

Telefon: 0 233-47548
Telefax: 0 233-47542

Gesundheitsreferat
Geschäftsbereich
Gesundheitsvorsorge
Stabsstelle
Versorgungsmanagement
Gesundheit und Pflege
GSR-GVO-VM

Ergebnisse der Analyse der aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Notfallversorgung in München

Kritische Notfallversorgung in München I – Sind Münchner*innen im Notfall versorgt?

Antrag Nr. 20-26 / A 01960 zur dringlichen Behandlung im Gesundheitsausschuss am 11.11.2021 von der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI vom 05.10.2021, eingegangen am 05.10.2021

Kritische Notfallversorgung in München III – Ambulante Notfallversorgung in München dauerhaft verbessern

Antrag Nr. 20-26 / A 01962 von der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI vom 05.10.2021, eingegangen am 05.10.2021

Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 07617

4 Anlagen

Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 19.01.2023 (SB) Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Immer öfter berichten die Akteur*innen der Notfallversorgung in München, wie z. B. Vertreter*innen der Notaufnahmen der Münchner Krankenhäuser, des Rettungsdienstes und der Bereitschaftsdienste, über eine angespannte Situation der medizinischen Notfallversorgung. Lange Wartezeiten in den Notaufnahmen, Verzögerungen bei der Aufnahme von durch den Rettungsdienst transportierten Patient*innen in die Krankenhäuser sowie Engpässe in der ambulanten und stationären Notfallversorgung sind keine Einzelfälle. Der Stadtrat hat daher das damalige Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) mit Beschluss der Vollversammlung vom 24.10.2018 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12546) beauftragt, eine Studie zur Situation der Notfallversorgung durchzuführen. Die relevanten Leistungsträger*innen der Notfallversorgung sollten in die Analyse der Notfallversorgung mit einbezogen werden. Dies wurde im Rahmen des Runden Tisches Notfallversorgung umgesetzt. Die Federführung des Runden Tisches

Notfallversorgung wurde zum 01.01.2019 an das damalige RGU übertragen. Mit der Studie wurde das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) am Klinikum der Universität München (LMU) beauftragt. Die Ergebnisse der sogenannten zweiten Münchner Notfallstudie aus dem Jahr 2022 („Notfallversorgung Landeshauptstadt München - Analyse der aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Notfallversorgung in München unter Berücksichtigung von Kapazitäten und Bedarf“) liegen vor. Sie bilden eine Grundlage für eine Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungslage, aus ihnen lassen sich Maßnahmen zur Sicherstellung der Notfallversorgung für die Münchner Stadtbevölkerung ableiten. Für die zweite Münchner Notfallstudie lagen erstmals auch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vor, die eine bessere Beurteilung der Entwicklungen in der ambulanten Notfallversorgung erlauben.

Hierzu passt auch der Antrag der Stadtratsfraktion DIE LINKE. / Die PARTEI, die fordert, dass das Gesundheitsreferat (GSR) Gespräche mit der KVB aufnimmt, um die Verzahnung der stationären und ambulanten Notfallversorgung zu verbessern und eine Ausweitung der Bereitschaftspraxen der KVB in München zu erreichen (siehe Antrag Nr. 20-26 / A 01962 vom 05.10.2021 in Anlage 2).

Mit dem Antrag zur dringlichen Behandlung „Kritische Notfallversorgung in München I – Sind Münchner*innen im Notfall versorgt?“ (Antrag Nr. 20-26 / A 01960 vom 05.10.2021 in Anlage 1) wurde das GSR gebeten, im Gesundheitsausschuss am 11.11.2021 die aktuelle Situation der Notfallversorgung in der Landeshauptstadt München unter Einbeziehung der Beteiligten darzustellen. Der Antrag wurde bereits in einem mündlichen Vortrag der Gesundheitsreferentin im Gesundheitsausschuss am 11.11.2021 behandelt. Der Gesundheitsausschuss hat beschlossen, dass der Antrag aufgegriffen bleibt und in der vorliegenden Beschlussvorlage (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 07617) behandelt wird.

Nachfolgend wird über die Situation der Notfallversorgung in München berichtet. Auf der Grundlage der Studie wurden Handlungsfelder identifiziert, aus denen sich konkrete Maßnahmen ableiten lassen, die dazu beitragen können, die medizinische Notfallversorgung in München sicherzustellen.

1. Struktur der Notfallversorgung

An der Versorgung von medizinischen Notfällen sind unterschiedliche Sektoren beteiligt, die unterschiedlich organisiert sind:

- die vertragsärztliche ambulante Versorgung in den Praxen zu festgelegten Öffnungszeiten oder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB außerhalb der Öffnungszeiten,
- der Rettungsdienst und
- die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Bereitschaftspraxen/ organisierter Fahrdienst der KVB

In nicht lebensbedrohlichen Notfällen sollen sich Personen mit gesundheitlichen Beschwerden zunächst an eine Arztpraxis wenden. Außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen, abends oder nachts, an Wochenenden und an Feiertagen steht der Ärztliche Bereitschaftsdienst unter der kostenfreien Telefonnummer 116 117 zur Verfügung. Wenn die Konsultation einer*eines Ärztin*Arztes aufgrund der Erkrankung nicht möglich ist, werden unter der Telefonnummer 116 117 auch allgemeinärztliche Hausbesuche durch einen gesondert organisierten Fahrdienst vermittelt.

Rettungsdienst

Der Rettungsdienst übernimmt die Erstversorgung von Erkrankten oder Verletzten und in akuten Notfällen den Transport in ein geeignetes Krankenhaus. Die Notfalltelefonnummer lautet 24 Stunden am Tag und europaweit: 112. Der Rettungsdienst verfügt in München mit dem „Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA)“ über eine Kommunikationsstruktur, die als Grundlage für die Zuweisung von Patient*innen zu aufnahmebereiten medizinischen Versorgungseinrichtungen dient. Dabei geben die Abmeldungen von der stationären Versorgung bzw. Notfallversorgung wichtige Hinweise auf die Kapazitäten der Kliniken. IVENA ist eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung jederzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können.

Notaufnahmen der Kliniken

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser in München sind in erster Linie Anlaufstelle für Patient*innen in Notfallsituationen und mit akuten Beschwerden, wie z. B. Atemnot, Brustschmerzen, Schwindel, starke Kopfschmerzen und Lähmungserscheinungen, aber auch akuten Verletzungen bis hin zu schweren Unfällen. Lebensbedrohlich Verletzte werden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser rund um die Uhr schnell und je nach Ausstattung der Klinik mit modernster Diagnostik und mit vielfältigen, zum Teil hochspezialisierten Behandlungsmöglichkeiten versorgt. Oft kommt es in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu längeren Wartezeiten, weil medizinisch dringliche Fälle vorgezogen werden müssen. Nach ersten diagnostischen Verfahren und eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen wird entschieden, ob der*die Notfallpatient*in ambulant behandelt wird und die Notaufnahme noch am selben Tag verlassen kann oder ob eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Ausführlicher ist die Struktur der Notfallversorgung in der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12546 „Medizinische Notfallversorgung“ vom 24.10.2018 beschrieben.

Überblick über die Struktur der Notfallversorgung

In München decken 14 Kliniken das Notfallaufkommen an Krankenhäusern fast vollständig ab. Von diesen 14 Krankenhäusern wurden nach der Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V fünf Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3), sechs der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) und eines der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) zugeordnet. Ein Teil der Krankenhäuser nimmt an der speziellen Notfallversorgung teil: vier Krankenhäuser sind auf die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert, fünf Krankenhäuser bieten eine spezielle Schlaganfallversorgung an (Stroke Unit) und zwölf Krankenhäuser halten spezielle Leistungen zur Behandlung von Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit) vor. 13 Kliniken sind zusätzlich als überregionales, regionales oder lokales Traumazentrum zertifiziert (vgl. Karte 1 in Anlage 3). An der ambulanten Notfallversorgung beteiligen sich neun KVB-Bereitschaftspraxen, vier davon sind auch kinder- und jugendärztlich ausgerichtet.

2. Reform der Notfallversorgung

Bereits 2018 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in einem Gutachten festgestellt, dass für die Notfallversorgung eine Neuordnung erforderlich sei. Ziel müsse eine zukünftig bedarfsgerechte, sektorenübergreifende koordinierte Notfallversorgung „aus einer Hand“ sein. In den vergangenen Jahren hat sich die bundesweit angespannte Situation der medizinischen Notfallversorgung weiter zugespitzt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 08.01.2020 den „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ präsentiert. Kernelemente dieses Referentenentwurfs des BMG waren:

- gemeinsame Notfalleitsysteme, erreichbar unter 112 oder 116117, fördern.
- integrierte Notfallzentren in ausgewählten Krankenhäusern einrichten. Diese sollten künftig entscheiden, ob Patient*innen stationär in der Klinik oder ambulant versorgt werden und die erforderliche ambulante notdienstliche Versorgung leisten.
- die Voraussetzung dafür schaffen, dass medizinische Versorgung am Notfallort und Rettungsfahrten künftig als eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden.

Die an der Notfallversorgung Beteiligten konnten sich bisher noch nicht über den Gesetzesentwurf abschließend einigen. Bislang scheiterten die Bemühungen um eine Reform der Notfallversorgung unter anderem daran, dass die Krankenhäuser eine Ersteinschätzung im Krankenhaus in integrierten Notfallzentren ablehnten, die in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Damit ist das laufende Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Notfallversorgung noch nicht abgeschlossen.

3. Runder Tisch Notfallversorgung

Die erste Sitzung des Runden Tisches Notfallversorgung fand am 11.07.2014 statt (vgl. Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789). Mit dem Beschluss Medizinische Notfallversorgung (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12546) hat der Münchner Stadtrat am 24.10.2018 die Federführung des Runden Tisches Notfallversorgung ab 01.01.2019 an das damalige RGU übertragen. Bereits unter der vorangegangenen Federführung der Städtischen Klinikum München gGmbH (MüK) hatte der Runde Tisch Notfallversorgung wichtige Beiträge zur Analyse der Notfallversorgung geleistet. Nach der Übergabe der Federführung verständigte man sich über die Fortführung des Gremiums. Die leitende Struktur des Runden Tisches Notfallversorgung bildeten die Geschäftsführungen und Ärztlichen Direktor*innen ausgewählter Münchner Krankenhäuser. Themenspezifisch waren Projektgruppen geplant, wie z. B. eine Projektgruppe zum Monitoring des Infektionsgeschehens und der Belastung des Gesundheitswesens durch Influenza-Infektionen. Noch vor dem Anstieg der Coronafälle zu Beginn der Pandemie traf sich im damaligen RGU eine Expertenrunde zum Thema Influenza. Im Rahmen der ersten Sitzung des Lenkungskreises des Runden Tisches Notfallversorgung wurde Ende 2019 entschieden, dass die geplante Studie zur aktuellen und zukünftigen Situation der Notfallversorgung 2019 - 2025 im Rahmen einer Projektgruppe – AG Notfallstudie – des Runden Tisches Notfallversorgung begleitet werden sollte. Dafür fand am 06.02.2020 eine Auftaktveranstaltung statt, bei der der Geschäftsführer des INM an der LMU das Studiendesign u. a. Vertreter*innen der Münchner Krankenhäuser, der KVB sowie des Rettungsdienstes vorgestellt hat. Die AG Notfallstudie des Runden Tisches Notfallversorgung besteht fort.

Auf Grund der COVID-19-Pandemie hat sich der Runde Tisch Notfallversorgung in seiner Struktur geändert. Fest etabliert haben sich die turnusmäßig stattfindenden Videokonferenzen (je nach Lage) mit den Geschäftsführenden und den Pandemiebeauftragten der Kliniken in München. Nachdem die Gesamtentwicklung der epidemiologischen Situation der COVID-19-Pandemie mittlerweile als weniger gravierend eingeschätzt wird als in den vergangenen beiden Jahren, muss die Struktur des Runden Tisches Notfallversorgung mit dem Lenkungskreis und seinen Projektgruppen zu Schwerpunktthemen neu aufgesetzt werden (s. Kapitel 8).

4. Die Münchner Studien zur Notfallversorgung

Das INM führte die erste Notfallstudie in 2015 und die zweite Notfallstudie von Ende 2019 bis Mitte 2022 durch. Bei beiden Studien wurden umfangreiche Daten zur Notfallversorgung in München erhoben und ausgewertet.

4.1 Ergebnisse der ersten Münchner Notfallstudie

In der ersten Münchner Notfallstudie wurden die Behandlungsdaten von 14 an der Notfallversorgung hauptsächlich beteiligten Krankenhausnotaufnahmen in München über einen Zeitraum von einem Jahr (01.07.2013 bis 30.06.2014) analysiert und mit Daten des Rettungsdienstes zusammengeführt. Insgesamt wurden 524.716 Behandlungsfälle erfasst. 34 % dieser Notfallpatient*innen wurden stationär aufgenommen. Der tägliche Bettenbedarf wurde auf Grundlage der Behandlungsdaten auf sieben Intensiv- bzw. Übergangsbetten (ICU/IMC)/100.000 Einwohner*innen und ca. 15 Normalpflegebetten/100.000 Einwohner*innen geschätzt. Die meisten Fälle (66 %) wurden ambulant behandelt und kamen zu Zeiten, in denen kassenärztliche Notfallversorgungseinrichtungen erreichbar gewesen wären. Die Dringlichkeit war bei rund der Hälfte der ambulant behandelten Fälle gering. Der damit verbundene Aufwand war aber – insbesondere durch die erforderliche Diagnostik und chirurgische Versorgungen – oftmals hoch. Die Ergebnisse der ersten Münchner Notfallstudie zeigen, dass ein Großteil der Vorstellungen insbesondere bei Verletzungen und bei Krankheitsbildern, die einer differenzierten Abklärung bedürfen, medizinisch gerechtfertigt zu sein scheinen, weshalb entsprechende Kapazitäten eingeplant werden müssen.

20 % der Behandlungsfälle erreichten das Krankenhaus über den Rettungsdienst. In München und im angrenzenden Landkreis wurde von 2005 bis 2014 ein Anstieg um 110.000 (+41,8 %) Notfallpatient*innen im Jahr verzeichnet. Trotz des ansteigenden rettungsdienstlichen Aufkommens wurde festgestellt, dass die Prähospitalzeit, die Zeitdauer vom Notrufeingang bis zum Eintreffen an der nächstgelegenen geeigneten Zielklinik, für Patient*innen mit Tracerdiagnosen, wie z. B. besonders schwerwiegende, zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen wie „Akuter Schlaganfall“, „Sepsis“, „Schwerverletzt“ und „ST-Hebungsinfarkt (STEMI)“, im Stadtgebiet unter den empfohlenen 60 Minuten flächendeckend eingehalten werden konnte.

Zusammenfassend wurde im Rahmen der ersten Münchner Notfallstudie festgestellt, dass „regelmäßig ausreichende Kapazitäten für die Notfallversorgung“ zur Verfügung stünden und die „Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt München regelmäßig gesichert“ sei. Die Ergebnisse wurden in der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04789 „Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) Notfallversorgung, Bericht über Ergebnisse des Runden Tisches“ vom 16.12.2015 dargestellt.

4.2 Ergebnisse der zweiten Münchner Notfallstudie

Ein Schwerpunkt der zweiten Münchner Notfallstudie liegt auf der Analyse der aktuellen Entwicklungen in der Notfallversorgung in dem Zeitraum zwischen 2015 und

2019. Die zukünftigen Entwicklungen der Fallzahlen in den Münchner Notfallversorgungseinrichtungen der Kliniken, in den KVB-Bereitschaftspraxen und für den KVB-Fahrdienst wurden für die Jahre 2030 und 2040 hochgerechnet.

4.2.1 Datengrundlage für die Analyse der Notfallversorgung

Für eine Analyse der aktuellen Entwicklungen in der Notfallversorgung in München wurden Daten der Behandlung von Notfällen in den verschiedenen Sektoren der Notfallversorgung zusammengeführt und – wo möglich – verknüpft.

Folgende zentrale Datenquellen wurden für die Notfallstudie erschlossen:

- Daten zur ambulanten und stationären Behandlung von Notfällen in den teilnehmenden Münchner Kliniken
- Rettungsdienstdaten des Einsatzleitsystems (ELDIS)
- Rettungsdienstdaten des Interdisziplinären Versorgungsnachweises (IVENA)
- Daten der ambulanten Notfallversorgung der KVB zu Behandlungsfällen in Bereitschaftspraxen, im Fahrdienst in München und in Münchner Kliniken

Um den Aufwand für die Akteur*innen in der Notfallversorgung, die Daten für die Auswertungen bereitzustellen, so gering wie möglich zu halten, wurde vorrangig auf bereits verfügbare Datenquellen – sogenannte Sekundärdaten – zugegriffen.

Die Kliniken, die der Teilnahme an der Studie zugestimmt haben, decken einen Großteil (82 %) des Notfallaufkommens in München ab. Die Daten zur ambulanten und stationären Notfallversorgung von zwölf Kliniken gingen in die Analyse ein. Die Namen der teilnehmenden Kliniken und Detailinformationen zur Datengrundlage können der Anlage 3 unter „2 Datengrundlage“ entnommen werden. Für den Zeitraum vom 01.01.2015 bis 31.12.2019 wurden insgesamt 1.655.674 Behandlungsfälle in die Auswertungen einbezogen. Die Entwicklung des Behandlungsaufkommens in den teilnehmenden Kliniken wurde getrennt für die Notaufnahmeeinheiten (NA) für Erwachsene, NA für Kinder und für spezialisierte NA (wie z. B. Gynäkologie/Geburtshilfe, Augenheilkunde) ausgewertet und die Behandlungsfälle nach bestimmten Kriterien charakterisiert (u. a. nach Alter, Wohnort, dokumentierte Diagnosen, saisonaler Verlauf, Tageszeitpunkt und Wochentag).

Die Rettungsdienstdaten konnten zum Teil für den Zeitraum von 2015 bis 2021 ausgewertet werden. Im rettungsdienstlichen Bereich wurden die Daten der Einsatzdokumentationen der bayerischen Integrierten Leitstellen von 1.193.738 Einsätzen in die Auswertungen aufgenommen. Zudem wurden über den Rettungszweckverband insgesamt 2.220.354 Datensätze des „Interdisziplinären Versorgungsnachweises“ (IVENA) zu Schließungen der teilnehmenden Kliniken eingebracht. Hierbei handelt es sich um Daten zur Abmeldung einzelner Fachbereiche

der Kliniken von der Einlieferung durch den Rettungsdienst.

Die IVENA-Daten lassen sich grundsätzlich in drei Kategorien unterteilen:

- Schließungen: Abmeldungsdaten, die von Seiten der Kliniken die Abmeldung (Schließung) einzelner Fachgebiete bzw. -bereiche von der Einlieferung durch den Rettungsdienst abbilden,
- Zuweisungen: Anmeldeungsdaten, die die Anforderungen der Behandlungskapazitäten einzelner Fachbereiche für einen Fall durch den Rettungsdienst bzw. die Leitstelle dokumentieren und
- Akutzuweisungen: Zuweisungen von Patient*innen in Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Anmeldung durch die Integrierte Leitstelle München im System IVENA abgemeldet waren. Akutzuweisungen sind zumeist in zeitkritischen und dringlichen Notfällen notwendig.

In der zweiten Münchner Notfallstudie konnten erstmals auch notfallmedizinische Daten der KVB von Behandlungsfällen des Organisierten Bereitschaftsdienstes und von in den teilnehmenden Krankenhäusern ambulant behandelten Notfallpatient*innen ausgewertet werden. Dabei wurden die Behandlungsfälle nach der ambulanten Behandlung in den teilnehmenden Krankenhäusern in München, in Bereitschaftspraxen für Erwachsene, Bereitschaftspraxen für Kinder und durch den Fahrdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes kategorisiert. Insgesamt 1.096.304 Behandlungsfälle der Kliniken und 1.304.380 Behandlungsfälle des Organisierten Bereitschaftsdienstes wurden in die Auswertungen übernommen.

4.2.2 Analyseergebnisse für die verschiedenen Sektoren der Notfallversorgung

Klinikdaten

Das Behandlungsaufkommen in den Notaufnahmeeinrichtungen an den Kliniken war sowohl bei den ambulanten Behandlungsfällen (-5,5 %) als auch bei den stationären Behandlungsfällen (-3,5 %) leicht rückläufig. Der Anteil ambulanter Behandlungsfälle lag bei Erwachsenen bei rund 60 % und bei Kindern und Jugendlichen bei 80 %, d. h. bei 40 % der erwachsenen Notfallpatient*innen war somit stationärer Versorgungsbedarf gegeben bzw. bei nur 20 % der Behandlungsfälle im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Im Jahr 2019 wurden keine deutlichen saisonalen Trends bezüglich der Behandlung stationärer Fälle beobachtet. Die ambulanten Behandlungsfälle unter Erwachsenen waren in den Sommermonaten etwas höher als in den restlichen Monaten des Jahres. Dagegen wurden im ersten Halbjahr des Jahres 2019 mehr Kinder und Jugendliche in den Notaufnahmeeinrichtungen ambulant behandelt als im zweiten Halbjahr.

Das Behandlungsaufkommen von Fällen, die stationär behandelt werden mussten, war bei Erwachsenen an Wochentagen höher als an Wochenenden oder Feiertagen. Für die Notaufnahmeeinrichtungen für Kinder wurden keine deutlichen Unterschiede zwischen den Wochentagen beobachtet.

Die Analyse des Behandlungsaufkommens im Tagesverlauf ergab, dass in den Notaufnahmeeinrichtungen für Erwachsene die meisten ambulanten und stationären Fälle in der Zeit zwischen 10:00 Uhr und 14:00 Uhr behandelt wurden. In den Notaufnahmeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche wurden die meisten Patient*innen zwischen 19:00 Uhr und 21:00 Uhr ambulant behandelt.

Die häufigsten Diagnosen anhand der Codes nach der amtlichen deutschen Systematik der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) waren für stationär behandelte Erwachsene Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Sowohl für ambulant behandelte Erwachsene als auch ambulant und stationär behandelte Kinder und Jugendliche waren Verletzungen die häufigsten Ursachen für die Behandlung in den Notaufnahmen der Kliniken. Bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen spielten auch Krankheiten des Atmungssystems eine bedeutende Rolle.

Das mittlere Alter der erwachsenen Notfallpatient*innen betrug im ambulanten Bereich zwischen 38 Jahre im Jahr 2015 und 41 Jahre im Jahr 2019. Die stationär behandelten Patient*innen im Erwachsenenbereich waren zwischen 67 Jahre im Jahr 2015 und 70 Jahre im Jahr 2019 alt. Die ambulant behandelten Kinder waren im Durchschnitt vier Jahre alt, während die stationär behandelten Kinder im Mittel drei Jahre alt waren.

Von den ambulanten Notfällen kamen ca. 70 % aus dem Stadtgebiet München, je nach Notaufnahmeeinrichtung (NA Erwachsene, NA Kinder, NA Spezial) zwischen 10 % und 12 % aus dem Landkreis München und zwischen 12 % und 18 % aus anderen (bayerischen) Regionen. Im stationären Bereich wurden zwischen 57 % und 67 % Behandlungsfälle mit Wohnort in der Stadt München, zwischen 11 % und 16 % mit Wohnort im Landkreis München und zwischen 14 % und 27 % mit einem anderen bayerischen Wohnort aufgenommen. Rund ein Viertel der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen kamen nicht aus der Region München.

Rettungsdienstdaten

Der Anteil der Behandlungsfälle, der mit dem Rettungsdienst als Notfall mit oder ohne Notärztin*Notarzt eingeliefert wurde, betrug bei ambulanten Fällen in den NA für Erwachsene 15 % und in den NA für Kinder und Jugendliche 7 %. Bei den stationären Fällen betrug der Anteil der Behandlungsfälle, der mit dem Rettungsdienst als Notfall

mit oder ohne Notärztin*Notarzt eingeliefert wurde, 36 %, bei stationären Fällen in NA für Kinder und Jugendliche 21 %.

Es konnte gezeigt werden, dass die Einlieferungen in eine Klinik in München durch den Rettungsdienst innerhalb des Zeitraums von 2015 bis 2019 insgesamt um 5 % angestiegen sind. Besonders markant war der Anstieg der Rettungsdiensteinsätze mit Notärztin*Notarzt, die im Jahr 2019 rund ein Fünftel der Einlieferungen ausmachten. Diese stiegen von 2015 bis 2019 um 17 % an.

Gleichzeitig ist im Beobachtungszeitraum der Anteil der Rettungsdiensteinsätze ohne Transport von Patient*innen gestiegen, wodurch die ohnehin knappen Ressourcen der Notfallrettung in erheblichen Maße gebunden wurden.

Rettungsdiensteinsätze werden anhand folgender Zeitintervalle bewertet:

- Transportdauer (Abfahrt des Rettungsmittels am Notfallort bis Ankunft am Krankenhaus)
- On-Scene-Intervall (Ankunft des Rettungsmittels am Notfallort bis Abfahrt vom Einsatzort)
- Prähospitalzeit (Zeitdauer vom Notrufeingang in der Leitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Krankenhaus).

Für alle drei Zeitintervalle wurde eine Verlängerung für den Zeitraum von 2015 bis 2021 beobachtet. Besonders deutlich war zu erkennen, dass sich die Zeitintervalle für Rettungsdiensteinsätze mit Notarztbeteiligung verlängert haben: Im Median verlängerte sich die Transportdauer von acht Minuten im Jahr 2015 auf zehn Minuten im Jahr 2021. Das On-Scene-Intervall stieg von 28 Minuten im Jahr 2015 auf 33 Minuten im Jahr 2021 und die Prähospitalzeit von 48 Minuten im Jahr 2015 auf 57 Minuten im Jahr 2021.

Besondere Aufmerksamkeit erhalten die Behandlungen von Notfallpatient*innen mit Tracer-Diagnosen, z. B. „Akuter Schlaganfall“, „Sepsis“, „Schwerverletzt“ und „ST-Hebungsinfarkt (STEMI)“. Es konnte in der zweiten Münchner Notfallstudie beobachtet werden, dass für die Behandlung dieser Patient*innen mit besonders schwerwiegenden Erkrankungen und Verletzungen – wie im „Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik“ vorgesehen – meistens ein geeignetes Krankenhaus ausgewählt wurde. Ihre präklinische und klinische Versorgung sollte unter Inanspruchnahme bestimmter personeller und technischer Ressourcen in einem bestimmten Zeitrahmen erfolgen. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Zeit für den Behandlungserfolg bei zeitkritischen Krankheitsbildern soll das Intervall zwischen Notrufeingang in der Leitstelle und der Übergabe in einem geeigneten Krankenhaus bei maximal 60

Minuten liegen. Der Beginn der definitiven Versorgung im Krankenhaus soll laut dem o. g. Eckpunktepapier spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang erfolgen.

Mit den IVENA-Daten konnten auch die Angaben zur Behandlungsdringlichkeit bzw. Sichtungskategorien durch den Rettungsdienst ausgewertet werden.

Zu unterscheiden ist zwischen:

- Sichtungskategorie I („ROT“): Notfallversorgung, sofortige Behandlung notwendig
- Sichtungskategorie II („GELB“): stationäre Aufnahme wahrscheinlich, 30 Minuten Wartezeit vertretbar
- Sichtungskategorie III („GRÜN“): ambulante Behandlung wahrscheinlich ausreichend, 90 Minuten Wartezeit vertretbar

In den Jahren 2015 bis 2019 war die häufigste Dringlichkeit mit 85 % die Stufe „GELB“. Die Dringlichkeit „ROT“ wurde in 12 % und „GRÜN“ in 3 % der Fälle angegeben. Insgesamt stieg die Anzahl der Zuweisungen zu den teilnehmenden Kliniken im Beobachtungszeitraum um 8 % an. Dabei war ein Anstieg der Dringlichkeit „ROT“ erkennbar, während die Dringlichkeit „GELB“ leicht rückläufig war.

Im Beobachtungszeitraum von 2015 bis 2019 zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Akutzuweisungen, d.h. der Zuweisungen trotz Abmeldung einer Klinik. Im Jahr 2019 waren viermal so viele Akutzuweisungen notwendig als im Jahr 2015. Verschiedene Fachbereiche wurden im Hinblick auf Abmeldungen, Verfügbarkeiten und Akutzuweisungen analysiert. So konnten z. B. für die Schlaganfallversorgung („Stroke Units“) und verschiedene Intensivbereiche, wie die „Chirurgische Intensivstation“, „Internistische Intensivstation“, „Neurochirurgische Intensivstation“ und „Neurologische Intensivstation“, Versorgungsdefizite beobachtet werden. In diesen Bereichen kam es vermehrt zu Situationen, in denen keine oder nur einzelne Einrichtungen verfügbar waren. Analog zu den Intensivstationen der Erwachsenen haben die Auswertungen der IVENA-Daten der zweiten Münchner Notfallstudie gezeigt, dass die Verfügbarkeit aufnehmender Kliniken mit hochspezialisierten Kinderintensivstationen zunehmend Engpässe, verbunden mit Abmeldungen der Einrichtungen („Kinder-Intensivstationen (PIPS)“, „Kinderchirurgische Intensivstationen“), aufgezeigt hatte. Diese Engpässe haben sich auch im Bereich der pädiatrischen Normalstationen gezeigt; hier ergaben sich bei den Auswertungen zunehmend Intervalle ohne verfügbare adäquate Einrichtungen mit einer daraus resultierenden Zunahme an Akutbelegungen in den entsprechenden Einrichtungen.

Daten der KVB zum Organisierten Bereitschaftsdienst

Die Daten der KVB erlaubten erstmalig einen Einblick in das Behandlungsaufkommen in den Bereitschaftspraxen in München und beim Fahrdienst. Die Behandlungsfälle in den Bereitschaftspraxen sind in den Jahren 2015 bis 2019 um etwa 20 %

angestiegen. Ursachen dafür waren der Ausbau der KVB-Bereitschaftsangebote seit 2018 und die Ausweitung der Öffnungszeiten. Die am häufigsten aufgesuchte Bereitschaftspraxis war die Bereitschaftspraxis Elisenhof in der Nähe des Münchner Hauptbahnhofs. Die Analyse des mittleren Behandlungsaufkommens an den Bereitschaftspraxen im Tages- und Wochenverlauf ergab, dass sie insbesondere freitags, an Feiertagen und an Wochenenden in Anspruch genommen wurden. Die Patient*innen, die den Bereitschaftsdienst aufsuchen, gehörten vermehrt den Altersgruppen der 0 bis 5-Jährigen und 21- bis 40-Jährigen an. Kinder bis 12 Jahre suchten vorwiegend die Bereitschaftspraxis Elisenhof oder eine kinder- und jugendärztliche Bereitschaftspraxis auf. Ältere Kinder und Jugendliche besuchten in geringerem Maße kinder- und jugendärztliche Bereitschaftspraxen, dafür aber Bereitschaftsdienste der Allgemeinmedizin, die auch für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zuständig sind.

Der Fahrdienst der KVB ist nicht an die Öffnungszeiten des Bereitschaftsdienstes gebunden. Dennoch zeigte sich, dass der Fahrdienst vorrangig an Wochenenden und Feiertagen vor allem durch ältere Patient*innen in Anspruch genommen wurde. Das Behandlungsaufkommen im Fahrdienst ist im Beobachtungszeitraum um circa 14 % zurückgegangen. Die Analyse des Wohnorts der Behandlungsfälle für das Jahr 2019 zeigte, dass das Einzugsgebiet für Bereitschaftspraxen und Fahrdienst nicht nur von Münchner*innen, sondern regelmäßig auch von Patient*innen aus dem Landkreis München und anderen angrenzenden Regionen in Anspruch genommen wird.

Eine gemeinsame Betrachtung der Klinik-Daten und der KVB-Daten ergab, dass etwa die Hälfte der ambulanten Fälle jeweils durch die teilnehmenden Münchner Kliniken bzw. den Organisierten Bereitschaftsdienst der KVB behandelt wurden.

4.2.3 Prognose der Notfallversorgung bis 2040

Ein weiterer Schwerpunkt der Analysen wurde auf den Ausblick auf zukünftige Entwicklungen in der Notfallversorgung gelegt. Hierzu wurden für die Schätzung des Behandlungsaufkommens durch Patient*innen mit Wohnort in München die Bevölkerungsprognosen des Demografieberichts der Landeshauptstadt München (LHM) und für Patient*innen aus anderen Regionen die Bevölkerungsprognosen des bayerischen Statistischen Landesamtes zugrunde gelegt. Die Prognosen, die den Zeitraum bis 2030 bzw. 2040 umfassen, gehen von einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen in den Münchner Notfallversorgungseinrichtungen aus. Dieser Anstieg wird in erster Linie mit dem anstehenden Bevölkerungszuwachs begründet. In der LHM waren Ende 2019 1,591 Millionen Einwohner*innen mit Haupt- oder Nebenwohnsitz gemeldet. Bis zum Jahr 2040 wird für München von einer Bevölkerungszunahme von 16 % gegenüber dem Jahr 2019 ausgegangen, d. h. 1,845 Millionen Münchner*innen. Auch für die Landkreise im Münchner Umland wird mit einem Bevölkerungsanstieg gerechnet (Zunahme von 4 % bis 12 %). Der prognostizierte gesamte Anstieg der

Fallzahlen in der Notfallversorgung an den teilnehmenden Krankenhäusern beläuft sich bis zum Jahr 2030 auf einer Zunahme um knapp 34.000 Fälle pro Jahr (9 %) und bis zum Jahr 2040 um 60.000 Fälle pro Jahr (16 %).

Für die Einrichtungen der KVB wurde bis zum Jahr 2030 für die KVB-Bereitschaftspraxen eine Zunahme um 12.876 Fälle (8,2 %) und bis zum Jahr 2040 eine Zunahme um 23.386 Fälle (14,9 %) prognostiziert. Diese Prognosen der Fallzahlen gehen davon aus, dass sowohl die bestehenden Strukturen in der Notfallversorgung als auch die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen sich nicht grundlegend verändert.

4.3. Vergleich der Situation in der Notfallversorgung zwischen der ersten und zweiten Notfallstudie

Ergebnis der ersten Münchner Notfallstudie war, dass zwei Drittel der Fälle in den Kliniken ambulant behandelt wurden, zum Teil zu Zeiten, in denen kassenärztliche Notfallversorgungseinrichtungen erreichbar gewesen wären.

Auch die zweite Münchner Notfallstudie zeigt, dass der Anteil ambulanter Behandlungen in den Kliniken insgesamt weiterhin hoch war. Der leichte Rückgang der ambulanten Behandlungszahlen sowohl im Erwachsenenbereich (erste Münchner Notfallstudie: 60 %; zweite Münchner Notfallstudie: 57 %) als auch im Bereich der ambulanten Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen (erste Münchner Notfallstudie: 85 %; zweite Münchner Notfallstudie: 80 %) ist wahrscheinlich auf die Ausweitung der Kapazitäten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB zurückzuführen.

Zusammenfassend wurde im Rahmen der ersten Münchner Notfallstudie festgestellt, dass „regelmäßig ausreichende Kapazitäten für die Notfallversorgung zur Verfügung“ ständen und „die Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt München regelmäßig gesichert“ sei.

Die Auswertungen im Rahmen der zweiten Münchner Notfallstudie zeigen, dass Ressourcenengpässe in wichtigen Fachbereichen – insbesondere in an der Notfallversorgung beteiligten Intensivstationen – im Verlauf des Beobachtungszeitraums zugenommen haben.

Das rettungsdienstliche Aufkommen – insbesondere die Notarzteeinsätze – sind im Beobachtungszeitraum der zweiten Münchner Notfallstudie weiter angestiegen. Während zum Zeitpunkt der ersten Münchner Notfallstudie trotz ansteigender rettungsdienstlicher Einsätze festgestellt wurde, dass die Prähospitalzeit, die Zeitdauer vom Notrufeingang bis Eintreffen an der nächstgelegenen geeigneten Zielklinik, für Patient*innen mit Tracerdiagnosen im Stadtgebiet unter den empfohlenen 60 Minuten flächendeckend eingehalten werden konnte, wird die im Rahmen der zweiten Münchner Notfallstudie beobachtete weitere Verlängerung der

Prähospitalzeit als kritisch angesehen.

Es wird angenommen, dass der Rettungsdienst zunehmend Schwierigkeiten hat, geeignete und aufnahmebereite Versorgungseinrichtungen zu finden. Verzögerungen am Notfallort und längere Transportzeiten aufgrund weiter entfernter Zielkliniken sind die Folge, mit möglicherweise negativen Auswirkungen auf den Behandlungserfolg. Die in den Leitlinien angestrebten 60 Minuten werden weitestgehend eingehalten.

5. Situation der Notfallversorgung in München im Jahr 2022

Begleitend zur zweiten Münchner Notfallstudie haben Mitarbeiter*innen des GSR strukturierte Expert*inneninterviews mit den Leiter*innen der Münchner Notaufnahmen geführt. Ziel der Einzelgespräche war es, einen Einblick in die aktuelle Situation der Notfallversorgung in München zu erhalten und konkrete Vorschläge für die Verbesserung der derzeitigen Lage zu sammeln.

Es hat sich in den Gesprächen mit den Vertreter*innen der klinischen Notfallversorgung gezeigt, dass sich die angespannte Situation in bestimmten Bereichen zugespitzt hat. Hierzu sind u. a. folgende Themenfelder zu nennen:

- das kontinuierlich enorm hohe Behandlungsaufkommen in den Notaufnahmen,
- die anhaltend langen Wartezeiten für Notfallpatient*innen, deren Behandlung nicht als „dringlich“ eingestuft wurde,
- der eklatante Personalmangel im pflegerischen, aber auch zunehmend im ärztlichen Bereich,
- die zunehmende Belastung des in der Notfallversorgung eingesetzten Personals,
- die Schwierigkeiten, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebenen Qualitätsstandards umzusetzen und
- die drohende Gefahr finanzieller Schief lagen der Krankenhäuser.

Verbesserungsvorschläge betrafen u.a. folgende Bereiche:

- Steuerung des Behandlungsaufkommens durch Klärung der Patient*innenpfade für Notfallpatient*innen
- Randzeitenerweiterung der Öffnungszeiten in den Bereitschaftspraxen
- stärkere sektorenübergreifende Verzahnung der Notaufnahmen der Kliniken mit der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzt*innen bzw. der ärztlichen Bereitschaftsdienste
- Intensivierung des Austausches zwischen den Akteur*innen der Notfallversorgung

6. Erweiterung der Bereitschaftspraxen entsprechend des o.g. Stadtratsantrages

Die Münchner Bereitschaftspraxen beteiligen sich maßgeblich an der Bewältigung des ambulanten Notfallaufkommens. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst wird entsprechend weiterentwickelt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das zum 01.01.2016 in

Kraft getreten ist, fordert der Gesetzgeber, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftspraxen in oder an Krankenhäusern nach Bedarfsgesichtspunkten einrichten sollen (§ 75 SGB V).

So wurden in München bereits im Mai 2018 drei neue Bereitschaftspraxen eröffnet: an der München Klinik Bogenhausen, am Krankenhaus Barmherzige Brüder sowie an der München Klinik Harlaching. Am 01.10.2019 wurde zudem die KVB-Bereitschaftspraxis der Kinder- und Jugendärzte am Klinikum Dritter Orden geöffnet.

Das GSR wurde mit dem Stadtratsantrag „Kritische Notfallversorgung in München III – Ambulante Notfallversorgung in München dauerhaft verbessern“ (Antrag Nr. 20-26 / A 01962, Anlage 1) aufgefordert, Gespräche mit der KVB aufzunehmen, um die Verzahnung der stationären und ambulanten Notfallversorgung zu verbessern und eine Ausweitung der Bereitschaftspraxen der KVB in München zu erreichen. Im Rahmen der AG Notfallstudie des Runden Tisches Notfallversorgung und im Zuge der Begleitung der zweiten Notfallstudie hatte das GSR bereits in Kooperation mit dem INM Gespräche mit der KVB aufgenommen. Die KVB wurde gebeten, zu dem Stadtratsantrag Stellung zu nehmen.

In der Stellungnahme klärt die KVB über die Aufgaben des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf: „Nach Gesetz und ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht die Aufgabe des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausschließlich darin, die unaufschiebbare ambulante vertragsärztliche Versorgung von nicht lebensbedrohlich erkrankten Patienten durch die erforderlichen Untersuchungen, Behandlungen und Beratungen bis zur nächstmöglichen, regulären ambulanten oder stationären Behandlung sicherzustellen. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ersetzt somit nicht haus- und fachärztliche Ressourcen und trägt nicht zur regelhaften Versorgung von Patienten, z. B. für Vorsorgeuntersuchungen, bei. Die Regelversorgung ist vielmehr den niedergelassenen Haus- und Fachärzten zugeordnet. Dementsprechend handelt es sich im Ärztlichen Bereitschaftsdienst um eine vorläufige ärztliche Basisversorgung, die den Zweck verfolgt, die Zeit bis zur nächsten regulären Sprechstunde zu überbrücken.“

Die Bereitschaftspraxen sollten in erster Linie, insbesondere wenn sie in oder neben einem Klinikum liegen, die Notaufnahme entlasten, so führt die KVB weiter aus. Weiterhin betont die KVB, dass der Fahrdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes für den Stadt- und Landkreis München jeden Tag an 24 Stunden besetzt sei. Münchner Patienten erhielten somit über die Telefonnummer 116117 rund um die Uhr ärztliche Hilfe. Die Besetzung des Fahrdienstes sei an die Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte angepasst. D.h. es seien mehr Ärzte im Fahrdienst tätig, wenn die Praxen geschlossen seien - abends, an Wochenenden und Feiertagen. Aus der Tendenz stabiler bzw. leicht sinkender Behandlungszahlen in den Münchner

Notaufnahmen und eines steigenden ambulanten Behandlungsaufkommens im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zieht die KVB den Schluss, dass die in den vergangenen Jahren durchgeführten Maßnahmen wirksam seien. Die neu aufgebauten Bereitschaftspraxen entlasteten die Münchner Notaufnahmen und versorgten die Bürger im ambulanten System, führt die KVB weiter aus. In dem Zusammenhang wird auf die in den letzten Jahren engere Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor hingewiesen. Die KVB geht davon aus, dass sich im Zuge der zu erwartenden weiteren Etablierung des Systems diese gute Entwicklung in den kommenden Jahren nochmals verstärken werde. Nicht alle Bereitschaftspraxen würden gleich stark in Anspruch genommen. Neben der am stärksten frequentierten Bereitschaftspraxis Elisenhof gebe es – mit Ausnahme der kinderärztlichen Bereitschaftspraxen - auch in München Bereitschaftspraxen, die sehr wenig frequentiert würden. Das Fazit der KVB: „Das Ergebnis unserer umfassenden Prüfung, unter Einbeziehung aller relevanten Daten und Fakten, zeigt eine zum jetzigen Zeitpunkt sehr gute Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Bürger der Stadt München. Der Bedarf für eine Ausweitung ist nicht erkennbar, diese wäre aufgrund fehlender Personalressourcen auch nicht möglich.“ Bezüglich der Unsicherheiten der Patient*innen, an welche medizinische Einrichtungen sie sich im Notfall wenden müssen, verweist die KVB auf die Internetseite www.116117.de. Eine Unterstützung seitens der Stadt München, um das Patienten-Navi unter www.116117.de in der Bevölkerung bekannter zu machen, würde die KVB begrüßen: „Denn eine bessere Einschätzung der eigenen Erkrankung und eine zielgenaue Inanspruchnahme der ärztlichen Angebote helfen Wartezeiten zu reduzieren und die knappen Ressourcen in allen Bereichen zu schonen.“

Ziel ist es, im Rahmen des Runden Tisches Notfallversorgung Lösungskonzepte zu entwickeln, welche Maßnahmen zur Klärung der Behandlungspfade für Notfallpatient*innen beitragen können. Die KVB selbst schätzt die Versorgung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst derzeit als sehr gut ein. Dennoch wird im Hinblick auf das zu erwartende ansteigende Behandlungsaufkommen die Ausweitung der Bereitschaftsdienste durch die Eröffnung neuer Bereitschaftspraxen bzw. durch eine Verlängerung der Öffnungszeiten ein thematischer Schwerpunkt am Runden Tisch Notfallversorgung sein.

7. Notfallmedizinische Versorgungslage für Münchner*innen entsprechend des o.g. Stadtratsantrages

Mit der zweiten Münchner Notfallstudie wurden unter Einbeziehung der relevanten Leistungsträger*innen der Notfallversorgung in München die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen in der Notfallversorgung in München unter Berücksichtigung von Kapazitäten und Bedarf eingehend analysiert.

Die vorliegende Sitzungsvorlage fasst die Ergebnisse der zweiten Münchner Notfallstudie zusammen. Auch über das Abmeldungsgeschehen (Schließungen) einzelner Fachbereiche verschiedener Kliniken und Akutzuweisungen im IVENA-System wird unter Punkt 4.2.2 berichtet.

Auf die Personalsituation in den Bereichen der Notfallmedizin in der München Klinik wurde bereits im mündlichen Vortrag der Gesundheitsreferentin im Gesundheitsausschuss am 11.11.2021 eingegangen. Der Antrag Nr. 20-26 / A 01960 „Kritische Notfallversorgung in München I – Sind Münchner*innen im Notfall versorgt?“ (siehe Anlage 2) ist hiermit bearbeitet.

8. Handlungsfelder für die Verbesserung der Notfallversorgung

Im Rahmen der zweiten Münchner Notfallstudie wurden folgende Handlungsfelder identifiziert:

- Bewältigung des steigenden ambulanten Behandlungsaufkommens, insbesondere in Stadtbezirken mit deutlichem Bevölkerungszuwachs, wie z. B. in Stadtrandbezirken im Westen und Osten der Stadt
- Kompensation von Versorgungsengpässen v. a. im intensivmedizinischen Bereich in der Versorgung von Schwerkranken durch effiziente Zuweisungen von Patient*innen in geeignete und aufnahmebereite Einrichtungen
- Verkürzung von behandlungsrelevanten Zeitintervallen (Transportzeit, On-Scene-Intervalle und Prähospitalzeit)
- klinikübergreifende Vereinheitlichung der Abmeldegründe in IVENA
- Sicherung bzw. Ausweitung der Personalressourcen in der intensivmedizinischen pädiatrischen Versorgung
- Analyse zukünftiger Entwicklungen in der Notfallversorgung in München im Rahmen eines auszubauenden kontinuierlichen Monitorings
- Zusammenführung von Kenndaten des Rettungsdienstes mit Notfalldaten der Kliniken im Rahmen des seit 01.05.2022 im Bayerischen Rettungsdienstgesetz festgeschriebenen Notfallregisters, um das Notfallgeschehen im Rettungsdienst noch detaillierter beschreiben zu können
- Intensivierung des sektorübergreifenden Austausches

Handlungsmöglichkeiten der LHM

Ein Teil der Handlungsfelder wird maßgeblich durch gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Bundes- bzw. der Landesebene bestimmt.

Die LHM kann nur in bestimmten Bereichen dazu beitragen, die aktuelle notfallmedizinische Versorgungslage zu verbessern.

Folgende Maßnahmen sollten dabei im Fokus stehen:

- Die Struktur des Runden Tisches Notfallversorgung muss neu konzipiert werden. In Abstimmung mit dem Anfang 2023 erneut einzuberufenden Lenkungskreis, der sowohl Beteiligte auf Klinikleitungsebene als auch Vertreter*innen der KVB und des Rettungsdienstes umfasst, müssen die Zielsetzungen des Runden Tisches Notfallversorgung neu definiert werden; ebenso, welche Themen schwerpunktmäßig in spezifischen Arbeitsgruppen behandelt werden sollen.
- Eine Intensivierung des sektorübergreifenden Austausches zwischen den Akteur*innen der Notfallversorgung in München ist vorgesehen. Intensive regelmäßige Gesprächsrunden über die Analyseergebnisse und Handlungsfelder der zweiten Münchner Notfallstudie sind im Rahmen des Runden Tisches Notfallversorgung – mit jeweils themenspezifischen Schwerpunkten (z. B. „Ambulantes Behandlungsaufkommen“, „Kommunikation der Behandlungspfade für Patient*innen“, „Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen“, „Notfallversorgung von älteren Menschen“) – geplant.
- Für ein kontinuierliches Monitoring der Entwicklung des Notfallgeschehens und der Versorgungsstrukturen in der Notfallversorgung in München spielt die regelmäßige systematische Erhebung standardisierter Daten eine wesentliche Rolle. Dazu werden in Zusammenarbeit mit den Kliniken, mit dem Rettungsdienst und der KVB Parameter festgelegt, die die Entwicklung der Behandlungssituation ambulanter und stationärer Notfälle in Münchner Kliniken, der Rettungsdiensteinsätze und der Behandlungsfälle in Bereitschaftspraxen auch in Zukunft darstellbar machen. In den nächsten fünf Jahren wird die Datenerhebung kontinuierlich aufrechterhalten und ausgebaut, um einen regelmäßigen Ist-Stand widerzuspiegeln und die Prognosen für die kommenden Jahre zu konkretisieren.
- Für die Bewältigung des ambulanten Behandlungsaufkommens werden seitens des GSR auch referatsübergreifend Gesichtspunkte der Notfallversorgung in Stadtplanungsprozesse eingebracht werden, um langfristige und nachhaltige Planungen in den Stadtbezirken zu ermöglichen. So werden bereits Anstrengungen unternommen, die gesundheitliche Versorgung in Stadtbezirken mit verhältnismäßig schlechterer ambulanter haus- und kinderärztlicher Versorgung zu verbessern. Dies käme nicht nur den Patient*innen zugute, sondern würde auch die Notaufnahmen der Kliniken entlasten.
- Die LHM wird – wie von der KVB erbeten – bei der Bekanntmachung der 116117 unterstützen. Auf diese Weise kann Unsicherheiten der Patient*innen, an welche Einrichtungen sie sich im Notfall wenden können, entgegengewirkt werden. Dadurch werden die Notaufnahmen der Kliniken von Fällen, die eigentlich ambulant versorgt werden können, entlastet.
- Die Vergütung der ambulanten Notfallversorgung in den Kliniken erfolgt derzeit nicht kostendeckend. In den Notaufnahmen der Krankenhäuser fallen hohe Vorhaltekosten für qualifizierte Mitarbeiter*innen und die Ausstattung an, die

jederzeit in den Notaufnahmen zur Verfügung stehen müssen. Damit müssen die Kliniken, die einen Großteil der ambulant behandelten Patient*innen versorgen, die ambulante Notfallversorgung zu einem hohen Anteil mitfinanzieren. Mit dem Betrauungsakt „ambulante kassenärztliche Nothilfe“ kompensiert die LHM im Bereich der Notfallambulanzen die mangelnde Vergütung der KVB für die umfangreiche Notfallversorgung in den Häusern der München Klinik gGmbH.

9. Zusammenfassung

Die Entwicklung im Bereich der medizinischen Notfallversorgung stellt eine Großstadt wie München vor besondere Herausforderungen. Vor dem Hintergrund einer steigenden Inanspruchnahme notfallmedizinischer Leistungen insbesondere in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der medizinischen Notfallversorgung dringend erforderlich. Nur durch Umstrukturierungen in der medizinischen Notfallversorgung, insbesondere im Hinblick auf eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie dem Rettungsdienst, kann die medizinische Notfallversorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Die demografische Entwicklung in München, die Zunahme hochbetagter, multimorbider Menschen sowie eine veränderte Anspruchshaltung lassen eine weiterhin zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen erwarten, insbesondere auch dann, wenn der steigende Bedarf nicht im ambulanten Sektor aufgefangen werden kann. Die in Kapitel 8 beschriebenen Handlungsfelder werden in die anstehenden Besprechungen des Runden Tisches Notfallversorgung eingebracht. Praxisnahe Lösungsansätze werden entwickelt und gemeinsam mit den Partner*innen in den verschiedenen Sektoren der Notfallversorgung in München umgesetzt.

Die Beschlussvorlage ist mit dem Kreisverwaltungsreferat abgestimmt. Das Kreisverwaltungsreferat stimmt der Beschlussvorlage grundsätzlich zu. Das Gesundheitsreferat wird im Rahmen der weiteren Befassung mit den Ergebnissen der Studie das Kreisverwaltungsreferat, Branddirektion, und weitere betroffenen Stellen selbstverständlich einbinden. Die Stellungnahme ist als Anlage 4 beigefügt.

Anhörung des Bezirksausschusses

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

Der Korreferent des Gesundheitsreferats, Herr Stadtrat Stefan Jagel, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Prof. Dr. Hans Theiss, das Kreisverwaltungsreferat sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

II. Antrag der Referentin

1. Das Gesundheitsreferat wird beauftragt, dem Stadtrat im Laufe des Jahres 2023 konkrete Lösungsansätze vorzulegen, mit denen eine Verbesserung der Notfallversorgung erzielt werden soll.
2. Der Antrag Nr. 20-26 / A 01960 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
3. Der Antrag Nr. 20-26 / A 01962 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
4. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München
Die Vorsitzende

Die Referentin

Verena Dietl
3. Bürgermeisterin

Beatrix Zurek
berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-BdR-SB

- V. Wv Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-BdR-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).