oder die Stadt kann direkt selbst Gründerin sein.

Der Vorteil von einem Krankenhaus betriebenen MVZ ist, dass eine enge Verbindung zum stationären Sektor besteht. Hier können Synergieeffekte genutzt werden, indem angestellte Krankenhausärzt*innen im MVZ tätig werden und sich dort auf die fachärztliche Versorgung konzentriert werden kann [27]. Zudem sind die Krankenhäuser der München Klinik über die ganze Stadt verteilt, wodurch das nächstgelegene Krankenhaus zum gewünschten Standort des MVZ ausgewählt werden kann. Auch die Anzahl der Krankenhaus MVZ stieg in den letzten Jahren stetig und stellt nun ca. 45 % aller MVZ dar (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung von MVZ (Gesamtzahl) und Krankenhaus MVZ im Zeitraum 2004-2019 [21]



Wenn die Kommune selbst das MVZ betreibt könnte das MVZ mehr auf Prävention ausgerichtet werden und stärker in die kommunale Gesundheitspolitik eingegliedert werden. Kommunen können mit der Gründung eines MVZ aktiv die ärztliche Versorgung in der Region verbessern. Allerdings gibt es viele Einschränkungen im Kommunalrecht, welche die agile Führung eines MVZ behindern, wie beispielsweise die Beschränkung auf die Gebietskörperschaft oder die Tarifbindung [18]. Zudem wurden kommunale MVZ auch seit der expliziten Erlaubnis im GKV-VSG 2015 bisher selten gegründet, zum einen weil die Gründung für Kommunen mit finanziellen Risiken behaftet ist und zum anderen weil es oft die Auffassung der Kommunen gibt, grundsätzlich nicht für die Gründung von MVZ zuständig zu sein [23]. Gemäß § 105 Abs. 1 und 5 S. 1 SGB V soll zuerst die KV alle möglichen Maßnahmen ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, wodurch die Kommunen nur in begründeten Ausnahmefällen und mit Zustimmung der KV eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können [28]. Für die Gründung von MVZ gilt dies gemäß § 95 Abs. 1a S. 4 SGB V jedoch nicht [28].

Aus unserer Sicht sollte eine Kommune die Möglichkeit der Gründung eines MVZ dennoch erst dann in Betracht ziehen, wenn keiner der weiteren möglichen MVZ-Betreiber bereit ist, in ein von der Kommune zur Verfügung gestelltes zweckmäßiges Gebäude zu ziehen. Dadurch gewinnt die Kommune einerseits einen gewissen Handlungsspielraum, andererseits aber auch

ein gewisses Druckmittel auf die KV, bzw. niedergelassene Ärzteschaft entsprechend aktiv zu werden.

Eine elegante Möglichkeit zur Kooperation zwischen der Stadt und der KVB ergibt sich dann, wenn die KVB berechtigt ist, selbst das MVZ zu betreiben, während die Stadt als Vermieterin auftritt und damit der KVB eine größere Gebäudeinvestition erspart. Jedoch fehlt den KVen aktuell noch die rechtliche Grundlage hierfür, da sie nicht als Gründer eines MVZ gemäß § 95 Abs. 1a SGB V aufgezählt werden. Die KBV würde diese Rolle allerdings gerne übernehmen und bereitet aktuell einen Antrag zu diesem Thema vor [25]. Für die KV als Betreiber zeigen sich einige Vorteile, da sie selbst Sitze organisieren kann und durch einen stärkeren Bezug zu ihren Mitgliedern diese stärker steuern und koordinieren kann. Durch eine Umsatzgarantie der KV könnte die Attraktivität einer Niederlassung für junge Ärzt*innen außerdem noch gesteigert werden.

Diese Option mit einer Kooperation zwischen der Stadt München und der KVB bietet sich besonders in geplanten Neubaugebieten an, in denen die Stadt einerseits Sorge für bezahlbaren Wohnraum trägt, andererseits aber auch „bezahlbare“ Räume für ein ärztliches MVZ schafft. Wird die Gebäudeinfrastruktur gleich so angelegt, dass sich auch ergänzende, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe niederlassen können, kann das MVZ zu einem patientenorientierten Zentrum für Primärversorgung inklusive ambulanter Pflegeangebote werden. Darüber hinaus könnte beispielsweise auch eine tagesklinische Versorgung für Demenzerkrankte angegliedert werden. Ein solches Gesundheitszentrum kann zudem um entsprechende Präventionsangebote bereichert werden, so dass es auch als Begegnungsstelle von Kranken und Gesunden fungieren kann.

5.3 Verfügbare Vertragsarztsitze als Engpass

Eine entscheidende Voraussetzung bei allen möglichen Varianten der MVZ-Gründung ist es, dass die benötigten Vertragsarztsitze vorhanden sind. Zulassungsbeschränkungen gelten nach § 95 Abs. 2 S. 9 SGB V grundsätzlich auch für MVZ. Da in München zurzeit alle Vertragsarztsitze besetzt sind und aufgrund der starken Überversorgung in absehbarer Zeit sogar bei Neubaugebieten keine neuen Sitze hinzukommen werden, sind die fehlenden freien

Vertragsarztsitze der entscheidende Punkt, wieso es für die Stadt München schwierig ist, ein MVZ zu gründen. Die Stadt kann sich zwar um die Gebäudeinfrastruktur kümmern, jedoch müssen Ärzt*innen bereits selbst Vertragsarztsitze innehaben, um in dem zur Verfügung gestellten MVZ zu praktizieren. Bei einer Überversorgung bleibt der Kommune ansonsten noch der Weg eine Sonderbedarfzulassung (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 3, 3a SGB V) oder eine Zulassung im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 3-4c SGB V zu beantragen [28]. Die Sonderbedarfzulassung beschreibt die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 3, 3a SGB V). Im Nachbesetzungsverfahren präsentieren sich die zwei Möglichkeiten des Zulassungsverzichts oder der Beteiligung am Ausschreibungsverfahren.

Bei einem Zulassungsverzicht zugunsten eines MVZ nach § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V kann ein/e Vertragsärztin/-arzt auf seine/ihre Zulassung verzichten, um in einem MVZ tätig zu werden, was auch in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen möglich ist [28]. Hierfür sollte die Ärztin/der Arzt jedoch mindestens drei Jahre im MVZ tätig werden [29]. Auch kann eine freiwerdende Arztstelle im MVZ trotz Zulassungsbeschränkungen nachbesetzt werden (§ 103 Abs. 4a S. 3 SGB V), ohne dass es der sonst üblichen Ausschreibung nach § 103 Abs. 4 SGB V bedarf [28].

Wenn die Tätigkeit von Vertragsärzt*innen endet, kann sich gemäß § 103 Abs. 4c S. 1 SGB V auch ein MVZ um die Übernahme der vertragsärztlichen Zulassung bewerben [28]. Dort sind kommunale MVZ jedoch nachrangig zu berücksichtigen, wenn die Mehrheit der Geschäftsanteile nicht bei den Ärzt*innen liegt [28].

Ein kommunales MVZ in Kombination mit Infrastrukturhaltung bietet sich somit insbesondere dann an, wenn eine Unterversorgung besteht und sich keine Betreiber finden, die in die Infrastruktur investieren wollen, was häufig in ländlichen Regionen der Fall ist.

5.4 Konkrete Möglichkeiten für die Stadt München

Für München stellen sich mit Bezug auf die besondere Situation der Überversorgung folgende konkrete Handlungsmöglichkeiten dar.

(1) Kommunale Gesundheitszentren: frühzeitige Planung durch die Stadt München für Neubaugebiete

Die Stadt München sollte bei der Stadtplanung, vor allem bei Neubaugebieten, von vornherein die Errichtung kommunaler Gesundheitszentren (KGZ) vorsehen. Ein solches KGZ, wie es mittlerweile auch in anderen Kommunen geplant bzw. errichtet worden ist, beinhaltet im Kern ein ärztlich geführtes MVZ mit mehreren Primärärzt*innen. Angegliedert werden sollten weitere nicht ärztliche Gesundheitsleistungen wie beispielsweise Physiotherapeut*innen, sowie Anbieter*innen von medizinischen Hilfsgütern, wie beispielsweise Optiker*innen und Akustiker*innen.

(2) Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten unter günstigen Konditionen durch die Stadt München

Die Stadt München sollte sich aktiv um die Bereithaltung von Gebäuden für Gesundheitsberufe kümmern. Dies ist vor allem in Neubaugebieten wichtig, in denen sich noch besser planen lässt. Dadurch werden einige Hürden für niederlassungswillige Ärzt*innen genommen und die Attraktivität der Niederlassung in einem geplanten Siedlungsgebiet gesteigert. Hier sind verschiedenste Betriebsformen denkbar, wie etwa Filialpraxen oder Praxisteilungen.

(3) Kooperation mit KVB

Die Kommune kann in Kooperation mit der KV ein MVZ gründen. Dies wird dann interessant, wenn den KVen ein eigenes Gründungsrecht für MVZ vom Gesetzgeber zugeordnet wird. Eine solche rechtliche Maßnahme ist in der neuen Legislaturperiode zu erwarten.

(4) München Klinik als Betreiberin eines MVZ

Die München Klinik kann an ihren Standorten und der näheren Umgebung MVZ gründen und betreiben. Jedoch bleibt auch hier das Problem der verfügbaren Vertragsarztsitze bestehen.

(5) Stadt München als Betreiberin eines MVZ

Letztlich bleibt die Option, dass die Kommune selbst als Betreiberin auftritt. Wie dargelegt ist dies rechtlich möglich. Hierbei sind einige Hürden vorhanden, die aber zu bewältigen sind. Zudem hat die Kommune als Betreiberin den Vorteil, dass sie über die Stadtplanung die Gesundheit aktiv beeinflussen kann.

Bereits niedergelassene Ärzt*innen überzeugt werden, ihren Vertragsarztsitz zu einer Anstellung im MVZ mitzunehmen (Zulassungsverzicht). Durch die Bereitstellung der Infrastruktur und der Attraktivität der Anstellung im MVZ ist dies ein vielversprechender Weg.

Schlussendlich bleibt bei allen Optionen das Nadelöhr der Vertragsarztsitze. Die Kommune sollte weiterhin bei der KV anregen, dass München aufgrund der unterschiedlichen sozioökonomischen Struktur und dem unterschiedlichen innerstädtischen Versorgungszustand in kleinere Planungsbereiche aufgeteilt wird. Da dies auf interne Schwierigkeiten trifft, sollte zuerst eine kleinräumige Bedarfsplanung für Primärärzt*innen gefordert werden.

6. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen

- (1) In der Stadt München gibt es **erhebliche innerstädtische Unterschiede im Gesundheitsstand** der Wohnbevölkerung, festgestellt durch die Diabetesstudie München des Instituts für Gesundheitsökonomik. Ebenso gibt es deutliche Unterschiede in der Verteilung der Ärzt*innen, wobei Gesundheitsbedarf und Gesundheitsversorgung gegenläufig verteilt sind. Die Situation wird sich durch die Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren noch verstärken, da vor allem in den bereits weniger gut gestellten Bezirken mit einem hohen Bevölkerungszuwachs gerechnet wird.
- (2) Der jeweilige Wohnort und die Wohnverhältnisse sind wichtige Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Diabetesprävalenzen und somit auf den Gesundheitszustand. Dies sind aber Faktoren, auf die die **Stadt München** gezielt über ihre Wohnbaupolitik, Infrastrukturpolitik, aber auch die gesundheitsrelevante Umweltpolitik **Einfluss nehmen kann**. Insbesondere bei der Erschließung von neuen städtebaulichen Siedlungsprojekten ist die Stadt aufgefordert proaktiv die wohnortbezogene Gesundheitsversorgung mitzugestalten, da die Stadt den Auftrag hat für einen Ausgleich der Lebensverhältnisse zu sorgen.
- (3) Eine geeignete Maßnahme hierbei ist es, dass die Stadt München bei der Stadtplanung, vor allem bei Neubaugebieten, von vorneherein die Errichtung **kommunaler Gesundheitszentren** vorsieht. Ein solches kommunales Gesundheitszentrum, wie es mittlerweile auch in anderen Kommunen geplant bzw. errichtet worden ist, beinhaltet im Kern ein ärztlich geführtes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit mehreren Primärärzt*innen. Angegliedert werden sollten weitere nicht ärztliche Gesundheitsleistungen wie beispielsweise Physiotherapeut*innen, sowie Anbieter*innen von medizinischen Hilfsgütern, wie beispielsweise Optiker*innen und Akustiker*innen.
- (4) **MVZ als Kernelement** eines kommunalen Gesundheitszentrums sind eine gute Möglichkeit, um die ärztliche wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten und zeigen sich als besonders attraktiv für Ärzt*innen. Zudem sind die **rechtlichen Rahmenbedingungen für die Gründung eines MVZ durch die Kommune seit dem**

GKV-VSG 2015 gegeben, wodurch die Kommune direkt die Möglichkeit hat auf die ärztliche Versorgung Einfluss zu nehmen, was mittlerweile in Deutschland von rund 20 Kommunen auch getan wird. Letztlich hat München aber auch die Möglichkeit, ein MVZ über eines ihrer Krankenhäuser zu betreiben. Doch bleibt das Problem der Gewinnung von Vertragsärzten, die durch entsprechende Anreize und Vergünstigungen gewonnen werden müssen. Aufgrund der Einteilung Münchens in einen großen Planungsbereich innerhalb der Bedarfsplanung und aufgrund der Überversorgung in München werden dort in absehbarer Zeit keine neuen Vertragsarztsitze zur Verfügung stehen.

- (5) Um ein **Gesundheitszentrum** auch entsprechend **attraktiv** für die angesprochenen Berufe machen, **sollte die Stadt die Gebäudeinfrastruktur zu günstigen Bedingungen bereitstellen**, ähnlich dem sozialen Wohnungsbau. Ein besonderes **Problem** stellt die Verlagerung **von Vertragsarztsitzen** aus dem Stadtzentrum in das Neubaugebiet dar. Hier kann die Stadt auch in Absprache und Kooperation der KVB Münchner Ärzt*innen anregen, Praxisfilialen mit angestellten Ärzt*innen in das MVZ auszulagern, eventuell kann auch durch eine Umsatzgarantie der KV die Attraktivität einer Niederlassung für junge Ärzt*innen gesteigert werden.
- (6) Der Gesundheitsausschuss und das Gesundheitsreferat müssen stärker als bisher in die Stadtplanung eingebunden werden, damit die örtliche gesundheitliche Versorgung der Menschen eine stärkere Relevanz bekommt und langfristig gesichert wird.

Es gilt, proaktiv zu gestalten und nicht reaktiv zu verwalten!

7. Literaturverzeichnis

- [1] World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1948. Im Internet: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; Stand: 01.09.2021
- [2] World Health Organization. The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. 2013. Im Internet: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240690837>; Stand: 25.10.2021
- [3] Lampert T, Müters S, Kuntz, B, et al. 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. Leipzig, digital; 2019: s-0041-1732151. doi:10.1055/s-0041-1732151
- [4] Landgraf R, Neubauer G, Henriksen HE, et al. Regionale Differenzen in der Diabetesprävalenz – Bestimmt der Wohnort das Diabetesrisiko? Diabetes aktuell 2021; 1: 3–9. doi:doi:10.1055/a-1378-7370
- [5] Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung. Demografiebericht München - Teil 2 - Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2019 bis 2040 für die Stadtbezirke. 2021
- [6] Tönnies T, Röckl S, Hoyer A, et al. Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. Diabet Med 2019; 36: 1217–1225. doi:10.1111/dme.13902
- [7] Bundesamt für Soziale Sicherung. Disease Management Programme - Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. 2020. Im Internet: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>; Stand: 05.10.2021
- [8] Deutsche Diabetes Gesellschaft, diabetesDE Deutsche Diabetes-Hilfe, Hrsg. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021 - Die Bestandsaufnahme. Mainz: Kirchheim + Co GmbH; 2020. Im Internet: https://www.diabetesde.org/system/files/documents/20201107_gesundheitsbericht2021.pdf; Stand: 25.11.2020
- [9] Gesundheitsreferat München. Kumulierte Covid Fälle bis zum 31.03.2021 je 100.000 EW. 2021
- [10] Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung. Demografiebericht München - Teil 1 - Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2019 bis 2040 für die Stadtbezirke. 2021
- [11] Landeshauptstadt München. Indikatorenatlas München - Anzahl der Einwohner/innen mit Hauptwohnsitz je Ärztin/Arzt - Ärztedichte aller Ärzte (ohne psychol. Psychotherapie) 2019. 2021. Im Internet: <https://www.mstatistik-muenchen.de/indikatorenatlas/atlas.html?indicator=i223&date=2019>; Stand: 22.09.2021
- [12] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Versorgungsatlas Hausärzte - Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. 2021: 440
- [13] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. 2021. Im Internet: <https://www.kvb.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung/>; Stand: 29.09.2021

- [14] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Bedarfsplanung Planungsblätter 31.08.2021. 2021. Im Internet: <https://www.kvb.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung/bedarfsplan/>; Stand: 06.10.2021
- [15] Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Bedarfsplan 2020 für den Zulassungsbezirk Berlin. 2019: 35
- [16] Landeshauptstadt München Referat für Stadtplanung und Bauordnung. Ein neuer Stadtteil im Münchner Nordosten. 2021. Im Internet: https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Projekte/Muenchner_Nordosten.html; Stand: 14.10.2021
- [17] Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste. Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung - Ausarbeitung WD 3 - 3000 - 089/15. 2015
- [18] Robert Bosch Stiftung. Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Stuttgart; 2020
- [19] Bundesministerium für Gesundheit. Medizinische Versorgungszentren - Alles unter einem Dach. 2021. Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>; Stand: 22.09.2021
- [20] Tauscher, Martin, Fett, Sandra. Dynamische Entwicklung bei MVZ in Bund und in Bayern. Höchste Zeit! MVZ in Investorenhand - Einzelpraxis vor dem Aus? 2021
- [21] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019. 2020. Im Internet: <http://www.kbv.de/html/mvz.php>; Stand: 13.10.2021
- [22] Wildfeuer, Isabel. BAG oder MVZ? Fünf Vorteile der Medizinischen Versorgungszentren. 2015. Im Internet: <https://www.arzt-wirtschaft.de/praxis/praxiskauf/fuenf-vorteile-des-mvz/>; Stand: 13.10.2021
- [23] Techniker Krankenkasse. Kommunale Medizinische Versorgungszentren werden selten Realität. 2018. Im Internet: <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/kommunale-mvz-medizinisches-versorgungszentrum-2055086>; Stand: 07.10.2021
- [24] IfG München. Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. 2020
- [25] Aend Ärztenachrichtendienst Verlags-AG. KV Brandenburg erwägt, eigene MVZ zu gründen. 2021. Im Internet: <https://www.aend.de/article/214381>; Stand: 27.09.2021
- [26] Dostal A. Das Schwarze-Peter-Spiel um die Hausärzte. KOMMUNAL: 5
- [27] Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich, Jörg, et al. Ambulant im Krankenhaus. In: Krankenhaus-Report 2016. Stuttgart: Schattauer; 2016: 111–125
- [28] Kingreen, Thorsten, Kühling, Jürgen. Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren. 2018: 85
- [29] BSG, Urt. v. 4. 5. 2016, B 6 KA 21/15 R, Rn. 28 (juris).