

Telefon: 089/233 - 92101  
Telefax: 089/233 - 92400

**Stadtkämmerei**  
SKA-HAI/1

**Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)**

**Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach**  
Petition von MOTHER HOOD e. V. vom 03.05.2017

**Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09775**

1 Anlage

**Beschluss des Finanzausschusses vom 26.09.2017 (VB)**  
Öffentliche Sitzung

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
<b>I.</b>	<b>Vortrag des Referenten</b>	<b>2</b>
1.	Inhalt der Petition	2
2.	Stellungnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU)	3
2.1	Bewertung der in der Petition aufgelisteten Qualitätsmerkmale	3
2.2	Situation in der Geburtshilfe in München	5
3.	Stellungnahme der Städt. Klinikum München GmbH (StKM)	7
4.	Fazit des Betreuungsreferates Stadtkämmerei	9
<b>II.</b>	<b>Antrag des Referenten</b>	<b>10</b>
<b>III.</b>	<b>Beschluss</b>	<b>10</b>

## I. Vortrag des Referenten

### 1. Inhalt der Petition

Am 03.05.2017 wurde Herrn Oberbürgermeister Dieter Reiter eine Petition der Initiative MOTHER HOOD e. V. zum Thema „Erhalt der Geburtshilfe im Krankenhaus Neuperlach“ zusammen mit einer Unterschriftensammlung von 5.786 Unterschriften (z. T. online) persönlich übergeben. Die Petition hat folgenden Wortlaut:

„MOTHER HOOD-Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach

Warum soll der Kreißsaal geschlossen werden?

Die Geburtsabteilung soll 2022 aufgrund des Sanierungskonzepts der Städtischen Kliniken München geschlossen und mit dem Standort Harlaching zusammengelegt werden: Zentralisierung, Doppelvorhaltung abbauen.

Warum wollen wir die Schließung verhindern?

Die Geburtsabteilung wurde erst 2012 grundsaniert. Sie zehn Jahre später zu schließen ist Verschwendung von Steuergeldern. Wir fordern den Erhalt einer Geburtsstation, die qualitativ hochwertige Arbeit leistet!

- einzige Münchner Klinik mit angestellten Hebammen  
→ noch kein Hebammenmangel
- bei Beckenendlage sogar natürliche Geburt möglich  
→ inzwischen äußerst selten, da das notwendige Wissen fast niemand mehr hat
- sensationell niedrige Kaiserschnitttrate von unter 20 %  
→ Vergleich: Deutschland 31,1 %, Bayern 31,8 %, München > 35 % (2015)

Wir Eltern befürchten, wie das Referat für Gesundheit und Umwelt, dass bei einer Zusammenlegung mit Harlaching diese Qualitätsmerkmale nicht übernommen werden können. Ebenso bezweifeln wir, ob daher alle Hebammen bei einer Verlegung zu halten sind. Wir fordern den Erhalt der eingriffsarmen Geburtshilfe sowie der freien Wahl des Geburtsortes! Dazu gehört nicht nur zwischen Klinikgeburt, Geburtshaus- und Hausgeburt wählen zu können, sondern auch zwischen verschiedenen Kliniken mit unterschiedlichen Ansätzen (high-tech, low-tech). Das ist keine Doppelvorhaltung, das ist Wahlfreiheit!

Neue Argumente, die im Oktober 2016, als wir die meisten Unterschriften gesammelt haben, noch nicht bekannt waren:

- Schließung Geburtshilfe Bad Tölz März 2017
- Angekündigte Schließung Wolfart-Klinik für September 2017  
→ Noch mehr Geburten, die die Kapazitäten der Münchner Geburtshilfe belasten (siehe SZ-Artikel)!“

## 2. Stellungnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU)

### 2.1 Bewertung der in der Petition aufgelisteten Qualitätsmerkmale

#### **Erstes in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal: Die Geburtsstation Neu - perlach „ist die einzige Münchner Klinik mit angestellten Hebammen“**

Diese Information ist nach Daten des RGU nicht korrekt. Sowohl die Universitätskliniken der Ludwigs-Maximilian-Universität und der Technischen Universität, als auch die geburtshilflichen Abteilungen der StKM in Schwabing und Harlaching arbeiten aktuell mit angestellten Hebammen. Auch andere geburtshilfliche Abteilungen, wie zum Beispiel die im Rotkreuzklinikum und in der Frauenklinik München West, beschäftigen angestellte Hebammen.

#### **Zweites in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal „bei Beckenendlage ist sogar die natürliche Geburt möglich“**

Nach Kenntnisstand des RGU bieten neben der geburtshilflichen Abteilung in Neu perlach auch andere geburtshilfliche Abteilungen wie z.B. Harlaching in der StKM und die Frauenklinik Maistraße der LMU die Möglichkeit einer vaginalen Entbindung bei einer Beckenendlage des Kindes an.

Die Beckenendlage (BEL), auch Steißlage genannt, betrifft drei bis fünf Prozent aller Schwangerschaften am Geburtstermin<sup>1</sup> und gehört zu den sogenannten regelwidrigen Kindslagen. Dies entspricht den Zahlen in München; wo im Jahr 2015 und 2016 insgesamt 4,9 Prozent lebendgeborene Einlinge aus BEL entbunden wurden. Der überwiegende Teil dieser Kinder kommt per Kaiserschnitt auf die Welt, nur 0,3 Prozent der lebendgeborenen Einlingsgeburten in BEL wurden in diesen beiden Jahren in München vaginal entbunden.

Um die Risiken einer vaginalen Entbindung bei Beckenendlage zu minimieren, wurde ein Kriterienkatalog entwickelt, der aufzeigt, unter welchen Voraussetzungen überhaupt eine vaginale Entbindung möglich ist, ohne die Gesundheit des Kindes oder der Mutter zu gefährden<sup>2</sup>. In einer großen prospektiven Studie mit über 8.000 Frauen konnte gezeigt werden, dass nur bei 30 Prozent diese Voraussetzungen erfüllt waren.

---

<sup>1</sup> Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Review 2015.  
<sup>2</sup> Hofmeyr GJ et al. Delivery of the fetus in breech presentation. Up To Date last updated Feb 3, 2017

Der Entbindungsmodus bei BEL wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Im Jahr 2000 wurde auf Grundlage einer wissenschaftlichen Studie<sup>3</sup>, die die fetale Frühmorbidity bei BEL untersuchte, ein Kaiserschnitt empfohlen. Über eine Folgestudie konnte dagegen nachgewiesen werden, dass eine Entbindung per Kaiserschnitt am Termin keinen Vorteil für die geistige und körperliche Entwicklung des Kindes bringt.

Falls die Entscheidung für eine vaginale Geburt bei BEL fällt, haben sich die hohe fachliche Expertise und Erfahrung des Geburtshilfeteams sowie die Struktur der Geburtshilfe (u. a. Anwesenheit eines Pädiaters) unter Voraussetzung der Berücksichtigung des o.g. Kriterienkatalogs als entscheidend für einen risikoarmen Geburtsverlauf herauskristallisiert<sup>6</sup>.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt das RGU, dass die fachliche Expertise, die in Neuperlach aufgebaut worden und vorhanden ist, auch bei einem Umzug der Neuperlacher Geburtshilfe nach Harlaching nicht verloren gehen sollte. Es ist insgesamt begrüßenswert, dass solche Zentren ihre Expertise im Bereich der vaginalen BEL Geburt weitergeben und zukünftige Fachärztinnen und Fachärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger ausbilden.

### **Drittes in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal „sensationell niedrige Kaiserschnitttrate in Neuperlach von unter 20 Prozent“**

Die Kaiserschnitttrate der geburtshilflichen Abteilung Neuperlach lag in 2016 bei 18,4 Prozent und somit deutlich unter dem städtischen Durchschnitt von circa 32 Prozent. Entscheidend bei der Bewertung der Daten im Vergleich zu anderen Kliniken in München ist jedoch, dass die Kaiserschnitttrate der geburtshilflichen Abteilung Neuperlach unter Berücksichtigung der Risikostratifizierung zu interpretieren ist, da dort nur Geburten ab der 37. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Vergleicht man diese Zahlen mit einer vergleichbaren Kaiserschnitttrate für Einlings-Erstgeburten in Schädellage ab der 37. Schwangerschaftswoche, so lagen die Kaiserschnittquoten in

3 Uhl Bernhard. OP-Manual der Gynäkologie und Geburtshilfe: Alles für den OP und die Station“. Thieme Verlag 2012

4 Diese Studie hat nachgewiesen, dass die fetale Frühmorbidity bei vaginal entbunden Kindern erhöht war, z.B. Apgar Werte nach 1 Minute. (Klinisches Punktschema zur Beurteilung des Neugeborenen: A(Atmung) P(Puls) G(Grundtonus) A(Aussehen) R(Reflexe))

5 Eine Untersuchung von knapp 1.000 Kindern im Alter von zwei Jahren zeigte zwischen den beide untersuchten Gruppen (geplante Sectio vs. geplante vaginale Geburt) keine Unterschiede hinsichtlich einer neurologischen Entwicklungsverzögerung bzw. des Risikos, innerhalb dieser Zeitspanne zu versterben, siehe Uhl Bernhard, Fußnote 3

6 Uhl Bernhard. OP-Manual der Gynäkologie und Geburtshilfe: Alles für den OP und die Station“. Thieme Verlag 2012

Perinatalzentren<sup>7</sup> des Level 1 bis Level 4 in München bei vergleichbaren 15,9 bis 20,4 Prozent<sup>8</sup>.

Auch die Kaiserschnittquote in der geburtshilflichen Abteilung Harlaching lag in 2016 lediglich bei 26,6 Prozent, was angesichts des Risikokollektivs eines Perinatalzentrums Level I weit unter dem Referenzwert für das Vergleichsjahr liegt<sup>9</sup>.

Schlussfolgernd kann eine Kaiserschnittquote nur im Verhältnis zum Risikoprofil des Patientinnenkollektivs beurteilt werden. Die Klinikergebnisse für die Kaiserschnittgeburten der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) lagen in 2016 sowohl für die geburtshilfliche Abteilung der StKM in Neuperlach als auch in Harlaching signifikant unterhalb der Referenzwerte.

## 2.2 Situation in der Geburtshilfe in München

Im Jahr 2016 wurden im Stadtgebiet München insgesamt 23.617 Kinder geboren, davon 18.107 Kinder<sup>10</sup> von Müttern, die in der LH München wohnhaft waren. Rund 98 Prozent dieser Kinder kamen in Münchner Kliniken zur Welt.

Die monatlichen Schwankungen sind generell groß – dies trifft auch für das Jahr 2016 zu. So kamen 1.784 lebendgeborene Mädchen und Jungen mit Hauptwohnsitz in München im August 2016 und 1.298 im Dezember 2016 zur Welt. Aus diesem Grund kann es besonders in Spitzenzeiten zu Versorgungsengpässen kommen. Die großen Schwankungsbreiten zeigen darüber hinaus, dass die geburtshilfliche Versorgung wenig planbar ist und einen hohen Vorhaltebedarf hervorruft.

Berücksichtigt man weiterhin, dass die Bevölkerungsprognose für München von einem Wachstum von 19,3 Prozent zwischen 2015 und 2035 ausgeht, so ist auch in den kommenden Jahren mit einem „natürlichen Einwohnerwachstum“ mit hohen Geburtenzahlen zu rechnen. Das Planungsreferat geht allein für München für 2035 von bis zu 20.932 Geburten aus<sup>11</sup>. Hinzu kommen noch die Geburten von Frauen aus dem Umland, die in München ihr Kind auf die Welt bringen. In 2016 waren dies rund ein Viertel alle Geburten.

7 In Deutschland werden die Geburtskliniken seit 2006 in vier Stufen eingeteilt: Perinatalzentren mit dem Level 1 oder 2, Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt (Level 3) und ganz normale Geburtskliniken. Entsprechend ihrem Level haben sie strenge Vorgaben und müssen verschiedene Voraussetzungen und Auflagen erfüllen. So werden extrem früh geborene Babys in einem Perinatalzentrum Level 1 versorgt, für eine „normale“ Entbindung reifer Neugeborene ab 37. Schwangerschaftswochen für die keine kinderärztliche Versorgung absehbar ist, stehen die geburtshilflichen Abteilung mit Level 4 zur Verfügung.

8 Präsentation zur Kaiserschnittquote in München durch Dr. Lack, Bayerisches Amt für Qualitätssicherung, in der AG Geburtshilfe am 20.17.2016

9 Nicht zur Veröffentlichung freigegebene Daten des BAQ Berichtes für die geburtshilfliche Abteilung des Klinikum Harlaching in der StKM für 2016

10 Das sind 964 bzw. 5,6 Prozent mehr als in 2015

11 Demographiebericht München Teil 1. Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035

Wie in der Petition dargestellt, schließen im Münchner Umland Geburtskliniken. Nach Kenntnisstand des RGU (Stand August 2017) sind dies folgende geburtshilfliche Abteilungen:

- Bad Tölz mit circa 600 Geburten pro Jahr
- Gräfelfing mit circa 700 Geburten pro Jahr
- Bad Aibling mit circa 600 Geburten pro Jahr
- Erding mit 600 Geburten pro Jahr (Derzeit werden aufgrund Personalengpässe in den Monaten Juli bis August 2017 nur die ursprünglich geplanten elektiven Kaiserschnitte durchgeführt. Laut Aussage der Cheförztn in der Geburtshilfe wird derzeit geprüft, ob Erding ab September wieder die geburtshilfliche Abteilung eröffnen kann.)

Die Schließungen der geburtshilflichen Abteilungen im Münchner Umland werden den Druck auf die Münchner Geburtshilfe weiterhin ansteigen lassen.

Gleichzeitig ist dem RGU derzeit nur eine Klinik in München bekannt, die plant, die Geburtskapazitäten auszubauen: Die Klinik in Pasing, die noch in 2017 einen neuen Kreißaal eröffnet und davon ausgeht, dass sie ihre Kapazitäten um 300 Geburten steigern kann.

Vor diesem Hintergrund und den bereits aktuell bestehenden Versorgungsempässen in der Münchner Geburtshilfe ist es entscheidend, dass die StKM die Kapazitäten im Bereich der Geburtshilfe (inkl. Neonatologie) im Rahmen des Sanierungskonzepts prüft und den aktuellen Prognosen und Entwicklungen anpasst.

Im Sanierungskonzept geht die StKM von 6.700 Geburten pro Jahr bis 2022 in ihren Kliniken aus. Im Beschluss „Städtisches Klinikum München GmbH“ vom 19.04.2016 (Vorlage 14-20 / V 05416) wurde die StKM vom Stadtrat bereits aufgefordert, „neue Erkenntnisse zur Geburtenentwicklung (...) bei Bedarf in der Fortschreibung des Medizinkonzepts sowie der baulichen Planung adäquat zu berücksichtigen.“<sup>42</sup> Angesichts der oben genannten neuen Prognosen des Planungsreferats und den Klinikschließungen im Umland der LH München, scheinen die im Beschluss vom April letzten Jahres genannte Prognose von 7.200 Geburten für die StKM überholt zu sein, so dass diese nach oben korrigiert werden sollten.

Unter Berücksichtigung, dass in 2016 in den Kliniken der StKM bereits ca. 30 Prozent der klinischen Geburten stattfanden, schätzt das RGU, dass in 2025 mindestens 8.000 Geburten in Kliniken der StKM räumlich und personell versorgt werden müssen.

### 3. **Stellungnahme der Städt. Klinikum München GmbH (StKM)**

Kernbestandteil des Medizinkonzeptes für die StKM ist die sinnvolle Zuordnung von Fachschwerpunkten auf die einzelnen Standorte. Damit kann vermieden werden, dass es zu erheblichen Doppelvorhaltungen kommt, die nicht wirtschaftlich betrieben werden können. Diesem Grundsatz des Konzeptes folgt auch die Aufteilung der speziellen Schwerpunkte der beiden Klinika im Norden (Bogenhausen und Schwabing) sowie der beiden Klinika im Süden (Neuperlach und Harlaching).

Die Fokussierung von Leistungssegmenten an einzelnen Standorten führt neben der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ebenfalls zu einer Kompetenzbündelung, die eine höhere Versorgungsqualität ermöglicht und als Behandlungszentrum von Patientinnen und Patienten wahrgenommen wird.

Die StKM wird auch zukünftig weiterhin das gesamte Leistungsspektrum anbieten und damit seinem Versorgungsauftrag gewährleisten. Deshalb wurde bei der Erstellung des Medizinkonzeptes unter den bekannten Leitlinien und Implikationen von der notwendigen strategischen Ausrichtung der StKM an die veränderten Rahmenbedingungen und damit einhergehend die Sicherstellung der Patientenversorgung der StKM im Versorgungsgebiet ausgegangen.

Bei der Erstellung des Medizinkonzeptes sind neben den durch den Bevölkerungszuwachs in München bedingten Veränderungen in der Patientenanzahl ebenfalls die Demografie bedingten Veränderungen der Patientenstruktur als Grundlage und Einflussfaktor berücksichtigt. Das Medizinkonzept ist somit durchgängig am Versorgungsbedarf der Münchner Bevölkerung sowie dessen Entwicklung ausgerichtet.

In der StKM (Geburtskliniken Schwabing, Harlaching und Neuperlach) kamen 2016 insgesamt über 6.000 Kinder auf die Welt. Damit verzeichnet die StKM die höchste Zahl an Neugeborenen in München und auch deutschlandweit kommen insgesamt in der StKM im Vergleich mit den rund 760 gelisteten Geburtskliniken die meisten Kinder auf die Welt.

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 aus der Perspektive der (qualitativen und quantitativen) Patientinnenversorgung im Bereich der Geburtsvorsorge und Geburtshilfe, der bisherigen Fachabteilungsschwerpunkte sowie ökonomischer Aspekte die Entscheidung getroffen, den derzeit größeren Standort Harlaching entsprechend auszubauen und damit dem Zentrumsgedanken

ken zu folgen. Es ist geplant, nach Fertigstellung des Neubaus des Klinikums Harlaching die Geburtshilfe des Klinikums Neuperlach dorthin umzuziehen und als große geburtshilfliche Einrichtung für die StKM zu betreiben. Dies war ursprünglich für das Jahr 2022 geplant, verzögert sich nun aber voraussichtlich bis 2024. 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).

Insgesamt erhöht das Städtische Klinikum München im Rahmen seiner Neuausrichtung die Kapazitäten im Geburtsbereich bis 2022 um über 15 % und geht zukünftig von 6.700 Geburten aus.

Ebenso wie im Norden mit dem Klinikum Schwabing wird es auch im Süden mit dem Klinikum Harlaching zukünftig einen zentralen Versorgungsanbieter innerhalb der StKM im Bereich Eltern/Kind geben. Am Klinikum Harlaching und am Klinikum Schwabing verfügen die städtischen Kliniken jeweils über angeschlossene Kinderkliniken und über besondere Versorgungszentren für Frühchen (sog. Neonatologien). Die beiden renommierten Perinatalzentren Level 1 – das ist das höchste Versorgungslevel für Frühchen – sichern eine sehr gute Versorgung gerade für Früh- und Risikogeburten, die im Rahmen der steigenden Geburtenzahlen ebenfalls zunehmen. Der seit Anfang Januar für diese neonatologische Versorgung verantwortliche Chefarzt Prof. Marcus Krüger wird die beiden Zentren eng vernetzen und weiter entwickeln. Neben komfortablen Entbindungsstationen gibt es Neugeborenenüberwachungseinheiten und eine enge Zusammenarbeit mit den neonatologischen Intensivstationen. Zudem ist jederzeit eine kinderärztliche Betreuung gewährleistet.

Unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren kann die StKM ihrem Versorgungsauftrag, auch unter den speziellen Anforderungen der Geburtsvorsorge und Geburtshilfe gerecht werden.

Zusammenfassend wird folgendes festgestellt:

- Nach Zusammenführung der geburtshilflichen Abteilungen des Klinikums Neuperlach mit dem Klinikum Harlaching sind die Kompetenzen für die Versorgung von Schwangeren, Entbundenen, Früh- und Neugeborenen auf ein hohes qualitatives Niveau gebündelt und erhalten, auch weil hier mit angeschlossenen Kinderkliniken sowie Neonatologien auf der höchsten Versorgungsstufe Neugeborene und Frühgeborene optimal betreut werden können. Perspektivisch wird deshalb die Geburtsabteilung aus Neuperlach (ohne angeschlossene Kinderklinik, ohne angeschlossene Neonatologie) in einigen Jahren in das Mutter-Kind-Zentrum Harlaching integriert. Dieser Entwicklungsschritt ist ein Bestandteil des vom Stadtrat verabschiedeten Medizinkonzepts für das Städtische Klinikum München.



- An den Qualitätsmerkmalen und der niedrigen Kaiserschnittquote durch Angebot der eingriffsarmen Geburtshilfe und der dazu entwickelten geburtshilflichen Techniken wird sich durch eine Standortverlegung nichts ändern.
- Derzeit werden verschiedene Alternativen im Rahmen der Vorhaltung von geburtshilflichen Abteilungen der StKM geprüft, welche auch mit den angestellten und freiberuflichen Hebammen aufgegriffen werden. Hierzu fand bereits ein Austausch statt, dieser wird auch fortlaufend stattfinden. Dadurch soll erreicht werden, dass die Kreißsäle für die Hebammen an Attraktivität gewinnen und die Hebammen an die StKM gebunden werden.

#### 4. Fazit des Betreuungsreferates Stadtkämmerei

An der Zusammenlegung der geburtshilflichen Abteilungen der Klinika Neuperlach und Harlaching im Zuge des Neubaus des Klinikums Harlaching sollte festgehalten werden, da es keine neuen Erkenntnisse gegenüber der letzten Beschlussfassung zum Medizinkonzept<sup>13</sup> gibt. 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 vom Freistaat Bayern im Rahmen der Krankenhausplanung 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. Die in der Stellungnahme des RGU bis 2025 prognostizierten 8.000 Geburten, die von der StKM zu versorgen sein sollen, beruhen auf Berechnungen des RGU, die im Rahmen der vom RGU avisierten Analyse der Versorgungsstrukturen „Rund um die Schwangerschaft und Geburt“ noch bestätigt werden sollen. Erste Daten werden lt. RGU frühestens im ersten Quartal 2018 erwartet.

Grundsätzlich ist es möglich, bedarfsabhängig Betten für die Geburtshilfe zu schaffen, um einem steigenden Bedarf bei der geburtshilflichen Versorgung gerecht zu werden. Sofern hier auch mit Auswirkungen aufgrund der Schließung von geburtshilflichen Abteilungen im entfernteren Umland (Bad Tölz, Bad Aibling) gerechnet wird, sind die Planungen der Geburtskliniken im entfernteren Umland in die Analyse miteinzubeziehen. Erst nach Feststellung des künftigen Versorgungsbedarfs – unter Einbezug der weiteren Leistungsanbieter – kann eine weiterführende Kapazitätsplanung, unterlegt mit einer validen Kostenplanung durch die StKM erfolgen.

<sup>13</sup> Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) Umsetzungs- und Planungsstand Medizinkonzept - Aktueller Sachstand der Sanierungsmodule, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 07658

Die in der Petition aufgeführten Qualitätsmerkmale wurden in der unter Ziffer 2.1 verfassten Stellungnahme des RGU ausführlich erläutert. Die StKM bekräftigt in ihrer Stellungnahme unter Ziffer 3. die Qualitätsmerkmale und die niedrigen Kaiserschnittraten auch nach einer Standortverlegung der geburtshilflichen Abteilung von Neuperlach nach Harlaching erhalten zu wollen.

Die Beschlussvorlage ist mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt abgestimmt. Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat einen Abdruck dieser Vorlage erhalten.

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

Der Korreferent der Stadtkämmerei, Herr Prof. Dr. Hans Theiss, und der Verwaltungsbeirat der Hauptabteilung I, Herr Stadtrat Horst Lischka, haben einen Abdruck der Beschlussvorlage erhalten.

## **II. Antrag des Referenten**

1. Die Petition „Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Bitte der Petition kann aus den im Beschlussvortrag dargelegten Gründen nicht entsprochen werden.
3. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, den Initiatoren der Petition, das Ergebnis der Stadtratsbefassung mitzuteilen.
4. 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

Ober-/Bürgermeister/in  
ea. Stadtrat / ea. Stadträtin

Dr. Ernst Wolowicz  
Stadtkämmerer

**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**

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
2. An das Referat für Gesundheit und Umwelt  
An die Städtisches Klinikum München GmbH, Geschäftsführung

z. K.

Am.....

Im Auftrag