

Erstellung eines Berichtes zur Finanzierungssituation für Wachkomapatient*Innen

Antrag Nr. 14-20 / A 05172

von Herrn StR Christian Müller, Frau StRin Verena Dietl, Frau StRin Anne Hübner, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Cumali Naz vom 02.04.2019

Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 03081

1 Anlage

Beschluss des Sozialausschusses vom 20.05.2021 (SB)

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Zusammenfassung

In der Sitzung vom 26.09.2019 wurde mit Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 15727 der Antrag Nr. 14-20 / A 05172 (vgl. Anlage) behandelt, aber nicht geschäftsordnungsgemäß erledigt, da der entsprechende Vermerk fehlte. Ergänzend stellte die damalige SPD-Fraktion per E-Mail vom 27.12.2019 folgende Fragen mit der Bitte um Behandlung:

1. Wie ist der Rechtsstreit der vier oder fünf Betroffenen ausgegangen?
2. Wie verläuft die Belegung der Wachkomastation weiter?
3. Wie wird mit neuen Betroffenen in Zukunft vorgegangen?

Vorab zur Information: Der Wachkoma-Bereich im Haus St. Josef umfasst 27 Pflegeplätze in Einzelzimmern und war im Jahr 2020 durchschnittlich mit über 99 % belegt. Das Ziel der MÜNCHENSTIFT GmbH ist es, das Aktivierungspotenzial von Wachkoma-Patient*innen der Phase F bestmöglich auszuschöpfen. Durch Bewegung und Sinneswahrnehmung, durch das Training von Kau- und Schluckvermögen sowie der Kommunikationsfähigkeit werden die Patient*innen gezielt gefördert. Angehörige werden in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten und Selbsthilfegruppen beraten. Spezialisierte und erfahrene Ärzt*innen begleiten die medizinische Betreuung der Wachkoma-Patient*innen im Haus St. Josef. Die MÜNCHENSTIFT GmbH hat die Erfahrung gemacht, dass diese Zielbestimmung im Hinblick auf die Aktivierung und die Kooperation von Langzeitrehabilitation und Pflege aktuell weder von den Kostenträgern noch seitens des Bundesgesetzgebers vollständig geteilt wird.

Auch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG), mit den Änderungen insbesondere in den §§ 37 c und 132 SGB V, bringt insoweit nur teilweise die erhoffte Hilfestellung, da der Fokus ganz auf die außerklinische Intensiv-Behandlungspflege und nicht auf die aktivierende, längerfristige Mobilisation und Pflege von Menschen mit erworbenen cerebralen Schädigungen ausgerichtet wurde. Diese Zusammenfassung wird in der folgenden Beantwortung der ergänzenden Fragen konkretisiert.

1 Beantwortung der Fragestellungen

1.1 Wie ist der Rechtsstreit der vier oder fünf Betroffenen ausgegangen?

1.1.1 Haben sich die Altfälle erledigt (Bezirk Oberbayern)?

Der Bezirk Oberbayern hatte mit Bescheid vom 01.07.2015 für acht Bewohner*innen die Zahlung des Phase F-Zuschlags bis zum 31.12.2016 eingestellt und lediglich die Kosten für die normale vollstationäre Pflege nach der damals geltenden jeweiligen Pflegestufe übernommen. Die sogenannten Altfälle wurden Ende 2018, nachdem alle Bemühungen um eine vergleichsweise Einigung im Vorfeld gescheitert waren, rechtshängig gemacht. Offen waren für diesen Zeitraum von 18 Monaten rund 15.000 € pro Bewohner*in. Auf Vermittlung des Vorsitzenden Richters am Landgericht München I konnte zwischenzeitlich ein mündlicher Vergleich geschlossen werden. Der Bezirk Oberbayern hat sich bereit erklärt, 50 % der geltend gemachten Forderung zu übernehmen. Derzeit werden die Vergleiche schriftlich vereinbart und danach die gerichtlichen Verfahren beendet, sobald die jeweilige Zahlung erfolgt ist.

1.1.2 Wie wurde über den Widerspruch entschieden?

Der Bezirk Oberbayern hatte mit Bescheid vom 28.01.2019 mit Wirkung ab dem 31.01.2019 die Kostenübernahmebescheide für acht Bewohner*innen aufgehoben. Über die erhobenen Widersprüche hat die Regierung von Oberbayern noch nicht entschieden. Durch den Suspensiveffekt der erhobenen Widersprüche entfalten die Aufhebungsbescheide keine Wirkung, so dass der Bezirk Oberbayern derzeit die Kosten weiter übernehmen muss. Daher besteht für die städtische Gesellschaft keine Eile. Eine Rückwirkung besteht hier nicht, so dass die MÜNCHENSTIFT GmbH diese Erlöse auch nicht an den Bezirk zurückerstatten muss.

Im Hauptsacheverfahren ist in Bezug auf die Altfälle aktuell noch ein Widerspruchsverfahren bei der Regierung von Oberbayern anhängig. Von einem anschließenden Klageverfahren ist auszugehen.

1.2 Wie verläuft die Belegung der Wachkomastation weiterhin?

Es wird von der Einrichtung sehr auf die Aufnahmekriterien geachtet, das heißt vor allen Dingen, dass eine klare und eindeutige Stellungnahme und Anerkennung des Status „geeignet für die Phase F“ vorliegt. Sodann wird die Kostenübernahme mit den verschiedenen Kostenträgern abgeklärt und final geprüft, ob die notwendige pflegerische Versorgung gemäß den festgelegten Aufnahmekriterien von der Einrichtung erfüllt werden kann. Danach wird eine Aufnahmezusage gegeben und der Umzug vorbereitet.

Im Jahr 2019 gab es zwei Auszüge in andere Einrichtungen und eine Bewohnerin ist verstorben. Einen Umzug in die eigene Häuslichkeit gab es weder in 2019 noch 2020. Im Jahr 2020 konnte ein Bewohner in den allgemeinen Pflegebereich umziehen und zwei Bewohner sind zudem verstorben.

1.3 Wie wird mit neuen Betroffenen in Zukunft vorgegangen?

Freie Plätze werden an die Hauptverwaltung und die Pflegebörse gemeldet, zudem besteht ein enger Austausch mit den Krankenhaussozialdiensten aus den einschlägigen Kliniken und anderen entsprechenden Stellen. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine positive Begutachtung sowie die Genehmigung für die Phase F des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Ausschlusskriterien gemäß § 72 SGB XI sind dabei zu beachten. Für die Aufnahme in die Schwerpunkteinrichtung werden Kriterien attestiert, von denen mindestens drei Punkte bei Aufnahme zutreffen müssen. In Zukunft und unter den Bedingungen des IPRG kommt die Behandlungspflege hinzu.

Um Einnahmefälle zu vermeiden, müssen vor dem Einzug die Genehmigungen von MDK sowie der Kranken- und Pflegekassen für die Aufnahme in den Wohnbereich der Phase F ebenso vorliegen wie die Kostenübernahmen der weiteren Kostenträger (Bezirk Oberbayern, etc.).

2 Aktuelle rechtliche Lage und Darstellung der bisherigen Bestrebungen der MÜNCHENSTIFT GmbH um eine Klärung der Situation der Bewohner*innen

Die weitergehenden Ausführungen gehen über die obige Fragestellung hinaus und dienen der Information über die bisherigen Aktivitäten der MÜNCHENSTIFT GmbH, eine Klärung der Situation für die Altfälle herbeizuführen sowie der Darstellung der aktuellen rechtlichen Lage.

2.1 Aktuelle rechtliche Lage

Seit Jahren ist bekannt, dass in der Versorgung von Menschen mit erworbenen cerebralen Schädigungen in Deutschland eine Lücke zwischen den Regelungssystemen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) klafft. So fehlt eine durchfinanzierte Versorgungsmöglichkeit für eine

pflegerische Langzeitrehabilitation, die ein Ineinandergreifen von ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen ermöglicht. Der Grund für diese Lücke besteht darin, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen allein auf die Sicherstellung der ärztlichen Therapie und Diagnostik zur Behandlung einer Krankheit ausgerichtet sind. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben hingegen ihren Schwerpunkt in der Altenpflege. Die 1995 bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Trennung von ärztlichen und pflegerischen Leistungen, von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen hat sich zwischenzeitlich als Fehler erwiesen. Daher wird seit einigen Jahren die sogenannte sektorenübergreifende Versorgung in der deutschen Gesundheitsversorgung diskutiert. Gesetzliche Realität ist die gewollte Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg jedoch bisher nicht in allen Bereichen geworden, auch für die Bewohner*innen im Wachkomabereich nicht.

In der Einrichtung St. Josef wird versucht, diese Verzahnung von SGB V- und SGB XI-Leistungen dadurch abzubilden, dass die therapeutischen Leistungen an dafür fortgebildete Pflegekräfte übertragen und die individuellen Therapien so ständig über den Tag und nicht nur wenige Stunden in der Woche durch die Therapeut*innen selbst fortgeführt werden. So wird eine therapeutisch indizierte, andauernd aktivierende Pflege geleistet. Das bayerische Rahmenkonzept Phase F des Verbandes der bayerischen Bezirke und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern zur häuslichen, teilstationären, Kurzzeit- und vollstationären Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen des zentralen Nervensystems vom 08.11.2004 beschreibt die Voraussetzungen und Notwendigkeit ausführlich. Das damalige Konzept war stets als Auftakt und erste Fassung gedacht gewesen und sollte in der Folgezeit die wissenschaftlichen und medizinisch-pflegerischen Fortschritte übernehmen. An eine starre Begrenzung der Leistungen auf zwei Jahre war weder gedacht noch ist eine solche, automatisch eintretende Begrenzung im Konzept geregelt worden. Das Konzept sieht vielmehr vor, dass zwingend in sogenannten Fallkonferenzen kontinuierlich die weitere Versorgung der Phase F-Bewohner*innen abgestimmt und festgelegt werden muss.

Aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten erfolgte die Finanzierung der Leistungen der Wachkoma-Station im Haus St. Josef über die Leistungsbudgets der sozialen Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI hinaus entweder durch Leistungen der privaten oder gesetzlichen Unfallversicherungen oder über den Bezirk Oberbayern als Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege über einen gesondert verhandelten Pflegesatz der Phase F. In einem ersten Schritt wurden vor einigen Jahren die Krankenkassen verpflichtet, einen Behandlungspflegezuschlag für Versicherte mit einem hohen Anteil an Behandlungspflege zu zahlen, so dass sich die Zahlungen des Bezirks Oberbayern für

Bewohner*innen, die einen entsprechend hohen Anteil an Behandlungspflege aufweisen, verringerten.

Diese Zweiteilung der Finanzierung dieser Leistungen wird durch die Einführung des IPReG nach der Veröffentlichung der gesetzlichen Änderungen im Bundesgesetzblatt am 28.10.2020 um eine dritte Finanzierungsmöglichkeit erweitert. Neben dem Träger der Unfallversicherung bzw. dem Bezirk Oberbayern als Träger der Sozialhilfe tritt die Krankenversicherung der Bewohner*innen ein, wenn die Voraussetzungen nach § 37c SGB V gegeben sind. Der § 37c SGB V hat allein die außerklinische Intensivpflege und dabei vor

allem die beatmeten oder tracheotomierten Versicherten im Blick.

Auf der Wachkoma-Station wird aber derzeit aktuell niemand beatmet oder ist an ein Beatmungsgerät angeschlossen.

Nach § 37c Abs. 1 Satz 2 SGB V besteht dann ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, neben der Bedienung eines Beatmungsgerätes, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Diese Voraussetzung hat die*der behandelnde Ärzt*in mittels Verordnung „häuslicher Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V“ zu bestätigen.

Einige Bewohner*innen, die teilweise seit Jahren in der Wachkoma-Station leben, sind inzwischen soweit stabilisiert, dass die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft pflegerisch-medizinisch nicht notwendig ist. Um die erreichte Stabilisierung zu erhalten und weiteres Potenzial zu heben, ist aber die spezielle therapeutische Pflege notwendig. Diese Versorgungslücke wird durch das IPReG und die Einführung des § 37c SGB V nicht geschlossen. Für derartige Fälle ist die MÜNCHENSTIFT GmbH weiterhin auf die Finanzierung ihrer Leistungen durch den Träger der Sozialhilfe, also den Bezirk Oberbayern, angewiesen. Dadurch stellt sich die Problematik einer generellen Befristung dieser Leistungen – wie sie vom Bezirk Oberbayern im Hinblick auf die unglückliche Formulierung im Rahmenkonzept Phase F behauptet wird – auch weiterhin.

2.2 Entscheidung über die Petition zur Anwendung des Bayer. Rahmenkonzeptes

Über die Petition zum Bayerischen Landtag wurde bereits im Dezember 2019 entschieden und die Eingabe aufgrund der Erklärung der Bayerischen Staatsregierung nach § 80 Nr. 4 der Geschäftsordnung des Bayerischen Landtages als erledigt betrachtet.

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales informierte den Petitionsausschuss des Bayerischen Landtags mit Stellungnahme vom 24.09.2019 darüber, dass nach Auskunft der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in

Bayern eine Weiterentwicklung des Rahmenkonzeptes von den Kranken- und Pflegekassenverbänden in Bayern bereits avisiert worden sei.

Wörtlich wird ausgeführt: „Aufgrund von Gesprächen auf der Bundesebene zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit mit dem Ziel, aus den erworbenen Erfahrungen rechtliche Anpassungen der in SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (soziale Pflegeversicherung) verankerten Grundlagen im Sinne der betroffenen Menschen weiterzuentwickeln, habe man bisher von einer Überarbeitung abgesehen. Die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern habe diese Überarbeitung vorgemerkt und greife sie auf, sobald aus den aktuell laufenden Diskussionen um eine mögliche Veränderung von Rahmenbedingungen Ergebnisse vorliegen. Dabei würden die weiteren Erkenntnisse der Medizin und der Pflegewissenschaften zum Bewusstsein und den Bedürfnissen von Menschen mit erworbenen

zerebralen Schädigungen in den seit 2004 vergangenen 15 Jahren genauso einbezogen wie die Frage einer Aufenthaltsbefristung bzw. der Möglichkeit der Wiederaufnahme in die Schwerpunkteinrichtung.

Der Bayerische Bezirkstag verweist auf die Behandlung der Thematik in der Landespflegesatzkommission. Dort habe die MÜNCHENSTIFT GmbH im Oktober 2018 den Antrag eingebracht, eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung des Rahmenkonzeptes einzusetzen. Die Pflegekassen erklärten in der Sitzung, sie würden ohne Prüfung und Besprechung des aktuellen Versorgungsbedarfs keine Verlegung einer/s Patient*in nach zwei Jahren aus den Sondereinrichtungen in allgemeine Pflege oder Häuslichkeit veranlassen. Die Bezirke erklärten, dass dies auch bei ihnen Praxis sei.

Das StMAS und das StMGP können – nachdem sie nicht Vereinbarungspartner des Rahmenkonzeptes sind – die Weiterentwicklung des Rahmenkonzeptes nicht steuern bzw. beeinflussen.“

Auch wenn die Petition letztlich nicht positiv beschieden wurde, sondern sich anderweitig erledigte, war eine Feststellung wichtig: Alle Beteiligten sahen die Vorgehensweise und die Bearbeitung durch den Bezirk Oberbayern als kritisch an.

2.3 Ergebnis der Gespräche mit dem Pflegebeauftragten der Bayer. Staatsregierung

Ein Abgeordneter des Landtages ließ sich bei einem Besuch im Haus St. Josef die Problematik erklären, weitere Kontakte gab es jedoch nicht.

Die Geschäftsführung der MÜNCHENSTIFT GmbH konnte jedoch mehrere Gespräche mit dem Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung zur Erläuterung der Problematik führen. Dieser setzt sich seitdem dafür ein, dass das Rahmenkonzept Phase F überarbeitet wird. Aufgrund der Corona-Situation konnten hier noch keine konkreten Ergebnisse erreicht werden.

2.4 Gespräche mit den Krankenkassen der Wachkomapatient*innen

Seit Inkrafttreten des IPReG – mit der AOK Bayern bereits vorher – werden Gespräche im Rahmen der neuen rechtlichen Lage mit den Krankenkassen geführt. Die Gespräche sind derzeit dadurch erschwert, weil insbesondere die bundesweit agierenden Krankenkassen, dies sind insbesondere die sog. Ersatzkassen, auf die Konkretisierung des Leistungsanspruches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss warten. Dieser bestimmt nach

§ 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V bis zum 31.10.2021 in den Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege und die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer. Ohne diese Vorarbeiten in Form der sogenannten untergesetzlichen Rechtsnormen durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wollen die betreffenden Krankenkassen kein Präjudiz für vertragliche Regelungen schaffen. Daher versucht die MÜNCHENSTIFT GmbH derzeit, vorläufige Regelungen zu verhandeln und zu vereinbaren.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass von Seiten der Krankenkassen, insbesondere des bayerischen Landesverbandes, des Verbandes der Ersatzkrankenkassen (vdek) derzeit jede weitere Diskussion und Beratung über die notwendige Fortschreibung des Rahmenkonzeptes der Phase F verweigert wird. Die bayerische Landespflegesatzkommission, die stets einstimmig agieren muss, kann daher derzeit nicht tätig werden.

2.5 Ergebnisse der Gespräche mit den Krankenkassen

Inzwischen liegen elf Bewilligungen von drei verschiedenen Krankenkassen für Leistungen gemäß § 37c SGB V vor. Die Leistungen werden aber nur solange übernommen, bis die vorgenannten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erlassen werden. Die Kostenübernahme aufgrund der neuen gesetzlichen Grundlage haben einen zusätzlichen positiven Effekt für die betroffenen Bewohner*innen bzw. deren Angehörige. Aufgrund der Kostenübernahme durch die Krankenkassen entfällt unter gewissen Voraussetzungen, beispielsweise bei eigenen Einkünften, der Bedarf von Sozialhilfe, so dass diese Bewohner*innen beispielsweise ihre Erwerbsunfähigkeitsrenten selbst erhalten und damit als Privatzahler*in gelten können.

In den Fällen der anderen Bewohner*innen übernehmen grundsätzlich die bisherigen Kostenträger die Leistungen.

2.6 Auswirkungen des IPReG, speziell auf die Altfälle

Das IPReG und die Einführung der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen aus

§ 37c SGB V hat grundsätzlich keine direkten Auswirkungen auf zurückliegende Fälle. Allerdings ist die nun erfolgte vergleichsweise Einigung für die sogenannten Altfälle (vgl. Punkt 1.1) wohl auch darauf zurückzuführen, dass der Leistungszeitraum nun abgeschlossen ist. Von den acht Altfällen sind sechs Versorgungen bereits nach dem IPReG von den betreffenden Krankenkassen bewilligt worden; ein betreffender Bewohner ist inzwischen verstorben. Offen ist lediglich die Leistungsentscheidung in einem Fall, bei dem die Krankenkasse eine Ersatzkasse ist (vgl. auch Punkt 2.4). Dabei orientieren sich die Krankenkassen noch am bisherigen Prüfungsschema für die Gewährung des Leistungszuschlags der Behandlungspflege im vollstationären Pflegeheim nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

2.7 Umfang der Kostenerstattung im stationären Bereich nach Inkrafttreten

Mit der Einführung des § 37c Abs. 3 SGB V durch das Inkrafttreten des IPReG am 29.10.2020 ist die Kostenerstattung zu fast 100 % sichergestellt. Dies allerdings nur, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung besteht und ein Bedarf an außerklinischer, intensiver Behandlungspflege ärztlich verordnet wird.

Besteht keine Krankenversicherung, ist der Sozialhilfeträger gefordert. Aktuell greift dann in diesen Einzelfällen wiederum der veraltete Rahmenvertrag aus dem Jahr 2004, nach Ansicht des Bezirks Oberbayern mit der Aufenthaltsbefristung von zwei Jahren. Gleiches gilt für die Fälle, in denen ein außerklinischer intensiver Behandlungsbedarfsbedarf, also die ständige Bereitschaft einer Pflegefachkraft, nicht festgestellt wird.

3 Fazit und weiterer Handlungsbedarf

Durch die Einführung des IPReG wurde zwar mehr Klarheit für die Refinanzierung des Wachkomabereichs im Haus St. Josef geschaffen. Bei Zuständigkeit des Bezirks Oberbayern als Kostenträger wird wie bisher an der zweijährigen Befristung der Phase F festgehalten. Damit besteht Handlungsbedarf, dass diese Befristung aufgehoben wird. Trotz diverser Gespräche besteht wenig Bereitschaft auch von Seiten der Krankenkassen, die notwendige, langjährige Rehabilitation und den vermehrten Pflegebedarf für Wachkoma-Patient*innen ohne Einschränkung anzuerkennen. Folglich ist zwar eine Verbesserung gegenüber der Berichterstattung im Stadtratsbeschluss vom 26.09.2019, aber immer noch keine vollends gesicherte finanzielle Position für die Bewohner*innen des Wachkomabereichs und der städtischen Gesellschaft erreicht worden.

Anhörung des Bezirksausschusses

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

Dem Korreferenten, Herrn Stadtrat Schreyer, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Köning, der Stadtkämmerei, der Gleichstellungsstelle für Frauen, der Beauftragten des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich, dem Seniorenbeirat und dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit wurde ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet.

II. Antrag der Referentin

1. Der Antrag Nr. 14-20 / A 05172 von Herrn StR Christian Müller, Frau StRin Verena Dietl, Frau StRin Anne Hübner, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Cumali Naz vom 02.04.2019 ist geschäftsordnungsgemäß behandelt.
2. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Verena Dietl
Bürgermeisterin

Die Referentin

Dorothee Schiwy
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.

über D-II-V/SP

an das Direktorium - Dokumentationsstelle
an das Direktorium - Rechtsabteilung
an die Stadtkämmerei
an das Revisionsamt
z. K.

V. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
2. **An die Gleichstellungsstelle für Frauen**
An die Beauftragte des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich
An den Seniorenbeirat
An das Sozialreferat, S-I-AP 4
An das Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit
z. K.

Am

I.A.