

**München Klinik gGmbH (MüK)
Zielbild „MüK 20++“ und Medizinkonzept**

Klinikum Schwabing: Sicherung der Notfallversorgung, der Altersmedizin und der Palliativstation

Empfehlung Nr. 14-20 / E 02857 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 04 – Schwabing West vom 10.10.2019

Erweiterung der Kapazitäten der Kinderkliniken des städtischen Klinikums

Antrag Nr. 14-20 / A 06682 von der Stadtratsfraktion Die Grünen, Rosa Liste vom 06.02.2020, eingegangen am 06.02.2020

Gesundheitsversorgung in München stärken II

Pilotprojekt „Gemeinsamer Tresen“ - Portalpraxen in der München Klinik!

Antrag Nr. 14-20 / A 06877 von der SPD-Stadtratsfraktion vom 28.02.2020, eingegangen am 28.02.2020

Neukonzeption des geplanten Medizinkonzeptes für die München-Klinik

Antrag Nr. 20-26 / A 00033 von der Stadtratsfraktion DIE Linke. / Die PARTEI, Herrn StR Stefan Jagel, Frau StRin Marie Burneleit, Frau StRin Brigitte Wolf, Herrn StR Thomas Lechner vom 14.05.2020, eingegangen am 15.05.2020

Münchener Norden: Wohnortnaher Erhalt der Palliativstation und der Akutgeriatrie im Klinikum Schwabing

BA-Antrag Nr. 20-26 / B 01039 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart vom 28.10.2020

Fragen zu den Planungen MüK – Standort Harlaching; Seniorenbeirätin Dr. Nies

BA-Antrag Nr. 20-26 / B 02820 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 18 – Untergiesing-Harlaching vom 20.07.2021

Kritische Notfallversorgung in München II – Anlaufpraxen an der München Klinik zügig einführen

Antrag Nr. 20-26 / A 01961 von der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI vom 05.10.2021, eingegangen am 05.10.2021

Unterstützung der städtischen Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung (Punkt 1 des Antrags)

Empfehlung Nr. 20-26 / E 00808 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 04 - Schwabing West vom 14.09.2022

Anforderungen an das neue Medizinkonzept der München Klinik gGmbH: Geburtshilfe in Neuperlach bleibt erhalten II – Finanzierung für die geburtshilflichen Abteilungen sicherstellen

Antrag Nr. 20-26 / A 03368 von der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI vom 23.11.2022, eingegangen am 23.11.2022

Optimale Versorgung für alle – endlich einen Krankenhausbedarfsplan für München und die Region erstellen

Antrag Nr. 20-26 / A 04014 von der Stadtratsfraktion SPD / Volt, Stadtratsfraktion Die Grünen - Rosa Liste vom 21.07.2023, eingegangen am 21.07.2023

Klinikum Neuperlach als Maximalversorger erhalten

BA-Antrag Nr. 20-26 / B 06567 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 16 – Ramersdorf-Perlach vom 11.04.2024

Klinikum Neuperlach sozial gestalten!

BA-Antrag Nr. 20-26 / B 06741 des Bezirksausschusses des Stadtbezirkes 16 – Ramersdorf-Perlach vom 06.06.2024

Sicherstellung der Notfallversorgung und der Altersmedizin

Antrag des Seniorenbeirates vom 21.10.2019, eingegangen am 22.10.2019

Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 13436

Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 18.07.2024 (VB)

Öffentliche Sitzung

Kurzübersicht

zum beiliegenden Beschluss

Anlass	Das 2015 im Stadtrat beschlossene Sanierungsumsetzungskonzept (SUK) für die München Klinik ist nicht mehr aktuell und muss im Hinblick auf die Entwicklung der Rahmenbedingungen für Krankenhäuser abgelöst werden. Ein neues Zielbild für die München Klinik ist daher notwendig. Zudem liegen der Sitzungsvorlage eine Reihe von Stadtrats- und Bezirksausschussanträgen sowie Bürgerversammlungsempfehlungen zu Grunde.
Inhalt	Vorstellung der Eckpunkte des Zielbilds München-Klinik 20++ mit Medizinkonzept; Versorgungsanalyse des Gesundheitsreferats zu ausgewählten medizinischen Versorgungsangeboten.
Gesamtkosten / Gesamterlöse	-/-
Klimaprüfung	Eine Klimaschutzrelevanz ist gegeben: nein

Entscheidungsvorschlag	<p>Dem Zielbild „MüK 20++“ wird gemäß den vorgelegten Unterlagen zugestimmt.</p> <p>Das 2015 vom Stadtrat für die München Klinik beschlossene Sanierungsumsetzungskonzept (SUK) ist abgeschlossen und wird durch das neue Zielbild „MüK 20++“ ersetzt. Die MüK wird aufgefordert, das Konzept in Bezug auf Planung und Umsetzung der Behandlungskapazitäten / Leistungsgruppen zu konkretisieren und mit dem Gesundheitsreferat abzustimmen.</p> <p>Die München Klinik wird beauftragt, die aus dem Zielbild „MüK 20++“ resultierenden zusätzlich benötigten Kapazitäten am Standort Harlaching zu quantifizieren, mit der bestehenden Masterplanung für den Standort Harlaching abzugleichen und bei möglichen Abweichungen zur derzeitigen Beschlusslage den Stadtrat zu befassen.</p> <p>Die München Klinik wird beauftragt, begleitend zu den fortlaufenden Unternehmensplanungen eine Quantifizierung der zu erwartenden finanzwirtschaftlichen Effekte aus dem Zielbild „MüK 20++“ sowie – sobald absehbar – aus der geplanten Krankenhausreform vorzunehmen.</p> <p>Der Oberbürgerbürgermeister wird gebeten, einen Appell an die bayerische Staatsregierung zu richten, einen bedarfsgerechten Krankenhausplan für die Stadt München und die angrenzenden Landkreise aufstellen.</p> <p>Die im Betreff genannten Anträge und Empfehlungen sind damit geschäftsordnungsmäßig erledigt.</p>
Gesucht werden kann im RIS auch unter	München Klinik, Zielbild, Medizinkonzept, MüK 20++
Ortsangabe	-/-

Telefon: 089 233-37956

Gesundheitsreferat
 Gesundheitsplanung
 Beteiligungsmanagement
 Kliniken
 GSR-GP-BM

München Klinik gGmbH (MüK)
Zielbild 20++ und Medizinkonzept

Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 13436

Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 18.07.2024 (VB)

Öffentliche Sitzung

9 Anlagen

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vortrag der Referentin	6
1. Management Summary	6
2. Ausgangslage	8
3. Zielbild „MüK 20++“	9
3.1 Prozess der Zielbildentwicklung	10
3.2 Handlungsfelder des Zielbilds	15
3.3 Leistungsportfolio (Medizinkonzept)	16
3.3.1 Stationäre Leistungsbereiche	17
3.3.1.1 Zielkonzeption „MüK 20++“ - Norden	17
3.3.1.2 Zielkonzeption „MüK 20++“ - Süden	20
3.3.2 Ambulante Leistungsbereiche	23
3.4 Darstellung ausgewählter Schwerpunktthemen	24
3.4.1 Notfallversorgung	24
3.4.1.1 Rahmenbedingungen	24
3.4.1.2 Vorgesehene Organisation an der München Klinik	25
3.4.1.3 Sicherung der stationären Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit	30
3.4.2 Geburtshilfe	30
3.4.2.1 Rahmenbedingungen	30
3.4.2.2 Vorgesehene Organisation an der München Klinik	32

3.4.2.3	Vereinbarkeit von natürlicher Geburt und Sicherheit.....	33
3.4.2.4	Organisationskonzept der Hebammen	33
3.4.3	Pädiatrie	34
3.4.4	Neonatologie.....	35
3.4.5	Geriatric (Altersmedizin)	35
3.4.5.1	Altersmedizinische Versorgungsformen	36
3.4.5.2	Zielbild der Altersmedizin an der München Klinik	37
3.4.6	Onkologie und Palliativmedizin	39
3.4.6.1	Onkologie an der München Klinik.....	40
3.4.6.2	Palliativmedizin an der München Klinik.....	40
3.4.7	Intensivmedizin – Stroke Unit (Schlaganfalleinheit).....	41
3.5	Wirtschaftliche Auswirkungen.....	44
3.6	Bauliche und förderrechtliche Auswirkungen.....	45
3.7	Chancen der Umsetzung und Risiken bei Nicht-Umsetzung des Konzepts	47
4.	Auswirkungen auf die Versorgungssituation in München - Bewertung durch das Gesundheitsreferat (GSR).....	48
4.1	Aufgabe und Rolle der Versorgungsanalysen	48
4.2	Stellungnahme zur Notfallversorgung.....	50
4.3	Stellungnahme zur Geburtshilfe	51
4.4	Stellungnahme zur Pädiatrie	52
4.5	Stellungnahme zur Neonatologie	53
4.6	Stellungnahme zur Geriatric (Altersmedizin)	54
4.7	Stellungnahme zur Palliativmedizin	54
4.8	Stellungnahme zur Schlaganfallversorgung	56
5.	Stellungnahme zur Notfallversorgung durch das Kreisverwaltungsreferat, Rettungszweckverband	57
6.	Fazit Gesundheitsreferat	58
7.	Ausblick.....	61
8.	Klimaprüfung.....	61
9.	Abstimmung mit den Querschnitts- und Fachreferaten.....	61
II.	Antrag der Referentin	62
III.	Beschluss.....	64

I. Vortrag der Referentin

Das Sanierungsumsetzungskonzept (SUK) für die München Klinik (MüK) wurde am 29.07.2015 vom Stadtrat beschlossen (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03572). Seither haben sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen grundlegend verändert. Auch haben die verschiedenen Krisen, wie die Corona-Pandemie und der völkerrechtswidrige Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine, aber auch der gravierende Fachkräftemangel, dazu geführt, dass sich die wirtschaftliche Situation eines Großteils der Kliniken in Deutschland und auch der MüK nochmals deutlich verschlechtert hat.

Nun wurde im Jahr 2024 eine tiefgreifende Krankenhausreform auf den Weg gebracht, deren Ziele die Sicherung und Steigerung von Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung für Patient*innen sowie eine Entbürokratisierung sind. Diese Ziele sollen erreicht werden über die Einführung sogenannter Leistungsgruppen mit definierten Mindestleistungen und konstitutiven Strukturqualitätsvorgaben für die Krankenhäuser sowie über die Gliederung der Krankenhäuser in unterschiedliche Versorgungslevel. Leistungen, die ambulant erbracht werden können oder müssen, werden stark ausgeweitet. Es ist davon auszugehen, dass die Reform zu einer starken Zentralisierung und einem höheren Stellenwert von kooperativ erbrachten Leistungen führen wird.

Derzeit befinden sich Bund und Länder noch in einer kontroversen Diskussion um die Krankenhausreform. Die Länder fordern etwa eine stärkere Entbürokratisierung der Reform sowie eine deutlichere Öffnung der Sektorengrenzen. Außerdem sind den Ländern die Qualitätskriterien der geplanten Leistungsgruppen zu streng. Der Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) wurde am 15.05.2024 vom Bundeskabinett mit kleinen Änderungen verabschiedet. Auch wenn noch nicht absehbar ist, ob das Gesetz aufgrund von verfassungsrechtlichen Bedenken einiger Länder noch nachgebessert werden muss, so sind die wesentlichen Konturen des Gesetzes doch weitgehend ausgearbeitet.

Das SUK von 2015 muss aufgrund dieser Entwicklungen abgelöst werden; basierend auf den Vorplanungen wurde eine konzeptionelle Neuausrichtung insbesondere des bestehenden medizin-strategischen Konzepts unter dem Namen „MüK 20++“ geschaffen. Das Konzept „MüK 20++“ entwickelt das SUK konsequent fort. Ziel ist es, das medizinische Angebot unter den neuen Rahmenbedingungen zukunftsfähig aufzustellen.

Das Medizinkonzept „MüK 20++“ ist eine medizinische Vision – ein Zielbild für die MüK. Ein konkretes Zieljahr für eine vollständige Umsetzung aller erforderlichen Maßnahmen kann derzeit nicht benannt werden. Es handelt sich um eine qualitative Planungsgrundlage für die Zukunft, auf die erst nach Zustimmung des Stadtrates zu dem Zielbild „MüK 20++“ eine quantitative Planung mit sukzessive umzusetzenden konkreten Maßnahmen und Umsetzungsplänen aufgesetzt werden kann.

Der Stadtrat wird in dieser Sitzungsvorlage neben dem Medizinkonzept außerdem mit den im Betreff genannten Stadtratsanträgen, Anträgen von Bezirksausschüssen, Empfehlungen von Bürgerversammlungen und dem Antrag des Seniorenbeirats befasst. Zu den Inhalten wird auf die dieser Sitzungsvorlage beigefügten Anlage 1 verwiesen.

1. Management Summary

Dem Stadtrat wird das Medizinkonzept „MüK 20++“ (vgl. Anlage 2) zur Entscheidung vorgelegt. Die MüK sieht sich darin auch weiterhin als zentrale Gesundheitsversorgerin der LHM, alle Veränderungen wurden an diesem Grundsatz gespiegelt.

Das Konzept wurde auf dem vorab erstellten Arbeitsentwurf „MüK 2030“ aufgesetzt und

hinsichtlich der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, wie beispielsweise der geplanten Krankenhausreform, der fortschreitenden Ambulantisierung, des Fachkräftemangels, medizinisch-technischer Entwicklungen, und den externen Herausforderungen und Krisen zusammen mit Mitarbeitenden der MÜK überarbeitet und finalisiert.

Es steht im Einklang mit den Eckpunkten der anstehenden Krankenhausreform, die medizinisch inhaltlichen Diskussionen orientierten sich u.a. an den bisher bekannten Leistungsgruppen. Als gesetzte Leitplanke wurde von der neuen Geschäftsführung der MÜK insbesondere aus dem Zielentwurf „MÜK 2030“ die Konzentration des stationären Leistungsangebotes auf zwei Maximalversorger, jeweils einen im Süden und einen im Norden, vorgegeben. Dies wurde von den in den Clusterworkshops eingebundenen medizinischen, pflegerischen und weiteren Expert*innen der MÜK einstimmig als sinnvoll und längst überfällig konnotiert, zumal die Konzentration inhaltlich der medizinischen Entwicklung der vergangenen Jahre wie auch den Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform entspricht. Als weiterer gesetzter Fixpunkt wurde die Konzentration der pädiatrischen Versorgung in Schwabing durch Vorhaltung eines Eltern-Kind-Zentrums eingebracht.

Von baulicher Seite werden alle Großbauvorhaben gemäß den Planungen im SUK 2015 vollumfänglich in Betrieb genommen und genutzt. Darüber hinaus werden im Rahmen von „MÜK20++“ weitere Anpassungen der baulichen Strukturen geprüft, und wenn erforderlich, umgesetzt. Hierunter fällt auch die Bereitstellung von gefördertem Wohnraum für Mitarbeitende zur Personalakquise und -bindung am Standort Neuperlach.

Dem Stadtrat wird empfohlen, „MÜK 20++“ zu beschließen und dadurch das SUK durch „MÜK 20++ abzulösen“. „MÜK 20++“ bildet die neue Grundlage für die zukünftige Unternehmensausrichtung der MÜK.

Für die MÜK-Standorte ist im Rahmen von MÜK20++ folgende Profilierung vorgesehen:

MÜK Bogenhausen:

- Maximalversorger mit „umfassender Notfallversorgung“ (G-BA Notfallstufe 3) und überregionalem Traumazentrum
- Etablierung des Onkologischen Zentrums (inkl. Dermatologie), Herz-/Gefäßzentrums, Neurozentrums und Abdominalzentrums als medizinische Leuchttürme
- Aufbau einer spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung am Standort
- Integration der Infektiologie in das Lungenzentrum

MÜK Schwabing:

- Grundversorger mit Basisnotfallversorgung (G-BA Notfallstufe 1) mit Innerer Medizin, Chirurgie und Intensivmedizin für Erwachsene
- Universitäres Eltern-/Kind-Zentrum mit leistungsstarker und hochspezialisierter Pädiatrie in Kooperation mit der TUM (inkl. pädiatrischer und gynäkologischer Notfallversorgung, Geburtshilfe und Perinatalzentrum Level I, Kinderchirurgie und Kinder-Schwerbrandverletzungen, Kinder- und Jugendlichenpsychosomatik)
- Ausbau der geriatrischen Versorgung durch die Etablierung eines geriatrischen Kompetenzzentrums

MÜK Harlaching:

- Maximalversorger mit „umfassender Notfallversorgung“ (G-BA Notfallstufe 3) und überregionalem Traumazentrum
- Etablierung des Gefäßzentrums, Neurozentrums/Traumatologie und Onkologischen Zentrums als medizinische Leuchttürme
- Eltern-Kind-Zentrum mit großer Geburtshilfe und Perinatalzentrum Level I
- Zentrum für Palliativmedizin
- Stärkung des Zentrums für Telemedizin

MüK Neuperlach:

- Grundversorger mit Basisnotfallversorgung (G-BA Notfallstufe 1) mit Innerer Medizin, Chirurgie und Intensivmedizin im Interim.
- Perspektivisch soll nach erfolgtem Aufbau ambulanter Strukturen eine integrierte ambulante Notfallversorgung (Level 1i) angeboten werden
- Aufbau eines Weaningzentrums (Anmerkung: Weaning beschreibt die Entwöhnung invasiv beatmeter Patient*innen von der maschinellen Beatmung)
- Ausbau der geriatrischen Versorgung durch die Etablierung eines geriatrischen Kompetenzzentrums

Die stationären Kapazitäten sollen im Zielbild den heute betriebenen Kapazitäten entsprechen.

Aufgrund des Medizinkonzepts MüK 20++ wird es keine betriebsbedingten Kündigungen geben.

Im Folgenden wird detailliert erläutert, wie das Zielbild „MüK 20++“ inhaltlich und prozessual entwickelt wurde und welches Leistungsportfolio bzw. medizinischen Schwerpunkte darin definiert wurden. Zudem werden, soweit derzeit möglich, die finanziellen Auswirkungen beleuchtet und Chancen aufgezeigt, sowie Risiken dargestellt, sollte das Konzept nicht beschlossen werden.

Schließlich werden im Kapitel 4 die Auswirkungen auf die Versorgungssituation in München durch das GSR analysiert und bewertet.

2. Ausgangslage

Die aktuelle Lage am Krankenhausmarkt ist äußerst angespannt. Auf dem Kongress zur Zukunft der Gesundheitsversorgung im Februar 2024 wurden z.B. im Eingangsvortrag von Herrn Dr. Reinhard Wichels (Geschäftsführer WMC HEALTHCARE) folgende ökonomischen Eckpunkte des deutschen Krankenhausmarktes herausgestellt:

- Fehlende Investitionen in die Infrastruktur seit Jahrzehnten haben bei den Krankenhäusern zu einem Investitionsstau >50 Mrd. EUR geführt. Nicht refinanzierbare Verbindlichkeiten in den Bilanzen liegen zwischen 60-80 Mrd. EUR.
- Unsanierte Defizite werden kontinuierlich angehäuft, allein im Jahr 2023 sind rund 80 % der Krankenhäuser mit rund 9 Mrd. EUR defizitär. Ursache sind langfristig ineffektive Strukturen (Sektorengrenzen) gepaart mit herbem Produktivitätsverlust seit 2019 (in der Bundesrepublik nach Corona mehr als 19 %, in der MüK 21 %).
- Bis 2030 fehlen in der Bundesrepublik circa 50 Tsd. Ärzt*innen (v.a. ambulant und ländlich) und noch mehr Pflegekräfte.

Die Zahlen zeigen, dass deutschlandweit alle Krankenhäuser vor großen medizinischen, strukturellen und finanziellen Herausforderungen stehen.

Zudem stehen neue Rahmenbedingungen an, die zur stationären Konsolidierung am Markt und zur Konzentration im Rahmen von professionalisierten Kompetenzzentren beitragen. Diese bilden folglich auch die Basis des neuen „MüK 20++“-Zielbilds. Dazu zählen u. a.:

- Zentren und Notfallstufen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mindestanforderungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern festgelegt, welche als wichtiges Alleinstellungsmerkmal am Markt gelten.
- Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG): Förderung von Digitalisierungsvorhaben in Krankenhäusern bei zeitgleichem Change-Prozess.
- Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen erfordern entsprechende Personalkonzepte, um die Aufrechterhaltung der Versorgung zu gewährleisten.
- Ambulantisierung: Neue Versorgungsformen wie z. B. Hybrid-DRGs sowie Ausweitung der ambulant erbringbaren Leistungen.
- Krankenhausreform: Diese wird die Kliniklandschaft durch Zentralisierung und Kooperationsaufbau neu strukturieren – bietet jedoch gerade für Kliniken wie die MÜK Chancen, die es zu realisieren gilt.

Gemäß des am 15.05. vorgelegten Gesetzesentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) werden die Voraussetzungen zur Leistungserbringung zudem weiter verschärft. Demnach gilt zukünftig je Leistungsgruppe eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen, sog. Mindestvorhaltezahlen. Diese müssen zwingend erfüllt werden, um die Leistungsgruppe erbringen zu dürfen und die damit verbundene Vorhaltevergütung zu erhalten. Dafür wird eine gezielte Leistungsbündelung zur Qualitätssicherung weiter forciert.

3. Zielbild „MÜK 20++“

Die MÜK hat im Jahr 2020 begonnen, ein neues Zielbild mit dem Titel „MÜK 2030“ zu entwickeln, um sich sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich neu auszurichten. Dieser Zielbildentwurf wurde nun unter breiter Beteiligung von Führungskräften und medizinischen Expert*innen der MÜK überarbeitet und an die stark veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und externen Herausforderungen sowie Krisen als „MÜK 20++“ angepasst.

Die Strukturvorgaben im Rahmen der geplanten Krankenhausstrukturreform wurden in der Zielbilddiskussion zu Grunde gelegt. Entsprechend des laufenden Gesetzgebungsverfahrens wurde sich an den Leistungsgruppen (medizinische Cluster) aus NRW und deren Qualitätsvorgaben und Mindestmengen orientiert. Dies misst den bereits heute für ausgewählte Eingriffe bestehenden G-BA Mindestmengen eine zukunftsweisende Bedeutung zu. Der Grundgedanke der existierenden G-BA Mindestmengen besagt, dass für planbaren Eingriffe nachgewiesen werden konnte, dass die Qualität der Behandlungsergebnisse von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Am Beispiel der existierenden G-BA-Mindestmenge für komplexe Eingriffe am Ösophagus (Speiseröhre) lässt sich aufzeigen, wie eine aktuell auf zwei Standorte aufgeteilte Leistungserbringung am Klinikum München Bogenhausen und Neuperlach zukünftig an einem Standort gebündelt werden muss.

Derzeit werden komplexe Speiseröhreneingriffe sowohl in Bogenhausen als auch in Neuperlach erbracht, wobei die definierte Mindestmenge in Höhe von 26 Eingriffen pro Jahr in 2023 an beiden Standorten jeweils nicht erreicht werden konnte (München Klinik Bogenhausen: 21 Eingriffe, München Klinik Neuperlach: 15 Eingriffe), was kurzfristig in einem Leistungsverbot münden würde. Durch standortübergreifende Bündelung der Eingriffe kann zukünftig die Mindestmenge erreicht und die mit der Mindestmenge verbundene Qualitätssicherung bzw. -steigerung erzielt werden.

Dieser Grundgedanke wird nun wie beschrieben gesetzlich forciert und auf alle Leistungsgruppen ausgeweitet – das Medizinkonzept der MÜK nimmt diesen Grundgedanken auf und bündelt die Leistungsmengen an den beiden Standorten der Maximalversorgung. Diese Entwicklung eröffnet Chancen für die Patient*innen und die MÜK, weil durch die Bündelung zum einen eine stabile und qualitativ hochwertige Leistungserbringung gewährleistet werden kann und zum anderen damit zu rechnen ist, dass kleinere Kliniken diese Anforderungen zukünftig nicht mehr erfüllen können.

Um in Zukunft weiterhin eine zentrale Gesundheitsversorgerin für die Landeshauptstadt München zu sein, müssen Veränderungen jetzt erfolgen. Das Ziel dabei ist, das medizinische Angebot der MÜK zukunftsfähig aufzustellen und die Versorgung in München zu sichern sowie die Mitarbeitenden zu entlasten. Durch die Bildung von Zentren mit größeren Einheiten am Standort entstehen zudem stabile Abteilungs- und Arbeitsstrukturen, die sich positiv auf die Attraktivität als Arbeitgeberin auswirken.

Darüber hinaus wurden in den medizinischen Diskussionen weitere gesetzlich forcierte Marktveränderungen berücksichtigt. Dazu zählen beispielsweise:

- Aufbau von Kooperationsnetzwerken und Versorgungsunterstützung durch Telemedizin
- Überregionale Koordination komplexer Versorgungsleistungen in der Region
- Aufbau von medizinischen Leuchttürmen im Spannungsfeld des Wettbewerbs

Die geänderten Rahmenbedingungen und die Bedarfssituation am Krankenhausmarkt erfordern einerseits interdisziplinäre, ganzheitliche Versorgungsangebote, um die zunehmend multimorbiden Patient*innen adäquat versorgen zu können, andererseits muss der steigenden Ambulantisierung durch Etablierung/Ausbau ambulanter Angebote Rechnung getragen werden. Es gilt nicht nur Versorgungsangebote zu bündeln, sondern auch Zentren stärker zu vernetzen.

Insbesondere die strukturell und wirtschaftlich angespannte Situation, u. a. bedingt durch Fachkräftemangel, Gesetzgebung, Infrastruktur, Corona-Pandemie und der völkerrechtswidrige Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, lässt keinen Aufschub zu und benötigt umgehende Gegenmaßnahmen. Die Dringlichkeit lässt sich anhand der anhaltend negativen Jahresergebnisse erkennen.

Zeitgleich zur medizinischen Weiterentwicklung sind deshalb auch kostenwirksame Maßnahmen zur wirtschaftlichen Konsolidierung vorzunehmen (vgl. Kapitel 3.5). Verzögerungen bei laufenden und geplanten Bau- und Infrastrukturmaßnahmen sowie das Unterlassen bzw. eine Verzögerung einzelner Sanierungsmaßnahmen verursachen zusätzliche Kosten und belasten das wirtschaftliche Ergebnis der MÜK zusätzlich.

3.1 Prozess der Zielbildentwicklung

Neben den kurzfristig wirkenden Maßnahmen zur Ergebnisverbesserung besteht der maßgebliche Teil der Neuausrichtung der MÜK aus dem neu entwickelten Zielbildentwurf „MÜK 20++“. Das Ziel ist es, das medizinische Angebot zukunftsfähig aufzustellen, um die Versorgung in München auf höchstem Niveau zu sichern und die Mitarbeitenden zu entlasten.

Das Zielbild „MÜK 20++“ basiert auf den Grundpfeilern des vorab mit der bis Ende 2023 amtierenden Geschäftsführung entwickelten Arbeitsentwurf „MÜK 2030“. Die Neubesetzung der Geschäftsführung sowie der Einfluss der zwischenzeitlich konkretisierten Krankenhausreform und die Berücksichtigung weiterer geopolitischer Krisen hat jedoch eine kritische Überprüfung und Überarbeitung in Form des Zielbilds „MÜK 20++“ erfordert. Die

Zielbildentwicklung lässt sich demzufolge in zwei Phasen unterteilen:

Phase 1 – Erarbeitung Arbeitsentwurfs „MüK 2030“:

Zur Entwicklung des Zielbilds wurden im November 2020 interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet, die unter Betrachtung und Analyse zukünftiger Entwicklungen des Gesundheitsmarkts sowie der lokalen Krankenhauslandschaft in München Thesen für die zukünftige Positionierung der MüK erarbeitet haben. Im Verlauf des Prozesses wurden sechs relevante strategische Handlungsfelder herausgearbeitet und definiert:

- Leistungsportfolio/Medizinkonzept
- Qualität
- Prozesse und Digitalisierung
- Personal
- Infrastruktur
- Nachhaltigkeit

In der sich anschließenden Detaillierungsphase wurden Ziele innerhalb der Handlungsfelder und Schwerpunkte definiert. In einer Führungskräfte tagung Ende 2021 wurden darauf aufbauend Handlungsoptionen abgeleitet. Diese bildeten die Basis zur anschließenden inhaltlichen Ausarbeitung in Arbeitsgruppen, sodass konkrete Maßnahmen im Zeithorizont 2023, 2025 und 2030 definiert werden konnten. Die sechs strategischen Handlungsfelder besitzen auch weiterhin Gültigkeit und werden im Rahmen der Konzepterarbeitung „MüK 20++“ weiter berücksichtigt:

1. Leistungsportfolio / Medizinkonzept

Die MüK ist im Jahr 2030 erste Ansprechpartnerin für Gesundheitsfragen in München. Das stationäre Angebot wird um umfangreiche ambulante, prä- und nachstationäre Angebote erweitert – die Patient*innen und deren Gesundheit stehen dabei im Mittelpunkt.

2. Qualität

Im Jahr 2030 nutzt die MüK umfassende, kontinuierliche Qualitätsmessung, um die Versorgungsqualität und die Patient*innenzufriedenheit stetig zu verbessern. Hierbei wird Qualität anhand von objektivierbaren Kriterien gemessen, veröffentlicht und Verbesserungen davon abgeleitet.

3. Prozesse und Digitalisierung

Im Jahr 2030 entlasten und stärken durchgängige, voll digitalisierte Prozesse die Mitarbeitenden der MüK im Krankenhausalltag und verbessern dadurch die Patient*innenversorgung. Nutzer*innen und deren Anforderungen stehen hierbei im Zentrum der Digitalisierung.

4. Personal

Die MüK ist im Jahr 2030 eine attraktive Arbeitgeberin, die es versteht, durch berufliche Vielfalt und veränderte Aufgabenzuschnitte den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeitenden und den Arbeitsaufgaben gleichermaßen gerecht zu werden. Durch verstärkte Investitionen in Personalbindung und -gewinnung soll dem Fachkräftemangel begegnet werden.

5. Infrastruktur

Die analoge und digitale Infrastruktur der MÜK unterstützt im Jahr 2030 die bedarfsge- rechte und interdisziplinäre Kollaboration von Anwendungs- und Informationstechno- logie, Medizintechnik, Telekommunikation und Gebäudeleittechnik und bietet eine wirtschaftliche und sichere Plattform für die Bereitstellung und Weiterentwicklung in- novativer Versorgungsangebote auch unter ökologischen Gesichtspunkten.

6. Nachhaltigkeit

Durch die Etablierung eines „Green Teams“ im Jahr 2023 erfolgt die Definition der Nachhaltigkeitsziele für 2030 im weiteren Prozess.

Phase 2 – Erarbeitung Zielbild „MÜK 20++“:

Die Inhalte des Arbeitsentwurfs „MÜK 2030“ waren die Basis für die sich anschließende Erarbeitung des Zielbilds „MÜK 20++“. Die medizinische Diagnostik, Therapie und Beglei- tung von Patient*innen ist die zentrale Aufgabe der MÜK. Folglich sollten sich alle Ent- scheidungen daran ausrichten und messen lassen und damit dem Leitgedanken „Medizin führt“ folgen. Aufgrund des enormen wirtschaftlichen Defizits, der großen strukturellen Un- zulänglichkeiten und des damit vorgegebenen Handlungsdruckes mit engem Zeitrahmen wurde entschieden, das strategische Handlungsfeld Leistungsportfolio/Medizinkonzept pri- oritär zu bearbeiten.

Dabei wurde explizit auf die Expertise der Führungskräfte und medizinischen Expert*innen in der MÜK gebaut und vertraut. Der Arbeitsentwurf „MÜK 2030“ wurde dabei auf die aktu- ellen markt- und ordnungspolitischen Bedingungen im Gesundheitswesen, die sich verän- dernden Rahmenbedingungen, die Bedarfe der Münchner*innen sowie die externen Her- ausforderungen adaptiert.

Der Prozess der aktuellen Zielbilderarbeitung „MÜK 20++“ startete unter der neuen Ge- schäftsführung im Januar 2024 mit einem Kick-off der Geschäftsführung. Eingeladen wa- ren die Klinikleitungen, die Geschäftsbereichsleitungen, die Chefärzt*innen, die Pflege- dienstleitungen sowie Vertreter*innen des Betriebsrats. Dort wurden den Führungskräften die Rahmenbedingungen, der Prozess und der Zeitplan vorgestellt.

Im Februar und März 2024 erfolgte die fachliche Ausarbeitung der Eckpunkte für das zu- künftige medizinische Leistungsportfolio (Medizinkonzept) in Clusterworkshops. Die Clus- ter wurden nach dem Aspekt der interdisziplinären medizinischen Schnittmengen und Zu- sammenarbeit zusammengestellt (KB = München Klinik Bogenhausen, KN = München Kli- nik Neuperlach, KH = München Klinik Harlaching; KS = München Klinik Schwabing):

- **Geriatric/Physikalische Medizin**
 - o Teilnehmer*innen: 6 Ärzt*innen, 5 Pflegekräfte, 4 Therapeut*innen
 - o vertretene Fachbereiche: Physikalische Medizin KB/KS, Geriatrie KN, Neu- rologie KH und KB, Physikalische Medizin KH, Therapeuten KB, KS, KH, KN, MediCenter
- **Herz-Gefäße**
 - o Teilnehmer*innen: 15 Ärzt*innen, 11 Pflegekräfte
 - o vertretene Fachbereiche: Nephrologie KH, KN, Diabetologie/Endokrinologie KB, KS, KN, Kardiologie KB, KS, KH, KN, Herzchirurgie KB, Gefäßchirurgie KB, KN, Radiologie KB, KS
- **Neurologie**
 - o Teilnehmer*innen: 13 Ärzt*innen, 7 Pflegekräfte

- vertretene Fachbereiche: Neurologie KB, KH, Radiologie KB, KS, KN, Physikalische Medizin KB, KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, Gefäßchirurgie KB, KN
- **Bewegungsapparat/Trauma**
 - Teilnehmer*innen: 13 Ärzt*innen, 6 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Geriatrie KN, Nephrologie KH, KN, Unfallchirurgie KS, KB, KN, KH, Orthopädie KB, KN, Radiologie KB, KH, Frühreha KB, KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, Rheumatologie KB
- **Abdominal**
 - Teilnehmer*innen: 12 Ärzt*Innen, 9 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Allgemein-/Viszeralchirurgie KN, Viszeralchirurgie KN, KH, Gastroenterologie KB, KH, KN, Radiologie KS, KB, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Allgemeinchirurgie KS, KB
- **Lunge/Thorax/HNO**
 - Teilnehmer*innen: 7 Ärzt*innen, 6 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Thoraxchirurgie KB, Gastroenterologie KB, Infektiologie KS, Pneumologie KH, KB, Hämato/Onkologie KS, HNO KS
- **Onkologie und Palliativmedizin**
 - Teilnehmer*innen: 15 Ärzt*innen, 4 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Medizet, Radiologie KS, Onkologie KS, KH, KB, Stammzelltransplantation KS, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Physikalische Medizin/Palliativmedizin KS, Gastroenterologie KB, Urologie KB, Pneumologie KB, Thoraxchirurgie KB, Nuklearmedizin MediCenter
- **Notfall**
 - Teilnehmer*innen: 18 Ärzt*innen, 13 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Notfallzentrum KB, KS, KH, KN, Unfallchirurgie KS, Kardiologie KB, KS, KN, KH, Neurologie KB, KH, konservative Intensivmedizin KB, internistische Intensivmedizin KB, KS
- **Geburtshilfe**
 - Teilnehmer*innen: 4 Ärzt*innen, 7 Pflegekräfte, 4 Hebammen, Hebammenexpertin GSR
 - vertretene Fachbereiche: Gynäkologie/Geburtshilfe KS, KH, KN, Neonatologie KH, KS, Kinder-Intensiv
- **Pädiatrie**
 - Teilnehmer*innen: 9 Ärzt*innen, 13 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Kinder- u. Jugendmedizin KH, KS, Pädiatrie KH, Kinder-Intensivmedizin KS, Kinderchirurgie KS, Radiologie KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, HNO KS, Kinderpsychosomatik KS, Kinder-Notfallmedizin, Allgemeinpädiatrie, Kinder-Onkologie
- **Gynäkologie**
 - Teilnehmer*innen: 6 Ärzt*innen, 5 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Gynäkologie/Geburtshilfe KS, KH, KN, Plastische Chirurgie KB, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Nuklearmedizin MediCenter,

Medizet

- **Urologie, Nephrologie**
 - Teilnehmer*innen: 6 Ärzt*innen, 4 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Nuklearmedizin MediCenter, Hämato/Onkologie KS, Urologie KB, Radiologie KB, KN, Nephrologie KH, KN
- **Intensivmedizin**
 - Teilnehmer*innen: 11 Ärzt*innen, 9 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Anästhesie KB, KN, KH, Intensivmedizin KB, KS, Pneumologie KB, KH, Kardiologie KN, Viszeralchirurgie KH, KN, neurologische Intensivmedizin KH
- **Psychosomatik**
 - Teilnehmer*innen: 5 Ärzt*innen, 4 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Psychosomatik Erwachsene KH, Kinderpsychosomatik KS
- **Plastische Chirurgie**
 - Teilnehmer*innen: 2 Ärzt*innen, 2 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Plastische Chirurgie, Schwerbrandverletzte KB
- **Dermatologie**
 - Teilnehmer*innen: 4 Ärzt*innen, 2 Pflegekräfte
 - vertretene Fachbereiche: Dermatologie KT, Pathologie Medizet
- **Sekundäre Dienstleister: Labor/Patho/Nuklearmedizin/Radiologie/Apotheke**
 - Teilnehmer*innen: 11 Ärzt*innen, 1 Pflegekraft
 - vertretene Fachbereiche: Pathologie Medizet, Labor Medizet, Apotheke, Nuklearmedizin MediCenter, Radiologie KB, KH, KN, KS, Anästhesie KH, KN, KS, KB

In den Workshops wurde durch die Führungskräfte und medizinischen Expert*innen unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst/Pflege/Therapeuten/Hebammen) der MüK unter Beteiligung des Betriebsrats mit dem Fokus auf die zukünftigen medizinischen Entwicklungen und dem Versorgungsauftrag der MüK standortübergreifend die medizinische Ausrichtung und die zukünftige Schwerpunktsetzung erarbeitet. Die Ergebnisse aus den Clusterworkshops wurden durch die Geschäftsführung der MüK evaluiert und entsprechend in die Gesamtstrategie des Unternehmens eingebettet.

Im Mai 2024 wurden die in den Clusterworkshops erarbeiteten medizinischen Inhalte des Zielbildes durch die Geschäftsführung allen Clusterworkshop-Beteiligten als auch weiteren Führungskräften der MüK präsentiert. Unter kritischer Würdigung wurden die Ziele weiter kategorisiert und priorisiert (vgl. Anlage 3). Am 04.06.2024 beschäftigte sich der Aufsichtsrat der München Klinik in seiner Sitzung mit der Empfehlung zur Umsetzung des medizinischen Leistungsportfolios gemäß „MüK 20++“. Der Aufsichtsrat hat der Empfehlung mit Zweidrittelmehrheit zugestimmt.

3.2 Handlungsfelder des Zielbilds

Die im Zielbildentwurf „MüK 2030“ identifizierten sechs strategischen Handlungsfelder wurden auch bei der Zielbildentwicklung „MüK 20++“ weiterverfolgt.

Entsprechend der strategischen Relevanz wurde der Fokus im ersten Halbjahr 2024 zunächst auf die Ausarbeitung und Finalisierung des zukünftigen Leistungsportfolios bzw. Medizinkonzepts gelegt. Dies folgt der inhaltlichen Maßgabe „Medizin führt“, wonach ausgehend von dem definierten zukünftigen Leistungsportfolio/Medizinkonzept, als Kern des Versorgungsauftrags, die Ziele der fünf weiteren strategischen Handlungsfelder „Qualität, Prozesse und Digitalisierung, Personal, Infrastruktur und Nachhaltigkeit“ abgeleitet werden.

Der Leitgedanke des Leistungsportfolios/Medizinkonzepts bleibt weiterhin die Rolle der MüK als zentrale Gesundheitsversorgerin der Stadt München. Demnach werden medizinische Schwerpunkte gebildet, die einer nachhaltigen Erfüllung des Versorgungsauftrags der MüK dienen. Dies soll durch die Ausrichtung auf ganzheitliche Versorgungsangebote im stationären, aber auch ambulanten Bereich verbunden mit telemedizinischen Leistungen sichergestellt werden. Eine detailliertere Darstellung ausgewählter Bestandteile des vorgeschlagenen zukünftigen Leistungsportfolios erfolgt in den sich hier anschließenden Kapiteln (vgl. Kapitel 3.3).

Ein weiteres strategisches Handlungsfeld des Zielbilds ist das Personal. Im sich weiter verschärfenden Fachkräftemangel ist es von zentraler Bedeutung für die MüK, sich als attraktive Arbeitgeberin zu positionieren, um den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeitenden aller Fachbereiche und deren Aufgabenbereichen gerecht zu werden. Aus diesem Grund stehen sowohl die Bindung des vorhandenen Personals als auch die Gewinnung neuen Personals im Fokus. Sowohl regionale, nationale, als auch internationale Personalakquise in Verbindung mit einem überarbeiteten Social Media Auftritt und einer Arbeitgeber-Kampagne in München sind wesentliche Teile dieser Personalmaßnahmen.

Aufbauend auf dem Medizinkonzept soll eine umfassende, kontinuierliche Qualitätsmessung implementiert werden, die einerseits die Versorgungsqualität und andererseits die Patient*innenzufriedenheit zeigen und verbessern soll. Dieses Vorgehen stimmt mit den Grundzügen der Krankenhausreform (KHVVG und Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG)) überein, wonach die Erfüllung ausgewählter Qualitätskriterien im Rahmen der Berechnung des Vorhaltebudgets aber auch bei der Eingruppierung in Versorgungslevel eine relevante Rolle spielen soll.

Bezogen auf Prozesse und Digitalisierung stehen zukünftig durchgängige, voll digitalisierte Prozesse, die Mitarbeitenden der MüK im Krankenhausalltag entlasten sowie die Versorgung verbessern, im Fokus. In der Prozessgestaltung ist dabei die Nutzersicht von entscheidender Relevanz. Forciert werden diese Vorhaben durch verschiedene Gesetzesvorhaben wie das Förderprogramm gemäß Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und die verpflichtende Einführung der Telematikinfrastruktur (TI). Diese fordern nicht nur anhand gesetzlicher Fristsetzung den Aufbau digitalisierter Prozesse und Strukturen, sondern bieten auch Fördergelder zur Finanzierung an.

Im Bereich der Infrastruktur soll das Zusammenspiel aus analoger und digitaler Infrastruktur die bedarfsgerechte und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Anwendungstechnologie, IT, Medizintechnik, Telekommunikation und Gebäudeleittechnik unterstützen. Die Versorgungsangebote müssen auf einer sicheren und wirtschaftlichen Plattform aufsetzen, die wiederum Innovationen und Weiterentwicklung unterstützt. Die sich aktuell an den Standorten Schwabing, Harlaching und Bogenhausen im Bau befindlichen Neu- bzw. Erweiterungsbauten ermöglichen zeitgemäße Prozesse und Strukturen, um eine zukunftsgerichtete Medizin zu gewährleisten.

Um die Thematik der Nachhaltigkeit zukünftig im Unternehmen zu verankern, wird eine Nachhaltigkeitsorganisation etabliert, die im Kern die Einberufung eines „Green Teams“

vorsieht. Dieses entscheidet und priorisiert Nachhaltigkeitsvorhaben, die in der Mük umgesetzt werden sollen. Eine nachhaltige Ausrichtung spielt insbesondere beim Aufbau eines Wettbewerbsvorteils, bei der Suche nach Fachkräften, die zunehmend auf Nachhaltigkeit achten, sowie bei der Reduktion von Risiken und Einhaltung der Compliance angesichts zunehmender gesetzlicher (Berichts-)pflichten eine Rolle. Zudem werden die gesetzlichen Anforderungen, wie beispielsweise der ab Quartal 1/ 2026 verpflichtend geltende Nachhaltigkeitsbericht, vollumfänglich erfüllt.

3.3 Leistungsportfolio (Medizinkonzept)

Zur Weiterentwicklung des Medizinkonzepts „Mük 20++“ wurden seitens der Geschäftsführung ausgewählte Leitplanken definiert:

- In zwei leistungsstarken Häusern der Maximalversorgung im Münchner Norden und Süden bündelt die Mük ihre Expertise.
- Die Mük bleibt die kommunale Daseinsversorgerin für die Stadt München und kommt ihrer Verantwortung weiter vollumfänglich nach.
- Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird durch ein hochspezialisiertes Eltern-Kind-Zentrum am Standort Schwabing sichergestellt und weiterentwickelt.
- Im Süden soll die Geburtshilfe ausgebaut werden: Der geplante übergreifende Geburtshilfe-Standort in Harlaching kann mehr als 1.500 Geburten zusätzlich betreuen.
- Große und stabile Pflegeteams bilden die Grundlage einer gesicherten stationären Versorgung.
- Die Anzahl der geplanten und dann auch betreibbaren Betten im Zielkonzept „Mük 20++“ entspricht den heute betriebenen Betten.
- Die stationäre Notfallversorgung im Münchner Norden und Süden wird durch die beiden Maximalversorger sichergestellt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Bestandteile des Medizinkonzepts „Mük 20++“ dargestellt. Es handelt sich dabei um die Ergebnisse bzw. Voten, die im Rahmen der Clusterworkshops zusammen mit Ärzt*innen, Pflegekräften, Therapeut*innen und weiteren Berufsgruppen erarbeitet wurden.

3.3.1 Stationäre Leistungsbereiche

3.3.1.1 Zielkonzeption „MüK 20++“ - Norden

Bogenhausen Level 3

Maximalversorger mit klarer Profilierung
 G-BA Notfallstufe 3 „Umfassende Notfallversorgung“ mit überregionalem Traumazentrum

- ▶ Hochspezialisierte Zentren* und Leuchttürme u. a. :
 - ▶ Onkologisches Zentrum mit Abdominal, Hämato/Onkologie, Kopf/Hals, Lunge, Urologie, Dermatologie
 - ▶ Kardiologie
 - ▶ Herz-/Gefäßzentrum
 - ▶ Neurozentrum
- ▶ Ergänzung um weitere wichtige Schwerpunkte: Infektiologie, Dermatologie, HNO, spezialisierte palliativmedizinische Versorgung



Schwabing Level 1n

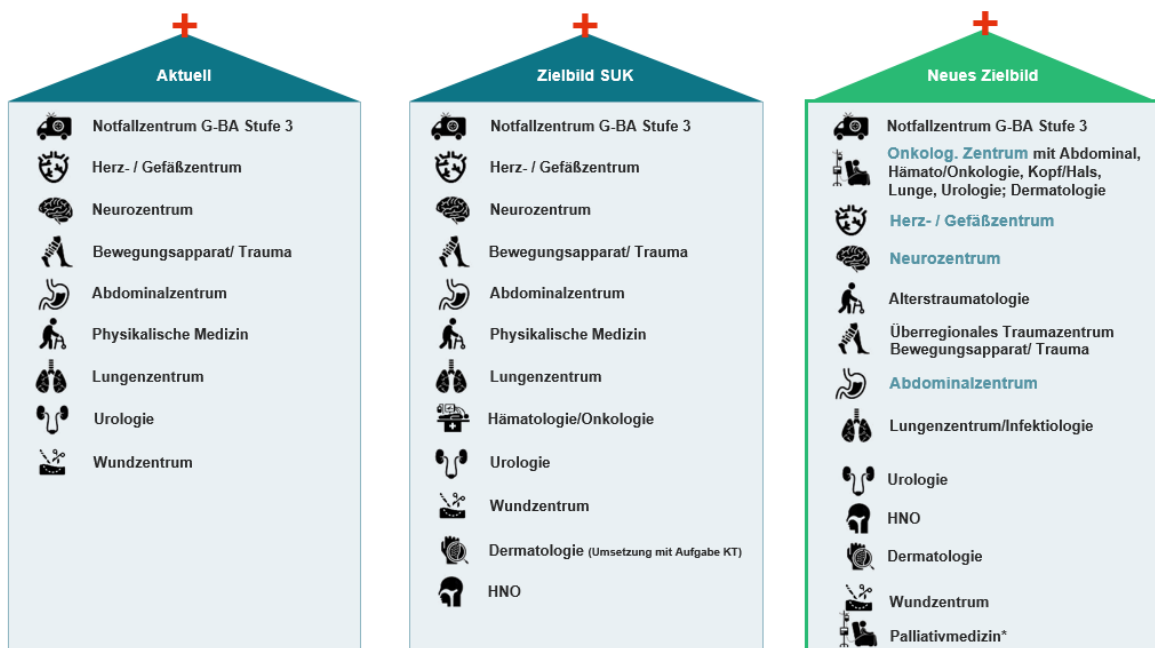
G-BA Notfallstufe 1 „Basisnotfallversorgung“

- ▶ Innere Medizin
- ▶ Chirurgie
- ▶ Intensivmedizin
- ▶ Universitäres Eltern-/Kindzentrum mit leistungsstarker und hochspezialisierter Pädiatrie in Kooperation mit TUM
 - ▶ Pädiatrische und gynäkologische Notfallversorgung
 - ▶ Geburtshilfe und Perinatalzentrum
 - ▶ Kinderchirurgie und Kinder-Schwerbrandverletzungen
 - ▶ Große Abteilung für Kinder-/Jugendlichenpsychosomatik
- ▶ Geriatisches Kompetenzzentrum



* Zentrum hier funktionale Einheit, keine organisatorische Einheit

Zielkonzeption Bogenhausen (Detail):



*spezialisierte palliativmedizinische Versorgung am Standort – keine bettenführende Abteilung

Legende:
Leuchttürme

Das medizinische Leistungsportfolio der München Klinik Bogenhausen wird analog zum SUK aus 2015 durch Stärkung des etablierten und zertifizierten onkologischen Zentrums unverändert als Krankenhaus der Maximalversorgung geführt. Durch Zusammenführung aller onkologischer Fachdisziplinen (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Neurochirurgie, Erkrankungen in Kopf-Hals-Bereich, Lunge, Thoraxchirurgie, Urologie, Dermatologie) wird in Kombination mit der Radiologie, sowie Strahlentherapie und Nuklearmedizin das interdisziplinäre onkologische Zentrum als Leuchtturm weiter ausgebaut bzw. die fachübergreifende medizinische Expertise gebündelt. Einen besonderen Schwerpunkt innerhalb des onkologischen Zentrums wird die Hämato-Onkologie mit der Spezialisierung der Stammzelltransplantationen einnehmen und von der Interdisziplinarität innerhalb des onkologischen Zentrums profitieren.

Das Abdominalzentrum sowie die Urologie am Standort Bogenhausen bleiben als Teil des onkologischen Zentrums mit der Expertise der robotischen Chirurgie unverändert bestehen. Die Verortung der HNO von Schwabing nach Bogenhausen vervollständigt das Leistungsspektrum innerhalb des onkologischen Zentrums.

Im Vergleich zum SUK wird die Infektiologie am Standort des Lungenzentrums in Bogenhausen mit Schnittstellenversorgung zu den Bereichen Pneumologie, Rheumatologie und HNO angebunden. Dadurch wird auch die interprofessionelle Diagnostik sowie die vor Ort-Anbindung an Intensivkapazitäten im Rahmen einer Zentrumsstruktur ermöglicht. Durch den Aufbau telemedizinischer Versorgungsstrukturen kann die medizinische Expertise an weitere (MÜK-)Standorte beispielsweise durch Telekonsile angebunden werden.

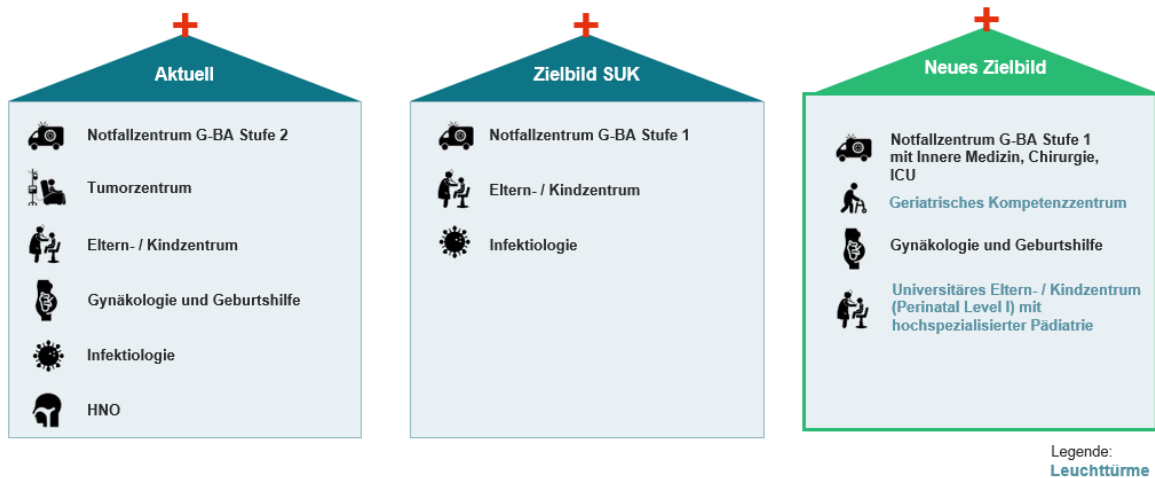
Über die Vorhaltung eines Notfallzentrums der Stufe 3 wird kontinuierlich die umfassende Notfallversorgung nach G-BA-Vorgaben gesichert.

Das Herz- und Gefäßzentrum bündelt als weiterer Leuchtturm die Kompetenzen der Kardiologie, der Herzchirurgie und der Gefäßchirurgie mit höchster Spezialisierung in der interventionellen Kardiologie (Klappentherapie, Chest-Pain-Unit), der Elektrophysiologie (Herzrhythmusimplantate), der komplexen Herzchirurgie (Mitralklappenrekonstruktion und -ersatz) und der internistischen Intensivmedizin.

Das Neurozentrum mit der Neurologie, der neurologischen Frührehabilitation Phase B, der Neurochirurgie und der neuroradiologischen Radiologie kann auf die Expertise der Gefäßchirurgie am gleichen Standort zugreifen.

Der Schwerpunkt Bewegungsapparat / Trauma in Bogenhausen wird durch Konzentration der spezialisierten unfallchirurgischen und orthopädischen Versorgung im Überregionalen Traumazentrum (ÜRTZ) und durch den spezialisierten Ausbau des alterstraumatologischen Bereiches aus der Physikalischen Medizin, sowie der Rheumatologie gestärkt.

Der Umzug der Dermatologie von der Thalkirchner Straße an den Standort Bogenhausen ist für Ende 2026 geplant. Die Verlagerung der Dermatologie nach Bogenhausen bietet neben dermatologischer Chirurgie die Versorgung in einem interdisziplinären Wundzentrum, bestehend aus der Fachlichkeit der Endokrinologie und plastischen Chirurgie vor dem Hintergrund einer spezialisierten Einheit für Schwerbrandverletzte.

Zielkonzeption Schwabing (Detail):

Das medizinische Leistungsportfolio der München Klinik Schwabing wird unverändert zum SUK 2015 zu einem Krankenhaus der Grundversorgung Level 1n mit Vorhaltung eines Notfallzentrums der Stufe 1 nach G-BA-Vorgabe mit einer integrierten intensivmedizinischen Versorgung für Erwachsene aus der Inneren Medizin und der Chirurgie (Basisnotfallversorgung).

Es ist im vorliegenden und vom Aufsichtsrat der München Klinik gGmbH beschlossenen Konzept „MüK 20++“ nicht vorgesehen, perspektivisch eine erweiterte Notfallversorgung für Erwachsene (Stufe 2) am Standort Schwabing vorzuhalten. Für die Basisnotfallversorgung Stufe 1 reichen die vorgesehenen Kapazitäten im Neubau aus, sodass eine Aufteilung von Betten nicht notwendig ist.

Grundsätzlich beschreibt der G-BA in den Strukturkriterien zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Abs. 4 SGB V „eine Intensivstation mit x Betten“, und nicht „x Intensivbetten am Standort“. Daher könnte sich der Medizinische Dienst bei entsprechenden Überprüfungen ggf. darauf beziehen, dass eine zusammenhängende stationäre Einheit = Station dargestellt werden muss. Im Einzelfall würde dies im Rahmen einer Strukturprüfung in Gesamtschau der Gegebenheiten vor Ort beurteilt werden. Aus medizinisch-prozessualen und betriebswirtschaftlichen Gründen wäre in jedem Fall eine zusammenhängende Intensiveinheit gegenüber mehreren räumlich getrennten Einheiten zu präferieren, insbesondere gegenüber verstreuten Einheiten in voneinander getrennten Gebäudeteilen (vgl. hierzu Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 00312, Ziffer 3. des Beschlussantrags).

In dem neuen geriatrischen Schwerpunkt mit Etablierung eines geriatrischen Kompetenzzentrums in Ergänzung zur allgemeinen internistischen und chirurgischen Medizin komplettiert die Akutgeriatrie inkl. Geriatrischer Frührehabilitation und einer geriatrischen Tagklinik die Behandlungskette im Sinne einer medizinischen Grundversorgung aus einer Hand.

Das Eltern-Kind-Zentrum bleibt unverändert bestehen und wird durch die Schwerpunkte der Gynäkologie / Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie einem universitären Eltern-Kind-Zentrum (mit Pädiatrie, Neonatologie, Perinatalzentrum Level I, pädiatrischer Onkologie und Notfallmedizin) gebündelt.

Bei der Vorhaltung der Infektiologie ist zwischen der Sonderisolerstation für hochkontaminiöse Erreger (SIS bzw. HOKO; Spezialeinheit für hochkontagiöse Erreger) und der regulären stationären Planabteilung Infektiologie inhaltlich zu trennen.

Der Auftrag zur Vorhaltung einer Sonderisolerstation liegt grundsätzlich beim Freistaat; dieser hat vor vielen Jahren die MüK zur Vorhaltung beauftragt. Der Versorgungsauftrag wurde bereits im Juni 2020 mit Wirksamkeit zum 31.12.2027 aufgekündigt und geht ab dem 01.01.2028 wieder auf den Freistaat Bayern über. Bis dahin wird die MüK die Versorgung gewährleisten. Ab dem 01.01.2028 wird die Sonderisolerstation unter Trägerschaft des Freistaates, in dessen Auftrag durch die Universitätsklinik, betrieben werden. Hierzu stehen die MüK, die Universitätsklinik in München, das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) sowie das StMGP im laufenden engen Austausch.

Die Planabteilung Infektiologie ist hingegen eine reguläre stationäre Planabteilung im Landeskrankenhausplan, die den Finanzierungsregularien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) unterliegt. Somit ist der Freistaat hier für den investiven Teil verantwortlich, aber nicht für die Kosten des laufenden Betriebes (siehe hierzu Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 00312, Ziffer 3. des Beschlussantrags).

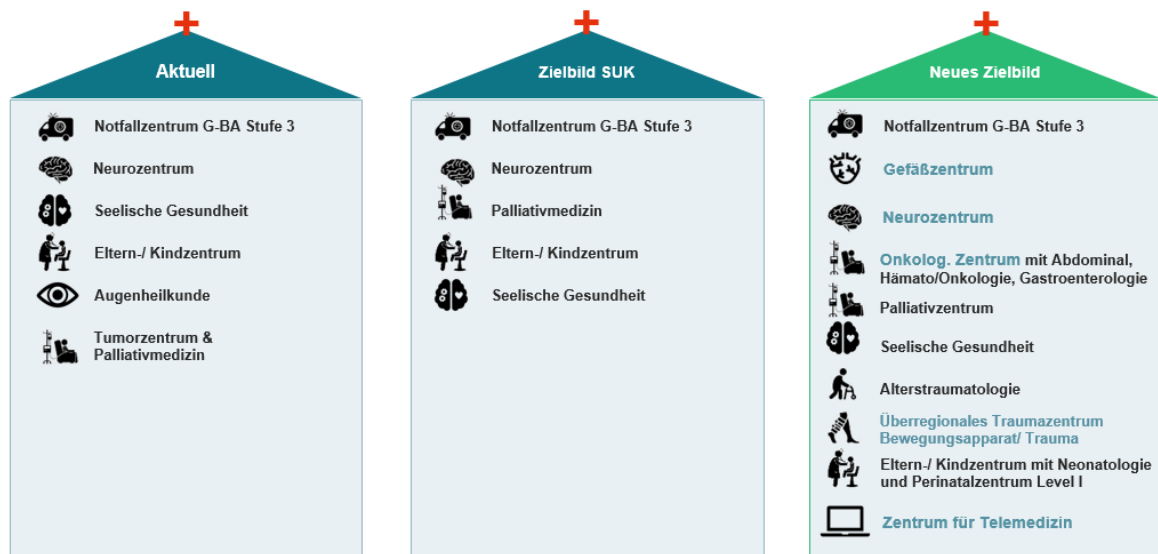
Dem Antrag Nr. 20-26 / A 00033 „Neukonzeption des geplanten Medizinkonzeptes für die München-Klinik“, Ziffern 1 bis 3, kann nicht entsprochen werden.

3.3.1.2 Zielkonzeption „MüK 20++“ - Süden

Harlaching	Level 3
Maximalversorger mit klarer Profilierung	
G-BA Notfallstufe 3 „Umfassende Notfallversorgung“ mit überregionalem Traumazentrum	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <u>Hochspezialisierte Zentren*</u> und <u>Leuchttürme u.a.</u> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Onkologisches Zentrum mit Abdominal, <u>Hämato/Onkologie</u>, Gastroenterologie, Gynäkologie/<u>Senologie</u> ▶ Gefäßzentrum ▶ Neurozentrum/Traumatologie ▶ Eltern-Kind-Zentrum mit Geburtshilfe und Perinatalzentrum Level I ▶ Psychosomatik ▶ Zentrum für Telemedizin ▶ Palliativzentrum 	
Neuperlach	Level 1n -> 1i
Interim: Level 1n: G-BA Notfallstufe 1 „Basisnotfallversorgung“	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Innere Medizin ▶ Chirurgie ▶ Intensivmedizin ▶ Weaningzentrum ▶ Geriatrisches Kompetenzzentrum 	
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> Perspektive: Level 1i integrierte ambulante Notfallversorgung bei erfolgreichem Aufbau ambulanter Strukturen:	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ärztlicher Bereitschaftsdienst ▶ MVZ MüK ▶ Gesundheitszentrum mit ambulanter Versorgungsstruktur ▶ Weaningzentrum ▶ Geriatrisches Kompetenzzentrum 	

* Zentrum hier funktionale Einheit, keine organisatorische Einheit



Zielkonzeption Harlaching (Detail):

Legende:
Leuchttürme

Das medizinische Leistungsportfolio der München Klinik Harlaching wird im Vergleich zum SUK 2015 mit weiteren Fachabteilungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung ergänzt.

Über die Vorhaltung eines Notfallzentrums der Stufe 3 wird weiterhin die umfassende Notfallversorgung nach G-BA gesichert. Der Unfallschwerpunkt in Harlaching wird durch Konzentration der spezialisierten unfallchirurgischen Versorgung im Überregionalen Traumazentrum und durch die Etablierung eines speziellen alterstraumatologischen Bereiches gestärkt.

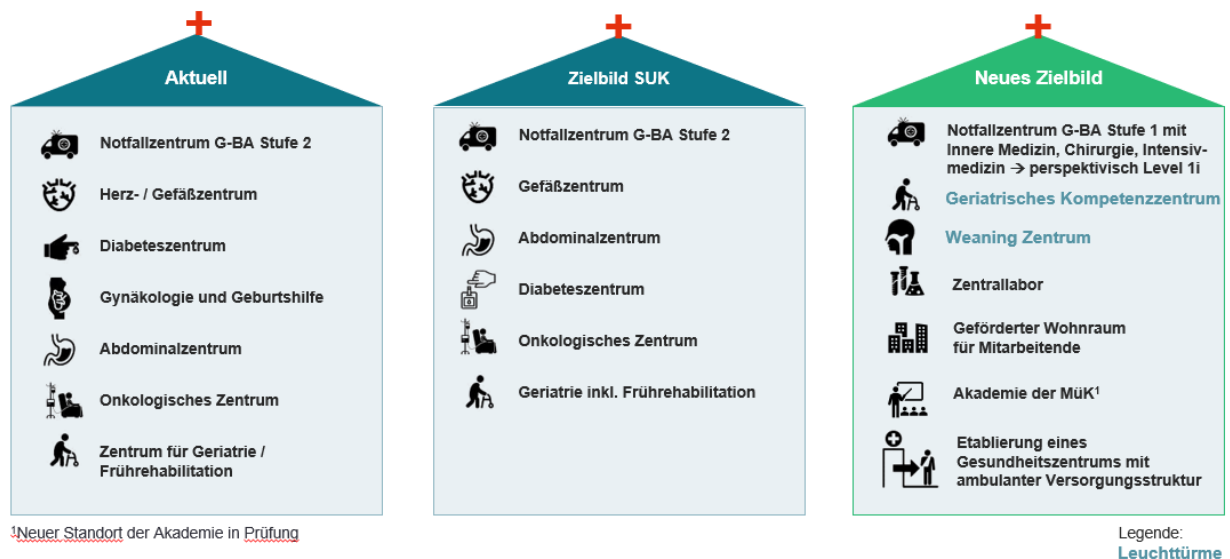
Das Gefäßzentrum Neuperlach (Angiologie, Diabetologie, Nephrologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie) wird an den Standort der Maximalversorgung in Harlaching verlagert. Das Neurozentrum bis dato bestehend aus Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, neurologische Frührehabilitation, TEMPiS (Telemedizinnetzwerk) und FIT (Flying Interventionalists) wird durch die räumliche Konzentration des Gefäßzentrums am gleichen Standort zum neurovaskulären Zentrum ergänzt.

Das Zentrum für seelische Gesundheit mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie bleibt unverändert erhalten.

Die onkologische Versorgung im Süden wird durch die Konzentration am Krankenhaus der Maximalversorgung gestärkt. Durch die Zusammenführung aller onkologischen Disziplinen (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Senologie, Neurochirurgie, Hämato-Onkologie) wird in Kombination mit der Radiologie und der Strahlentherapie ein interdisziplinäres onkologisches Zentrum gebildet.

Zudem bietet die MüK am Standort Harlaching eine spezialisierte Versorgung von stationären onkologischen und nicht-onkologischen Patient*innen auf einer eigenen Palliativstation an, welche durch die Zusammenlegung der Palliativstationen an der München Klinik Schwabing und der München Klinik Harlaching deutlich vergrößert wird.

Das Eltern-Kind-Zentrum (Perinatalzentrum Level I, Frauenklinik, Neonatologie, Pädiatrie, pädiatrisches Notfallzentrum) bleibt unverändert bestehen. Im Krankenhaus der Maximalversorgung Harlaching wird zudem die telemedizinische Expertise der München Klinik in einem Zentrum für Telemedizin gebündelt werden.

Zielkonzeption Neuperlach (Detail):

Das medizinische Leistungsportfolio der München Klinik Neuperlach wird im Vergleich zum SUK 2015 zu einem Krankenhaus der Grundversorgung mit der Spezialisierung eines Geriatrischen Kompetenzzentrums profiliert.

Über die Vorhaltung eines Notfallzentrums der Stufe 1 wird die Notfallversorgung nach G-BA als Basisnotfallversorgung weiterhin sichergestellt. Perspektivisch wird nach dem Aufbau ambulanter Strukturen eine integrierte ambulante Notfallversorgung auf dem Level 1i angestrebt.

Das Zentrum für Geriatrie wird zum Geriatrischen Kompetenzzentrum mit Akutgeriatrie, Geriatrischer Frührehabilitation und geriatrisch-tagesklinischem Angebot ausgebaut. Das Weaning Zentrum der München Klinik wird neu als Angebot mit höchster Spezialisierung (Weaning mit fachübergreifender Frührehabilitation an einem Standort) von Harlaching nach Neuperlach verlagert und ausgebaut. Die interdisziplinären Zentren (Abdomen, Gefäße, Onkologie) werden am Standort der Maximalversorgung in Harlaching konzentriert.

Dem Antrag Nr. 20-26 / B 06567 „Klinikum Neuperlach als Maximalversorger erhalten“ wird nicht entsprochen. Dem Antrag Nr. 20-26 / B 06741 „Klinikum Neuperlach sozial gestalten“ wird teilweise entsprochen, da die Weiterentwicklung des Medizinkonzepts zwei leistungsstarke Häuser der Maximalversorgung vorsieht.

Durch die Etablierung eines Gesundheitszentrums mit ambulanter und tagesklinischer Versorgungsstruktur wird der Gesundheitsstandort Neuperlach zusätzlich nachhaltig gesichert.

Ausführlichere Erläuterungen zu den medizinischen Schwerpunktthemen finden sich in Kapitel 3.4.1 (Notfallmedizin), 3.4.2 (Geburtshilfe), 3.4.3 (Pädiatrie), 3.4.4 (Neonatologie), 3.4.5 (Geriatrie) und 3.4.6 (Onkologie und Palliativmedizin).

Als Planungsgröße für den Bedarf stationärer Kapazitäten werden zukünftig anstatt vorgehaltener Bettenkontingente Leistungsgruppen und Mindestvorhaltezahlen als Bemessungsgrundlage herangezogen werden.

3.3.2 Ambulante Leistungsbereiche

Als weiterer Baustein des Medizinkonzepts „MüK 20++“ wurde eine ambulante Strategie erarbeitet, welche die Erkenntnisse aus den Clusterworkshops berücksichtigt und folglich die zukünftigen stationären Schwerpunkte erweitert. Für die MüK bestehen breite Möglichkeiten, sich im ambulanten Bereich zu engagieren - grundsätzlich umfassen die möglichen Leistungen folgende Abrechnungsbereiche:

Hybrid-DRGs

Patient*innen können je nach Allgemeinzustand ambulant oder stationär behandelt werden. Der Leistungsbereich ist zum 01.01.2024 in Kraft getreten und umfasst zunächst einen eingegrenzten Umfang von Leistungen, der kurzfristig erweitert werden soll.

Tageskliniken

In den Tageskliniken werden teilstationäre Leistungen erbracht, die über Tagespauschalen abgerechnet werden, u. a. im Bereich der Neurologie, Geriatrie, Onkologie, Gynäkologie, Chirurgie und Kindermedizin.

Daneben ist die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) beschränkt auf seltene Erkrankungen und onkologische Erkrankungen. Die ASV setzt weitreichende Kooperationen unterschiedlicher Partner*innen im Sinne eines integrierten Versorgungskonzepts voraus. Innerhalb der onkologischen Schwerpunktbildung soll ein intensiver Ausbau der ASV erfolgen.

MVZ (MediCenter)

Neben den bereits bestehenden KV-Sitzen im Bereich Nuklearmedizin, Physikalisch-Rehabilitative Medizin, Notfallmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin liegt der Fokus zukünftig insbesondere auf der ambulanten Notfallmedizin an allen Standorten der MüK, welche eng an die Notfallzentren (Allgemeinmedizin und Chirurgie) und Pädiatrie angebunden ist.

Der zweite Schwerpunkt ist die Pädiatrie, um eine ambulante Versorgung insbesondere von onkologisch und kardiologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie die Behandlung chronischer Erkrankungen zu ermöglichen.

Ambulantes Operieren (AOP)

Die Menge der ambulant abbildbaren Operationen und Eingriffe nimmt seit Jahren zu, da der entsprechende AOP-Katalog kontinuierlich erweitert wird. Die ambulant erbringbaren Leistungen sollen zukünftig in der MüK in eigens dafür ausgebauten, ambulanten Settings mit einem Nukleus am München Klinikum Schwabing sowie weiteren Strukturen in den München Kliniken Bogenhausen und Harlaching erbracht werden. Das ambulante Potenzial und somit der Leistungsfokus liegt insbesondere auf kardiologischen, unfallchirurgischen, gastroenterologischen und urologischen Eingriffen.

3.4 Darstellung ausgewählter Schwerpunktthemen

Im Folgenden werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlich hausübergreifend dargestellt.

3.4.1 Notfallversorgung

3.4.1.1 Rahmenbedingungen

Die Aufgabe der Krankenhäuser im Zusammenspiel aller an der Notfallversorgung beteiligten Akteur*innen ist die Sicherstellung der Aufnahmebereitschaft für stationäre Notfälle. In Abgrenzung davon ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit ihrem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung inklusive ambulant zu behandelnden Notfällen zuständig. Der Rettungsdienst führt die behandlungsbedürftigen Patient*innen dem nächstgelegenen, medizinisch-fachlich geeignetem und aufnahmebereitem Krankenhaus mittels Interdisziplinärem Versorgungsnachweis (IVENA) zu.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fällt dabei die gesetzliche Rolle zu, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, zu definieren. Für jede Stufe der stationären Notfallversorgung hat der G-BA Mindestanforderungen festgelegt, insbesondere zu

- der Art und der Anzahl von Fachabteilungen,
- der Anzahl und der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie
- dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen.

Die im Mai 2018 in Kraft getretenen Regelungen des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern dienen als Grundlage für die Vereinbarung von gestaffelten Zuschlägen für die Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen einer der drei Stufen oder eines der speziellen Notfallversorgungsangebote zum Beispiel für Schlaganfallversorgung erfüllen.

Die Höhe der Zuschläge wird nicht vom G-BA festgelegt, sondern von den Vertragspartner*innen auf Bundesebene vereinbart. Vertragspartner*innen sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung.

Die medizinisch-fachliche Eignung für eine stationäre Aufnahme wird neben infrastrukturellen Voraussetzungen insbesondere durch die Vorhaltung interdisziplinärer Behandlungskapazitäten bestimmt. Das G-BA-Konzept der Notfallstufen stellt dabei auf die Anzahl der notfallrelevanten Fachabteilungen als Parameter für das Ausmaß der notfallrelevanten Vorhaltung ab. Je nach Notfallstufe muss eine bestimmte Anzahl von Fachabteilungen (Kategorie A) für die primäre Notfallversorgung und sekundäre Notfallversorgung (Kategorie B) vorgehalten werden:

- In der Stufe 1 werden Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfasst. Es müssen mindestens die Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie die Innere Medizin vorhanden sein. Auf der Intensivstation sind mindestens sechs Betten, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Kliniken müssen Schockraum und CT vorhalten.
- In der Stufe 2 werden Krankenhäuser mit erweiterter Notfallversorgung erfasst. Es muss mindestens vier Hauptfachabteilungen geben, zwei davon aus der Kategorie

A. Zur Kategorie A gehören Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Zur Kategorie B gehören Innere Medizin und Pneumologie, Pädiatrie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie sowie Onkologie. Es müssen mindestens zehn Intensivbetten zur Verfügung stehen, ebenso muss ein Hub-schrauberlandeplatz und ein MRT vorhanden sowie eine PCI und die Primärdiagnostik für einen Schlaganfall möglich sein.

- Zur Stufe 3 zählt die umfassende Notfallversorgung. Hier müssen aus den Kategorien A und B (siehe oben) insgesamt mindestens sieben Fachabteilungen vorhanden sein, fünf davon aus der Kategorie A. Es sind mindestens 20 Intensivbetten vorzuhalten. Zur Notfallversorgung von Kindern sowie für Stroke- und Chest-Pain-Units sind weitere Voraussetzungen festgelegt worden.

Die Notfallstufe und damit vorhandene Vorhaltung von Fachabteilungskombinationen ist damit der entscheidende Indikator für den Rettungsdienst zur Bestimmung der medizinisch-fachlichen Eignung eines Krankenhauses.

3.4.1.2 Vorgesehene Organisation an der München Klinik

Um ihrer Aufgabe der Sicherstellung der Aufnahmebereitschaft auch in Zukunft gut nachkommen zu können, muss die MÜK ihre Standorte der Notfallversorgung hinsichtlich der medizinisch-fachlichen Eignung bedarfsgerecht ausrichten sowie die Aufnahmebereitschaft maximieren. Das Konzept für die stationäre Notfallversorgung der MÜK sieht eine bedarfsgerechte Anpassung der notfallmedizinischen Vorhalteleistungen vor, welche sich an der medizinisch-fachlichen Eignung analog den Anforderungen des Konzeptes der Notfallstufen des G-BA orientiert und die stationäre Aufnahmebereitschaft für Notfallpatient*innen erhöht.

Die medizinisch-pflegerischen Expert*innen der MÜK haben in den Cluster-Workshops wesentliche Einflussfaktoren auf die medizinisch-fachliche Eignung der Standorte von stationärer Notfallversorgung und die Determinanten der Aufnahmebereitschaft analysiert.

Die MÜK stellt die Notfallversorgung zukünftig weiterhin an allen Standorten durch die Vorhaltung von vier Notfallzentren sicher. Durch ein abgestuftes Konzept von Vorhalteleistungen wird die wohnortnahe 24/7-Erreichbarkeit gesichert und die Kapazitäten für die stationäre Notfallversorgung erhöht.

Stationäre Notfallversorgung

Die G-BA Notfallstufen der Standorte werden durch die zukünftige Vorhaltung von Fachabteilungen definiert, wobei die Konzentration der Fachabteilungen an den Standorten der Maximalversorgung Bogenhausen und Harlaching (Level 3-Notfallversorgung) unmittelbar zu einer höheren Verfügbarkeit/Aufnahmebereitschaft für stationäre Notfälle (Skaleneffekt Intensivmedizin) in der Gesamtbetrachtung des Angebotes der MÜK führen wird. Alle Standorte werden intensivmedizinische Kapazitäten bedarfsgerecht und in ausreichender Menge zum Erhalt der Notfallversorgungsstufe bereitstellen.

- München Klinik Bogenhausen: G-BA Notfallstufe 3 (umfassende Notfallversorgung)
- München Klinik Harlaching: GG-BA Notfallstufe 3 (umfassende Notfallversorgung)

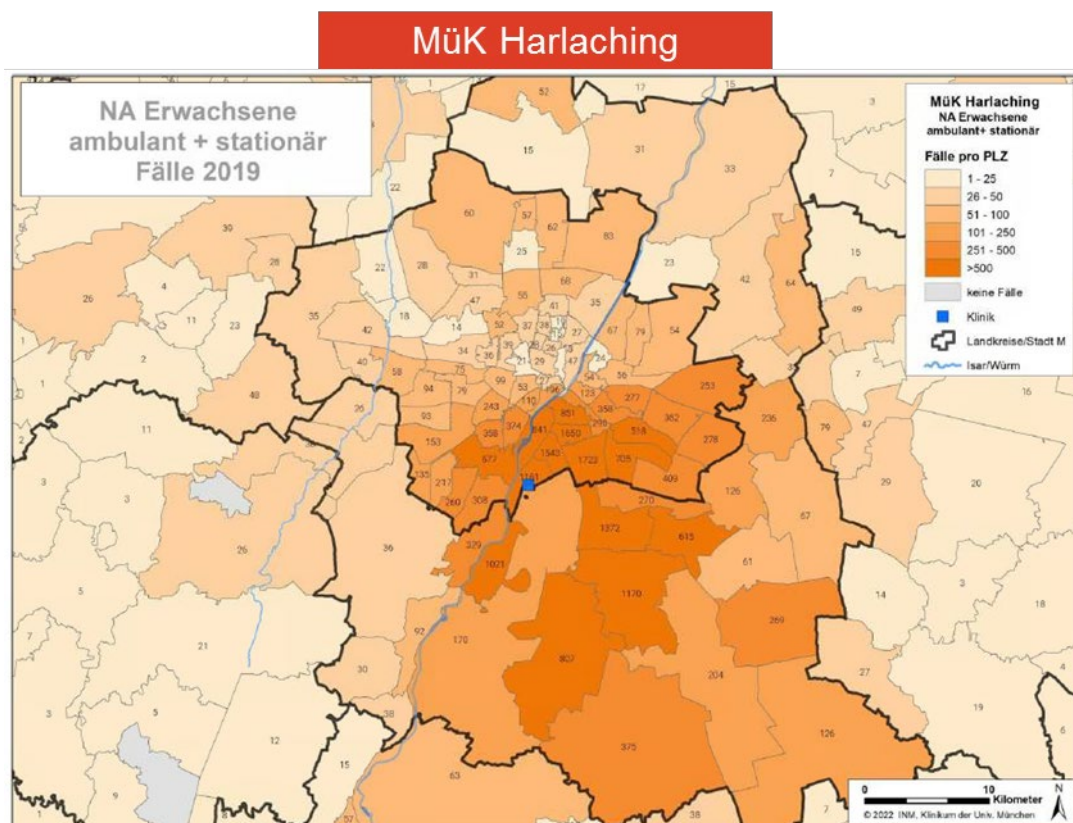
- München Klinik Schwabing: GG-BA Notfallstufe 1 (Basisnotfallversorgung)
- München Klinik Neuperlach: GG-BA Notfallstufe 1 (Basisnotfallversorgung)

Die München Kliniken Schwabing und Neuperlach werden in der Notfallstufe 1 über das Schlaganfallnetzwerk TEMPIS angebunden und telemedizinisch betreut, sodass die Versorgung von Schlaganfallpatient*innen weiterhin gesichert sein wird

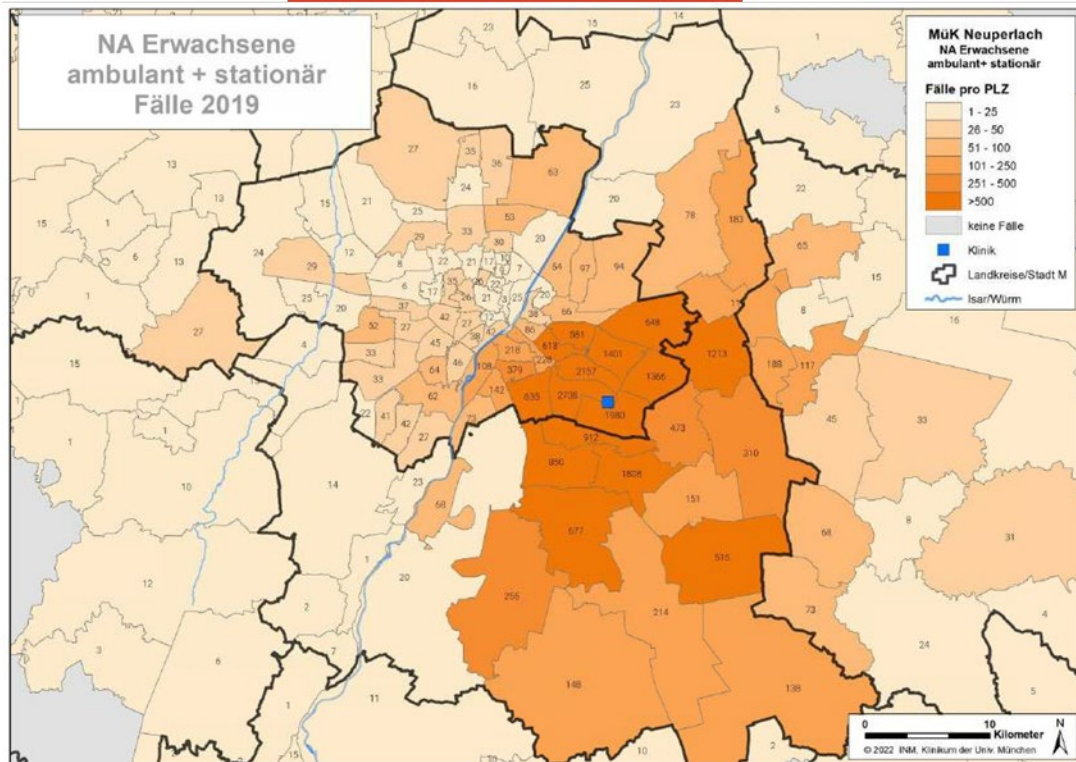
Sollte die München Klinik Neuperlach perspektivisch als Level 1i-Haus geführt werden, würde dort keine stationäre Notfallversorgung mehr erbracht werden können. Dies wird aber nicht sofort umgesetzt. Vielmehr ist hierfür zunächst eine umfassende ambulante Notfallversorgung zu implementieren, erst dann kann eine Überführung erfolgen.

Alle Notfallzentren werden weiterhin als eigenständig ärztlich geleitete, interdisziplinäre Organisationsstrukturen betrieben werden. Für die Patient*innen der MüK bedeuten die Veränderungen keine Verschlechterung in der Versorgung in Bezug auf die vorgehaltenen Kapazitäten, durch die Konzentration wird jedoch eine deutliche Verbesserung der Qualität erwartet. So wird durch die Konzentration der Notfallstufe 3-Häuser auf zwei Standorte u.a. eine deutliche Reduzierung der Wartezeiten in der Notaufnahme avisiert.

Bereits heute sind die Einzugsgebiete der Notfallpatient*innen der Standorte Bogenhausen und Schwabing bzw. Harlaching und Neuperlach weitestgehend kongruent (siehe nachfolgende Abbildung: Durch überlappend, farblich dargestellte Einzugsgebiete wird ersichtlich, dass sowohl im Norden als auch Süden beide Standorte notfallmedizinisch die geographisch gleichen Einzugsgebiete versorgen), sodass durch eine abgestufte Notfallversorgung mit jeweils einem Maximalversorger mit einem Notfallzentrum G-BA Level 3 (umfassende Notfallversorgung) und jeweils einem Grundversorger mit einem Notfallzentrum G-BA Stufe 1 (Basisnotfallversorgung) die Notfallversorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

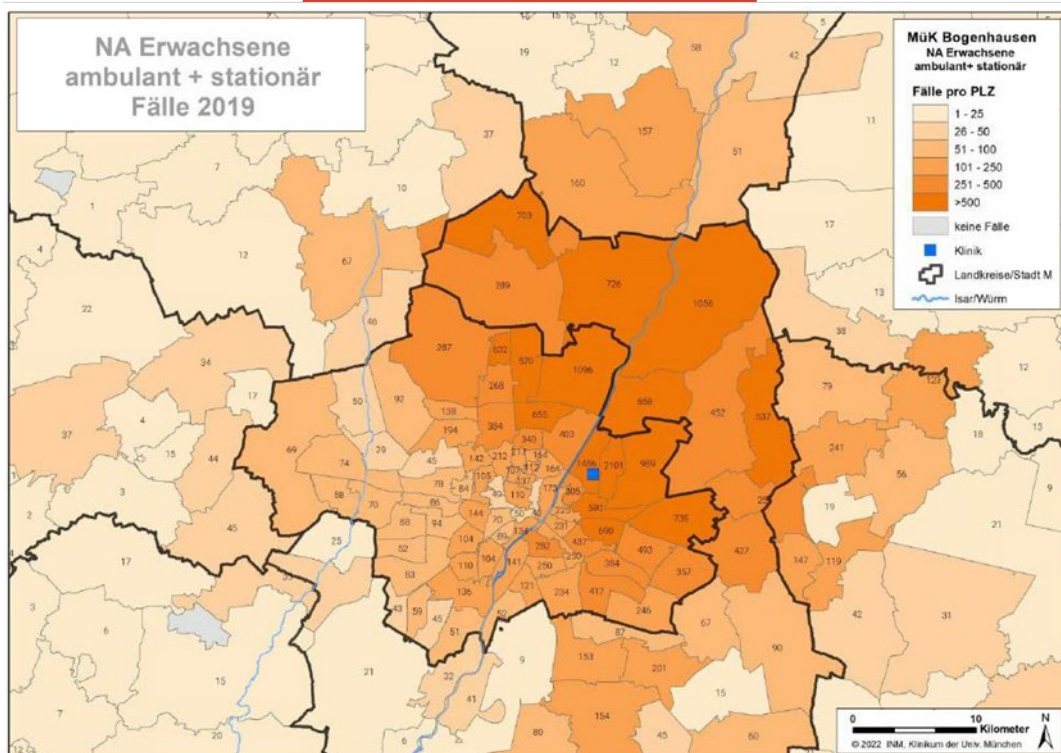


MüK Neuperlach



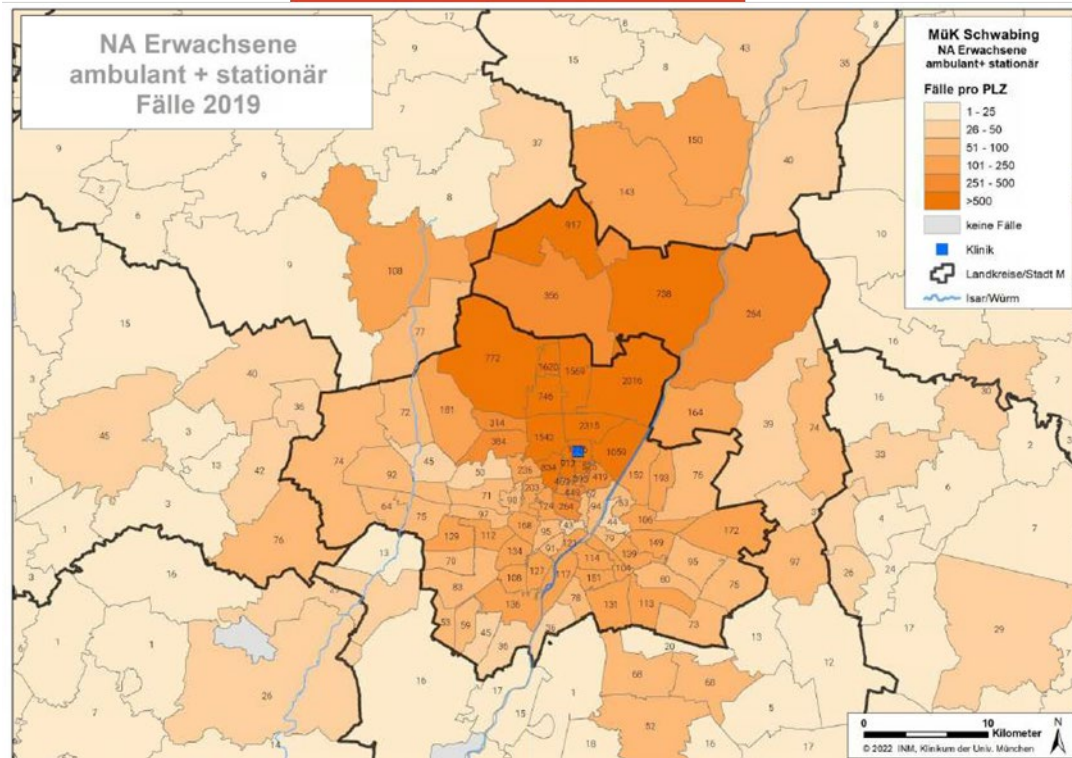
Notfallversorgung München | Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) | 29.07.2022

MüK Bogenhausen



Notfallversorgung München | Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) | 29.07.2022

MüK Schwabing



Notfallversorgung München | Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) | 29.07.2022

Die Standorte der Maximalversorgung Bogenhausen und Harlaching werden weiterhin das vollständige Leistungsspektrum des Schwerverletzungsartenverfahren (SAV) im dreistufigen stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erbringen (DGUV).

Die Sicherstellung der stationären traumatologischen Versorgung von Patient*innen organisiert die MüK in ihrem Einzugsbereich zukünftig durch die Konzentration auf zwei Überregionale Traumazentren, welche die definitive Versorgung (keine sekundären Verlegungen notwendig) von verletzten Patient*innen vollständig im städtischen Ballungsraum übernehmen. Die Maximalversorger Bogenhausen und Harlaching werden weiterhin alle notwendigen Struktur- und Prozessmerkmale analog dem Konzept eines Überregionalen Traumazentrums (ÜTZ) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) erfüllen.

Die beiden Standorte der Maximalversorgung Bogenhausen und Harlaching werden über telemedizinische Leistungen die Notfallversorgung in Neuperlach und Schwabing unterstützen. Der Fokus liegt dabei auf der 24/7-Bereitstellung von spezialisierter Diagnostik (z.B. Schlaganfall analog TEMPiS-Konzept) und konsiliarischer Mitbetreuung (z.B. Dermatologie, Gefäßchirurgischer Wundversorgung).

Ambulante Notfallversorgung:

Die ambulante Notfallversorgung wird weiterhin durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) über Bereitschaftsdienstpraxen gewährleistet (Sicherstellungsauftrag) und durch einen gemeinsamen Tresen von KV und MüK gestärkt.

Über die Etablierung von Notfall-MVZ-Strukturen (Allgemeinmedizin / Chirurgie) unterstützt die MüK die ambulante Notfallversorgung an den Klinikstandorten, sofern eine vollständige Abdeckung durch KV-Bereitschaftspraxen nicht realisiert werden kann. Die Standorte mit umfassender Notfallversorgung (G-BA Stufe 3) Bogenhausen und Harlaching unterstützen die Standorte der Basisnotfallversorgung (G-BA Stufe 1) Neuperlach

und Schwabing mittels breiter telemedizinischer Leistungen (z.B. TEMPiS).

Die ambulante Notfallversorgung wird in Zusammenarbeit mit der KV durch Vorhalten von Bereitschaftsdienstpraxen und gemeinsamem Tressen von KV und Krankenhaus gestärkt. Sektorenübergreifende Prozesse (u.a. Qualifizierte Ersteinschätzung/Screening) und Infrastruktur (gemeinsamer Tressen) sorgen für eine bedarfsgerechte Steuerung und Nutzung von Ressourcen. Somit wird den Stadtratsanträgen Nr. 14-20 / A 06877 und Nr. 20-26 / A 01961 entsprochen. Derzeit finden Gespräche zwischen der KV und der MÜK zum Aufbau von gemeinsamen Tressen an den Klinikstandorten statt.

Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung wird durch die MÜK über die Etablierung von Notfall-MVZ-Strukturen unterstützt, sofern eine vollständige Abdeckung durch KV-Bereitschaftspraxen nicht realisiert werden kann.

Vor der Umwandlung der München Klinik Neuperlach in ein Level 1i-Haus muss eine ambulante Notfallversorgung in ausreichendem Umfang gewährleistet sein. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zum geplanten Leistungsspektrum an den Standorten:

	Bogenhausen	Harlaching	Neuperlach	Schwabing
G-BA Stufe NOZ	Umfassende Notfallversorgung Stufe 3	Umfassende Notfallversorgung Stufe 3 plus Modul Pädiatrie	Basisnotfallversorgung Stufe 1	Basisnotfallversorgung Stufe 1 plus Modul Pädiatrie
Intensivmedizin	>20 Betten	> 20 Betten	>= 6 Betten	>= 6 Betten
Interdisziplinäre Struktur	Ja	Ja	Ja	Ja
DGUV	SAV-Verfahren Stationäres Durchgangsarztverfahren	SAV-Verfahren Inkl. SAV-Hand Stationäres Durchgangsarztverfahren	Stationäres Durchgangsarztverfahren	SAV-Verfahren Pädiatrie Stationäres Durchgangsarztverfahren in der Erwachsenenmedizin
Traumazentrum	Überregionales Traumazentrum	Überregionales Traumazentrum	Nein	Pädiatrisches Traumazentrum
Bereitschaftspraxis	Erwachsene	Erwachsene Kinder	Erwachsene	Erwachsene Kinder
Notfall-MVZ	Allgemeinmedizin Chirurgie	Allgemeinmedizin Chirurgie	Allgemeinmedizin Chirurgie	Allgemeinmedizin Chirurgie
Qualifizierte Ersteinschätzung /Gemeinsamer Tressen	Ja	Ja	Ja	Ja

Telemedi- zin	Anbieter	Anbieter	Nutzer	Nutzer
--------------------------	----------	----------	--------	--------

3.4.1.3 Sicherung der stationären Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit

Die stationäre Aufnahmebereitschaft wird heute und zukünftig im Wesentlichen durch die der Notaufnahmen nachgelagerte pflegerische Betreuungskapazität determiniert. Durch die Bündelung von intensivmedizinischen Vorhalteleistungen wird die Aufnahmebereitschaft für stationäre Notfallversorgung erhöht.

Die medizinisch-pflegerischen Expert*innen der MüK messen der definitiven Versorgung eines stationären Notfallpatient*innen (abschließende Behandlung ohne sekundäre Verlegungsnotwendigkeit) in einem Krankenhaus mit vollständigem Behandlungsspektrum im städtischen Ballungsraum einen höheren Wert zu als einer um ggf. wenige Minuten verlängerten Prähospitalzeit.

Dies gilt insbesondere, da die Prähospitalzeit in München weniger durch die Fahrtzeit, als durch die Suche nach einem medizinisch-fachlich geeigneter und aufnahmebereiten Krankenhaus bestimmt wird. Die MüK erwartet durch die Konzentration von Vorhalteleistungen für die Notfallversorgung positive Effekte auf die Prähospitalzeit.

3.4.2 Geburtshilfe

Das Konzept für die Geburtshilfe in der MüK basiert auf Sicherheit bei hoher Patientinnenorientierung.

Folgende Prämissen wurden dabei als Ergebnis in den Cluster-Workshops als zukünftiger struktureller Rahmen konsentiert:

- Geburtshilfe nur mit pädiatrischer 24/7-Versorgung (Neonatologie) am selben Standort
- Geburtshilfe erfordert 24/7-ärztliche Vorhaltung, insbesondere gynäkologisch operativ ausgebildete Fachärzt*innen der Frauenheilkunde

Die MüK bietet daher weiterhin ausschließlich Geburtshilfe in einem gesicherten klinischen Setting mit abgestuften Versorgungskonzept an, das die ärztliche Betreuungsintensität in Abhängigkeit zur medizinischen Notwendigkeit zur Verfügung stellt.

Die MüK wird an beiden Standorten der Geburtshilfe in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Neonatologie weiterhin die höchste Versorgungsstufe des Perinatalzentrums Level I anbieten. Der geburtshilfliche Standort Neuperlach wird aufgegeben (s. Sitzungsvorlage 20-26 / V12096: Geburtshilfe Neuperlach) und mit der Gynäkologie und Geburtshilfe im Neubau am Standort Harlaching räumlich zusammengeführt.

3.4.2.1 Rahmenbedingungen

Der Stadtrat hat mit Beschluss vom 20.04.2016 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 05416) beschlossen, dass die Geburtenabteilung aus Neuperlach mit ihrem ärztlichen und Hebammen-Team sowie der Wochenstation in die Geburtsklinik Harlaching migrieren und hier ihre Expertise einbringen. Um ein gutes Umfeld zu schaffen, entsteht am Standort Harlaching derzeit dafür ein Klinik-Neubau mit zusätzlichen Kreißsälen. Die Fertigstellung ist Mitte 2025 geplant.

Förderrechtliche Rahmenbedingungen:

Als Voraussetzung für die Förderung des Ersatzneubaus der MÜK Harlaching durch die Regierung von Oberbayern sind u.a. mehrere Konzentrationen medizinischer Fachabteilungen und Leistungen am Standort Harlaching vorgesehen. Eine dieser Konzentrationsmaßnahmen entfällt auf den Bereich der Fachrichtung Gynäkologie und Geburtshilfe, bei dem in Harlaching eine Konzentration für das südliche Stadtgebiet erfolgen soll (Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe).

Im Rahmen der Förderung des Neubaus der München Klinik Harlaching wurden Teile der Förderung über den Strukturfonds als Konzentrationsmaßnahme gebilligt. Dies betrifft unter anderem die Geburtshilfe. Die Konzentrationsmaßnahme beinhaltet den vollständigen Wegfall der Planabteilung „Gynäkologie und Geburtshilfe“ in der München Klinik Neuperlach mit Inbetriebnahme des geförderten Ersatzneubaus der München Klinik Harlaching. Für die Planbettenänderung wurde bereits im Jahr 2015 für das Zieljahr 2022 eine Bedarfsfeststellung durch den Landeskrankenhausplanungsausschuss vorgenommen. In der aktuellen Fortschreibung 2023 des bayerischen Landeskrankenhausplans wurde der zukünftige Wegfall der Planbetten „Gynäkologie und Geburtshilfe“ in Neuperlach bereits vorgemerkt, insofern ist die Bedarfsfeststellung amtlich umgesetzt.

Der Bundesanteil an den Fördermitteln für die Umstrukturierung der Gynäkologie und Geburtshilfe beträgt rund 13,5 Mio. EUR. Die Förderung aus dem Strukturfonds wurde im Förderbescheid des StMGP gegenüber der München Klinik gGmbH als Teil der KHG-Förderung nach Art. 11 BayKHG gebilligt. Hierbei erhält der Freistaat Bayern anteilige Mittel vom Bund und reicht diese aus. Sollte nun die Konzentrationsmaßnahme auf den Standort Harlaching entfallen, könnte auch die Förderung durch den Bund gesamthaft verweigert werden, somit müsste das Land die Bundesmittel an den Bund zurückerstatten. Eine Rückforderung des Freistaates an die München Klinik gGmbH wäre in Folge nicht auszuschließen.

Wenn die Geburtshilfe in Neuperlach teilweise erhalten bliebe, wären die Auswirkungen identisch mit denen eines kompletten Erhalts in der jetzigen Form. Mit Blick auf Fördermittel kommt es lediglich darauf an, ob die Konzentration auf einen Standort gegeben ist oder nicht.

Darüber hinaus erlischt gemäß Bedarfsfeststellung im Landeskrankenhausplan vom 10.11.2015 mit Inbetriebnahme des Ersatzneubaus Harlaching die krankenhauserische Zulassung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Neuperlach. Damit ist eine Budgetierung von Leistungen mit den Kostenträgern für die Folgejahre 2025 ff. nicht mehr möglich, wodurch die Abrechenbarkeit von Leistungen für gesetzlich versicherte Patient*innen nicht mehr möglich sein wird (s. Sitzungsvorlage 20-26 / V 12096: „Geburtshilfe Neuperlach“).

Wirtschaftliche und personelle Rahmenbedingungen

Aufgrund der gestiegenen medizinischen Anforderungen, u. a. durch den G-BA, Zertifizierungskriterien und Spezialisierung, ist die stationäre Behandlung von Frauen mit Krebserkrankungen (gynäko-onkologische Erkrankungen: Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs) in Neuperlach kurzfristig nicht mehr sinnvoll durchführbar und auch nicht zulässig (Mindestmengen).

Bei der Aufrechterhaltung einer Geburtshilfe ohne Gynäkologie erwartet die MÜK zudem nachhaltige Probleme in der Rekrutierung von ärztlichem Personal, da eine Fort- und Weiterbildung bei notwendigerweise eingeschränktem gynäkologischen Leistungsspektrum nicht mehr gewährleistet ist und von der Ärztekammer auch nicht genehmigt werden kann.

3.4.2.2 Vorgesehene Organisation an der München Klinik

Das medizinische Konzept für die Geburtshilfe und Neonatologie der MüK wurde in den Clusterworkshops durch medizinische und pflegerische Expert*innen sowie angestellte und Beleghebammen herausgearbeitet. Die bereits durch den Stadtrat im Jahr 2016 beschlossene Konzentration der Geburtshilfe auf die zwei Standorte Harlaching und Schwabing ermöglicht eine bedarfsgerechte Deckung der zukünftigen medizinischen Anforderungen und Versorgungsbedarfe an die Geburtshilfe und Neonatologie der MüK. Ein weiterer Stadtratsbeschluss aus dem Jahr 2018 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12712: „Geburtshilfe III. Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“), der eine Evaluation durch das GSR beauftragt hat, wird in einer eigenen Sitzungsvorlage abschließend bearbeitet (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096: Geburtshilfe Neuperlach).

Die medizinisch-pflegerischen Expert*innen der MüK haben in den Cluster-Workshops wesentliche Einflussfaktoren auf die Geburtshilfe und Neonatologie analysiert. Aufgrund der demographischen Entwicklung, der gestiegenen Anforderungen an die Vorhaltung von medizinisch-pflegerischer interdisziplinärer Expertise (Hebammen, Fachärzt*innen für Frauenheilkunde, Fachärzt*innen für Neonatologie) sowie den bereits heute bestehenden Herausforderungen in der Gewinnung von qualifiziertem Fachpersonal (Hebammen, Ärzt*innen, Pflege) ist eine Konzentration auf zwei Standorte mit erhöhten Fallzahlen erforderlich.

Aktueller Stand und Konzept

Das Konzept für die Geburtshilfe in der MüK basiert auf Sicherheit bei hoher Patientinnenorientierung. Die Empfehlung der Bundesregierung zur Erreichbarkeit einer Geburtsklinik für Frauen im gebärfähigen Alter entspricht 40 Minuten (Deutscher Bundestag 2019: Drucksache 19/11674). In der LHM kann jede Frau innerhalb von 30 – 40 Minuten mehrere Geburtskliniken erreichen.

Die Geburtskliniken in Schwabing und Harlaching verfügen über eine angeschlossene Kinderklinik sowie eine Frühchenstation (Neonatologie) auf der höchsten Versorgungsebene (Perinatalzentrum Level I). Hier werden Frauen mit Risikoschwangerschaften, Neugeborene und Frühgeborene optimal betreut werden, ebenso wie Schwangere mit dem Wunsch nach einer selbstbestimmten Geburt.

Konzept der Geburtshilfe und Neonatologie der München Klinik

Die MüK wird an den Standorten Harlaching und Schwabing die geburtshilfliche Versorgung im Jahr 2025 konzentrieren. Die dazu notwendigen baulichen Voraussetzungen in der Infrastruktur wurden in den vergangenen Jahren bereits geschaffen. Beide Standorte der Geburtshilfe werden das komplette Leistungsangebot von der unkomplizierten, vorwiegend hebammengeleiteten Geburt, über die Betreuung von Frauen mit Mehrlingsschwangerschaft, Frauen mit lebensbedrohlichen Schwangerschaftskomplikationen (z.B. HELLP-Syndrom) bis zur Betreuung von Frühgeburten mit der Versorgung von extrem kleinen Frühchen (Gestationsalter unter 29 Wochen, Geburtsgewicht unter 1.250g) vorhalten. Beide Standorte werden als Perinatalzentrum Level I das maximale Versorgungsangebot mit der 24/7 Vorhaltung von Hebammen sowie ärztlicher und pflegerischer Spezialexpertise der Frauenheilkunde und Neonatologie anbieten.

3.4.2.3 Vereinbarkeit von natürlicher Geburt und Sicherheit

Das Versorgungskonzept der MÜK in der Geburtshilfe hat das Ziel möglichst vielen Frauen eine „natürliche Geburt“ unter Berücksichtigung der medizinischen Bedarfe der Frau (z.B. Schmerzmedikation) und Sicherung eines komplikationsarmen Verlaufs der Geburt für Mutter und Kind zu ermöglichen. Die MÜK bietet ausschließlich Geburtshilfe in einem gesicherten klinischen Setting an.

Zielsetzung ist und bleibt dabei den Gebärenden eine möglichst natürliche Geburt zu ermöglichen. Ein evidenzbasierter Indikator hierfür ist die sogenannte risikoadjustierte Sectiorate (Kaiserschnitttrate). Bereits heute wird dies durch eine deutlich unter dem Benchmark liegende Sectorate in Harlaching und Neuperlach dokumentiert.

Das bereits heute praktizierte, abgestufte Versorgungskonzept einer vorwiegend hebammengeleiteten Geburt über eine interdisziplinäre von Hebammen und Ärzt*innen unterstützte Geburt bis zum Kaiserschnitt, z.B. bei Mehrlingsgeburten unter unmittelbarer Beteiligung der Neonatologie wird in Zukunft an beiden Standorten fortgeführt werden.

3.4.2.4 Organisationskonzept der Hebammen

An den Standorten Neuperlach und Harlaching existieren zwei unterschiedliche Organisationsformen der Hebammenbetreuung. Am Klinikum Neuperlach arbeiten ausschließlich bei der MÜK angestellte Hebammen im Kreissaal. Am Klinikum Harlaching arbeiten ausschließlich freiberufliche Hebammen, die über einen Kooperationsvertrag mit der MÜK verbunden sind. Die freiberuflichen Hebammen sind in einer Partnerschaft organisiert. In den Clusterworkshops wurden verschiedenste Möglichkeiten einer Zusammenarbeit der Hebammen an einem Standort bei Beibehaltung der derzeitigen Organisationsformen (angestellt/freiberuflich) diskutiert. Bei der Umsetzung eines Hybridsystems wurden in den Clusterworkshops Aspekte, welche einer Klärung bedürfen, thematisiert:

- Unterschiedliche Arbeitszeitmodelle und Schichtbesetzung (3-Schichtsystem mit 8h vs. 12h-Dienst)
- Rotation von „low & high risk“-Patientinnen zwischen den Teams (Bedarf an zwei Ärzt*innenteams)
- Patientinnenverteilung bei z.B. temporär geringerer Anzahl Patientinnen im jeweiligen Team
- Kategorisierung von Patientinnen nach „low & high risk“ (gleichzeitig Vermeidung von „Rosinenpicken“)
- Klare und eigenverantwortliche Tätigkeitsbeschreibungen der Hebammen inkl. Zusammenarbeit von Medizinischen Fachangestellten
- Organisation von Visiten (Trennung der Patientinnen in Teams, ggf. auch räumlich)
- Klare Abrechnung (keine gemeinsame Betreuung von Patientinnen)
- Regelung von Versicherung und Haftung
- Strukturierung von Patientinnenwünschen bei der Wahl des Teams (Beibehaltung von Kontinuität bei Betreuung)
- Teamübergreifende Kompensation von Ausfällen (z.B. krankheitsbedingt)
- Klärung des Umgangs mit dem Wunsch des Wechsels von angestellt zu freiberuflich
- Unterschiedliche Betreuungsphilosophie der Teams mit Konfliktpotential

- Verdienstunterschiede mit Konfliktpotential
- Begrenzte Räumlichkeit

Konsens unter den Teilnehmenden der Clusterworkshops:

Ein Hybridsystem aus angestellten und Beleghebammen birgt einige Herausforderungen. Die MüK beabsichtigt selbstverständlich alle Hebammen aus Neuperlach und Harlaching weiter zu beschäftigen und erarbeitet deshalb derzeit mit den Hebammen ein Hybridsystem für den neuen Standort in Harlaching, der beiden Beschäftigungsverhältnissen gerecht wird. Ein Hybridsystem bewegt sich in einem Spannungsfeld, für gute Umsetzung müssen Settings und Zusammenarbeit klar definiert werden. Teams benötigen klare Zuständigkeiten.

Der Wunsch der Hebammen an den jeweiligen Standorten Neuperlach und Harlaching ist, in den bisherigen Organisationsformen weiterzuarbeiten. Damit bleibt bei Zusammenführung der Standorte ein Hybridsystem die einzige mögliche Organisationsform. Gemeinsam mit den beteiligten Hebammen der Standorte werden die notwendigen Regelungen, Abgrenzungen, Kooperationsmöglichkeiten und rechtlichen Aspekte für ein Hybridsystem erarbeitet und festgelegt.

3.4.3 Pädiatrie

Die zukünftige pädiatrische Versorgung konzentriert sich am Standort Schwabing und stellt eine sowohl hochspezialisierte als auch ganzheitliche Versorgung am pädiatrischen Standort der Maximalversorgung sicher. Erreicht wird dies, indem ein Eltern-Kind-Zentrum durch gynäkologisch und geburtshilfliche Versorgung, ein Brandverletztzentrum für Kinder, ein überregionales Traumazentrum für Kinder und eine Neonatologie in einem Perinatalzentrum Level I vorgehalten werden. Darüber hinaus ist die High-Care Versorgung durch Vorhaltung einer Kinderintensiveinheit gewährleistet. Am Standort Harlaching wird die pädiatrische Versorgung auf eine internistische und chirurgische Grund- und Regelversorgung fokussiert, ergänzt um die Neonatologie sowie Kinderintensivmedizin als Teil eines weiteren Perinatalzentrums Level I.

Eine pädiatrische Grund- & Regelversorgung erfordert eine stationäre und tagesklinische Kinder- und Jugendmedizin mit Interdisziplinarität und Kooperation mit einem Zentrum der Maximalversorgung. Die Pädiatrie kann nicht durch Subspezialitäten in der Erwachsenenmedizin abgedeckt werden. Dies ist am Standort Harlaching bereits realisiert. Eine gemeinsame chefärztliche Leitung und ein gemeinsames ärztliches Team mit der Kinderklinik in Schwabing garantieren eine sehr gute medizinische Qualität und Struktur.

Durch Bündelung der pädiatrischen Versorgungseinheiten im Neubau der München Klinik Schwabing wird für Mitarbeiter*innen ein attraktiver Arbeitsplatz mit optimalen, kurzen Versorgungswegen und neuester Medizingeräteausstattung geschaffen. Zudem ermöglicht die pädiatrische Leistungskonzentration unter einem Dach interdisziplinäre Behandlungsansätze, welche fachübergreifende ganzheitliche pädiatrische Versorgung ermöglichen. Dies ermöglicht Versorgung auf höchstem medizinischen Niveau, sichert die Versorgungsqualität und trägt einen Anteil zur Verbesserung der pädiatrischen Versorgungssituation bei; dem Stadtratsantrag Nr. 14-20 / A 06682: „Erweiterung der Kapazitäten der Kinderkliniken des städtischen Klinikums“ wird somit entsprochen.

Die München Klinik Schwabing ist damit ein pädiatrischer Maximalversorger für akut und chronisch kranke Kinder mit schwerpunktbildenden Behandlungseinheiten der Hochspezialisierung bzw. Subdisziplinen.

Diese sind u. a. die pädiatrische

- Hämato-Onkologie,
- Autologe / Allogene Stammzelltransplantationen
- Neurologie,
- Urologie,
- Kardiologie,
- Nephrologie,
- Infektiologie,
- Pneumologie mit Allergologie,
- Endokrinologie,
- Chirurgie,
- Orthopädie,
- Neurochirurgie,
- Plastische Chirurgie (Brandverletzentzentrum),
- und Psychosomatik.

Die supportiven Abteilungen wie Radiologie, Anästhesiologie und Labordiagnostik realisieren die spezifischen Anforderungen der Pädiatrie.

3.4.4 Neonatologie

Die MüK betreibt an den beiden Standorten Harlaching und Schwabing die Fachabteilung Neonatologie. Gemeinsam mit den Frauenkliniken werden die neonatologischen Einrichtungen als Perinatalzentrum Level I, d.h. als Perinatalzentrum der maximalen Versorgungsstufe betrieben.

Die neonatologische Versorgung auf höchstem neonatologischem Niveau wird an beiden Standorten mit Geburtshilfe (München Klinik Schwabing und München Klinik Harlaching) weiterhin aufrechterhalten. Da die Einstufung von Mindestmengen abhängig ist und somit nicht garantiert werden kann, soll bei Unterschreitung der Mindestmenge an einem Standort, welches mit einer Abstufung zum Level II führen würde, mindestens ein Level I Zentrum erhalten bleiben. Auch die Neonatologie wurde bereits standortübergreifend unter eine chefärztliche Leitung mit einem ärztlichen Team gestellt.

Die Therapiemethoden der Fetalchirurgie sind für eine zukunftsweisenden Hybridchirurgie ausschließlich am Standort Schwabing verortet.

3.4.5 Geriatrie (Altersmedizin)

Die zukünftige, bedarfsorientierte Ausrichtung des altersmedizinischen Leistungsportfolios der MüK basiert auf demographischen Veränderungen in der Bevölkerung sowie zunehmenden Prävalenzen altersmedizinischer Erkrankungen und Multimorbidität. An den beiden Maximalversorgern Bogenhausen und Harlaching soll zukünftig eine fachübergreifende neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) sowie die alterstraumatologische Versorgung an den überregionalen Traumazentren sichergestellt werden.

Medizinische Leistungen im Bereich der Akutgeriatrie und der geriatrischen Frührehabilitation werden an den Standorten Schwabing und Neuperlach in Form von geriatrischen Kompetenzzentren gebündelt. Zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung bleibt die Tagklinik für Geriatrie an beiden Standorten erhalten und wird ggf. um eine Tagklinik für Schmerztherapie ergänzt.

3.4.5.1 Altersmedizinische Versorgungsformen

Im akutstationären Setting werden für verschiedene Krankheitsbilder spezifische frührehabilitative Therapieangebote unterschieden.

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)

Die Schlaganfalltherapie ist in verschiedene Phasen unterteilt. Die Phase A bildet die Akutversorgung unmittelbar nach dem Ereignis auf einer speziellen Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) ab. Im Anschluss werden die Patient*innen je nach Beeinträchtigungsgrad einer Frührehabilitation der Phasen B-D zugeführt, wobei die Phase B noch akutstationär in einem Krankenhaus und die Phasen C&D in einer Rehabilitationsklinik erfolgen.

Die MÜK Bogenhausen und Harlaching verfügen über eine langjährige Fachkompetenz in der Erstversorgung von Patient*innen mit neurologischem bzw. neurochirurgischem Schwerpunkt. Die Fachabteilungen der Neurologie mit intensivmedizinischer Versorgung und der integrierten akutstationären Frührehabilitation Phase B unter einem Dach am Standort Bogenhausen und Harlaching innerhalb der MÜK stellen Alleinstellungsmerkmale der Neurozentren für den Raum München dar. Die Versorgung in der Frührehabilitation Phase B erfolgt meist direkt nach der intensivmedizinischen Behandlung und erfordert daher die Expertise eines multiprofessionellen, speziell ausgebildeten Teams aus dem pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Bereich. Hier werden Patient*innen mit komplexen Krankheitsbildern behandelt, wie z. B. Schlaganfall, Hirnblutungen, Schädel-Hirn-Trauma, etc. Bei steigender Inzidenz von Schlaganfallpatient*innen, auch in der Landeshauptstadt München (Bay. Landesamt für Statistik), ist die Sicherstellung und die Stärkung der nahtlosen akutstationären Versorgung unerlässlich.

Die Alterstraumatologie

Die MÜK betreibt an den Standorten Bogenhausen und Harlaching sog. Überregionale Traumazentren. Diese garantieren eine zeitnahe hochqualitative Versorgung von Traumapatient*innen insbesondere auch Polytraumata (Schwerstverletzte Patient*innen mit multiplen Traumata). Spezifisches Ziel der Alterstraumatologie ist eine zeitnahe, gut koordinierte Therapie und Rehabilitation von älteren Patient*innen mit Trauma, z. B. einer Schenkelhalsfraktur. Nachweislich wird eine Reduzierung der Sterblichkeitsrate, eine Verkürzung von intensivmedizinischen Aufenthalten und eine zeitnahe Ertüchtigung möglichst für ein selbstbestimmtes Leben im eigenen häuslichen Umfeld erreicht. An dem Konzept der intraprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit von Geriatrie und Unfallchirurgie in der Alterstraumatologie beteiligen sich u. a. auch Gerontopsychiater*innen und Ergo- und Physiotherapeut*innen. Im Rahmen der peri- und postoperativen Versorgung in der Alterstraumatologie muss eine bereits eingeschränkte muskulo-skelettale Funktion besondere Berücksichtigung finden. Dies auch vor dem Hintergrund der reduzierten Anpassungsmechanismen älterer Menschen und der damit deutlich erhöhten postoperativen Vulnerabilität. Wesentliche Erfolgsfaktoren für ein besseres Outcome dieser Patient*innen liegen in einer schnellen Diagnostik, einer raschen operativen Versorgung und zeitnahen Therapie sowie eines muskulo-skelettalen, geriatrischen Assessments.

Akutgeriatrie inkl. akutstationärer geriatrischer Frührehabilitation

In der Akutgeriatrie werden Menschen im höheren Lebensalter in einem Krankenhaus voll- oder teilstationär behandelt, die unter einer plötzlich (akut) auftretenden oder sich schnell verschlechternden chronischen Erkrankung leiden. In vielen Fällen haben die Patient*innen mehrere (Begleit-)Erkrankungen, d. h. sie sind multimorbid und in der Regel über 70 oder 80 Jahre alt. Typische geriatrische Krankheitsbilder sind z. B.: dekompensierte Herzinsuffizienz, Blutzuckerentgleisungen, Depressionen, Gangstörungen und Sturzneigung.

In der geriatrischen Frührehabilitation werden speziell ältere Patient*innen ab 65 Jahren nach unfallchirurgischen Eingriffen, mit internistischen oder neurologischen Erkrankungen oder chronischen Schmerzzuständen bereits während der akutmedizinischen Therapie behandelt. Die konservative, interventionelle und rehabilitative Behandlung der Erkrankungen basiert analog der Alterstraumatologie auf einem intraprofessionellen und interdisziplinären Therapieansatz, bei dem die Ertüchtigung für ein möglichst selbstbestimmtes Leben im Vordergrund steht.

Zusätzlich zur geriatrischen Frührehabilitation im vollstationären Setting bietet die MÜK teilstationäre geriatrische Frührehabilitation im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts an.

Hiervon abzugrenzen sind geriatrisch rehabilitative Angebote der Rentenversicherungsträger.

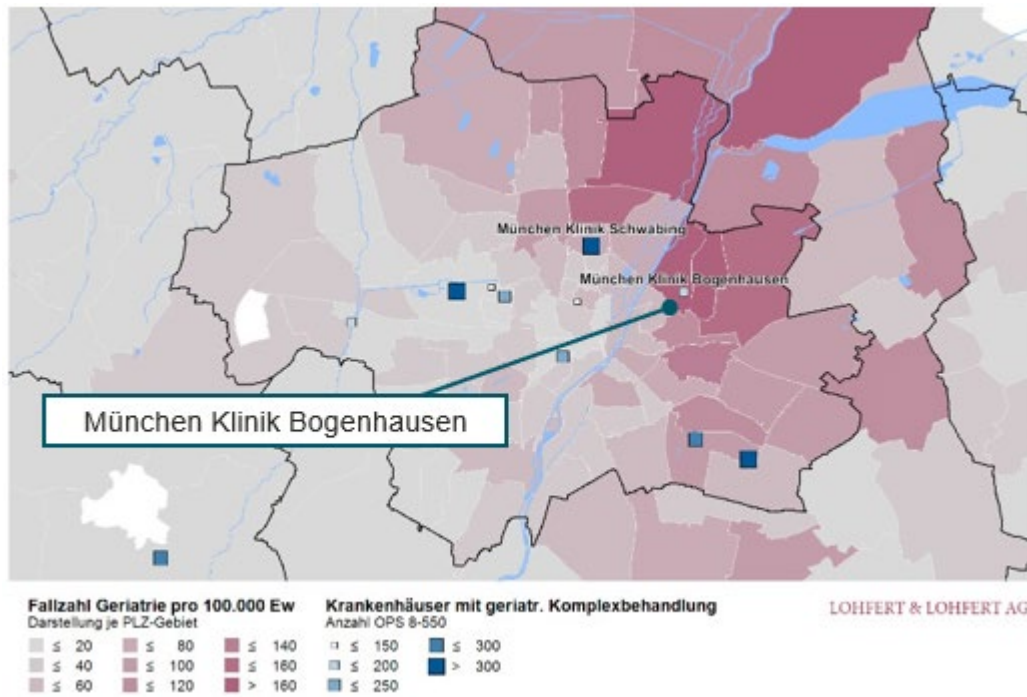
3.4.5.2 Zielbild der Altersmedizin an der München Klinik

Die MÜK bietet weiterhin ein breites Spektrum der geriatrischen Versorgung, ergänzt um ein diversifiziertes prehabilitatives Angebot, an.

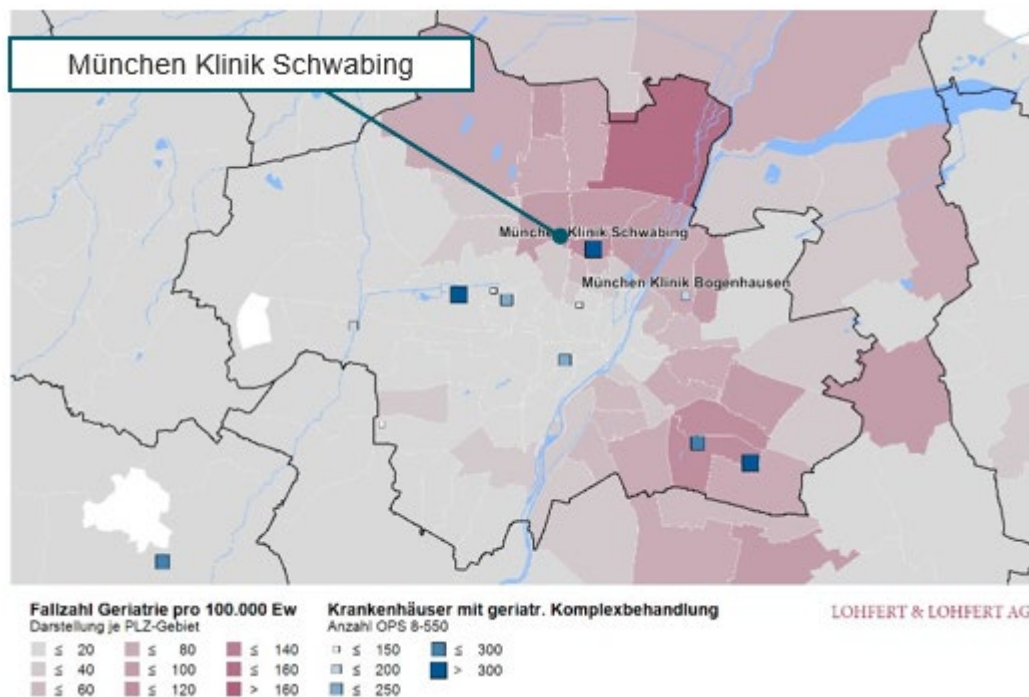
Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) wird an den beiden Maximalversorgern Bogenhausen und Harlaching in Verbindung mit der Vorhaltung der neurochirurgischen und neurologischen Hauptabteilungen konzentriert. Die alterstraumatologische Versorgung wird an den als überregionale Traumazentren zertifizierten Standorten mit muskulo-skelettalem, unfallchirurgischem Schwerpunkt der MÜK, Bogenhausen und Harlaching, sichergestellt.

An den Standorten Schwabing und Neuperlach werden unter dem Dach geriatrischer Kompetenzzentren akutgeriatrische Leistungen sowie fachübergreifende geriatrische Frührehabilitation gebündelt. Da für diese Versorgungsstruktur keine besonderen medizinischen und technischen Vorhaltungen erforderlich sind, können die Zentren eigenständig an den beiden Standorten betrieben werden. Zur Komplettierung des sektorübergreifenden Versorgungsbedarfs werden die Tageskliniken Geriatrie an beiden Standorten fortgeführt und ggf. um Schmerztageskliniken erweitert. Zudem wird der derzeit am Standort Bogenhausen verortete KV-Sitz der physikalisch rehabilitativen Medizin an den Standort des geriatrischen Kompetenzzentrums in KS verlagert.

Bereits heute ist das Einzugsgebiet geriatrischer Fälle der Standorte Schwabing und Bogenhausen weitgehend kongruent. Somit kann durch die Etablierung des geriatrischen Kompetenzzentrums in Schwabing die geriatrische Versorgung im Münchner Norden abgedeckt werden. Dem Antrag Nr. 20- 26 / B 01039, Ziffer 2, wird somit entsprochen.



Bogenhausen – Geriatrie Fallherkunft in Fällen/Einwohner, Datenstand 07/2022.



Schwabing – Geriatrie Fallherkunft in Fällen/Einwohner, Datenstand 07/2022.

Durch den Aufbau einer Netzwerkstruktur mit externen Kooperationspartner*innen wird auch die postakute Versorgung und weiterführende Rehabilitation sichergestellt.

3.4.6 Onkologie und Palliativmedizin

Die onkologische Versorgung umfasst die Behandlung von Patient*innen mit soliden, organbezogenen Tumoren und mit hämato-onkologischen Erkrankungen inklusive der Durchführung von Stammzell- bzw. Knochenmarktransplantationen. In onkologischen Zentren werden Synergien unter Einbeziehung einzelner Organkrebszentren im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung genutzt.

Im Clusterworkshop Onkologie wurde die Bedeutung eines Onkologischen Zentrums vor dem Hintergrund zunehmend spezifischer und gleichzeitig interdisziplinär und interprofessionell ausgeprägter Therapiekonzepte intensiv diskutiert. Die Behandlung an zertifizierten Zentren führt zu signifikanten Überlebensvorteilen der Patient*innen. Tumorkonferenzen für alle Patient*innen, leitliniengerechte Therapieansätze, eine strukturierte Qualitätssicherung, onkologische Fachpflege, eine Versorgung durch die Psychoonkologie und die palliativmedizinische Betreuung sind beispielhafte Elemente der Umsetzung und Voraussetzungen für die Zertifizierung entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft. Im Ergebnis des Clusterworkshops war man sich einig, dass innerhalb der MÜK die Vorteile von standortinternen und übergreifenden Netzwerkstrukturen weiter fokussiert und gebündelt werden müssen.

Im Clusterworkshop wurden u.a. folgende Thesen konsentiert:

- Etablierung zertifiziertes Onkologisches Zentrum im Süden (wenn ausreichende Fallzahl, Gyn. Mamma, Darm) und Ausbau im Norden
- Autologe und Allogene Stammzelltransplantation an einem Standort als relevanter Bestandteil der Hämatologie (München Klinik Bogenhausen)
- Onkologie an beiden Maximalversorgern (München Klinik Bogenhausen und München Klinik Harlaching)
- Onkologie erfordert ausreichende diagnostische und interventionelle Radiologie und nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie
- Weiterer Ausbau onkologisch-minimalinvasiver Chirurgie sichert Zuweisungsstrukturen für gesamte Onkologie
- Spezialisierung der Hämato-Onkologie mit Kooperation und Schwerpunkten der beiden Standorte (München Klinik Bogenhausen und München Klinik Harlaching)
- Fortbestand des Schwerpunkts Infektiologie als stationäres Angebot mit Assoziation zur Hämatologie wünschenswert an einem Standort mit Pneumologie in der MÜK (und zur Erfüllung Leistungsgruppen) (München Klinik Bogenhausen)
- Strahlentherapie an jedem Standort der Maximalversorgung in Kooperation oder Eigenregie (Ganzkörperbestrahlung für Standorte der allogenen Stammzelltransplantation notwendig)
- Molekularpathologie in Eigenregie oder Kooperation inkl. eigenes molekulares Tumorboard
- Interdisziplinärer Ausbau (Hämato-)Onkologische Tagesklinik (München Klinik Bogenhausen und München Klinik Harlaching)
- Spezialhämatologische Diagnostik in Kooperation (Sicherstellung Weiterbildung)
- Neueinführung der zentralisierten CAR-T-Zelltherapie an einem Standort der MÜK
- Konzept und Ausbau Prehabilitation an beiden Standorten
- Zertifiziertes Zentrum hämatologische Neoplasie an zwei Standorten
- Fortsetzung psychoonkologischer Versorgung

3.4.6.1 Onkologie an der München Klinik

Die Versorgung von onkologischen Patient*innen in der MüK wird zukünftig nur noch an den Standorten Bogenhausen und Harlaching mit Onkologischen Zentren stattfinden.

Das Onkologische Zentrum am Standort Bogenhausen ist bereits etabliert und zertifiziert mit den Organkrebszentren Urologie (Niere und Prostata) Gastroenterologie mit Allgemein-, Viszeral- und endokriner Chirurgie (Magen, Darm, Pankreas und Oesophagus) sowie Lunge (Thoraxchirurgie und Pneumologie). Das Lungenkrebszentrum am Standort Bogenhausen ist eines der insgesamt acht zertifizierten Lungenkrebszentren in Bayern. Die Hämato-Onkologie wird in 2024 nach Umzug aus KS das Spektrum des Onkologischen Zentrums ergänzen. Die autologe und allogene Stammzelltransplantation wird dabei ein relevanter Bestandteil der Hämato-Onkologie sein. Durch Konzentration und Zusammenführung weiterer Organkrebszentren am Standort Bogenhausen, speziell durch Umzug der HNO-Klinik von Schwabing nach Bogenhausen wird eine optimierte Versorgung der Kopf-/Halsregion als organangrenzende Einheit zum Lungenzentrum erreicht. Des Weiteren wird auch die Verlagerung der Dermatologie von der Thalkirchener Straße nach Bogenhausen die Dermatoonkologie wie auch die Wechselwirkung mit den Organzentren vor Ort positiv bestärken, wobei die Synergieeffekte im Zusammenwirken mit der plastischen Chirurgie in Bogenhausen hervorzuheben sind.

Am Standort Harlaching wird das Onkologische Zentrum mit den bereits bestehenden Organkrebszentren im Süden weiterentwickelt. Im gynäkologischem Krebszentrum (München Klinik Harlaching) werden bösartige gynäkologischen Erkrankungen der Brust (Mamma), der Eierstöcke (Ovar) und der Gebärmutter (Uterus) behandelt. Die perspektivische Ansiedelung des Viszeralonkologischen Zentrums (derzeit München Klinik Neuperlach) in Harlaching ist absolut erforderlich, eine enge Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen Gastroenterologie und Hämato-Onkologie ist bereits etabliert und gelebte Praxis. Gebündelt am Standort der Maximalversorgung in Harlaching bilden die onkologischen Organkrebszentren die Grundpfeiler eines Onkologischen Zentrums im Süden Münchens.

Die in Verbindung mit der onkologischen Versorgung erforderliche Strahlentherapie ist durch eine enge Kooperation mit niedergelassenen Praxen an den Standorten München Klinik Bogenhausen, München Klinik Harlaching und München Klinik Schwabing gewährleistet.

3.4.6.2 Palliativmedizin an der München Klinik

Die Palliativmedizin ist ein wesentlicher Bestandteil eines ganzheitlichen Therapieangebotes infauster Prognosen.

Die stationäre Palliativmedizin fokussiert sich auf die Symptomkontrolle, sofern eine Behandlung im häuslichen Umfeld nicht gewährleistet werden kann. Die MüK kooperiert dabei mit Hausärzt*innen (palliativmedizinische Grundversorgung) und SAPV-Teams (spezielle ambulante Palliativversorgung), um eine palliativmedizinische Versorgung sowohl stationär und ambulant sicherzustellen.

Begriffsdefinition

Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus: Die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus findet außerhalb der Palliativstationen in den Fachabteilungen und Allgemeinstationen im Rahmen der Regelversorgung statt.

Spezialisierte Palliativversorgung durch Palliativdienste: Der Palliativdienst (auch: Palliativmedizinischer Dienst, Palliativkonsiliardienst, Palliativteam) betreut stationäre Patient*innen, die außerhalb einer Palliativstation behandelt werden. Ein Palliativdienst im Krankenhaus ist ein spezialisiertes Team aus Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflegenden, Sozialarbeiter*innen, Körpertherapeut*innen).

Spezialisierte Palliativversorgung auf Palliativstationen: Eine Palliativstation ist Teil eines Akutkrankenhauses. Dort werden Patient*innen mit einer nicht heilbaren und lebensbegrenzenden Erkrankung ganzheitlich durch ein multiprofessionelles Team betreut. Ziel der Aufnahme auf eine Palliativstation ist die fachgerechte Linderung krankheitsbedingter Symptome, z. B. Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Unruhe, um eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.

Die MüK bietet die spezialisierte Versorgung von stationären Palliativpatient*innen auf einer eigenen Palliativstation am Standort Harlaching, welche durch die Zusammenlegung der Palliativstationen der München Klinik Schwabing und der München Klinik Harlaching deutlich vergrößert wurde, an. Den Anträgen Nr. 20-26 / A 00033, Ziffer 4, und Nr. 20-26 / B 01039, Ziffer 1 kann daher hinsichtlich einer eigenen Palliativstation nicht entsprochen werden. Bereits bei der Planung des Neubaus der München Klinik Harlaching wurden die Nutzer*innen eingebunden, um die spezifischen baulichen und infrastrukturellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Damit können Patient*innen in der MüK am Standort Harlaching in einer der modernsten Palliativstationen Münchens versorgt werden.

Zusätzlich umfasst das Konzept der palliativmedizinischen Versorgung in der MüK einen spezialisierten multiprofessionellen Palliativdienst an den Standorten der Maximalversorgung (München Kliniken Bogenhausen und Harlaching). Somit wird gewährleistet, dass an den Standorten der hochkomplexen medizinischen Versorgung an der München Klinik Bogenhausen und der München Klinik Harlaching ein vollumfängliches spezialisiertes palliativmedizinisches Angebot sowohl für onkologische als auch nicht-onkologische stationäre Patient*innen der MüK besteht. An den Standorten Schwabing und Neuperlach wird eine allgemeine Palliativversorgung durch die vor Ort befindlichen Fachabteilungen angeboten. Ein zusätzlicher spezialisierter Konsildienst kann bei komplexen medizinischen Fragestellungen hinzugezogen werden und wird personell durch die Teams aus Bogenhausen und Harlaching gestellt.

Die MüK gewährleistet mit diesem Konzept an allen Standorten, eine an der Komplexität der Patienten- und Angehörigensituation orientierte Versorgung palliativmedizinischer Patient*innen gemäß der S3-Leitlinie Palliativmedizin.

3.4.7 Intensivmedizin – Stroke Unit (Schlaganfalleinheit)

Das Konzept für Intensivmedizin und Stroke Units in der MüK sieht eine bedarfsgerechte Deckung der zukünftigen Anforderungen an die medizinisch-pflegerische Intensivversorgung vor.

Das pflegerische Betreuungskonzept wird auf ein 4-stufiges Konzept ausgeweitet (Normalstation – Normalstation mit Telemetrie – Intermediate Care – High Care).

An den Standorten der Maximalversorger Bogenhausen und Harlaching wird zwischen internistischer, chirurgischer und neurologischer High-Care Versorgung differenziert. Die pädiatrische High-Care Versorgung findet an den Standorten mit pädiatrischen Hauptabteilungen in Harlaching und Schwabing statt. An den Standorten Neuperlach und Schwabing werden zukünftig interdisziplinär betriebene Intensiveinheiten etabliert.

Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades der Intensivmedizin und der Erfahrung in der Erbringung telemedizinischer Leistungen wird die MüK in Zukunft im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung Leistungen an anderen Krankenhäusern telemedizinisch anbieten.

Die medizinisch-pflegerischen Expert*innen der MüK haben in den Cluster-Workshops wesentliche Einflussfaktoren auf die Intensivmedizin/Stroke Unit-Versorgung der Zukunft analysiert. Aufgrund der demographischen Entwicklung, der gleichzeitigen Ambulantisierung und der weiteren Verkürzung der Verweildauern steigt der Anteil der stationären Patient*innen, die einen erhöhten Pflegebedarf haben und/oder einen höheren Grad an intensiv-pflegerischer Betreuungsintensität erhalten müssen. Gleichzeitig müssen Überwachungskapazitäten für die ambulante Leistungserbringung ausgebaut werden.

Intensivpflegekonzept

Die MüK wird das pflegerische Betreuungskonzept und bedarfsgerecht je Standort die Überwachungskapazitäten auf die geänderten Rahmenbedingungen anpassen.

Dazu wird das bisher überwiegend gelebte 3 Stufen-Konzept (Normalstation – Intermediate Care – Intensivmedizin) auf ein 4-stufiges Betreuungskonzept überführt:

1. Normalstation (Patient*innen mit hoher Pflegeintensität)
2. Normalstation mit Telemetrie (Patient*innen mit regelhaftem Überwachungsbedarf)
3. Intermediate Care (Patient*innen mit hoher Pflegeintensität und hohem Überwachungsbedarf z.B. aufgrund Katecholamingabe, nicht-invasive Beatmung; Stroke Unit)
4. High-Care (Patient*innen mit hoher Pflegeintensität, hohem Überwachungsbedarf und hohem Interventionsbedarf z.B. mit lebensbedrohlichem Kreislaufstatus, invasiver Beatmung)

Die Stroke Unit (Zertifizierte Einheit für neurologische Patient*innen mit Schlaganfall und hohem Überwachungsbedarf) stellt eine spezialisierte Form einer Intermediate Care-Einheit dar. Diese werden unverändert an den Standorten Bogenhausen und Harlaching vorgehalten werden.

Die ausreichende Vorhaltung von Kapazitäten der Stufe 2-4 des Betreuungskonzepts determiniert in Zukunft noch stärker als heute die Aufnahmebereitschaft für stationäre Notfälle. Durch das abgestufte Versorgungskonzept wird sichergestellt, dass die vorhandenen Kapazitäten bedarfsgerecht genutzt werden.

Fachabteilungsspezifische sowie fachabteilungs- und standortübergreifende Prozesse zur Intensivkoordination tragen über „Step-Up“/„Step-Down“ innerhalb des Betreuungskonzepts bei sich änderndem Versorgungsbedarf von Patient*innen sowie in der hausübergreifenden Steuerung von Notfallpatient*innen zur effizienten Nutzung der Ressourcen bei.

Spezialisierte Intensivmedizin

Aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Anforderungen, notwendiger Behandlungsprozesse und spezialisierter Fachkenntnisse unterscheidet die MüK vier Arten von High-Care Einheiten:

1. Internistische High-Care (Internistische Intensivstation jeweils an den Maximalversorgern Bogenhausen und Harlaching für alle internistischen Fachgebiete; Leitung durch Innere Medizin)
2. Chirurgische High-Care (Chirurgische Intensivstationen an den Maximalversorgern Bogenhausen und Harlaching für die chirurgischen Fachgebiete außer Neurochirurgie;

Leitung durch Anästhesie), sowie

3. Neurologische High-Care (Neurologisch-Neurochirurgische Intensivmedizin jeweils an den Maximalversorgern Bogenhausen und Harlaching für die neurologisch-neurochirurgischen Fachgebiete; Leitung durch Neurologie/Neurochirurgie)
4. Pädiatrische High-Care (pädiatrische Intensivmedizin, sowie Neonatologie jeweils an den Standorten mit Pädiatrie und Geburtshilfe in Harlaching und Schwabing, Leitung durch die Pädiatrie/Neonatologie)

Die spezialisierten High-Care-Einheiten werden jeweils durch Intensivmediziner*innen mit der entsprechenden Facharztausbildung und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin bzw. Pädiatrische Intensivmedizin / Neonatologie geleitet. Ebenso wie im ärztlichen Bereich sind die pflegerischen Teams in der jeweiligen medizinischen Subdisziplin speziell ausgebildet. In der jeweiligen High-Care-Einheit erfolgt eine interdisziplinäre Belegung innerhalb der Spezialisierung.

Interdisziplinäre Intensivmedizin

An den Standorten mit geringerem Bedarf an spezialisierter Intensivmedizin (München Klinik Neuperlach, München Klinik Schwabing-Erwachsenenmedizin) werden interdisziplinär betriebene Intensiveinheiten etabliert. Durch wechselseitige Zuweisungen von Betreuungsintensitäten der Stufe 3 (Intermediate Care) und Stufe 4 (High-Care) können ausreichend große Organisationsstrukturen an diesen Standorten vorgehalten werden.

Postinterventionelle Überwachung

Patient*innen ohne hohe Pflegeintensität oder Überwachungsbedarf werden zukünftig überwiegend in ambulanten Strukturen versorgt werden können. Die MüK wird aufgrund der hohen Spezialisierung im ambulanten Bereich relevante Mengen an medizinisch-interventionellen Versorgungsleistungen anbieten. Diese interventionellen Leistungen werden nicht nur in den chirurgischen Fachgebieten (z.B. Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, HNO, Gefäßchirurgie, etc.) durchgeführt, sondern erstrecken sich insbesondere auch auf interventionell-tätige internistische Fächer (z.B. Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, etc.). Ebenso sind die radiologischen Fächer davon betroffen.

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts wird der relevante Anstieg ambulant durchführbarer Eingriffe in der Folge zu einem erhöhten Bedarf an kurzfristiger Überwachungs Kapazität von ambulanten Patient*innen nach der Intervention führen. Die MüK wird daher bedarfsgerecht an allen Standorten interdisziplinär nutzbare, postinterventionelle Überwachungseinheiten ausbauen.

Telemedizinische Versorgung in der Intensivmedizin und Stroke Unit

Die MüK verfügt als großer Anbieter von telemedizinischen Leistungen seit mehr als 20 Jahren über eine sehr hohe Expertise in diesem Bereich. Über das telemedizinische Netzwerk TEMPiS werden internistische und neurologische Stroke Units in Süd-Ost-Bayern mit höchster Expertise in der Diagnostik von Schlaganfällen 24/7 unterstützt.

In der Intensivmedizin werden Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse in den kommenden Jahren dazu führen, dass insbesondere in ländlichen Regionen, aber auch im städtischen Kontext Krankenhäuser mit geringerer Versorgungsintensität die personelle Ressourcenvorhaltung an ärztlicher Expertise nicht mehr 24/7 selbst vorhalten werden können.

Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades der Intensivmedizin der MüK und der Erfahrung in der Erbringung telemedizinischer Leistungen inklusive der notwendigen Prozesse im Aufbau und Qualitätsmanagement von Versorgungsnetzwerken wird die MüK in Zukunft ebenso im Bereich der Intensivmedizinischen Versorgung Leistungen für andere Krankenhäuser erbringen.

3.5 Wirtschaftliche Auswirkungen

Die Situation der Krankenhäuser in Deutschland ist aktuell sehr schwierig, die finanzielle Unterfinanzierung so groß und anhaltend, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) so viele Insolvenzen wie noch nie registriert und vor einem Kliniksterben mit negativen Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung warnt. Die erheblichen Sach- und Personalkostensteigerungen können auch bei wirtschaftlichster Betriebsführung nicht mehr über die reguläre Kostenerstattung der Krankenkassen finanziert werden. Der Landesbasisfallwert als die wesentliche Komponente der Betriebskostenfinanzierung steigt in nicht ausreichendem Maße, die Berücksichtigung eines Inflationsausgleichs wird bisher verweigert. Staatliche Hilfszahlungen, wie beispielsweise der Bundes-Härtefallfonds, dämpfen die Belastungen, sind aber ausgelaufen, obwohl die wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser unverändert fortbestehen. Die diversen Unterstützungsleistungen wurden nicht in die reguläre Krankenhausvergütung überführt. Die Kosten-Erlöschere öffnet sich weiter und kann angesichts von sinkenden stationären Leistungsentwicklungen, aufgrund von Fachkräftemangel und fortschreitender Ambulantisierung der Medizin auch nicht mehr aus eigener Kraft geschlossen werden. Die aus dem operativen Klinikbetrieb zu generierenden Erlöse decken nicht die aus der Patient*innenversorgung und der Vorhaltung entstehenden Kosten. Insbesondere die Finanzierung der Infrastruktur eines Krankenhauses ist nicht mehr gesichert.

Für die MüK gilt dies ohne Abstriche und in derselben Deutlichkeit. Die in der Unternehmensplanung 2024-2028 aufgezeigte wirtschaftliche Entwicklung weist sehr hohe Defizite aus. Auch mit der bestehenden Unterstützung durch die Gesellschafterin (Finanzierungsvereinbarung) konnte der Liquiditätsbedarf nur bis Mitte 2025 gesichert werden. Dies führte zu einer Globalbetrauung der MüK mit einer Laufzeit von fünf Jahren beginnend am 01.01.2025 (vgl. Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V11997). Ein Zuwarten auf die angekündigte große Krankenhausreform einschließlich der Neugestaltung der Krankenhausvergütung ist nicht sinnvoll. Vor einer Entscheidung über die Klinikreform ist es auch nicht möglich, das „MüK20++“- Konzept und seine Maßnahmen mit dezidierten Berechnungen zu seinen wirtschaftlichen Auswirkungen zu unterlegen (vgl. Antrag Nr. 20-26 / A 03368). Es können nur in groben Zügen die im Konzept aufgegriffenen und für die MüK adaptierten Eckpunkte der Krankenhausreform auf ihre wirtschaftliche Wirkung hin bewertet werden. Eine Bewertung der vorgenommenen Maßnahmen wird kontinuierlich in die nächsten Unternehmensplanungen eingearbeitet. Eine abschließende Bewertung wird jedoch erst möglich sein, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen mit den bestehenden Strukturvoraussetzungen erfolgt ist und die Rahmenbedingungen der Krankenhausreform feststehen.

Die mit der Zuweisung von Leistungsgruppen verbundene Schaffung von spezialisierten Zentren mit entsprechenden Versorgungsketten im Krankenhaus, ggf. aber auch durch Kooperation mit anderen Krankenhäusern, dient nicht nur der Hebung der Qualität, sie schafft auch größere Einheiten, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht effizienter betrieben werden können. Das Konzept „MüK20++“ hat dies aufgenommen und stellt die beiden Standorte Bogenhausen und Harlaching mit einem sehr breit gefächerten und in sich gut abgestimmten Leistungsportfolio in den Mittelpunkt der stationären Maximalversorgung, am Standort Schwabing wird die Eltern-Kind-Behandlung konzentriert. Die Bündelung von ärztlicher und pflegerischer Expertise in größeren Teams stabilisiert zudem die belegbaren Kapazitäten auch bei Personalausfällen und wirkt so Bettensperrungen oder Abmeldungen entgegen bzw. Belastungsspitzen können besser aufgefangen werden. Die heute

oft mehrfach zu tätigen Investitionen in Großgeräte und medizinisch-technische Ausstattung entfallen oder können zumindest stark reduziert werden, dies schont Fördermittel und verringert den Personal- und Sachaufwand für Wartung und laufenden Unterhalt. Die mit der Zuweisung von Leistungsgruppen verbundenen Nachweise der Erfüllung von Qualitäts- und Strukturkriterien sind kostengünstiger zu gewährleisten, wenn die personellen und dinglichen Voraussetzungen nicht an den Standorten parallel aufrechterhalten werden müssen. Behandlungsprozesse können in Zentren weitaus standardisierter ablaufen. Dies führt in der Tendenz zu kürzeren Verweildauern, was von wirtschaftlicher Bedeutung ist, weil auch die künftige Krankenhausreform eine weiterhin pauschalierte Vergütung vorsieht.

Die MüK setzt mit dem vorliegenden Medizinkonzept die bereits mit dem SUK begonnene Bettenkonsolidierung fort, auch dies ist ein erklärtes Ziel der geplanten Krankenhausreform, die im europäischen Vergleich ein kostentreibendes und durch die Versorgungsqualität nicht zu rechtfertigendes Überangebot an Krankenhausbetten in Deutschland erkannte. Die Planbetten werden im Umfang jedoch den jetzt betriebenen Betten entsprechen.

Neben den Finanzierungssäulen der Fallpauschalen und des Pflegebudgets, tritt mit der großen Reform der Krankenhausvergütung eine Finanzierung der Vorhaltekosten. Dabei soll die Aufteilung durchschnittlich auf 20 % Pflegebudget und 40 % r-DRG bzw. Vorhalteanteil (Residuale DRG (r-DRG) entsprechen der im KHVVG vorgesehenen fallmengenabhängigen Komponente der Vergütung der Krankenhäuser) bezogen auf den Gesamterlös lauten. Der an sich breite Konsens, dass die Einführung einer Vorhaltevergütung eine begrüßenswerte Weiterentwicklung des bestehenden DRG-Systems darstellen kann, wird dadurch geschmälert, dass große Bedenken hinsichtlich der konkreten Umsetzung bestehen, sich diese voraussichtlich höchst komplex und bürokratieaufwendig darstellen wird und kein zusätzliches Geld ins System kommen soll. Damit müssen alle Veränderungen in der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser innerhalb des bestehenden Erlösvolumens ausgestaltet werden. Viele Fragen sind noch offen, beispielsweise auf welches Bezugsjahr sich das Vorhaltebudget beziehen soll oder welche Methodik für die Verlagerung von Vorhaltebudgetanteilen zwischen Krankenhäusern bei der Verschiebung von Leistungsgruppen gelten wird. Absehbar ist jedoch bereits heute, dass die bisherige Aufstellung der MüK mit fünf Standorten und damit der Bereitstellung und dem Unterhalt einer fünffachen Infrastruktur auch über die geplante Vorhaltefinanzierung nicht wirtschaftlich tragfähig sein wird.

Die überdies an allen Standorten bestehende Minderauslastung schlägt sich in defizitären Betriebsergebnissen nieder und verschärft die Situation. Mit dem Verlust von Leistungsgruppen ist das Risiko verbunden, dass gerade in kleinen Segmenten Erlöse wegbrechen, dennoch in keinem oder einem viel zu geringen Umfang Kosten abgebaut werden können. Es ist daher folgerichtig, wenn die MüK räumliche, strukturelle und organisatorische Verdichtung unter der Maßgabe der medizinischen Sinnhaftigkeit vornimmt. Somit können Vorhalte- und Betriebskosten reduziert werden, ohne die Versorgungsqualität für die Patient*innen oder den kommunalen Versorgungsauftrag der Gesellschafterin zu beeinträchtigen.

3.6 Bauliche und förderrechtliche Auswirkungen

Im Rahmen von „MüK 20++“ sind Anpassungen baulicher Strukturen umzusetzen. So setzt die Konzentration von auch in absehbarer Zukunft stationären Leistungen Flächen frei, die entweder einer anderen Nutzung zugeführt werden können, beispielsweise der verstärkten Teilnahme an der ambulanten Versorgung, der Schaffung von sinnvollen Komplementärangeboten zur Krankenhausversorgung bzw. der Umwandlung in dringend benötigten Wohnraum oder sie können an die Gesellschafterin zur weiteren Nutzung zurück-

gegeben werden. Entscheidend ist, dass sich der Personal- und insbesondere Sachaufwand reduziert, der bislang erforderlich war, um die Gebäude, die Betriebseinrichtungen oder die Zuwegung für einen 24/7-vollstationären Krankenhausbetrieb der höchsten Versorgungsstufe betriebsbereit zu halten. Im Falle von Schwabing mit seinen denkmalgeschützten Altbauten entschied man sich bereits mit dem 1. und 2. Bauabschnitt für zwei funktionale komprimierte Neubauten.

Am Standort Neuperlach ist die Zukunftsfähigkeit der Hauptgebäude in der aktuellen Nutzung als zeitkritisch einzustufen. Besonders die Technik im Bestand kann mit entsprechendem Bauunterhalt noch circa 10 Jahre betrieben werden. Das Sanierungsaufkommen umfasst strukturelle Modernisierungen durch Ausgleich vorhandener Flächendefizite, umfangreiche Sanierungsmaßnahmen im Innenbereich und eine energetische Sanierung der Außenhülle. Zusätzlich ist eine Sanierung bzw. Modernisierung der Versorgungstechnik notwendig. Eine reine Bestandssanierung ist aufgrund von statischen Einschränkungen und des unzureichenden Raumvolumens für notwendige Technik nicht möglich.

Für einen möglichen klinischen Betrieb wäre ein Ersatz-Neubau am Standort Neuperlach die angestrebte Option. Der Erhalt der Bestandsgebäude ist aufgrund der Geschosshöhe und statisch eingeschränkter Flexibilität der Raumstrukturen lediglich als Bettenhaus oder Verwaltungsgebäude möglich. Je nach Lage des Ersatz-Neubaus müsste ein Teil der Bestandsgebäude rückgebaut werden. Ein möglicher Neubau des Standortes Neuperlach würde sich hinsichtlich aufzuwendender Eigenmittel als vorteilhafter ggü. der Bestandssanierung in Neuperlach darstellen.

Für die Standortwahl eines Maximalversorgers im Süden Münchens ist festzuhalten, dass mit dem Ersatzneubau Harlaching mind. 2/3 der benötigten Kapazitäten bereits jetzt realisiert sind. Aufgrund der am Standort Neuperlach vorhandenen Flächenbegrenzung und der daraus resultierenden Nachteile in Bauablauf, Bauzeit und Betriebsorganisation wäre zur Realisierung mit einem mittleren dreistelligen Millionenaufwand an Investitionsvolumen zu rechnen. Zudem ist die Anbauvariante in Harlaching einer möglichen Erweiterung mit einem geschätzten Finanzierungsvorteil von mehreren 100 Mio. EUR der Vorzug zu geben.

Für die weitere Konzentration von Leistungen am Maximalversorger in Harlaching wird derzeit geprüft, welche Kapazitäten zusätzlich benötigt werden und ob eine Realisierung in Einklang mit der derzeit bestehenden Masterplanung realisiert werden kann (Der Stadtrat hat in der Vollversammlung vom 19.11.2020 beschlossen, auf freiwerdenden Flächen am Klinikstandort der München Klinik Harlaching eine (geriatriische) Rehabilitationseinrichtung zu planen; vgl. Sitzungsvorlage Nr. 20-26/ V 01652: „Masterplan für den Standort Klinikum Harlaching“). Sollte dies nicht der Fall sein, müsste die Masterplanung ggf. überplant werden.

Die bereits begonnenen und laufenden Bauvorhaben (im Rahmen des SUK) werden durch das Zielbild „MüK 20++“ nicht tangiert und können in der vorgesehenen Nutzung vollumfänglich in Betrieb genommen werden.

Im weiteren Verlauf ist auch zu eruieren, welche förderrechtlichen Konsequenzen sich aus dem neuen Zielbild „MüK 20++“ ergeben. Eine erste Schätzung kann voraussichtlich mit dem Vorliegen des künftigen Bauprogramms der MüK erfolgen. Genaue Zahlen stehen erst nach einer Einzelfallbetrachtung und einer Einigung mit der Regierung von Oberbayern fest. Erfahrungsgemäß ziehen sich entsprechende Abstimmungen aufgrund ihrer Komplexität über mehrere Jahre hin. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber mit der angekündigten großen Krankenhausreform zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen auch die dadurch notwendig werdenden Anpassungen in der Investitionsfinanzierung angeht. Hier sollte einerseits der notwendige Investitionsbedarf der Krankenhäuser berücksichtigt, andererseits aber auch die Rückforderung von Fördermitteln bei künftig ambulant genutzten Anlagen und Investitionsgütern neu geregelt werden.

Durch das mit dem Zielbild „MüK 20++“ verbundene künftige Bauprogramm entstehen aber auch zusätzliche Fördermittelbedarfe für die MüK. Es wird erwartet, dass die MüK an der von der bayerischen Staatsregierung angekündigten Milliarde Euro für Krankenhausinvestitionen partizipieren kann. Es unterliegt aber weiterhin jede Fördermaßnahme dem im Gesetz vorgeschriebenen Antrags- und Bewilligungsverfahren, damit ist jeder Förderantrag eine Einzelfallentscheidung.

Die zukünftige bauliche Struktur und Ausgestaltung der Kliniken bietet die große Chance, die Infrastrukturkosten an die vom InEK für diesen Bereich kalkulierten Erlösanteile (vgl. DRG-Kostenmatrix) anzupassen. Nur mit modernen Häusern, die eine effiziente Betriebsorganisation unterstützen, kann die MüK zukunftssicher aufgestellt werden. Dies schließt auch die IT-Ausstattung mit ein.

3.7 Chancen der Umsetzung und Risiken bei Nicht-Umsetzung des Konzepts

An die medizinischen Inhalte anschließend wird betont, welche Chancen sich im Kontext des Medizinkonzepts „MüK 20++“ aus einer zeitnahen Umsetzung ergeben, oder welche Risiken entstehen, wenn der Beschluss nicht zur Umsetzung kommen sollte.

Chancen

- Ein geschärftes Leistungsportfolio ist Voraussetzung, um auch zukünftig qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auf dem Stand der Wissenschaft und Technik anbieten zu können. Derzeit liegen die Innovationszyklen in der Medizin bei 6-8 Jahren und werden sich durch die Digitalisierung und KI noch weiter verkürzen. Ein flexibles auf die Zukunft ausgerichtetes medizinisches Portfolio ist daher unerlässlich.
- Gelder aus dem anstehenden Transformationsfonds werden auf Antrag durch das STMGP gewährt. Diese werden sich an der Zukunftsfähigkeit der medizinischen Konzepte ausrichten. Grundlegende Überlegungen dabei sind die Konzentration und Zentralisierung medizinischer Leistungen, wie sie im Zielbild „MüK 20++“ verankert sind.
- Mit dem Zielbild „MüK 20++“ entwickelt die MüK ein differenziertes medizinisches Angebot und kann sowohl dem hochkomplexen stationären, aber auch niederschweligen ambulanten med. Bedarf eine optimale Versorgungsplattform bieten.
- Nur eine auf die Bedarfslage angepasste ambulante und stationäre medizinische Leistungsschärfung ermöglicht refinanzierte Strukturen und erhöht die Chancen auf ein ausgeglichenes Jahresergebnis der MüK. Die Patient*innen erhalten eine effiziente medizinische Versorgung in den darauf zugeschnittenen Strukturen und Prozessen.
- Durch Bündelung von Leistungen wird entsprechend der Vorgabe von Mindestmengen eine höhere Qualität erreicht.
- Die LHM besitzt eine verlässliche Gesundheitsversorgerin, die den medizinischen Bedürfnissen der Münchner Bevölkerung, sowohl im Münchner Norden als auch im Süden, 24/7 zur Verfügung steht.
- Die Impulse unserer Mitarbeitenden im Sinne einer zukunftssicheren, gebündelten medizinischen Versorgung werden wahrgenommen, stärken die Mitarbeitendenzugehörigkeit und tragen dazu bei, die Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit zu entlasten.
- Durch den Aufbau von Kooperationen über die MüK hinaus, kann die Versor-

gungsqualität in Stadt und Landkreis verbessert und ein gemeinsames Gesundheitsnetzwerk gebildet werden.

Risiken

Bei einer Entscheidung gegen die Verabschiedung des vorgelegten Medizinkonzepts „MüK 20++“, geht die MüK insbesondere in Zusammenhang mit der aktuellen Umbruchsphase am Markt, bedingt durch die Krankenhausreform, Risiken ein, die eine medizinische Neuausrichtung und damit einhergehende wirtschaftliche Stabilisierung gefährden:

- Vorhaltung von Doppelstrukturen bestimmter Fachdisziplinen an mehreren Standorten der MüK sowie eine fehlende medizinische Profilschärfung reduzieren die Chancen, medizinische Leistungsgruppen im Rahmen des gemäß Krankenhausreform geplanten Verteilungsverfahrens auf Landesebene zugesprochen zu bekommen. Eine Leistungsverchiebung zugunsten anderer Marktteilnehmer kann bei bestehendem Profil nicht verhindert werden.
- Zudem kann eine medizinische Doppelvorhaltung an mehreren Standorten, in Verbindung mit fehlenden ambulanten Strukturen dazu führen, dass die sich bereits heute abzeichnenden Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Markt nicht oder kaum refinanziert in der MüK abbilden lassen und folglich eine Defiziterhöhung durch eine nicht refinanzierte Leistungserbringung riskiert wird.
- Eine Bündelung von Leistungen an Standorten sichert die Erreichung geforderter Mindestmengen, welche bei Unterschreitung ein Leistungsverbot bedingen.
- Leistungsrückgänge, der Verlust ganzer Indikationsbereiche (Leistungsgruppen / Mindestmengen) sowie ein weiter steigendes Defizit werden zu einem Reputationsschaden und demnach zu einer Mitarbeitendenabwanderung zu Wettbewerbern führen. Bestehende Risiken des Fachkräftemangels sind schon heute spürbar.
- Im Zuge des Krankenhaustransparenzgesetzes ist ein Transformationsfonds in Höhe von bundesweit 50 Mrd. EUR geplant, der ab 2025 für 10 Jahre bereitgestellt werden soll, um den Strukturwandel am Krankenhausmarkt zu finanzieren. Erfolgt die Umsetzung des geplanten Medizinkonzepts nicht oder verspätet, kann die Finanzierung der notwendigen Strukturveränderungen der MüK durch Bundesmittel nicht sichergestellt werden und müsste entsprechend durch Eigenmittel der Gesellschafterin finanziert werden.

4. Auswirkungen auf die Versorgungssituation in München - Bewertung durch das Gesundheitsreferat (GSR)

4.1 Aufgabe und Rolle der Versorgungsanalysen

Die Landeshauptstadt München (LHM) steht, obwohl sie zu den führenden Standorten der Hochleistungsmedizin im stationären Bereich gehört, immer wieder vor Herausforderungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, die sich u. a. auch durch ändernde Rahmenbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung ergeben (vgl. Kapitel 2). Ziel ist es, dass eine bedarfsgerechte, integrierte, patient*innenzentrierte und wohnortnahe gesundheitliche Versorgung für alle Bürger*innen in München in jedem Lebensalter sichergestellt ist. Darüber hinaus sollen - gemeinsam mit den Akteur*innen vor Ort - adäquate nachhaltige Versorgungskonzepte für eine bedarfsgerechte Versorgung von behandlungs- und hilfebedürftigen Menschen entwickelt werden. Dafür sind umfassende Versorgungsanalysen in den verschiedenen Versorgungsbereichen notwendig, die das

Gesundheitsreferat erstellt. Mittels Primär- und Sekundärdaten, d. h. bereits vorliegender Daten oder ggf. eigener speziell für diesen Zweck erhobener Daten, werden die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgungssituation in München analysiert, bestehende und zu erwartende Probleme und Versorgungsdefizite aufgezeigt, Handlungsfelder benannt und kurz-, mittel- und langfristige Prognosen zur gesundheitlichen Versorgung der Münchner Einwohner*innen erstellt. Die LHM wird damit in die Lage versetzt, kurz-, mittel- und langfristig veränderten Bedarf, neu entstandenen Bedarf und / oder Mehrbedarf frühzeitig zu erkennen und vorausschauend auf die erforderlichen Anpassungen im örtlichen Gesundheitswesen hinzuwirken.

Bei allem berechtigten Fokus der Landesgesundheitspolitik auf die Versorgung im ländlichen Raum, muss auch ein Augenmerk auf die Besonderheiten und Herausforderungen in den Ballungsräumen gelegt werden. In Bayern ist der Ballungsraum München mit seiner breit gefächerten und komplexen Krankenhauslandschaft bei der neu ausgerichteten, bedarfsorientierten Krankenhausplanung besonders zu betrachten.

In der Vergangenheit ist die Krankenhausplanung im Freistaat Bayern dieser Aufgabe aus Sicht der LHM nicht in jeder Hinsicht gerecht geworden. Durch die Fokussierung auf die starre Plangröße „Bett“ hat sie sich zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen orientiert. Die Krankenhausplanung muss in Zukunft differenzierter erfolgen, von den tatsächlichen Fallzahlen in den verschiedenen Leistungsbereichen ausgehen und auch die Behandlungsqualität berücksichtigen. Die Einführung einer differenzierten Planungssystematik, in der sogenannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ausgewiesen werden, die die medizinischen Fachgebiete und Unterdisziplinen abbilden, ist auch nach der Meinung der vom Bundesgesundheitsministerium eingerichteten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zielführend.

Eine solche regionalisierte Krankenhausbedarfsplanung wird deshalb immer wieder von verschiedenen Seiten gefordert, nicht zuletzt von den Antragstellenden des Antrags „Optimale Versorgung für alle – endlich einen Krankenhausbedarfsplan für München und die Region erstellen“ (Stadtratsantrag Nr. 20-26 / A 04014).

Der tatsächliche Bedarf der Münchner Bevölkerung und der angrenzenden Landkreise muss vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des weiterhin anhaltenden Bevölkerungswachstums und auch im Zuge des Trends der Ambulantisierung in die Gestaltung des neuen Krankenhausbedarfsplans einfließen. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die Münchner Krankenhäuser als Standorte der Hochleistungsmedizin auch eine große überregionale Mitversorgerfunktion für Patient*innen aus anderen Regionen in Bayern und Deutschland sowie aus dem Ausland haben.

Mit einem auf diese Weise neu ausgerichteten Krankenhausbedarfsplan kann die Behandlungsqualität und medizinische Versorgung sichergestellt und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser gestärkt werden. Es muss so schnell wie möglich geklärt werden, wie die Krankenhäuser in München und in der Region eingruppiert werden können und welche Potenziale der Zusammenarbeit hierbei bestehen. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (STMGP) befindet sich hierzu bereits in Abstimmung mit den bayerischen Krankenhäusern.

Bundesgesetzlich sind nach § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz die Länder verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. Für die Krankenhausplanung in Bayern ist das StMGP zuständig. Die Krankenhausplanung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses, dem u.a. Vertreter*innen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer angehören. Im Bayerischen Krankenhausplan werden entsprechend des festgestellten Bedarfs Krankenhäuser nach Standort, Trägerschaft, Anzahl der Betten und Plätze zur voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung, Fachrichtungen sowie der Versorgungsstufe zur bedarfsgerechten Versorgung bestimmt. Bei der Bedarfsermittlung für einzelne Versorgungsbereiche werden

die Hochschulkliniken mit einbezogen. In Zukunft werden den Krankenhäusern Versorgungsstufen (Level) zugeordnet und je nach Ausstattung spezielle Leistungsgruppen zugewiesen. Die Krankenhausplanung muss dabei einheitlich und abgestimmt für das gesamte bayerische Staatsgebiet durch die Planungsbehörde für die Krankenhausplanung im Freistaat Bayern erfolgen. Deshalb wird seitens des GSR empfohlen, dass der Oberbürgermeister Dieter Reiter einen entsprechenden Appell an die bayerische Staatsregierung richtet, einen bedarfsgerechten Krankenhausplan für die Stadt München und die angrenzenden Landkreise aufstellen. Dem Anliegen des Stadtratsantrags „Optimale Versorgung für alle – endlich einen Krankenhausbedarfsplan für München und die Region erstellen“ (Stadtratsantrag Nr. 20-26 / A 04014) ist damit entsprochen.

Das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München wird die weiteren Entwicklungen verfolgen und wird sich bei einer Weiterentwicklung der bayerischen Krankenhausplanung hin zu einer Planung, die regionale Besonderheiten stärker in den Blick nimmt, gerne einbringen. Zur optimalen Versorgung gehört auch der Austausch mit den Münchner Krankenhäusern, dem Rettungszweckverband, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und anderen relevanten Akteur*innen im Gesundheitsbereich.

Das GSR trägt darüber hinaus auch durch seine Versorgungsanalysen in ausgewählten Versorgungsbereichen dazu bei, die Versorgungslage im Blick zu halten und kann bei auftretenden Problemen auf Fehlentwicklungen aufmerksam machen. Während der Coronapandemie wurde ein Runder Tisch mit den Krankenhäusern etabliert. Das GSR hat im April 2024 eine Runde mit Vertreter*innen der Münchner Kliniken einberufen und zu Themen der Krankenhausreform eingeladen. Anlassbezogen wird das GSR den Kreis um weitere Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich erweitern. Das GSR leitet die Diskussions- und Austauschrunde von Klinikvertreter*innen und bietet darin auch die Möglichkeit, potenzielle Kooperationen zu beginnen.

Das GSR wird die Entwicklungen im Zuge der Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes verfolgen und in die regelmäßig zu aktualisierenden Versorgungsanalysen einfließen lassen.

Auf der Grundlage aktueller Versorgungsanalysen hat das GSR – in dem Umfang wie es auf dem gegenwärtigen Differenzierungsstand des Medizinkonzepts „MüK 20++“ möglich war – Stellungnahmen zu dem Konzept der MüK für ausgewählte Versorgungsbereiche formuliert. Für die ausführlichen Versorgungsanalysen zu den ausgewählten Themen sei zudem auf Anlage 4 verwiesen.

4.2 Stellungnahme zur Notfallversorgung

Das GSR bestätigt die Aussage der MüK, dass aktuell die stationäre Aufnahmebereitschaft im Wesentlichen durch die der Notaufnahmen nachgelagerte pflegerische Betreuungskapazität bestimmt wird. Das wird zukünftig nicht nur das Pflegefachpersonal, insbesondere in den High-Care-Bereichen, betreffen, sondern auch das ärztliche Personal. Die MüK befindet sich hierzu im Austausch mit dem Rettungszweckverband. Der Rettungszweckverband wurde darüber hinaus um eine Stellungnahme gebeten, die dieser Sitzungsvorlage als Anlage 6 beigelegt ist.

Erreichbarkeit eines Krankenhauses im städtischen Ballungsraum

Das GSR hält die von der MüK angenommenen positiven Effekte auf die Prähospitalzeit durch eine Konzentration der Kapazitäten in der Maximalversorgung (Level 3, vgl. Kapitel 3.4.1.) für nachvollziehbar. Ob dies Auswirkungen auf die Versorgung von stationären Notfällen haben wird, wird sich im Praxisalltag zeigen. Die Veränderungen sind weiterhin streng zu monitoren, um ggf. eine Verschlechterung in der zeitkritischen Notfallversorgung der Bewohner*innen Münchens zu erkennen.

Wenn der Rettungsdienst eine längere Fahrzeit nicht für akzeptabel hält, transportiert er ggf. die Notfallpatient*innen in eine andere (ggf. nicht-MüK) Klinik. Auch eine weitere Aufnahme von Akutzuweisungen in eigentlich abgemeldete Kliniken - mit den in der Versorgungsanalyse des GSR beschriebenen negativen Auswirkungen - ist denkbar. Dies sollte in zukünftigen Analysen der IVENA-Abmeldungen und der Rate der Akutzuweisungen überprüft werden.

Die Zusammenarbeit und der Austausch mit dem Rettungszweckverband ist ein wichtiges und wesentliches Element. Dem Rettungszweckverband obliegt die Aufgabe, den Rettungsdienst entsprechend den Bestimmungen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) und den zu seiner Ausführung erlassenen Vorschriften wahrzunehmen.

Organisation der Notfallversorgung der München Klinik

Die zukünftige Organisation der Notfallversorgung im Erwachsenenbereich ist unter den Vorhaltebedingungen der einzelnen Level auf Grundlage des G-BA-Beschlusses zu den Notfallstufen nachvollziehbar. Die MüK stellt eine Erhöhung der Verfügbarkeit und Aufnahmebereitschaft an den Standorten München Klinik Bogenhausen und Harlaching für die stationäre Notfallversorgung dar. Alle Standorte sollen intensivmedizinische Kapazitäten bedarfsgerecht und in ausreichender Menge zum Erhalt der Notfallversorgungsstufe bereitstellen. Eine telemedizinische Betreuung durch die beiden Standorte der Maximalversorgung (Bogenhausen und Harlaching) für die Standorte Schwabing und Neuperlach ist grundsätzlich zu begrüßen.

Das GSR begrüßt darüber hinaus den Plan, an den Standorten der München Klinik eine 24/7-Notfallversorgung für ambulante Notfälle gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung anzubieten und im Bedarfsfall mit einer Etablierung von Notfall-MVZ-Strukturen zu unterstützen.

Aus Sicht des GSR werden die unterstützenden Notfall-MVZ-Strukturen notwendig sein. Hier bestehen aber erhebliche Herausforderungen, wie u.a. das Beispiel Kinderarztpraxis in Riem gezeigt hat.

Insgesamt unterstützt das GSR die Planungen der München Klinik im Bereich der notfallmedizinischen Konzentration. Eine Weiterentwicklung von Neuperlach zu einem 1i-Haus kann erst erfolgen, wenn entsprechende ambulante Strukturen geschaffen wurden.

4.3 Stellungnahme zur Geburtshilfe

Die Planungen der MüK zur Verlagerung des geburtshilflichen Standortes Neuperlach nach Harlaching werden in einer eigenen Sitzungsvorlage (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096: Geburtshilfe Neuperlach) ebenfalls in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 20.07.2024 behandelt. In ihr werden sowohl die Evaluation der geburtshilflichen Kapazitäten für München als auch Kartenmaterial zum Einzugsbereich der beiden Standorte ausführlich dargestellt. Als Fazit bleibt festzuhalten:

Unter Einbezug und Gewichtung aller Argumente ist festzuhalten, dass die Verlagerung der geburtshilflichen Abteilung der München Klinik Neuperlach an den Standort der München Klinik Harlaching sinnvoll erscheint und von der München Klinik weiterverfolgt werden kann.

Die Geburtshilfe Neuperlach ist eine sehr gut funktionierende geburtshilfliche Abteilung mit engmaschiger Betreuung der Gebärenden und einer sehr niedrigen Sectiorate. Bei einem Erhalt des Standorts Neuperlach ergeben sich aber finanzielle bzw. wirtschaftliche Risiken (insbesondere mögliche Förderverluste bei Nichtauslastung des Standorts Harlaching, Risiken bei Nichtaufnahme des Standorts Neuperlach in den Krankenhausbedarfsplan und Abrechnungsrisiken).

Die Betrachtung der geburtshilflichen Kapazitäten kann aufgrund des sehr knappen Ergebnisses der Evaluierung (nahezu gleichbleibende Zahl an Entbindungsräumen) und der bekannten methodischen Limitierungen eines rein auf die Infrastruktur bezogenen Blickes einer Verlagerung nicht entgegenstehen.

Sollten sich die Geburtenzahlen im oberen Szenario der Planungsprognosen bewegen, wird es voraussichtlich weitere Geburtskapazitäten in München - auch jenseits der München Klinik - geben müssen. Bis 2038 sind die Kapazitäten jedoch nach derzeitiger Kenntnislage ausreichend (s. Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096). Das GSR wird die Entwicklung der Geburten weiterhin engmaschig im Blick behalten.

Aus fachlichen Gründen ist es wünschenswert, dass bei der Zusammenlegung der Geburtshilfen aus Neuperlach und Harlaching im Neubau Harlaching die jetzt greifenden Qualitätsstandards aufrecht erhalten bleiben. Durch das zusätzliche Vorhandensein einer Neonatologie und eines Perinatalzentrums am Standort Harlaching kann den Münchner*innen somit ein attraktives Angebot unterbreitet werden.

Für eine gelungene Fusionierung der beiden geburtshilflichen Abteilungen des Standortes Neuperlach im Neubau am Standort Harlaching erscheint es notwendig, dass das Hebammenteam und die Expertise der Wochenstation vom Standort Neuperlach am neuen Haus Rahmenbedingungen haben, die sie für die Umsetzung dieser interventionsarmen Geburtshilfe brauchen.

Die MüK hat im Medizinkonzept das Spannungsfeld, das die unterschiedlichen Organisationsformen der Hebammenteams aus dem Standort Neuperlach (angestellt) und dem Standort Harlaching (freiberufliche Beleghebammen) mit sich bringt, gut beschrieben. Ein Hybridsystem, welches beide Organisationsformen in einem Kreißsaalbereich vereint, birgt für die MüK auch Risiken. Es besteht aber auch die Chance, am Standort Harlaching durch die hohe Expertise beider Teams ein neues, innovatives Konzept der Zusammenarbeit zu etablieren, das es erlaubt, die jeweiligen Stärken zu bündeln. Ein klares Organisationsmodell, das eine Trennung vorsieht zwischen der Betreuung von interventionsarmen Geburten und Geburten mit hoher ärztlicher Betreuungsintensität, kann diese Risiken minimieren.

Das GSR fördert laut der „Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern (GebHilfR)“ die geburtshilflichen Standorte zur Sicherung der Hebammenhilfe. Förderzweck ist die Stärkung, Unterstützung und Sicherung der Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Das GSR beantragt als umsetzende Behörde jedes Jahr Mittel in Höhe von circa 850.000 € bei der Regierung von Oberfranken als Bewilligungsbehörde. Die LHM beteiligt sich mit 10 % an der Gesamtfördersumme. Jährlich werden die geburtshilflichen Kliniken mit Maßnahmen wie Personalressourcen (durch medizinische Fachangestellte im Kreißsaalbereich) und Fortbildungen bzw. Teambuildingmaßnahmen unterstützt.

Das GSR bietet zusätzlich zu dem von der MüK angedachten Prozess an, für 2025 eine Teambuildingmaßnahme für die beiden Hebammenteams aus Harlaching und Neuperlach zu beantragen, um mit externer Unterstützung diesen Prozess gut zu begleiten und ein lösungsorientiertes Konzept zu erarbeiten. Eine gut strukturierte Teambuildingmaßnahme im Vorfeld könnte dazu beitragen, die Fusionierung der beiden geburtshilflichen Standorte Neuperlach und Harlaching zu unterstützen und Hürden bei der Umsetzung abzubauen.

4.4 Stellungnahme zur Pädiatrie

Bei der Patient*innengruppe der Kinder und Jugendlichen handelt es sich um eine sehr heterogene Patientengruppe von extremen Frühgeborenen bis zu jungen Erwachsenen mit einem breiten Spektrum an Krankheiten. Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen als besonders vulnerable Gruppe unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von

der von Erwachsenen. Sie benötigt eigene Strukturen und Voraussetzungen sowie qualifiziertes und hoch spezialisiertes Personal.

Am Standort Harlaching der MÜK sollen weiterhin eine pädiatrische Grund- und Regelversorgung und eine pädiatrische Intensivstation angeboten werden. Grundsätzlich bieten eine gemeinsame chefärztliche Leitung und ein gemeinsames ärztliches Team mit der MÜK Schwabing eine sehr gute medizinische Qualität und Struktur.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird durch ein hochspezialisiertes Eltern-Kind-Zentrum am Standort Schwabing sichergestellt und weiterentwickelt. Am Standort Schwabing sind eine allgemeine pädiatrische Versorgung und pädiatrische Intensivbetten vorgesehen, ein Brandverletzenzentrum für Kinder und Jugendliche (plastische pädiatrische Chirurgie) sowie Fachabteilungen, wie z. B. Kinderkardiologie, Kinderonkologie, Endokrinologie für Kinder und Jugendliche und Neuropädiatrie. Das überregionale Trauma-Zentrum für Pädiatrie besteht am München Klinikum Schwabing. Ausschließlich die neurochirurgische, pädiatrische Expertise wird aus Bogenhausen für Schwabing eingebunden.

Das pädiatrische Versorgungsangebot der MÜK Schwabing ist als pädiatrischer Maximalversorger sehr umfassend. Die MÜK muss bei der Realisierung ihres Medizinkonzeptes berücksichtigen, dass auch in Zukunft pädiatrische Patient*innen adäquat, bedarfsgerecht behandelt werden. Wenn Versorgungsengpässe vorliegen oder Fehlentwicklungen beobachtet werden, muss die MÜK flexibel und im Schulterschluss mit den anderen Anbieter*innen in den Leistungsbereichen versuchen, diesen entgegenzuwirken. Es sollte angestrebt werden, dass das pädiatrische Angebot der Nachfrage entspricht, insbesondere auch vor dem Hintergrund der hohen Mitversorgerfunktion der Kinderkliniken in München für das Umland, andere Regionen in Deutschland und für Patient*innen aus dem Ausland.

Das GSR wird die Umsetzung des neuen Medizinkonzepts der MÜK auch in diesem Versorgungsbereich aus fachlicher Sicht im Hinblick auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in München begleiten.

4.5 Stellungnahme zur Neonatologie

Die Dichte an Perinatalzentren – insbesondere an Perinatalzentren Level I – ist in München hoch. Die beiden Perinatalzentren der MÜK Schwabing und der MÜK Harlaching spielen aufgrund ihrer hohen Fachexpertise in der Versorgung Früh- und kranker Neugeborener eine entscheidende Rolle. Daher ist der Aufbau eines Eltern-Kind-Zentrums mit hochspezialisierter pädiatrischer und neonatologischer Medizin sehr zu begrüßen. Gerade die Vorhaltung einer Neonatologie jeweils im Norden und Süden von München ist sinnvoll. Trotz der hohen Dichte an Perinatalzentren kommt es im Versorgungsbereich Neonatologie zeitweise in Münchner Krankenhäusern dazu, dass Frühgeborene bzw. kranke Neugeborene nicht in einer neonatologischen Abteilung aufgenommen werden können, weil die Anzahl der betriebenen Betten – zumeist aufgrund des Fachkräftemangels – nicht erhöht werden kann.

Eine Herabstufung einer der neonatologischen Abteilungen der München Klinik auf ein Perinatalzentrum Level 2 aufgrund der nicht erreichten Mindestmengen sollte, soweit möglich, vermieden werden, wenn die Kapazitäten nicht an dem jeweils anderen Standort aufgefangen werden können. Die Abstufung auf ein Perinatalzentrum Level 2 würde unter Umständen mit sich bringen, dass die Behandlung von Schwangeren mit einem erwarteten Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter unter 29 Schwangerschaftswochen, Schwangere mit Drillingen (oder mehr Mehrlingen) oder Schwangere mit pränatal diagnostizierten speziellen Erkrankungen der Mutter oder des Kindes (bzw. der Kinder) nicht mehr gewährleistet werden kann.

Sollten sich die Behandlungskapazitäten in München für neonatologische Patient*innen, z. B. im Zuge des laufenden Insolvenzverfahrens der Rotkreuzklinikum München gGmbH, reduzieren und eine Herabstufung einer der neonatologischen Abteilungen der Level 1-Perinatalzentren der MÜK erfolgen, welche die neonatologische Versorgung in und um München maßgeblich mitgestalten, droht in diesem hochspezialisierten neonatologischen Bereich ein Versorgungsengpass, dem nur durch die Forcierung der Weiterbildungsmaßnahmen in neonatologischen Fachabteilungen und im Zusammenschluss mit den anderen Münchner Kliniken mit Neonatologien begegnet werden könnte. In allen Perinatalzentren müssen daher weitere Maßnahmen zur Personalgewinnung getroffen und ein Ausbau von telemedizinischen Netzwerken vorangetrieben werden. Handlungsfelder, in denen die LHM dazu beitragen kann, die aktuelle Versorgungslage in der Neonatologie zu verbessern, sind maßgeblich durch gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundes- und Landesebene bestimmt. Das GSR und die MÜK sind sich einig, die Prozesse gemeinsam zu beobachten und eng begleitend das Beste für die Münchner Bevölkerung zu erreichen.

4.6 Stellungnahme zur Geriatrie (Altersmedizin)

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)

Das GSR stimmt der Aussage der MÜK zu, dass die Sicherstellung und Stärkung der nahtlosen akutstationären Versorgung unerlässlich sind. Die entsprechenden Fachabteilungen in der München Klinik Bogenhausen und Harlaching bieten dafür die Grundlage.

Alterstraumatologie

Das GSR stimmt der Aussage der MÜK zu, dass wesentliche Erfolgsfaktoren für ein besseres Outcome der geriatrischen Patient*innen in einer schnellen Diagnostik, raschen operativen Versorgung und zeitnahen Therapie auf Grundlage eines muskulo-skelettalen, geriatrischen Assessments liegen. Die überregionalen Traumzentren bilden dafür die Grundlage.

Akutgeriatrie/ geriatrische Frührehabilitation

Die an den Standorten München Klinik Schwabing und Neuperlach angesiedelten geriatrischen Kompetenzzentren werden durch das GSR sehr begrüßt. Wie das GSR in seiner Versorgungsanalyse dargestellt hat (vgl. Anlage 4), werden perspektivisch wesentlich mehr Bettenkapazitäten in München für den akutgeriatrischen Versorgungsbereich benötigt. Mit den geplanten Ausweitungen der Kapazitäten an den Standorten Neuperlach und Schwabing trägt die MÜK einen Teil dazu bei.

4.7 Stellungnahme zur Palliativmedizin

Das Medizinkonzept sieht vor, die Palliativmedizin an zwei Standorten der Maximalversorgung– München Klinik Bogenhausen und München Klinik Harlaching – zu konzentrieren. Für das GSR ist die vorgesehene Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen in der Palliativmedizin, auch vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Herausforderungen und der Neustrukturierung medizinischer Schwerpunkte, plausibel. Hier sind Synergieeffekte zu erwarten, z.B. durch kurze Kommunikationswege und die Möglichkeit gemeinsamer Fortbildungen. Die erwartbaren Vorteile einer solchen Konzentration müssen sich in der praktischen Umsetzung erweisen. Folgende Punkte sollten dabei dringend Berücksichtigung finden:

Steigender Bedarf an (spezialisierter) Palliativversorgung

Wie in der Versorgungsanalyse in Anlage 4 beschrieben, wird der Bedarf an (spezialisierter) Palliativversorgung in Zukunft noch erheblich steigen. Der künftige Bedarf in München wird von regionalen Expert*innen zwar unterschiedlich eingeschätzt, aber in der Tendenz bestätigen sie einen steigenden Bedarf und eine bereits bestehende Unterversorgung in München, gerade auch bei der spezialisierten stationären Palliativversorgung. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass es in Krankenhäusern der Maximalversorgung (Level III), wie die München Kliniken Bogenhausen und Harlaching, sowohl interne Palliativdienste als auch für Patient*innen mit besonders komplexen Bedürfnissen Palliativstationen geben soll. In den Krankenhäusern, die die Basis- bzw. Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen (in Level I/II auch mit Notfallversorgung), werden viele Menschen versorgt werden, die einen begründeten Bedarf an Palliativversorgung haben. Dementsprechend muss dort auch Kompetenz in der Palliativversorgung von Patient*innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und am Ende des Lebens verfügbar sein. Diese palliativmedizinische Expertise muss in allen Standorten mit ärztlicher und pflegerischer Kompetenz sichergestellt werden.

Bei der Umsetzung der geplanten Strukturveränderungen der München Klinik im Bereich der Palliativmedizin ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Reduzierung des Angebots kommt. Konzentriert am Standort Harlaching soll es eine Palliativstation geben, vergrößert um die Plätze der verlagerten Palliativstation des Standorts Schwabing. Die spezialisierte Palliativversorgung am Standort Neuperlach wird zusammen mit der onkologischen Abteilung am Standort Harlaching aufgehen. Statt bisher drei Palliativkonsildienste (München Kliniken Harlaching, Bogenhausen und Neuperlach) soll es einen spezialisierten multiprofessionellen Palliativdienst geben (an den München Kliniken Harlaching und Bogenhausen). Hierbei wird wichtig sein, dass dieser gemeinsame Palliativdienst ausreichend gut ausgestattet ist, um in allen vier Standorten wirken zu können.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat in ihrer Stellungnahme zur Krankenhausreform vom Mai 2023 ausgeführt, dass der Bedarf an Palliativversorgung in Zukunft noch erheblich steigen werde, während bereits jetzt eine palliativmedizinische Unterversorgung in deutschen Krankenhäusern deutlich spürbar sei. Es sei davon auszugehen, dass bei Patient*innen unabhängig von der Grunderkrankung in allen stationären Versorgungsleveln ein Bedarf an palliativmedizinischer Expertise und Versorgung bestehe. Deshalb müsse eine entsprechend geeignete Versorgungsleistung in allen Einrichtungen vorgehalten werden.

Bei der Strukturveränderung der palliativmedizinischen Versorgung der München Klinik ist darauf zu achten, dass sich für die Patient*innen keine Verschlechterung in der Versorgung ergibt. Dies steht und fällt auch mit der Sicherstellung der Verfügbarkeit des geplanten neuen spezialisierten (konsiliarischen) Palliativdienstes an allen Standorten.

Patient*innen mit nicht-onkologischen Erkrankungen

Patient*innen mit nicht-onkologischen Erkrankungen gewinnen aufgrund der hohen Zahlen von Patient*innen, die an weit fortgeschrittenen internistischen, neurologischen oder geriatrischen Erkrankungen versterben, in der Palliativmedizin zunehmend an Bedeutung.

Die zunehmende Bedeutung nicht-onkologischer Palliativpatient*innen muss im Medizin-konzept berücksichtigt werden. In den aktuellen Ausführungen wird darauf hingewiesen, dass die nicht-onkologischen Patient*innen bei Bedarf von den an den Maximalversorgern angebotenen Strukturen mitversorgt werden sollen. Dies ist für die Standorte mit Palliativstation bzw. Palliativdienst (München Klinikum Harlaching und München Klinikum Bogenhausen) nachvollziehbar, für die anderen beiden Standorte (München Klinikum Schwabing und München Klinikum Neuperlach) muss die Mitversorgung durch den „spezialisierten Konsildienst“ sichergestellt werden.

Stellenwert einer wohnortnahen Versorgung

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland spricht sich dafür aus, dass in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig schwerst- kranke und sterbende Menschen betreut und behandelt werden, die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben nachhaltig gesichert und ausgebaut werden (<https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>).

Die wohnortnahe Möglichkeit einer angemessenen indikationsbezogenen allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung wird laut o.g. Stellungnahme der DGP vom Mai 2023 darüber hinaus als essenzielle Voraussetzung angesehen, um dem Unterstützungs- bedarf der Patient*innen nachhaltig und wirksam zu entsprechen, weil die lückenlose be- darfsgerechte Versorgung in Form eines sektorenübergreifenden Ansatzes durch das ko- ordinierte Zusammenwirken aller an der Versorgung Beteiligten, z.B. in regionalen Netz- werken, erst die notwendige schnelle Reaktion auf eine sich oft hochdynamisch verän- dernde Bedürfnislage erlaube. Dem werde in der ambulanten Versorgung durch das Ziel einer flächendeckenden SAPV-Versorgung Rechnung getragen. Korrespondierend müsse die wohnortnahe spezialisierte Versorgung für erwachsene Palliativpatient*innen mit stati- onärem Behandlungsbedarf gewährleistet sein.

Auch die Frage der verbesserten Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz des Standor- tes Harlaching ist zu klären. Die Erreichbarkeit muss auch für ältere und hochbetagte An- und Zugehörige gegeben sein. Auf das Problem der wohnortnahen Palliativversorgung hat vor einiger Zeit bereits der Seniorenbeirat hingewiesen und eine entstehende Lücke im Norden Münchens beklagt (Stellungnahme des Seniorenbeirats zur Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 06327, Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 21.07.2022).

Umso wichtiger ist es, dass die neue Struktur mit spezialisiertem multiprofessionellen Kon- sildienst ausreichende Versorgungskapazität auch an den drei anderen Standorten ge- währleistet.

Systemische Betrachtung erforderlich

Bei der Suche nach Antworten auf strukturelle Veränderungen ist aus Sicht des GSR zu- sätzlich immer auch zu berücksichtigen: Die Palliativversorgung mit ihren verschiedenen Sektoren ist gerade auf regionaler Ebene immer auch systemisch zu betrachten und kann nur durch die Kombination und Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote funktionieren.

Die Einflussmöglichkeiten der Landeshauptstadt München in Bezug auf die stationäre Pal- liativversorgung sind, abgesehen von den Einrichtungen der MÜK, begrenzt.

Das GSR beobachtet die Entwicklung in der Hospiz- und Palliativversorgung und wird die Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer*innen an den Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Angeboten weiter anregen und unter- stützen. Die Notwendigkeit der Vernetzung ist ein kontinuierliches Thema im Hospiz- und Palliativnetzwerk München. Ein eigener fachlicher Arbeitskreis „Palliativversorgung im Krankenhaus“ innerhalb des Netzwerks hat es sich zur Aufgabe gemacht, Wissen und Er- fahrungen der Palliativstationen und palliativen Dienste in den Münchener Kliniken in Be- zug auf die Versorgung am Lebensende zu bündeln, zu diskutieren, interne Vorgänge zu optimieren und die Schnittstellen zu den weiter versorgenden ambulanten Palliativangebo- ten zu verbessern.

4.8 Stellungnahme zur Schlaganfallversorgung

Die MÜK gibt an, dass das Konzept für die Intensivmedizin und Stroke Units eine bedarfs- gerechte Deckung vorsehe.

In der Versorgungsanalyse des GSR zum Thema Stroke (vgl. Anlage 4) wird darauf hingewiesen, dass in der Notfallstudie 2022 festgestellt wurde, dass die Münchner Stroke Units im Zeitraum 2015-2019 nur selten von der Notfallversorgung in IVENA abgemeldet gewesen waren. Jedoch war ein Trend zu häufigeren Abmeldungen und Akutzuweisungen im Zeitverlauf zu beobachten. Ende 2019 war maximal in 10% der Zeit keine der fünf Stroke Units verfügbar.

Das GSR wird mit den zur Verfügung stehenden Informationen die Versorgung von Schlaganfallpatient*innen in München monitoren, so dass abschätzbar sein wird, ob die Versorgung in München weiterhin gut aufgestellt ist.

Die Mitversorgung der Notaufnahmen an den Standorten Schwabing / Neuperlach durch die Maximalversorger Bogenhausen/ Harlaching durch das Schlaganfallnetzwerk TEMPiS wird durch das GSR begrüßt, sodass bei der zeitkritischen Diagnose Schlaganfall eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie auch in den Notaufnahmen der Level 1-Häuser erbracht werden kann.

5. Stellungnahme zur Notfallversorgung durch das Kreisverwaltungsreferat, Rettungszweckverband

Das Kreisverwaltungsreferat, Rettungszweckverband hat folgende Stellungnahme zu der Beschlussvorlage abgeben (vgl. Anlage 6):

„Im vorliegenden Konzept wird die Ausrichtung der München Kliniken mit den vier notfallversorgenden Standorten in den nächsten Jahren skizziert. Vorgesehen ist, dass es zwei Standorte mit Notfallstufe III – Maximalversorger und zwei Notfallkliniken der Basisnotfallstufe geben wird. Für Neuperlach ist perspektivisch vorgesehen, der Klinik keine Notfallstufe mehr im Sinne des Konzepts der gestuften Notfallversorgung zuzuordnen und lediglich eine ambulante Notfallversorgung im Sinne einer KV-Notfallpraxis anzubieten.

Die Basisnotfallversorgung sieht nach dem System der gestuften Notfallversorgung eine rund um die Uhr Versorgung internistischer und chirurgischer Notfälle vor, jedoch ohne das Vorhalten spezieller weiterer Fachrichtungen außer der Anästhesie. Eine Grundversorgung von Notfällen und damit die Anfahrbareit durch den Rettungsdienst sind weiterhin gegeben. Die Versorgung von Tracer-Diagnosen wie Verdacht auf Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Reanimation fielen dann jedoch weg.

Nach dem Eckpunktepapier zur Notfallversorgung ist das Ziel, innerhalb 60 Minuten nach Symptombeginn eine geeignete Therapie beginnen. Dies ist mit Konzentration auf die Standorte Bogenhausen und Harlaching, bei Aufnahmebereitschaft der anderen Kliniken in der Münchner Kliniklandschaft aus unserer Sicht denkbar.

Im Jahr 2023 wurden im Klinikum Neuperlach 2,4% aller in München in Kliniken zugewiesene erwachsenen Notfallpatienten, die eine sofortige Behandlung benötigten und in IVENA als „absolute Notfälle, z.B. Herzinfarkt, Reanimation, Sepsis, gastrointestinale Blutung u.a. behandelt, in Schwabing 2,5%. Für weitere Details und einen längeren Betrachtungszeitraum verweisen wir auf die zuletzt publizierte und vom Stadtrat beauftragte Notfallstudie.

Anhand der in München etablierten Patientenzuweisungs-codes in IVENA besteht eine feingliedrige Steuerungsmöglichkeit von Patienten in die für sie geeignete und erforderliche Behandlungsressource. Dabei wird die Behandlungsdringlichkeit, die Verdachtsdiagnose, das Alter und die in der Klinik zur leitliniengerechten Behandlung notwendigen Ressourcen berücksichtigt. Dies ermöglicht eine gute Abbildung des Leistungsspektrums der Klinik mit dem notfallmedizinischen Behandlungsbedarf der Patienten und eine gezielte Steuerung der Zuweisung von Notfallpatienten durch die Integrierte Leitstelle.

Es wird dargelegt, dass es sich bei dem medizinischen Konzept der München Kliniken

nicht um eine Gesamtreduktion, sondern um eine Kapazitätsverschiebung handelt, bei der Behandlungsressourcen an den Maximalversorgern gebündelt und gleichzeitig Kapazitäten aufgebaut werden. Eine Reduktion des Angebots lokal in Neuperlach und Schwabing, sowohl qualitativ als auch quantitativ, ist aus Sicht des Rettungszweckverbands nur dann möglich, wenn sie gleichzeitig mit einem echten Aufbau von Kapazitäten und einer Verbesserung der Aufnahmebereitschaft an den anderen Standorten einhergeht, wie im Konzept vorgesehen.

Dennoch muss berücksichtigt werden, dass sich Patienten, die früher in die München Kliniken Schwabing und Neuperlach mit dem Rettungsdienst gebracht worden wären, nicht zwingend auf die beiden anderen MÜK Kliniken verteilen werden, sondern auch auf andere Notfallkliniken.

Insofern wird das Verhalten der München Kliniken Auswirkungen auf die gesamte Rettungsdienstlandschaft haben. Angesichts der Vorgaben der Bundesregierung und der Notfallreform ist jedoch davon auszugehen, dass dies ohnehin geschehen wird, da auch andere Kliniken in München möglicherweise eine Anpassung Ihrer Ausrichtung vornehmen werden. Eine Konzentration auf größere Standorte und die Sicherstellung der Basis- und ambulanten Krankenversorgung entspricht genau dem, was in den nächsten Jahren grundsätzlich zu erwarten ist.

Auch derzeit werden Patienten trotz abgemeldeter Klinikressourcen und Aufnahmebeschränkungen auf die Häuser verteilt.

Es gibt Patienten, bei denen sich nach der Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem – zum Beispiel stellt sich ein Patient mit Herzinfarkt in der Hausarztpraxis vor – herausstellt, dass eine notfallmäßige Verlegung in eine andere Behandlungseinrichtung erforderlich ist.

Dies ist bereits heute eine Aufgabe des Rettungsdienstes. Bei der Umsetzung des neuen Konzepts der München Kliniken muss jedoch vermieden werden, dass Patienten in Kliniken wie Neuperlach oder Schwabing aufgenommen werden, obwohl zu Beginn an klar ist, dass die Versorgung dort nicht gewährleistet werden kann. Die Weiterverlegung solcher Patienten – sofern keine lebensbedrohliche Indikation vorliegt – darf nicht dem öffentlichen Rettungsdienst übertragen werden, sondern muss intern von den München Kliniken selbst geregelt werden. Abschließend ist zu sagen, dass die geplanten Veränderungen vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen und Vorgaben unter den Voraussetzungen, dass insgesamt Kapazitäten verlagert, aber nicht generell abgebaut werden sollen aus unserer Sicht in derzeitigem Kenntnisstand, voraussichtlich kompensierbar sein werden.

Besonders positiv zu bewerten ist die geplante Verstärkung der Versorgung von Notfallpatienten im pädiatrischen Bereich, hier kann ein Aufbau an Kapazitäten der Notfallversorgung sehr dienlich sein und dem aktuellen Engpass entgegenwirken.

Da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Krankenhaus- und Notfallversorgung derzeit stark im Wandel befinden und Reaktionen der gesamten Kliniklandschaft in unserem Zuständigkeitsbereich zu erwarten sind, können wir nur sehr eingeschränkte Prognosen für die weitere Entwicklung der Lage in den nächsten Jahren abgeben. Wir sind jedoch gerne bereit, im Rahmen unserer Aufgabe als Rettungszweckverband und der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst den Prozess engmaschig zu begleiten, Probleme frühzeitig aufzuzeigen und Lösungen oder Modellprojekte vorzuschlagen und umzusetzen.“

6. Fazit Gesundheitsreferat

Zunächst ist positiv festzuhalten, dass das Zielbild „MÜK 20++“ mit dem Fokus „Medizin führt“ und unter breiter Beteiligung entwickelt wurde. Die MÜK dokumentiert damit, dass

sie sich mit ihrer Belegschaft und ihren Angeboten weiterhin als zentrale Gesundheitsversorgerin in München sieht.

Der derzeitige Unternehmensplan sieht einen sehr hohen Jahresfehlbetrag für 2024 vor und geht aus heutiger Sicht davon aus, dass auch in den kommenden drei Jahren das Defizit nicht deutlich reduziert werden kann. Trotz der Anstrengungen im Zuge der Sanierung seit 2015 hat das Defizit damit weiterhin eine inakzeptable Größenordnung. Die Strukturen der MÜK sind nicht ausreichend ausgelastet.

Die Gesundheitsreform zielt darüber hinaus auf hohe Strukturvoraussetzungen je Haus für die Erbringung von Leistungsgruppen und fördert damit zusätzlich die Zentralisierung und Konzentration von Leistungen in kooperativen Netzwerken. Auch der Stellenwert an ambulant zu erbringenden Leistungen nimmt weiter zu, nachdem die Krankenhausbetten je Einwohner*in in Deutschland im Europäischen Vergleich nach wie vor sehr hoch sind. Das GSR sieht daher den Ansatz, durch Konzentration die Versorgungssituation zu stabilisieren und gleichzeitig den Aufwand für die medizinische Leistungserbringung zu senken als konsequente Weiterentwicklung des bestehenden SUK und als richtungsweisend vor dem Hintergrund der gesamtgesundheitspolitischen Entwicklungen.

Auch in qualitativer Hinsicht ist eine Konzentration von Leistungen dem Grunde nach zielführend, nicht zuletzt, weil in größeren Einheiten dem bestehenden Fachkräftemangel durch eine flexiblere Personaleinsatzplanung nachhaltig Rechnung getragen werden kann. Die Konzentration darf jedoch nicht zu Lasten einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Versorgung in München gehen. Insbesondere in den neuralgischen Bereichen der Notfallversorgung, der Geburtshilfe, der Neonatologie und Pädiatrie sowie der Altersmedizin, Schlaganfallversorgung und Palliativmedizin wird das GSR die Entwicklung weiter monitorieren und ggf. gemeinsam mit der MÜK nachsteuern.

Gerade in der Notfallversorgung ist ein flächendeckendes Angebot von großer Bedeutung. Auch hier schreitet allerdings die Spezialisierung laufend voran. Daher sieht das GSR die Konzentration der kardiologisch-respiratorischen Notfälle im Norden am Standort Bogenhausen und die gynäkologischen und pädiatrischen Notfälle am Standort Schwabing, das für alle Notfälle auch weiterhin an der Basisnotfallversorgung teilnehmen wird, als zielführend an. Ebenso ist eine Konzentration der Notfälle am Standort des Level 3-Hauses Harlaching, wo breitere Strukturen eine umfänglichere Versorgung gewährleisten können, nachvollziehbar. Welchen Effekt die Konzentration auf die Prähospitalzeit und die IVENA-Abmeldung hat, wird sich herausstellen und vom Rettungszweckverband überwacht. Der Austausch mit dem Rettungszweckverband wird weiter intensiviert.

Zunächst ist eine Basisnotfallversorgung auch am Standort Neuperlach weiter geplant. Eine perspektivische Entwicklung der München Klinik Neuperlach hin zu einem Level 1i-Haus hätte den Wegfall der stationären Basisnotfallversorgung zur Konsequenz. Dies würde das GSR nur als vorstellbar beurteilen, wenn vorher entsprechend tragfähige ambulante Notfallstrukturen etabliert worden sind, wie dies das Konzept vorsieht. Dies dürfte eine Herausforderung darstellen. Gesichert muss in diesem Zusammenhang auch die flächendeckende Versorgung von Schlaganfallpatient*innen sein, die besonders zeitkritisch ist. Das GSR sieht in diesem Zusammenhang die Ausweitung der telemedizinischen Versorgung von Schlaganfällen auf die Häuser in Schwabing und Neuperlach im Rahmen des TEMPiS-Netzwerks als positiv an.

Die pädiatrische Versorgung erfährt in München eine besondere Aufmerksamkeit, die ambulante und stationäre kinderärztliche Versorgung ist in München angespannt. Die Sicherstellung der Versorgung in einem hochspezialisierten Eltern-Kind-Zentrum im München Klinikum Schwabing mit der Ergänzung eines Überregionalen Traumazentrums für Pädiatrie ist umfassend, eine Bettenreduktion zu den derzeit betriebenen Betten wird nicht geplant. Durch eine gemeinsame chefärztliche Leitung und ein gemeinsames ärztliches Team mit der München Klinik Schwabing wird auch am Standort in Harlaching eine sehr gute medizinische Qualität und Struktur gewährleistet.

Die Dichte der Perinatalzentren zur neonatologischen Versorgung ist in München hoch, die beiden Perinatalzentren in Schwabing und Harlaching spielen aber für die Versorgung in München eine entscheidende Rolle. Eine Herabstufung eines der beiden Perinatalzentren vom Level 1 auf ein Level 2 muss aus Sicht des GSR vermieden werden. In diesem Zusammenhang wird auch das Insolvenzverfahren der Rotkreuzklinik München vom GSR eng verfolgt.

Durch das medizinische Konzept der München Klinik wird die geriatrische Versorgung in München deutlich gestärkt und ausgebaut. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist dies zielführend und wird zu einer spürbaren Entlastung der derzeitigen Strukturen führen.

Die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen in der Palliativmedizin ist vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Herausforderungen und der Neustrukturierung medizinischer Schwerpunkte, aus Sicht des Gesundheitsreferats plausibel. Bei der weiteren Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass dem erwarteten steigenden Bedarf an Palliativversorgung, der zunehmenden Bedeutung nicht-onkologischer Palliativpatient*innen und der Empfehlung einer wohnortnahen stationären Palliativversorgung sowie dem Stellenwert einer sektorenübergreifenden Vernetzung Rechnung getragen wird. Das GSR wird die Umsetzung des Medizinkonzepts auch in diesem Punkt weiter beobachten.

Die Erweiterung der telemedizinischen Schlaganfallversorgung ist eine gute Weiterentwicklung des bewährten TEMPiS-Projekts in München und wird die zeitkritische Schlaganfallversorgung in München weiter verbessern.

Insgesamt kommt es durch das neue Konzept in der Notfallversorgung und geburtshilflichen Versorgung zu keiner Veränderung gegenüber dem SUK von 2015 und es wird keine Fachabteilung geschlossen, sondern lediglich eine Konzentration der Fachabteilungen vorgesehen. Auch wenn die Anzahl von Klinikbetten als alleiniger Maßstab zur Leistungsbemessung durch die geplante Gesundheitsreform und die Einführung von Leistungsgruppen relativiert wird, so ist positiv, dass es durch das vorgelegte Konzept gegenüber den betriebenen Betten insgesamt zu keiner Reduzierung kommt.

Das GSR kann nachvollziehen, dass eine Quantifizierung der Effekte der Konzentration hinsichtlich ihrer monetären Ergebnisauswirkung momentan kaum möglich ist, weil die Rahmenbedingungen der Gesundheitsreform noch nicht abschließend feststehen und die endgültige Zuweisung der Leistungsgruppen noch nicht erfolgt ist. Da die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Konzentration von Leistungen nicht erwarten lassen, dass hierdurch eine Ergebnisverschlechterung eintreten wird, sondern im Gegenteil von Skaleneffekten ausgegangen werden kann, empfiehlt das GSR das Medizinkonzept „MüK 20++“ zu beschließen.

Die MüK ist angehalten, sich vorausschauend auf dem Markt angesichts der erwartbaren Bewegungen zu positionieren. Ein weiteres Zuwarten mit der Anpassung des Medizinkonzepts wäre daher auch aus Sicht des GSR nicht zielführend.

Das GSR empfiehlt, dass begleitend zur Unternehmensplanung in den nächsten Jahren eine Quantifizierung der zu erwartenden finanzwirtschaftlichen Effekte aus dem Zielbild „MüK 20++“ sowie – sobald absehbar – aus der geplanten Krankenhausreform vorgenommen wird.

Das GSR wird mit der MüK die Auswirkungen der geplanten Änderungen aus dem Konzept „MüK 20++“ auf die ausstehenden Baumaßnahmen beleuchten und auch hinsichtlich der förderrechtlichen Auswirkungen (Zusätzliche Fördermittelbedarfe / ggf. zurückzuerstattende Fördermittel) untersuchen. Die geplanten Maßnahmen sind mit dem GSR abzustimmen und auch hinsichtlich der bestehenden Masterplanung für den Standort Harlaching zu bewerten. Bei einer Abweichung von der derzeitigen Beschlusslage ist der Stadtrat zu befassen.

Das GSR sieht deutliche Chancen in der geplanten Krankenhausreform für Maximalver-

sorger wie die MÜK, wenn auf die Zielsetzungen, die mit der geplanten Krankenhausreform einhergehen, frühzeitig reagiert wird.

7. Ausblick

Die Entwicklung und Verabschiedung des Medizinkonzepts stellt wie eingangs beschrieben, das erste von sechs strategischen Handlungsfeldern des Zielbilds „MÜK 20++“ dar.

Aufbauend auf dem Medizinkonzept müssen in den Folgemonaten die weiteren strategischen Handlungsfelder konkretisiert werden.

Prozessumstellungen und Digitalisierungsvorhaben sind bereits heute im Aufbau – hier sind beispielhaft die im Rahmen des KHZG-Förderprogramms initiierten Projekte wie die Einführung der elektronischen Dokumentation wie z. B. die digitale Fieberkurve oder die Beschaffung von Robotik-Systemen zu nennen. Der notwendige Digitalisierungsgrad ist jedoch auch damit noch lange nicht ausgeschöpft und muss über die Grenzen von KHZG weitergedacht werden. So sind intelligente Ressourcenplanungsmodule und der Einsatz von KI nur exemplarische Auszüge, die zukünftig einen wesentlichen Beitrag leisten werden, um sowohl die Behandlungsqualität in der MÜK zu verbessern, als auch effizienter zu gestalten und damit schließlich die Mitarbeitenden zu entlasten, sodass sich diese auf die medizinische Versorgung konzentrieren können. Damit einher geht die Personalstrategie, die ebenfalls zukunftsgerichtet überarbeitet werden muss – neue medizinische Handlungsfelder oder administrative Tätigkeitsfelder erfordern entsprechende Personalressourcen - sei es im ambulanten, stationären oder administrativen wie z. B. technologischen Bereich.

Darauf aufbauend muss das Infrastrukturkonzept schon heute neu gedacht bzw. adaptiert und an die neu entstehenden ambulanten und stationären Raumbedarfe angepasst werden.

Eine Aktualisierung der Qualitätsstrategie, ebenfalls in Anlehnung an die Krankenhausreform, soll vorgenommen werden. Dabei spielen insbesondere der Aufbau telemedizinischer Versorgungsfelder, sowie die Einbindung von Anwendungen zur Erhebung der Behandlungsqualität eine wichtige Rolle.

Die MÜK wird über die Ausarbeitungen zu den fünf weiteren Handlungsfeldern nach Fertigstellung im Aufsichtsrat berichten.

Alle Bereiche werden immer im Abgleich mit geltenden und zukünftig gesetzlich verpflichtenden Nachhaltigkeitsgesichtspunkten entwickelt. Der Aufbau einer Nachhaltigkeitsorganisation erfolgt bereits, die darin zu behandelnden Themen werden u. a. aus dem Zielbild „MÜK 20++“ entstehen.

8. Klimaprüfung

Das Vorhaben ist laut dem Leitfaden zur Klimaschutzprüfung nicht klimarelevant. Eine Einbindung des Referats für Klima- und Umweltschutz ist nicht erforderlich.

9. Abstimmung mit den Querschnitts- und Fachreferaten

Diese Sitzungsvorlage ist mit, dem Kreisverwaltungsreferat – Rettungszweckverband (Ziffer 5 der Vorlage sowie Anlage 6), der Stadtkämmerei (Anlage 7), der Gleichstellungsstelle für Frauen (Anlage 8) und der München Klinik gGmbH abgestimmt.

Die Stadtkämmerei zeichnet die Beschlussvorlage mit (Anlage 7).

Die Stellungnahme der Gleichstellungsstelle für Frauen ist als Anlage 8 beigefügt. Das GSR nimmt zu dieser wie folgt Stellung: Die Stellungnahme bezieht sich allein auf den Teilaspekt der Geburtshilfe in Neuperlach. Bei einem Erhalt des Standorts Neuperlach ergäben sich die unter Ziffer 4 der Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ beschriebenen finanziellen bzw. wirtschaftlichen Folgen. Unter Ziffer 5 der vorgenannten Vorlage wurde dargelegt, dass es aus fachlichen Gründen wünschenswert ist, dass bei der Verlagerung der Geburtshilfe aus Neuperlach nach Harlaching die jetzt greifenden Qualitätsstandards aufrecht erhalten bleiben. Auch hat München Klinik bei einer Verlagerung des Standorts Neuperlach nach Harlaching auf die Entwicklung eines geeigneten Organisationsmodells zu achten.

Im Übrigen wird auf die Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ verwiesen.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist aufgrund der BV-Empfehlung Nr. 20-26 / E 00808 die Anhörung des Bezirksausschusses 04 - Schwabing West vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung). Der Bezirksausschuss wurde um eine Stellungnahme gebeten. Die Stellungnahme lag zum Zeitpunkt des Drucks der Beschlussvorlage noch nicht vor und wird im Wege einer Ergänzung nachgereicht.

Die Bezirksausschüsse 11 - Milbertshofen-Am Hart, 16 - Ramersdorf-Perlach und 18 - Untergiesing-Harlaching haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

Der Korreferent des Gesundheitsreferats, Herr Stadtrat Stefan Jagel, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Prof. Dr. Hans Theiss, sowie das Kreisverwaltungsreferat, die Stadtkämmerei, die Gleichstellungsstelle für Frauen, der Seniorenbeirat und die München Klinik gGmbH haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Dem Zielbild „MüK 20++“ wird gemäß den vorgelegten Unterlagen zugestimmt.
2. Das 2015 vom Stadtrat für die München Klinik beschlossene Sanierungsumsetzungskonzept (SUK) wird durch das neue Zielbild „MüK 20++“ ersetzt. Die MüK wird beauftragt, das Konzept in Bezug auf Planung und Umsetzung der Behandlungskapazitäten / Leistungsgruppen zu konkretisieren und mit dem Gesundheitsreferat und dem Aufsichtsrat der München Klinik abzustimmen.
3. Die München Klinik wird beauftragt, die aus dem Zielbild „MüK 20++“ resultierenden zusätzlich benötigten Kapazitäten am Standort Harlaching zu quantifizieren, mit der bestehenden Masterplanung für den Standort Harlaching abzugleichen und bei möglichen Abweichungen zur derzeitigen Beschlusslage den Stadtrat zu befassen.
4. Die München Klinik wird beauftragt, begleitend zu den fortlaufenden Unternehmensplanungen eine Quantifizierung der zu erwartenden finanzwirtschaftlichen Effekte aus dem Zielbild „MüK 20++“ sowie – sobald absehbar – aus der geplanten Krankenhausreform vorzunehmen.

5. Der Oberbürgerbürgermeister wird gebeten, einen Appell an die bayerische Staatsregierung zu richten, einen bedarfsgerechten Krankenhausplan für die Stadt München und die angrenzenden Landkreise aufstellen.
6. Die Empfehlung Nr. 14-20 / E 02857 „Klinikum Schwabing: Sicherung der Notfallversorgung, der Altersmedizin und der Palliativstation“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
7. Der Antrag Nr. 14-20 / A 06682 „Erweiterung der Kapazitäten der Kinderkliniken des städtischen Klinikums“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
8. Der Antrag Nr. 14-20 / A 06877 „Gesundheitsversorgung in München stärken II Pilotprojekt „Gemeinsamer Tresen“ – Portalpraxen in der München Klinik“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
9. Der Antrag Nr. 20-26 / A 00033 „Neukonzeption des geplanten Medizinkonzeptes für die München-Klinik“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
10. Der BA-Antrag Nr. 20-26 / B 01039 Münchener Norden: Wohnortnaher Erhalt der Palliativstation und der Akutgeriatrie im Klinikum Schwabing“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
11. Der BA-Antrag Nr. 20-26 / B 02820 „Fragen zu den Planungen MÜK - Standort Harlaching; Seniorenbeirätin Dr. Nies“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
12. Der Antrag Nr. 20-26 / A 01961 „Kritische Notfallversorgung in München II - Anlaufpraxen an der München Klinik zügig einführen“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
13. Die Empfehlung Nr. 20-26 / E 00808 „Unterstützung der städtischen Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung (Punkt 1 des Antrags)“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
14. Der Antrag Nr. 20-26 / A 03368 „Anforderungen an das neue Medizinkonzept der München Klinik gGmbH: Geburtshilfe in Neuperlach bleibt erhalten II - Finanzierung für die geburtshilflichen Abteilungen“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
15. Der Antrag Nr. 20-26 / A 04014 „Optimale Versorgung für alle – endlich einen Krankenhausbedarfsplan für München und die Region erstellen“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.
16. Der BA-Antrag Nr. 20-26 / B 06567 „Klinikum Neuperlach als Maximalversorger erhalten“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.

17. Der BA-Antrag Nr. 20-26 / B 06741 „Klinikum Neuperlach sozial gestalten!“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.

18. Der Antrag vom Seniorenbeirat „Sicherstellung der Notfallversorgung und der Altersmedizin“ ist geschäftsordnungsgemäß erledigt.

19. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle

III. Beschluss

nach Antrag.

Die endgültige Beschlussfassung über den Beratungsgegenstand obliegt der Vollversammlung des Stadtrates.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Die Referentin

Verena Dietl
3. Bürgermeisterin

Beatrix Zurek
berufsmäßige Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.

über Stadtratsprotokolle (D-II/V-SP)

an das Direktorium – Dokumentationsstelle

an das Revisionsamt

z.K.

V. Wv. Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-BdR-SB

1. Die Übereinstimmung des vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.

An die München Klinik gGmbH – Geschäftsführung

An den Seniorenbeirat

An den Bezirksausschuss 04 – Schwabing-West

An den Bezirksausschuss 11 – Milbertshofen-Am Hart

An den Bezirksausschuss 16 – Ramersdorf-Perlach

An den Bezirksausschuss 18 – Untergiesing-Harlaching

An das Kreisverwaltungsreferat - Rettungszweckverband

z.K.

Am.....