

Telefon: 089/233-92100
Telefax: 089/233-92400

Stadtkämmerei
Referatsleitung

Telefon: 089/233-47600
Telefax: 089/233-47505

**Referat für Gesundheit
und Umwelt**
Referatsleitung

Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)

Alarmierende Versorgungslücken (nicht nur) durch den Freistaat – Die LHM sichert medizinische Betreuung von Frühchen!

Antrag Nr. 14-20 / A 02284 von der Stadtratsfraktion Bürgerliche Mitte - BAYERNPARTEI /
FREIE WÄHLER vom 05.07.2016, eingegangen am 06.07.2016

Engpässe in der Frühchen-Versorgung schnellstens abschaffen!

Antrag Nr. 14-20 / A 02810 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 27.01.2017,
eingegangen am 27.01.2017

Babyboom in München –

Die Stadt muss eine ausreichende Versorgung für Mütter und Kinder schaffen

Antrag Nr. 14-20 / A 02854 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 07.02.2017,
eingegangen am 07.02.2017

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 08051

3 Anlagen

Beschluss in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheits- ausschusses vom 04.04.2017 (VB)

Öffentliche Sitzung

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vortrag der Referenten.....	3
1. Anlass der Beschlussvorlage.....	3
2. Versorgungssituation in München.....	4
2.1 Versorgungssituation rund um die Geburt.....	4
2.2 Allgemeine Erläuterung zur neonatologischen Versorgung.....	5
2.3 Neonatologische Versorgungssituation in München.....	6
2.4 Klinikbefragung.....	7
2.4.1 Präpartale Versorgung/Geburtshilfe.....	8
2.4.2 Neonatologie.....	8
2.5 Fazit und Handlungsoptionen.....	9
3. Versorgungssituation und -planung in der StKM.....	12
3.1 Versorgungsstatus.....	12

3.2 Präpartale / geburtshilfliche Versorgung.....	13
3.2.1 Versorgungssituation.....	13
3.2.2 Versorgungsplanung.....	13
3.3 Neonatologische Versorgung.....	15
3.3.1 Versorgungssituation.....	15
3.3.2 Versorgungsplanung.....	16
3.4 Intensivmedizinischen Versorgung.....	16
3.5 Personelle Situation.....	16
II. Antrag der Referenten.....	18
III. Beschluss.....	19

I. Vortrag der Referenten

1. Anlass der Beschlussvorlage

Die in den aufgeführten Anträgen der Stadtratsfraktionen behandelten Themen beziehen sich auf die neonatologische und geburtshilfliche Versorgungssituation in der Landeshauptstadt München (LHM). Die Fragen zur präpartalen¹ bzw. geburtshilflichen Versorgung beziehen sich dabei im Schwerpunkt auf die Angemessenheit der personellen und strukturellen Vorhaltungen in der LHM insgesamt (u. a. Anzahl Intensiv-/ Bettenkapazitäten, Kreißsäle, Hebammen, Fachpflege), aber auch auf die spezifischen Gegebenheiten in den Städtischen Kliniken. Bei der Thematik neonatologische Versorgung stellen sich gleichermaßen Fragen zur Personalausstattung – hier insbesondere vor dem Hintergrund der Maßgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) im Rahmen der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen - und den kapazitären Vorhaltungen für eine adäquate Versorgung von Frühchen.

Zur Beantwortung der in den Anträgen vorgetragenen Fragen zur Gesamtversorgungssituation in München hat das Referat für Gesundheit und Umwelt - als das für die Beurteilung der Gesamtversorgungssituation zuständige Referat - zur Bewertung der Situation alle an der neonatologischen und geburtshilflichen Versorgung beteiligten Münchner Kliniken kontaktiert. Ergänzend zur bereits im Januar 2015 durchgeführten Befragung der geburtshilflichen Abteilungen (siehe auch "Versorgungssituation rund um die Geburt", Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06006, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016) wurden die betroffenen Kliniken aktuell ergänzend zu Fragestellungen zur präpartalen Versorgung/Geburtshilfe sowie Neonatologie angeschrieben.

Aufgrund der zeitaufwendigen Durchführung der Befragung aller beteiligten Kliniken konnte der Antrag-Nr. 14-20 / V 05416 nicht fristgerecht behandelt werden. Für die eingeräumte Fristverlängerung bedanken wir uns. In Kapitel 2 der folgenden Beschlussvorlage führen wir zum aktuellen Stand der Versorgungssituation in München aus. In Kapitel 3 wird auf die StKM-spezifischen Fragen eingegangen, basierend auf den Rückantworten der Geschäftsführung der StKM.

Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, dass zu den Themen geburtshilfliche, intensivmedizinische und neonatologische Versorgung in jüngster Vergangenheit dem Stadtrat bereits mehrmals berichtet wurde. Wir verweisen deshalb ergänzend zu den Ausführungen in dieser Vorlage auf folgende Dokumente:

- Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken, Anfrage Nr. 14-20 / F 00188 gemäß § 68 GeschO von Herrn StR Dr. Reinhold Babor und Herrn StR

1 Präpartal, pränatal, antepartal = vor der Geburt

Dr. Hans Theiss vom 10.12.2014 – Antwort von Joachim Lorenz, Referent für Gesundheit und Umwelt, vom 22.04.2015

- „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) – Krankenhaus Schwabing: Mehr Räume und Personal in der Frauenklinik / Erhalt aller Kreißsäle in den städtischen Kliniken“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 05416, Beschluss der Vollversammlung vom 20.04.2016
- „Versorgungssituation rund um die Geburt“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06006, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016
- „Aufbau eines medizinisches Versorgungsmanagements“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06001, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016 i. V. mit dem Vergabebeschluss „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06893, Beschluss der Vollversammlung vom 15.11.2016
- „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) – Umsetzungs- und Planungsstand Medizinkonzept / Aktueller Sachstand der Sanierungsmodule“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 07658, Beschluss der Vollversammlung vom 14.12.2016
- Änderungen bei der Qualitätssicherung zur Versorgung von Frühgeborenen – Ist die Landeshauptstadt München vorbereitet?, Anfrage Nr. 14-20 / F 00742 gemäß § 68 GeschO von der Fraktion der Bayernpartei vom 08.11.2016 - Antwort von Frau berufsm. Stadträtin Stephanie Jacobs vom 24.01.2017

2. Versorgungssituation in München

2.1 Versorgungssituation rund um die Geburt

Die Stadt München verzeichnet seit Jahren einen Anstieg der Geburtenzahlen. Prognosen gehen davon aus, dass dieser Trend auch anhalten wird. Der stetige Zuwachs erfordert eine kontinuierliche Überprüfung der vorhandenen Kapazitäten und eine Anpassung an den zunehmenden Bedarf. Den aktuellen Stand in der geburts-hilflichen Versorgung hat das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) kürzlich im Beschluss „Versorgungssituation rund um die Geburt“² ausführlich dargestellt. Die Ausführungen geben einen Überblick über die derzeit vorhandenen Geburtshilfekapazitäten im Kliniksektor, die personelle Situation sowie die Qualität in der stationären Geburtshilfe, zudem werden zu erreichende Ziele und Maßnahmen benannt. Insgesamt zeigt sich, dass die geburtshilfliche Versorgung in der Landeshauptstadt mit der steigenden Geburtenrate nicht Schritt halten konnte. Vorhandene Engpässe lassen sich vorwiegend auf die Personalknappheit bei

² Versorgungssituation rund um die Geburt, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06006, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016

Hebammen sowie bei Pflegekräften der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Neonatologie zurückzuführen.

Bereits in der Beantwortung der Stadtratsanfrage „Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken“ vom 10.12.2014³ hat das RGU darauf hingewiesen, dass den Engpässen in der Geburtshilfe nur durch eine Erweiterung der Personal- und Raumressourcen entgegengewirkt werden kann.

Im Rahmen des Aufbaus des medizinischen Versorgungsmanagements hat das Referat für Gesundheit und Umwelt eine Studie zur Analyse der Versorgungskette „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ an das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München, vergeben. Ziel ist es, aus den gewonnenen Daten kurz-, mittel- und langfristige Prognosen zur gesundheitlichen Versorgung abzuleiten und notwendige Maßnahmen zur Verbesserung zu erarbeiten. Die Studie ist auf ein Jahr angelegt. Daten werden frühestens im ersten Quartal 2018 erwartet. Einzelheiten sind dem Beschluss „Aufbau eines medizinischen Versorgungsmanagements“⁴ sowie dem Vergabebeschluss „Rund um Schwangerschaft und Geburt“⁵ zu entnehmen.

2.2 Allgemeine Erläuterung zur neonatologischen Versorgung

Die Neonatologie (Lehre vom Neugeborenen und dessen Erkrankungen) gilt als Teilgebiet der Kinderheilkunde bzw. Kinder-Intensivmedizin. Ziel einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Intensivversorgung von Risiko-Neugeborenen ist es, die Säuglingssterblichkeit weiter zu senken und frühkindliche Behinderungen zu vermeiden. In den Bereich der Neonatologie fällt auch die Versorgung von Frühgeborenen. Als Frühgeburt wird eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) bezeichnet. Die Frühgeburtenrate liegt hierzulande mit 9% seit Jahren auf einem hohen stabilen Niveau⁶. Im europäischen Vergleich zählt Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Frühgeburtenraten.

Eine drohende Frühgeburt ist ein Geschehen, auf das viele Faktoren Einfluss nehmen. Mögliche Ursachen können beispielsweise Infektionen, eine ungesunde Lebensweise (Rauchen, Mangel- oder Fehlernährung), Mehrlingsschwangerschaften oder auch chronischer Stress sein. Die Überlebenswahrscheinlichkeit Frühgeborener hängt stark vom Geburtsgewicht und Gestationsalter⁷ ab und sinkt, je geringer diese Parameter ausfallen.

3 Versorgungssituation in Münchner Geburtskliniken, Anfrage Nr. 14-20 / F 00188 gemäß § 68 GeschO von Herrn StR Dr. Reinhold Babor und Herrn StR Dr. Hans Theiss vom 10.12.2014

4 Aufbau eines medizinischen Versorgungsmanagements, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06001, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016

5 Vergabebeschluss „Rund um Schwangerschaft und Geburt“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V06893, Beschluss der Vollversammlung vom 15.11.2016

6 Schleißner E. Drohende Frühgeburt: Prävention, Diagnostik und Therapie. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(13): 227-36; DOI: 10.3238/arztebl.2013.0227

7 Gestationsalter: Zeitraum vom ersten Tag der letzten Regelblutung der Mutter bis zur Geburt des Kindes. Das Gestationsalter wird im Regelfall in vollendeten Wochen plus Einzeltagen (0 bis 6) dargestellt. Der errechnete Termin entspricht einem Gestationsalter von 40 + 0 Schwangerschaftswochen.

Nicht jede Klinik mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Abteilung darf alle Schwangeren bzw. Frühgeborenen aufnehmen. Die Aufnahme- und Zuweisungskriterien sind streng festgelegt. Auf diese Weise soll die Qualität der Versorgung verbessert werden. Die aktualisierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)⁸ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert vier unterschiedliche Versorgungsstufen:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1,
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2,
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt,
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

Für jede Stufe werden die Mindestanforderungen für die Versorgung von Schwangeren sowie von Früh- und Reifgeborenen in Abhängigkeit von der jeweiligen Risikokonstellation klar festgelegt. Geregelt werden nicht nur die entsprechenden Zuweisungs- und Aufnahmekriterien, sondern auch die Anforderungen an die ärztliche, hebammenhilfliche, entbindungspflegerische und pflegerische Versorgung, die Ausstattung, Infrastruktur und Qualitätssicherung.

Ab dem 1. Januar 2017 fordert die Richtlinie für Perinatalzentren (Level 1 und 2) einen permanenten Betreuungsschlüssel von mindestens einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen unter 1.500 g. Bei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen liegt der Schlüssel bei mindestens einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je zwei Frühgeborenen unter 1.500 g. Bislang konnten Krankenhäuser bis zum 1. Januar 2017 unter begründenden Umständen von diesem Betreuungsschlüssel abweichen. Laut dem aktuellen GBA-Beschluss vom 15.12.2016⁹ ist diese Frist auf den 31.12.2019 verlängert worden (dem Beschluss muss noch das Bundesministerium für Gesundheit zustimmen, Stand 21.02.2017)). Diese Verlängerung kann laut einer Pressemitteilung des GBA vom 15. Dezember 2016 nur gewährt werden, wenn das jeweilige Perinatalzentrum auf Landesebene eine konkrete Zielvereinbarung abschließt.

2.3 Neonatologische Versorgungssituation in München

Laut dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2016¹⁰ sind in München für das Jahr 2016 84 neonatologische Intensivbehandlungsplätze ausgewiesen. Davon sind 74 Plätze in Kliniken der höchsten Versorgungsstufe (Perinatalzentrum Level 1), 6 Plätze in Kliniken der Versorgungsstufe II (Perinatalzentrum Level 2) und 4 Plätze in

8 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (zuletzt geändert am 27.11.2015, in Kraft getreten am 04.02.2016)

9 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL vom 15. Dezember 2016

10 Krankenhausplan des Freistaates Bayern (Stand 1. Januar 2016, 41. Fortschreibung)

Kliniken der Versorgungsstufe III (perinataler Schwerpunkt) vorgesehen. Von allen elf Geburtskliniken in München sind acht mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen ausgestattet. Zusätzlich stehen an einer Münchner Kinderklinik ohne Geburtshilfeabteilung neonatologische Plätze zur Verfügung. Die Gesamtanzahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze in München wurde in den letzten Jahren im Krankenhausplan des Freistaates Bayern erhöht: 2014 standen noch 68 neonatologische Intensivbetten zur Verfügung, 2015 waren es 71 Betten, 2016 kamen 13 weitere Betten hinzu.

In der Neonatologie werden sowohl Frühgeborene (vor der 37. Schwangerschaftswoche geborene Kinder) als auch Reifgeborene (nach der 37. Schwangerschaftswoche geborene Kinder) versorgt.

In den Münchner Kliniken kamen im Jahr 2014 insgesamt 21.823 Kinder (mit Wohnsitz innerhalb und außerhalb von München) zur Welt, im Jahr 2015 waren es 22.097 Kinder¹¹. Während 2014 3.895 Neugeborene (Früh- und Reifgeborene) auf neonatologische Stationen verlegt werden mussten, waren es im Jahr 2015 3.674 Kinder (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: In Münchner Kliniken geborene und in die Neonatologie verlegte Kinder

Jahr	Gesamtanzahl der in Münchner Kliniken geborenen Kinder	Anzahl der in die Neonatologie verlegten Kinder
2014	21.823	3.895
2015	22.097	3.674

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Anzahl der neonatologischen Intensivbehandlungsplätze im Krankenhausplan des Freistaates Bayern seit 2014 rein rechnerisch erhöht wurde. In München ist eine Steigerung der Klinikgeburten zu verzeichnen, wobei die Zahl der in die Neonatologie verlegten Kinder (Früh- und Reifgeborene) von 2014 auf 2015 geringfügig zurückgegangen ist. Dies kann jedoch nicht als Tendenz gesehen werden.¹²

2.4 Klinikbefragung

Ende September 2016 wurden die Leitungen der neun Münchner Kliniken mit geburtshilflichen und/oder neonatologischen Abteilungen zur Versorgungssituation befragt (darunter auch Kliniken mit mehreren Standorten in München). Bis auf zwei Kli-

11 Zahlen von Dr. Nicolas Lack, Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ), (Stand August 2016)

12 Die StKM geht nach eigenen Berechnungen von einer deutlich niedrigeren Quote an Verlegungen in die Neonatologie in ihren eigenen Häusern aus (siehe Kapitel 3.2.2 Seite 13).

niken, jeweils mit geburtshilflicher und neonatologischer Abteilung, haben sich alle angefragten Kliniken an der Befragung beteiligt (Stand 30.11.2016).

2.4.1 Präpartale Versorgung/Geburtshilfe

Die Rückmeldungen aus den Kliniken zur präpartalen Versorgung von Schwangeren mit Frühgeburtsbestrebungen zeigen, dass für diese Frauen meist eine variable Anzahl an Betten vorgehalten wird, wobei die Plätze teilweise flexibel erweitert werden können (z.B. durch Ausweichbetten in der gynäkologischen Abteilung). Die Belegung der Betten erfolgt hierbei nach Bedarf. Die genaue Bettenkapazität in den Münchner Kliniken für Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen kann deshalb nicht beziffert werden.

Hochrisikopatientinnen und überwachungspflichtige Schwangere werden meist im Kreißsaal versorgt. Nach den Rückmeldungen der Kliniken ist präpartal nur in seltenen Fällen eine intensivmedizinische Versorgung der Schwangeren notwendig. Hierfür werden in den Kliniken die Betten auf den interdisziplinär betreuten Intensivstationen genutzt.

Die Antworten der Kliniken zeichnen insgesamt ein heterogenes Bild der personellen Situation. Während einige Kliniken berichten, dass in ihren Häusern kein Personal-mangel besteht und somit Schwangere weder abgewiesen noch ins Umland umverteilt werden mussten, bestätigen andere, dass es in Zeiten der Spitzenbelastung zu personellen Engpässen kommen kann. Der Hebammenmangel, aber vor allem auch die personellen Engpässe im Bereich der Neonatologie, können dazu führen, dass Frauen weitervermittelt werden müssen. Die geburtshilflichen Kliniken in München unternehmen große Anstrengungen, um Personal zu gewinnen, doch die Personalsituation bleibt weiterhin angespannt.

2.4.2 Neonatologie

Die Rückmeldungen aus den Kliniken mit neonatologischen Abteilungen machen deutlich, dass die im Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2016 genannten Bettenkapazitäten (84 Intensivbehandlungsplätze in München) von den Krankenhäusern derzeit nicht ausgeschöpft werden können. Insgesamt wurden dem Referat für Gesundheit und Umwelt 46 neonatologische Intensivbehandlungsplätze (alle in Kliniken der höchsten Versorgungsstufe Level 1) gemeldet, die mit Personal betrieben werden können (Stand 30.11.2016). Zum Zeitpunkt der Abfrage standen somit nur 62% der neonatologischen Intensivplätze in den Level-1-Kliniken zur Verfügung. Im Krankenhausplan des Freistaates Bayern sind für die beiden Kliniken, die keine Rückmeldung gegeben haben, insgesamt zehn Intensivbehandlungsplätze ausgewiesen. Zusätzlich stehen in den Kliniken Intensivüberwachungsbetten (IMC, Intermediate Care) für Neugeborene zur Verfügung, die jedoch nicht im Krankenhausplan aufgelistet sind.

Vollständige Informationen über die vorhandenen Intensivüberwachungsbetten in den Münchner Kliniken liegen dem Referat für Gesundheit und Umwelt nicht vor.

Die Kliniken sprechen nahezu einheitlich von einer Personalknappheit auf den neonatologischen Stationen. Insbesondere bei Krankheitsbildern mit hohem Betreuungsaufwand kann es vorkommen, dass die Bettenanzahl vorübergehend reduziert werden muss. Bei jedem zusätzlichen Ausfall einer Pflegekraft droht eine Versorgungslücke. Mehrere Kliniken betonen, dass die neuen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), die ursprünglich ab Januar 2017 verbindlich gelten sollten, mit den derzeitigen Kapazitäten im Pflegebereich nicht umsetzbar sind. Es ist damit zu rechnen, dass die im Krankenhausplan des Freistaates Bayern ausgewiesene Bettenanzahl auch weiterhin nicht betrieben werden kann.

Die Münchner Kliniken setzen derzeit alles daran, um den Pflegepersonalmangel abzufangen. Die Krankenhäuser versuchen mit Nachdruck, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Die Praxis zeigt, dass der Arbeitsmarkt im Pflegebereich in Ballungsräumen wie München stark umkämpft ist. Die Kliniken greifen daher auf Pflegekräfte aus dem Ausland zurück und setzen zusätzlich überbrückend Leiharbeitskräfte ein. Darüber hinaus fördern die Kliniken die Intensivfachweiterbildung ihrer aktuell beschäftigten Pflegekräfte und unterstützen neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Erwerb der Fachweiterbildung.

Die intensiven Bemühungen scheinen an manchen Standorten bereits Wirkung zu zeigen. So berichtet eine Münchner Klinik, dass sich die Situation in der Kinderkrankenpflege durch Neueinstellungen deutlich stabilisiert habe. Das Klinikum plant bereits eine Ausweitung seiner Kapazitäten im Bereich der Neonatologie.

2.5 Fazit und Handlungsoptionen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Münchner Kliniken eine Personalknappheit insbesondere bei den neonatologischen Intensivpflegekräften besteht. Diese Knappheit kann dazu führen, dass Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen von Münchner Krankenhäusern abgewiesen und in andere Kliniken verlegt werden müssen.

Die ursprünglich ab Januar 2017 verbindlich geltenden Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) können derzeit noch nicht von allen Münchner Kliniken mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen erfüllt werden. Es ist somit davon auszugehen, dass die im Krankenhausplan des Freistaates Bayern ausgewiesenen neonatologischen Intensivbehandlungsplätze auch weiterhin nicht in vollem Umfang zur Verfügung stehen werden. Vorrangige Aufgabe wird daher sein, der bestehenden Personalknappheit entgegenzuwirken.

Dass es sich bei der Personalknappheit nicht um eine lokales, sondern um ein deutschlandweites Problem handelt, zeigen die Ergebnisse einer Umfrage des Deut-

schen Krankenhausinstituts (DKI)¹³. Das DKI hat die 231 Perinatalzentren in Deutschland befragt, 143 Einrichtungen haben geantwortet. Im Gutachten des DKI heißt es: „Die Perinatalzentren können weder aktuell bzw. ab 2017 noch perspektivisch die Pflegepersonalschlüssel gemäß der Richtlinie vollumfänglich erfüllen.“

Der Stadtratsantrag Nr. 14-20 / A 02284 „Alarmierende Versorgungslücken (nicht nur) durch den Freistaat – Die LHM sichert medizinische Betreuung von Frühchen“ fordert unter anderem, dass es werdenden Müttern ermöglicht werden muss, in dem Klinikum, das sie sich ausgesucht haben, ihr Kind zur Welt zu bringen. Darüber hinaus soll die intensivmedizinische Versorgung von Frühchen sowie die Nachbetreuung der Mütter in den Kliniken ermöglicht werden, in denen die Geburt stattgefunden hat. Diese Forderungen sind aufgrund der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene definierten Versorgungsstufen in der Praxis nicht umsetzbar. Nicht jede Klinik mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Abteilung darf alle Schwangeren bzw. Frühgeborenen aufnehmen. Zum Zeitpunkt der Anmeldung in den Geburtskliniken ist oftmals noch nicht absehbar, dass es zu einer Frühgeburt kommen wird. Zudem sind nicht alle Geburtskliniken in München mit neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen ausgestattet.

Möglichkeiten, dem Personalmangel an den Münchner Kliniken – in den Bereichen präpartale/geburtshilfliche und neonatologische Versorgung – entgegenzuwirken, wurden von Seiten des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) bereits definiert. Wie im Beschluss „Versorgungssituation rund um die Geburt“¹⁴ ausführlich dargestellt, sieht das RGU grundsätzlich drei Handlungsfelder zur Sicherung der stationären Geburtshilfe und der neonatologischen Versorgung:

- Klinikkapazitäten in der Geburtshilfe besser nutzen und ausbauen
- Personal in Kliniken halten und gewinnen: Hebammen und neonatologische Fachkräfte
- Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere Stärkung der geburtshilflichen Praxis der normalen Geburt und der Verantwortung der Hebammen.

Mit der Einrichtung des „Runden Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“ ist ein Vernetzungs- und Informationsgremium geschaffen worden, das sich mit der schwierigen Personalsituation in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie bei den Hebammen befassen und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten wird. Für Einzelheiten sei auf den gleichlautenden Beschluss verwiesen¹⁵. Die Auftaktveranstaltung, zu der alle Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren bzw. Pflegedienstleitungen der Münchner Kliniken, der Bayerische Hebammen Landesverband, die staatliche Berufsfachschule für Hebammen am

¹³ Dr. Karl Blum, 2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (September 2016)

¹⁴ Versorgungssituation rund um die Geburt, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06006, Beschluss der Vollversammlung vom 20.07.2016

¹⁵ Einrichtung des „Runden Tisch für Pflege an Münchner Krankenhäusern“, Vorlagen-Nr. 14-20 / V 06576, Beschluss der Vollversammlung vom 19.10.2016

Klinikum der Universität München sowie der Leiter der Akademie der Städtischen Klinikum München GmbH eingeladen wurden, fand im Januar 2017 statt. Bei diesem Treffen wurden erste Handlungsfelder definiert, für die das Gremium Lösungen entwickeln soll:

- Gewinnung von Nachwuchskräften (Schulabgängerinnen und -gänger, Quereinsteigerinnen und -einsteiger)
- Personalgewinnung aus dem Ausland, hier vor allem mit Blick auf die Anerkennung von Abschlüssen der Aus- und Weiterbildung und dem Zugang zu diesen Personen
- Integration von Flüchtlingen in die Pflege
- Gestaltung des Skill- und Grade-Mix¹⁶ unter Einbezug akademisch qualifizierter Pfleger, insbesondere mit Dualem Pflegestudium
- Formulierung fachlicher Anforderungen an einen Internetauftritt bzw. eine Informationskampagne zur Personalgewinnung und deren Begleitung
- Unterstützungsmöglichkeiten durch die LH München im Bereich Wohnen, Vergünstigungen, Kindertagesbetreuung, Zugang zum Arbeitsmarkt

Das Referat für Gesundheit und Umwelt erhofft sich durch die Etablierung des Gremiums mittel- und langfristig positive Auswirkungen auf die angespannte Personalsituation in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie bei den Hebammen. Im Rahmen des „Runden Tisch Pflege“ soll darüber hinaus eine systematische Analyse der Situation der Pflegekräfte und Hebammen in den Münchner Krankenhäusern durchgeführt werden. Diese soll in das zu entwickelnde medizinische Versorgungsmanagement eingebettet werden. Die Vergabe der Studie ist im Juni 2017 geplant. Diese umfassende Analyse wird dabei helfen, die Situation in der Pflege und Geburtshilfe genauer abbilden und weitere Handlungsfelder aufdecken zu können.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt betraut seit Januar 2017 die von der Akademie des Städtischen Klinikums München geplante pädiatrische Weiterbildung der Pflegekräfte. Diese Maßnahme trägt dazu bei, dem derzeit bestehenden Pflegepersonal-mangel in der Pädiatrie entgegenzuwirken.

¹⁶ Skill-Mix beschreibt die unterschiedlichen "(Berufs-) Erfahrungen" und individuellen Fähigkeiten (das "Können") der Mitarbeiter_innen; Grade-Mix beschreibt die unterschiedlichen offiziellen (Zusatz-) Ausbildungen der Mitarbeiter_innen.

3. Versorgungssituation und -planung in der StKM

3.1 Versorgungsstatus

Das Klinikum Schwabing (eigene IK-Nummer und ausgewiesene Planbetten im KH-Plan) und das Klinikum Harlaching (eigene IK-Nummer und ausgewiesene Planbetten im KH-Plan) verfügen über den Status Perinatalzentrum Level 1 – die höchste Versorgungsstufe für Frühgeborene.

Dazu fordert die aktualisierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ab dem 1. Januar 2017 (wie bereits unter Ziffer 2.2 dargestellt) für Perinatalzentren (Level 1 und 2) spezielle Betreuungsschlüssel für die pflegerische Versorgung.

Unter Angabe der Gründe können Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung des G-BA ab dem 01.01.2017 nicht erfüllen, dies dem G-BA mitteilen. Sie dürfen nach erfolgter Meldung bis zum 31.12.2019 von diesen Anforderungen abweichen. Dies stellt vordergründig eine Erweiterung der alten Übergangsregelung dar, die bis zum 01.01.2017 galt, bedeutet jedoch letztlich eine Verschärfung wegen der hohen Anforderungen.

Die StKM hat am 28.12.2016 dem G-BA mitgeteilt, dass die Perinatalzentren Level 1 der StKM (Standorte Schwabing und Harlaching) aufgrund fehlender Verfügbarkeit von qualifiziertem Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften im Großraum München und trotz intensiver Bemühungen zur Personalakquise nicht ausreichend Pflegestellen auf der NICU (Neonatal Intensiv Care Unit) besetzen kann, um die Personalanforderungen gemäß QFR-RL in mindestens 95% aller Schichten ab 01.01.2017 zu erfüllen.

Die Perinatalzentren sind verpflichtet, sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen des vorgegebenen Personalschlüssels geführt haben, zu dokumentieren (inkl. der Gründe und Dauer der Abweichung). Die Übermittlung erfolgt im Rahmen einer jährlichen Strukturabfrage an den G-BA. Demgemäß erfolgt in den beiden Perinatalzentren der StKM eine Dokumentation aller Schichten gemäß Richtlinie. Derzeit erfüllt die StKM, wie ca. 70% aller Kliniken, den geforderten Personalschlüssel noch nicht vollständig. Es werden Workshops zur Bestandsaufnahme abgehalten und daraus Maßnahmen abgeleitet, um den Personalschlüssel zu verbessern.

3.2 Präpartale / geburtshilfliche Versorgung

3.2.1 Versorgungssituation

Klinikum Schwabing

Die nachgeburtliche Verlegung stellt im Klinikum Schwabing eine absolute Ausnahme dar. Vorgeburtliche Verlegungen in andere Kliniken gab es im Jahr 2016 ca. 8. Ca. 60-70 Fälle mit Frühgeburtsrisiken wurden noch vor der Anmeldung zur Geburt an andere Kliniken vermittelt, die zu dieser Zeit über vorhandene Ressourcen für die Versorgung verfügten. Bei Geburten ohne Frühgeburtsrisiken wurden in Zeiten mit freien Kapazitäten etwa 100 Schwangere im Klinikum Schwabing aufgenommen, die aus anderen Kliniken zugewiesen wurden – umgekehrt wurde die gleiche Anzahl an Geburten an andere Kliniken mit zu dieser Zeit verfügbaren Ressourcen weitergeleitet.

Die Aufnahmekapazität von Risiko- oder potentiellen Frühgeburten wird in aller Regel nicht von den Geburtskliniken, sondern von den neonatologischen Kapazitäten (siehe auch Ziffer 3.3) bestimmt.

Klinikum Harlaching

Auch im Klinikum Harlaching handelt es sich bei den verlegten oder abgelehnten Fällen fast ausschließlich um vorgeburtliche Fälle. Seit Januar 2016 waren es 142 Fälle mit Frühgeburtsrisiken. Davon konnten 6 Fälle innerhalb der StKM verlegt werden. Alle Geburten ohne Frühgeburtsrisiken konnten 2016 in Harlaching versorgt werden. In ca. 20 Fällen im Jahr 2016 benötigte ein in Neuperlach geborenes reifes Neugeborenes ein neonatologisches Bett in einer anderen Klinik (im Klinikum Neuperlach ist keine vor Ort angeschlossene Neonatologie angesiedelt). Verlegungen von Müttern nach der Geburt sind nur in begründeten Einzelfällen und nie aus Kapazitätsgründen erfolgt.

3.2.2 Versorgungsplanung

Im Sanierungskonzept, dem Sanierungsumsetzungsgutachten und den zugehörigen Stadtratsbeschlüssen wurden die Erfordernisse zur Konzentration der medizinischen Fachbereiche innerhalb der StKM ausführlich dargestellt.

Die Geburtshilfe konzentriert sich künftig mit zusätzlichen Kapazitäten auf die Standorte Klinika Harlaching und Schwabing. An beiden Standorten verfügt die StKM über eine angeschlossene Kinderklinik sowie die neonatologische Versorgung (Perinatalzentrum Level 1 – höchste Versorgungsstufe). Die StKM erhöht die Vorhaltungen bis 2022 um über 15% und geht zukünftig von 6.700 Geburten aus.

Für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Standort Schwabing wird entsprechend der steigenden Anzahl an Geburten eine Erhöhung der Bettenkapazität bis zum Jahr 2022 erfolgen. Auch bei der Anzahl der zukünftigen Kreißsäle wird es zu einer Erhöhung der Kapazität auf 6 Säle (plus Vorhaltungen für Kaiserschnitte) kommen, die im Rahmen des Neubaus sowie der Betriebs- und Organisationsplanung derzeit fixiert wird. Waren es 2015 noch 2.278 Geburten, so wird mit 2.900 Geburten im Jahre 2022 gerechnet. Dies ist ein Plus von 27,3 %.

Für den Münchner Süden (Klinikum Neuperlach und Klinikum Harlaching) wurde insbesondere aus der Perspektive der (qualitativen und quantitativen) Patientenversorgung im Bereich der Geburtsvorsorge und Geburtshilfe (vorhandenes Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe im Klinikum Harlaching, Klinikum Neuperlach ohne Perinatalzentrum und Pädiatrie), der bisherigen Fachabteilungsschwerpunkte sowie ökonomischer Aspekte die Entscheidung getroffen, den derzeit größeren Standort Harlaching entsprechend auszubauen und damit dem Zentrumsgedanken zu folgen. Die Anzahl der Kreißsäle im Süden werden auf 6 (plus Vorhaltungen für Kaiserschnitte) erhöht. Dort wird von einer Geburtensteigerung von weiteren 7,3 % ausgegangen (von 3.539 Geburten im Jahr 2015 auf 3.800 Geburten in 2022).

Da 5 - 10% der Neonaten in der StKM nach Geburt in eine Neonatologie verlegt werden müssen, wird die steigende Geburtenzahl in der StKM mit einer steigenden neonatologischen Kapazität einhergehen müssen.

Wir verweisen an dieser Stelle auch auf die detaillierten Ausführungen in der Beschlussvorlage "Krankenhaus Schwabing: mehr Räume und Personal in der Frauenklinik" / Erhalt aller Kreißsäle in der StKM (Vorlagen-Nr. 14-20 / V 05416, Vollversammlung des Stadtrats am 20.04.2016) sowie die Beschlussvorlage "StKM – Umsetzungs- und Planungsstand Medizinkonzept" (Vorlagen-Nr. 14-20 / V 07658, Vollversammlung des Stadtrats am 14.12.2016)

Durch eine bedarfsgerechte Raum- und Funktionsplanung, die Gewährleistung einer 1:1 - Betreuung der Gebärenden durch Hebammen, eine ständige Anwesenheit eines erfahrenen geburtshilflichen und neonatologischen Ärzteteams und nicht zuletzt durch die Integration des Hebammen- und Ärzte/Ärztinnenteams des Klinikum Neuperlach bietet die Konzentration der Geburtshilfe der StKM auf zwei Standorte im Norden und im Süden Münchens eine große Chance, die geburtshilfliche Versorgung der Münchner Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Die Frauenklinik am Klinikum Schwabing hat spätestens nach dem Neubau ausreichend Kapazität, schwangere Risikopatientinnen jederzeit aufzunehmen. Aktuell sind durchschnittlich ca. 12-15 Patientinnen präpartal in Betreuung. Schwierig ist die derzeitige Situation aufgrund der personalbedingten Engpässe im Bereich der Neonatologie (siehe Punkt 3.3) und den daraus resultierenden Weiterleitungen an andere Kliniken.

In der Frauenklinik am Klinikum Harlaching stehen insgesamt 65 Betten für die Versorgung von Wöchnerinnen zur stationären antepartalen Überwachung und für die operative Gynäkologie - einschließlich Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum - zur Verfügung. Wegen Pflegepersonalmangels können davon aktuell zwischen 52 und 60 Betten betrieben werden. Da es keine feste Zuordnung für die Überwachung von Risikoschwangeren gibt, können bis zu 15 Plätze für Risikoschwangere zur Verfügung gestellt werden. Die Schwangeren können aber nur in der Frauenklinik aufgenommen werden, wenn für die Kinder auch Plätze auf der Kinderintensivstation zur Verfügung stehen bzw. wenn deren Kinder auch in der Kinderklinik versorgt werden können.

Entsprechend dem aktuellen Marktanteil trägt die Planung der StKM damit dem erwarteten Geburtenanstieg bis 2022 Rechnung. Darüber hinaus sind die weiteren, an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Münchner Plankrankenhäuser bezüglich der Nachfrageentwicklung ebenso in die Pflicht zu nehmen. Die StKM ist sich ihrer Rolle im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge bzw. der Sicherstellung des Versorgungsauftrags bewusst, nimmt diese Verantwortung wahr und kann im Bedarfsfall gemeinsam mit der Landeshauptstadt München als Trägerin entsprechend reagieren. Grundsätzlich ist es möglich, bedarfsabhängig Betten für die Geburtshilfe zu schaffen, um einem steigenden Bedarf bei der geburtshilflichen Versorgung gerecht zu werden.

Das Ergebnis der vom Referat für Gesundheit und Umwelt avisierten Analyse der Versorgungsstrukturen "Rund um die Schwangerschaft und Geburt" wird dafür als valide Basis gesehen. Erst nach Feststellung des künftigen Versorgungsbedarfs – unter Einbezug der weiteren Leistungsanbieter – kann eine weiterführende Kapazitätsplanung, unterlegt mit einer validen Kostenplanung, durch die StKM erfolgen.

3.3 Neonatologische Versorgung

3.3.1 Versorgungssituation

Die Zahl der neonatologischen und Intensiv-Kapazitäten ist festgeschrieben im Krankenhausplan¹⁷ des Freistaates Bayern und kann dort eingesehen werden. Je nach Bedarf, der sich aufgrund der medizinischen Indikation und der Geburtensituation ergibt, sowie nach den Möglichkeiten, die sich dem Klinikum angesichts des einsetzbaren Personals und der Infrastruktur ergeben, wird der Krankenhausplan entweder fortgeschrieben oder bedarfsabhängig durch den Freistaat Bayern geändert.

17 https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/03/krankenhausplan_2016.pdf

Aktuell (Stand Februar 2017) können wegen unbesetzter Stellen im pflegerischen Bereich am Klinikum Harlaching 6 aufgestellte neonatologischen Intensivbetten (ausgewiesen sind 11 Planbetten) betrieben werden.

Am Klinikum Schwabing sind laut Krankenhausplan des Freistaates Bayern 12 interdisziplinäre (neonatologisch-pädiatrisch-kinderchirurgisch) Intensivbehandlungsplätze vorhanden. Grundsätzlich ist die Hälfte dieser 12 Behandlungsplätze für die Versorgung neonatologischer Patienten vorgesehen. Wegen unbesetzter Stellen im pflegerischen Bereich können aktuell 7 Intensivbehandlungsplätze betrieben werden, je nach Patientenbedarf auch neonatologisch.

3.3.2 Versorgungsplanung

Durch das neu entstehende Kinderzentrum und einen standortübergreifend für die Klinika Schwabing und Harlaching zuständigen Chefarzt in der Neonatologie werden in enger Abstimmung mit dem Ordinarius und Chefarzt der Pädiatrie die Kapazitäten zwischen der Allgemeinpädiatrie und der Neonatologie besser genutzt.

Die Versorgung pädiatrischer Intensivfälle und folgend die Versorgung von Neonaten auf der Intensivstation im Klinikum Schwabing und Harlaching kann dadurch bedarfsgerechter gesteuert werden. Ziel ist, alle im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten betreiben zu können.

3.4 Intensivmedizinischen Versorgung

Aus Sicht der Frauenklinik müssen die Patientinnen in der Regel nicht intensivmedizinisch betreut werden, limitierend sind immer die Intensivplätze für das Kind. Für die antepartale Überwachung von Risikoschwangeren sind bis auf wenige Ausnahmen, die im Kreißaal oder auf der interdisziplinären Intensivstation überwacht werden müssen, keine speziellen Intensivplätze erforderlich.

3.5 Personelle Situation

Die pflegerische Besetzung ist sowohl in München als auch deutschlandweit angespannt. Bei Ausfall einer Pflegekraft drohen Versorgungslücken, eine unmittelbare Bettensperrung ist die Folge. Zum jetzigen Zeitpunkt müssen Schwangere mit drohender Frühgeburt gelegentlich verlegt oder vor Aufnahme in eine andere Klinik mit zu diesem Zeitpunkt entsprechend verfügbaren Ressourcen weitergeleitet werden, da die neonatologische Bettenkapazität infolge Pflegemangels begrenzt ist. Über eine angemessene Versorgung hinaus sieht der G-BA Beschluss eine weit höhere Pflegebesetzung vor. Damit könnten nach 2019 bei gleicher Anzahl an Pflegenden weniger Plätze betrieben werden bzw. müssen alternativ Fachpflegekräfte zusätzlich gewonnen werden.

Die Anstrengungen der StKM, Pflegekräfte zu gewinnen, sind enorm und tragen allmählich Früchte. Überbrückend werden zusätzlich Leiharbeitskräfte eingesetzt. Grundsätzlich aber besteht ein gravierender Mangel an Pflegekräften auf dem Markt, der - gerade in teuren Ballungsräumen mit andererseits besonders hohem medizinischen Versorgungsbedarf wie München - heiß umkämpft ist. Ganz maßgeblich, um Pflegekräfte zu gewinnen, ist ein ausreichendes Angebot an bezahlbarem Wohnraum und ein attraktiv gestalteter Arbeitsplatz. Neben bereits veranlassten Eigenaktivitäten setzt die StKM hier große Hoffnung in die erwarteten Ergebnisse des vom Referat für Umwelt und Gesundheit initiierten "Runden Tisch für Pflege- und Hebammenversorgung" sowie die Berücksichtigung der Vorhaltung von bezahlbaren Personalwohnungen für Pflegekräfte im Rahmen der Geländenachnutzung Klinika Schwabing und Harlaching.

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

Der Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

Der Korreferent der Stadtkämmerei, Herr Prof. Dr. Hans Theiss, und der Verwaltungsbeirat der Hauptabteilung I, Herr Stadtrat Horst Lischka, die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, und der zuständige Verwaltungsbeirat des RGU, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, haben einen Abdruck der Beschlussvorlage erhalten.

Eine fristgerechte Vorlage nach Nr 2.7.2 der AGAM war aufgrund aufwendiger und gründlicher Abstimmungen nicht möglich. Die Behandlung im heutigen Ausschuss ist aufgrund der Aktualität des Themas erforderlich.

II. Antrag der Referenten

1. Der Vortrag wird zur Kenntnis genommen.
2. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt nach Vorliegen der Analyseergebnisse der Versorgungskette „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ sowie der Studie zur Analyse der Situation der Pflegekräfte und Hebammen in den Münchner Kliniken zusammen mit der Stadtkämmerei und der Geschäftsführung der StKM etwaige Konsequenzen für die StKM sowie deren finanziellen Auswirkungen darzustellen.
3. Die Anträge
 - Nr. 14-20 / A 02284 von der Stadtratsfraktion Bürgerliche Mitte - BAYERNPARTEI /FREIE WÄHLER vom 05.07.2016, eingegangen am 06.07.2016
 - Nr. 14-20 / A 02810 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 27.01.2017, eingegangen am 27.01.2017

sind damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.

4. Der Antrag Nr. 14-20 / A 02854 der BAYERNPARTEI Stadtratsfraktion vom 07.02.2017, eingegangen am 07.02.2017, bleibt insofern aufgegriffen.
5. 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

Der / Die Vorsitzende

Der Referent

Die Referentin

Ober/Bürgermeister/-in

Dr. Ernst Wolowicz
Stadtkämmerer

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

**IV. Abdruck von I. mit III.
über die Stadtratsprotokolle**

an das Direktorium - Dokumentationsstelle

an das Revisionsamt

an die Stadtkämmerei HAI/1

z. K.

V. Wv. Stadtkämmerei HAI/1

R:\projekte\StKM_Gremien\01_Stadtrat\2017\2017_04_04_GemA_FedF_SKA_Versorgung_Fruehchen\2017_04_04_GA_Fedf_Betreuung_Fruehchen_V08051.odt

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

2. An das Referat für Gesundheit und Umwelt, Referatsleitung
An die Geschäftsführung der StKM
z. K.

Am.....

Im Auftrag