

Versorgungsanalysen

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Versorgungsanalyse Notfallversorgung.....	2
1.1 Versorgungslage	2
1.2 Marktanteil der MÜK	4
1.3 Bedeutung einer Veränderung des MÜK-Angebots für die Versorgungslage	5
1.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040.....	6
2. Versorgungsanalyse Geburtshilfe	7
2.1 Versorgungslage	7
2.2 Räumliche Verteilung der Kliniken in München?.....	7
2.3 Prognose der Versorgungslage bis 2040?.....	8
3. Versorgungsanalyse Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrie.....	10
3.1 Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen	10
3.2 Kinderkliniken mit Fachrichtungen in München	11
3.3 Versorgungslage	13
3.4 Bedeutung der München Klinik für die pädiatrische Versorgung in München	14
3.5 Prognose der Versorgungslage bis 2040.....	14
4. Versorgungsanalyse Kinder- und Jugendmedizin – Neonatologie	14
4.1 Neonatologische Versorgung in Münchner Krankenhäusern	14
4.2 Marktanteil der MÜK	16
4.3 Versorgungslage	16
4.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040.....	17
4.5 Fazit	18
5. Versorgungsanalyse Akutgeriatrie/ geriatrische Frührehabilitation	18
5.1 Versorgungslage	18
5.2 Prognose der Versorgungslage bis 2040.....	19
5.3 Marktanteil der MÜK	21
5.4 Räumliche Verteilung der akutgeriatrischen Kliniken in München.....	21
6. Versorgungsanalyse Palliativmedizin (spezialisierte stationäre Palliativversorgung).....	22
6.1 Einleitung – Struktur der Palliativversorgung	22
6.2 Versorgungslage	25
6.3 Marktanteil der MÜK	29
6.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040?.....	30
7. Versorgungsanalyse Schlaganfallversorgung	31
7.1 Versorgungslage	31
7.2 Marktanteil der MÜK	32
7.3 Prognose der Versorgungslage bis 2040.....	32

1. Versorgungsanalyse Notfallversorgung

1.1 Versorgungslage

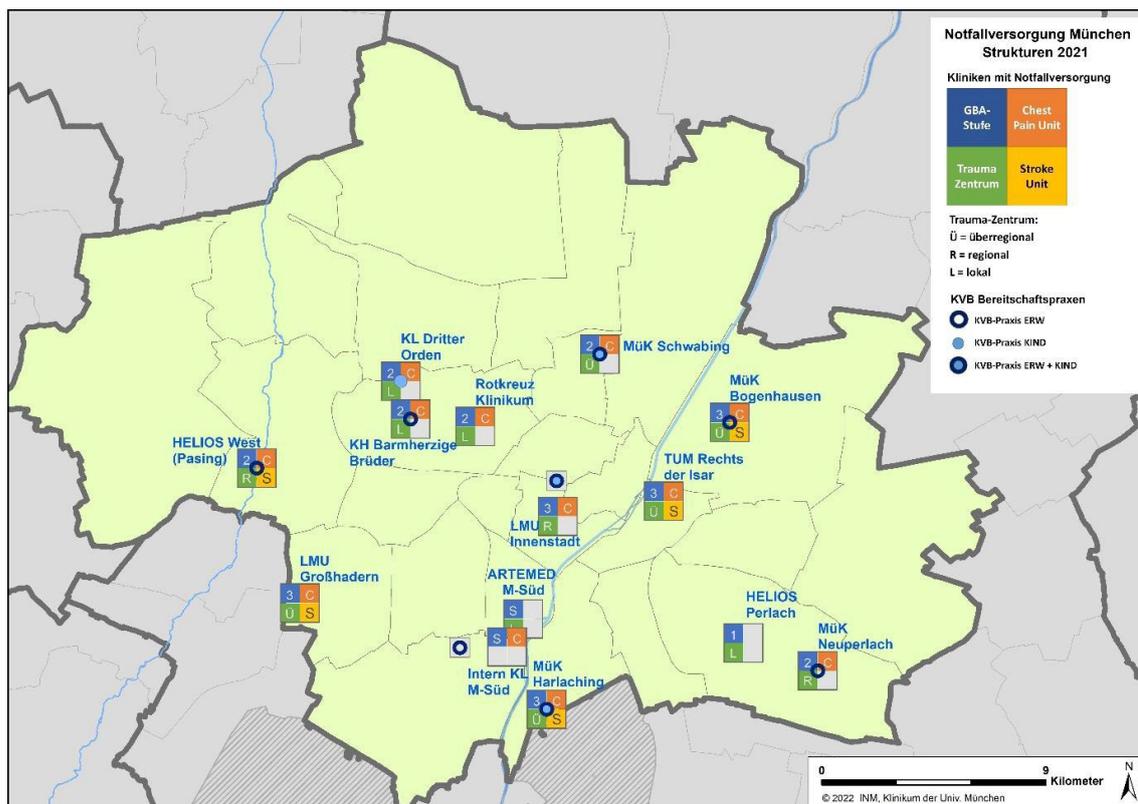
Wichtigstes Ziel bei lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen ist, nach Diagnostik den frühestmöglichen Behandlungsbeginn sicherzustellen. Hierfür ist unter anderem die Zeit vom Eingang des Notrufs in der Leitstelle bis zum Eintreffen der*des Patient*in im Krankenhaus (Prähospitalphase) entscheidend, damit unmittelbar anschließend eine ursächliche Behandlung in einem geeigneten Krankenhaus eingeleitet werden kann. 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 spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang erfolgen. Zu den zeitkritischen Krankheitsbildern gehören beispielsweise der akute Herzinfarkt und der Schlaganfall. Für diese sogenannten Tracerdiagnosen werden in Leitlinien standardisierte, wissenschaftlich begründete Vorgaben an Behandlungsziele und -inhalte definiert.

In der zweiten Münchner Notfallstudie von 2022 („Analyse der Notfallversorgung in der Landeshauptstadt München“) des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) im Auftrag der LHM wurde die Situation anhand von Notfalldaten der Jahre 2015-2019 analysiert. Die Notfallstudie wurde in der Sitzungsvorlage 20-26 / V 07617 vom 19.01.2023 ausführlich dargestellt.

Für die Analysen wurden verschiedene Datenquellen verwendet. Hierunter waren Daten von 11 Münchner Kliniken, die zusammen 81,5 % der Notfalleinsätze mit Transport in eine Klinik abdeckten. Von den relevanten Notfallversorgern fehlten die Daten der HELIOS Klinik West in Pasing bei den Analysen.

Neben den Krankenhausdaten waren weitere Datenquellen der Notfallstudie die Leitstellendaten für die Transporte von Patient*innen in eine Klinik, Daten des Interdisziplinären Versorgungsnachweises (IVENA) für den Rettungsdienst zu Abmeldungen von Klinikabteilungen von der Notfallversorgung und Zuweisungen von Notfallpatient*innen sowie Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zu ambulanten Behandlungsfällen an Kliniken.

Auf der nachfolgenden Karte sind die Standorte der Kliniken mit Notfallversorgung mit ihrem angebotenen Spektrum dargestellt. Die in dem blauen Kästchen angegebenen Zahlen entsprechen jeweils den laut Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) festgesetzten Stufen der Notfallversorgung. Dabei bedeutet die Stufe 1 Basisnotfallversorgung, die Stufe 2 die erweiterte und die Stufe 3 die umfassende Notfallversorgung.



Die zentralen Ergebnisse der Notfallstudie werden nachfolgend kurz zusammengefasst: Das Notfallaufkommen im Rettungsdienstbereich München stieg von 2015 bis 2019 um ca. 5 % an. Die Auswertungen zeigten dabei erhebliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken in Bezug auf die Entwicklung des Transportaufkommens. Während einige Stadtbezirke, beispielsweise durch Veränderungen der Infrastruktur oder Wohnbebauung Anstiege von über 50 % zeigten, wurden in anderen Stadtbezirken ebenso deutliche Rückgänge des Transportaufkommens dokumentiert. Eine Zunahme der Einlieferungen mit dem Rettungsdienst wurde u. a. für die Stadtbezirke Sendling (+ 63 %), Pasing-Obermenzing (+ 49 %), Berg am Laim (+ 36 %), Moosach (+ 28 %) gezeigt.

In der Notfallstudie wurde auch die Mitversorgerfunktion der LHM für das Umland dargestellt. Ambulante Behandlungsfälle waren zu 70 % in der LHM und zu ca. 11 % im Landkreis München, stationäre Fälle zu ca. 60 % in der LHM und zu ca. 14 % im Landkreis München wohnhaft.

Aus Sicht der Patient*innen besonders relevant ist die in der Studie nachgewiesene Verlängerung der Prähospitalzeit. Besonders deutlich war die Entwicklung in der häufig zeitkritischen Kategorie der Notfälle mit Notarzt: die Prähospitalzeit stieg im Median von 48 Minuten im Jahr 2015 auf 57 Minuten im Jahr 2021 an. Das bedeutet, dass in vielen Fällen auch die aus medizinischen Gründen angestrebte, maximale Dauer der Prähospitalzeit von 60 Minuten für zeitkritische Krankheitsbilder überschritten wurde. Auch hier zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken. Feldmoching-Hasenberg wies im Jahr 2019 mit Abstand die längsten Zeiten bei der Transportdauer und der Prähospitalzeit, jeweils mit und ohne Notarzt, auf. Als einzigem Stadtbezirk wurde bei der Prähospitalzeit die Empfehlung von maximal 60 Minuten im Median nicht eingehalten, diese lag bei ca. 62 Minuten mit einem Maximum von 90 Minuten.

Ein weiterer Trend, der in der Notfallstudie aufgezeigt wurde, war die zunehmende Abmeldung von bestimmten Abteilungen von der Notfallversorgung in IVENA. Dies ließ sich für

alle Bereiche mit Intensivstationen (chirurgisch, internistisch, neurologisch, neurochirurgisch und pädiatrisch) nachweisen. Durch die zeitgleiche Abmeldung von mehreren Notfalleinrichtungen musste eine zunehmende Anzahl von Notfallpatient*innen vom Rettungsdienst in eigentlich von der Notfallversorgung abgemeldete Notaufnahmen eingeliefert werden. Diese sog. Akutzuweisungen betrafen nicht alle Tracerdiagnosen gleichermaßen. Während die Situation bei den Chest Pain Units zur Versorgung von Herzinfarkten vergleichsweise unproblematisch war, stieg der Anteil von Akutzuweisungen bei den Stroke Units zur Versorgung von Schlaganfällen deutlich an (von 1,6 % im Jahr 2015 auf 6 % im Jahr 2019).

Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Patient*innen sind bei jeglichen Strukturveränderungen im Notfallbereich in München daher nicht nur unter dem zeitlichen Aspekt (längere Prähospitalzeiten), sondern auch aufgrund der Akutzuweisung in eine Klinik zu betrachten, da bei Akutzuweisungen möglicherweise notwendige personelle und strukturelle Ressourcen nicht zur Verfügung stehen oder das vorhandene Personal in den Notaufnahmen in besonderem Maße belastet wird.

1.2 Marktanteil der MüK

In der Notfallstudie wurden keine standortbezogenen Auswertungen der Klinikdaten durchgeführt. Diese Zusage war für viele Kliniken Bedingung für die Zustimmung zur Datenlieferung. Das GSR konnte jedoch eigene Berechnungen zu dieser Fragestellung durchführen. Dies war nur möglich, da die Daten aus der Notfallstudie vom durchführenden Institut nach Abschluss der Studie an das GSR übergeben wurden. Die Datenübergabe war Vertragsbestandteil und im Vorfeld mit den Kliniken abgesprochen. Ohne diese Daten wären die Aussagemöglichkeiten des GSR zur Situation der Notfallversorgung deutlich eingeschränkter, da für derartige Versorgungsanalysen kaum relevante Daten frei verfügbar bzw. leicht zugänglich sind (z. B. über das Statistische Amt).

Marktanteil der MüK insgesamt an allen Notfällen

Anhand der Daten aus der Notfallstudie konnte für die MüK insgesamt ein Marktanteil an der Notfallversorgung (ambulant und stationär) von ca. 41 % in den Jahren 2017-2019 berechnet werden.

Verteilung der MüK-Fälle auf die Standorte

Von den ambulanten und stationären Notfällen der MüK insgesamt entfiel der größte Anteil auf den Standort Schwabing mit einem Drittel aller MüK-Fälle, gefolgt von Harlaching (ca. 26 %), Bogenhausen (ca. 22 %) und Neuperlach (ca. 19 %). Hierbei ist zu beachten, dass nur die Fälle der datenliefernden Kliniken berücksichtigt wurden, wie unter Punkt 1. beschrieben.

Auch bei Betrachtung nur der ambulanten Notfälle, wurden in Schwabing mit Abstand die meisten Fälle von allen MüK-Standorten behandelt: 2019 waren es 32.128 Fälle bzw. 40% aller ambulanten MüK-Fälle (München Klinik Bogenhausen 13.886, 17 %; München Klinik Harlaching 19.870, 25 %; München Klinik Neuperlach 14.863, 18 %).

Gleichzeitig lagen die stationären Fallzahlen in Schwabing 2019 nur wenig unter denen von Bogenhausen und Harlaching (München Klinik Schwabing 15.462, 24%; München Klinik Bogenhausen 17.764, 28 %; München Klinik Harlaching 17.775, 28 %; München Klinik

Neuperlach 15.462, 20 %).

Im Zeitverlauf von 2015 bis 2019 war der Anteil von Schwabing an allen ambulanten MüK-Fällen leicht rückläufig von 41,4 % auf 39,8 %, bei den stationären Fällen von 27,4 % auf 24,4 %.

Notfälle der MüK-Schwabing

Die insgesamt sehr hohe Anzahl von Notfällen der MüK-Schwabing verteilte sich ca. zu einem Drittel auf stationäre und zu zwei Dritteln auf ambulante Fälle. Wie oben beschrieben, wurden in Schwabing zusätzlich zu den stationären Notfällen, deren Anzahl vergleichbar mit der der anderen Standorte war, eine erhebliche Anzahl von ambulanten Notfällen behandelt.

Im Zeitverlauf von 2015 bis 2019 waren die Notfälle in Schwabing rückläufig von 55.332 auf 47.590. Der Anteil der ambulanten Fälle stieg im Zeitverlauf leicht an von 64,6 % auf 67,5 %.

1.3 Bedeutung einer Veränderung des MüK-Angebots für die Versorgungslage

Das GSR hält die von der MüK angenommenen positiven Effekte auf die Prähospitalzeit durch eine Konzentration der Kapazitäten in der Maximalversorgung (Level 3, vgl. Kapitel 3.5.1. der Sitzungsvorlage) für nachvollziehbar. Ob dies Auswirkungen auf die Versorgung von stationären Notfällen haben wird, wird sich im Praxisalltag zeigen und hängt auch von den Entwicklungen in den anderen Münchner Kliniken ab, die an der Notfallversorgung teilhaben. Basierend auf den Ergebnissen der Notfallstudie muss die präklinische Notfallversorgung im Münchner Norden bereits jetzt als grenzwertig eingestuft werden. Die Veränderungen sind deshalb weiterhin streng zu monitoren, um ggf. eine Verschlechterung in der zeitkritischen Notfallversorgung der Bewohner*innen Münchens zu erkennen.

Der innerhalb der MüK vergleichsweise hohe Anteil von ambulanten Notfällen in Schwabing könnte auf eine Fehlversorgung des Münchner Nordens für ambulante Notfälle hinweisen. In dem Zusammenhang sei auf die ungleiche Verteilung von Haus- und Kinderarztpraxen hingewiesen mit einer strukturellen Benachteiligung des Nordens. Jedoch kann anhand der vorliegenden Daten aus der Notfallstudie nicht abgeleitet werden, ob die ambulant in einer Klinik behandelten Fälle ebenso gut in einer Praxis hätten behandelt werden können. Es ist auch möglich, dass Patient*innen zu ambulanten Nachkontrollen einbestellt wurden und dies an den verschiedenen Kliniken unterschiedlich gehandhabt wird. Im Allgemeinen wird von den Kliniken jedoch berichtet, dass ihre Notaufnahmeeinrichtungen häufig auch wegen nicht dringlicher Erkrankungen aufgesucht werden. Es ist zu vermuten, dass ein verbessertes ambulantes Angebot mit entsprechend verlängerten Öffnungszeiten die Belastung der Klinik-Notaufnahmen reduzieren kann. Denkbar wäre aber auch, dass ein verbessertes Angebot wiederum die Nachfrage erhöht, da der Bedarf aktuell nicht gedeckt ist.

Notwendig bei der Beurteilung der Situation in der Notfallversorgung ist eine sektorenübergreifende, gemeinsame Betrachtung der Herausforderungen, Kapazitäten und zukünftigen Plänen aller Münchner Notfallversorger, dem Rettungszweckverband und der KVB.

Da für die Organisation der Versorgung von ambulanten Notfällen grundsätzlich die KVB zuständig ist, sei es durch Haus- und Facharztpraxen oder durch KVB-Bereitschaftspraxen, muss eine mögliche Reduktion im Bereich der Kliniken bzw. Notfallstufen gem. GBA-

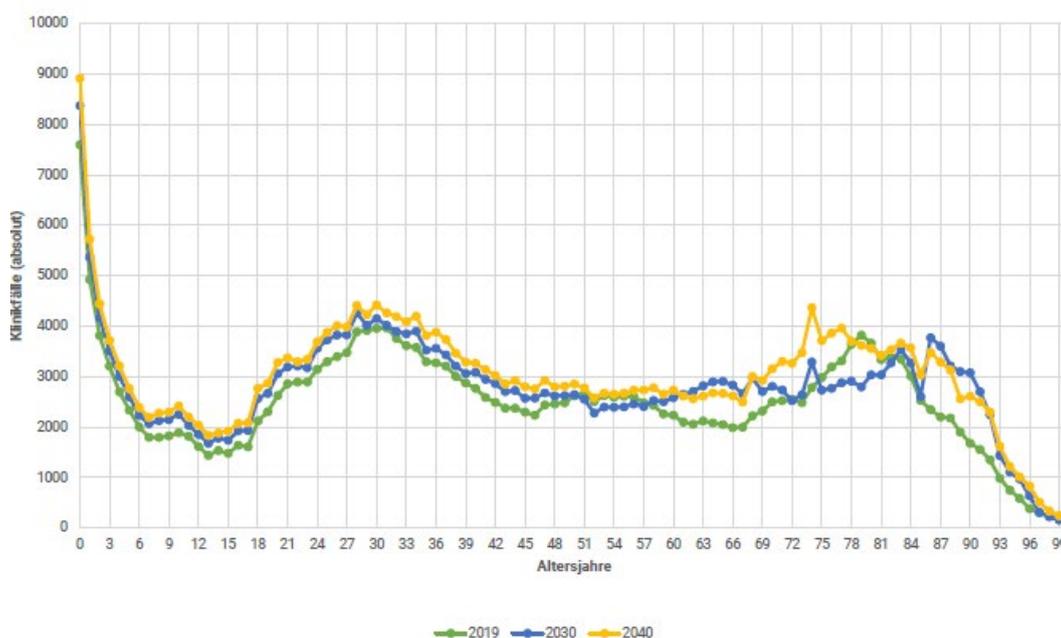
Kriterien unter allen Akteur*innen gut abgesprochen werden.

1.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040

Bei den Prognosen des Notfallaufkommens für die Jahre 2030/2040 geht die Notfallstudie auf Grundlage der Bevölkerungsentwicklung von einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen sowohl für die LHM als auch für die umliegenden Landkreise aus: für 2030 um rund 11 %, für 2040 um rund 20 % im Vergleich zu 2019. Die Bevölkerung wird dabei nicht gleichmäßig über das Stadtgebiet zunehmen, sondern vor allem in den äußeren Stadtteilen im Westen, Norden und Osten. Hier wird teilweise eine Zunahme von Klinikfällen von bis zu 167 % (äußerster Westen/ Freiham) vorhergesagt.

Neben der räumlichen Verteilung ist auch die Altersverteilung der Notfälle von Interesse, da vor allem bei älteren Patient*innen ab 60+ Jahren mit zeitkritischeren Diagnosen (z.B. Schlaganfall) und aufwendigerer Versorgung zu rechnen ist. In der nachfolgenden Abbildung wird die Entwicklung der prognostizierten Klinikfälle für 2030 und 2040 nach Altersjahren dargestellt. Bis 2030 verschieben sich Fälle in höhere Altersgruppen aufgrund des Älterwerdens der geburtenstarken Jahrgänge. Im Jahr 2040 ist im Vergleich zum Jahr 2019 das erwartete Fallaufkommen in der Altersgruppe 60+ Jahre deutlich erhöht. Auffällig ist auch, dass in der besonders sensiblen Altersgruppe 85+ Jahren eine deutliche Erhöhung des Fallaufkommens in den nächsten Jahren zu erwarten ist. Dies wird engmaschig beobachtet.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Entwicklung der prognostizierten Klinikfälle für 2030 und 2040 nach Altersjahren dargestellt. Es ist erkennbar, dass die Fallzahlen im Jahr 2040 besonders in den Altersgruppen 60-78 Jahren und ab 87 Jahren zunehmen werden im Vergleich zum Stand von 2019.



2. Versorgungsanalyse Geburtshilfe

2.1 Versorgungslage

In München gibt es zehn geburtshilfliche Abteilungen in den Kliniken mit unterschiedlichen Versorgungsleveln. Fünf Standorte verfügen über die höchste Versorgungsstufe eines Perinatalzentrums Level I. Zwei Standorte sind Perinatalzentrum Level II, ein Standort hat einen perinatalen Schwerpunkt Level III und zwei Standorte sind Geburtskliniken ohne perinatologischen Schwerpunkt (Level IV).

In Level IV-Häusern sollen Geburten ohne Risikofaktoren nach der 36. Schwangerschaftswoche stattfinden, was auf 90 % aller Geburten zutrifft. Neue Versorgungsmodelle in der Geburtshilfe zielen auf eine Risikoeinschätzung der Gebärenden, sodass ein Großteil der Gebärenden die Kriterien für eine hebammengeleitete Geburt erfüllen. In der Landeshauptstadt München (LHM) wurde im Herbst 2023 an einem Standort das Konzept eines hebammengeleiteten Kreißsaals verwirklicht. Allerdings befindet sich dieser Standort seit Dezember 2023 in einem Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung. Welche Auswirkungen dieses Verfahren auf den Hebammenkreißsaal bzw. die Zukunft der Geburtshilfestation allgemein hat, ist noch nicht abschließend geklärt.

In den zehn geburtshilflichen Standorten werden jährlich zwischen 20.092 (2023) und 23.174 Geburten (Rekordjahr 2021) betreut. Das GSR verzeichnete in den letzten Jahren wiederholt hoch ausgelastete Kreißsäle und einer angespannten Situation innerhalb der stationären Geburtshilfeeinrichtungen. Das zeigte sich u.a. daran, dass Frauen unter der Geburt von der Wunschklinik abgewiesen wurden und unter Wehen in einen anderen Kreißsaal verlegt werden mussten. In Bezug auf die geburtshilflichen Kapazitäten, die München aktuell zur Verfügung stehen, ergibt sich bei der Betrachtung der letzten fünf Jahre ein gemischtes Bild. In geburtenschwachen Jahren reichten die Kapazitäten aus. In geburtenstarken Jahren stieß die Geburtshilfe an ihre Kapazitätsgrenze, mit den entsprechenden Belastungen für die Gebärenden und das geburtshilfliche Personal. Außerdem variierte die Auslastung an den unterschiedlichen Tagen.

Abhängig von der Geburtenzahl kann auch für den Bereich der Neonatologie in den Münchner Krankenhäuser zeitweise von einem unterversorgten Bereich ausgegangen werden. Neben den angespannten räumlichen Kapazitäten, spielt die personelle Situation auf den geburtshilflichen Stationen vor allem die entscheidende Rolle. Während in den letzten Jahren von einem eklatanten Hebammenmangel gesprochen wurde, sind die eingeschränkten Personalressourcen auf den Wochenstationen derzeit ausschlaggebend für den Fachkräftemangel.

In den letzten zehn Jahren wurden acht geburtshilfliche Stationen in einem 70-100 km Umkreis von München geschlossen, davon eine direkt in München und eine 15 km von München entfernt. Innerhalb der LHM werden zwischen 25 – 29 % der Geburten von Nicht-Münchnerinnen versorgt, sodass die LHM ein attraktiver Geburtsort für Gebärende aus dem Umland geworden ist.

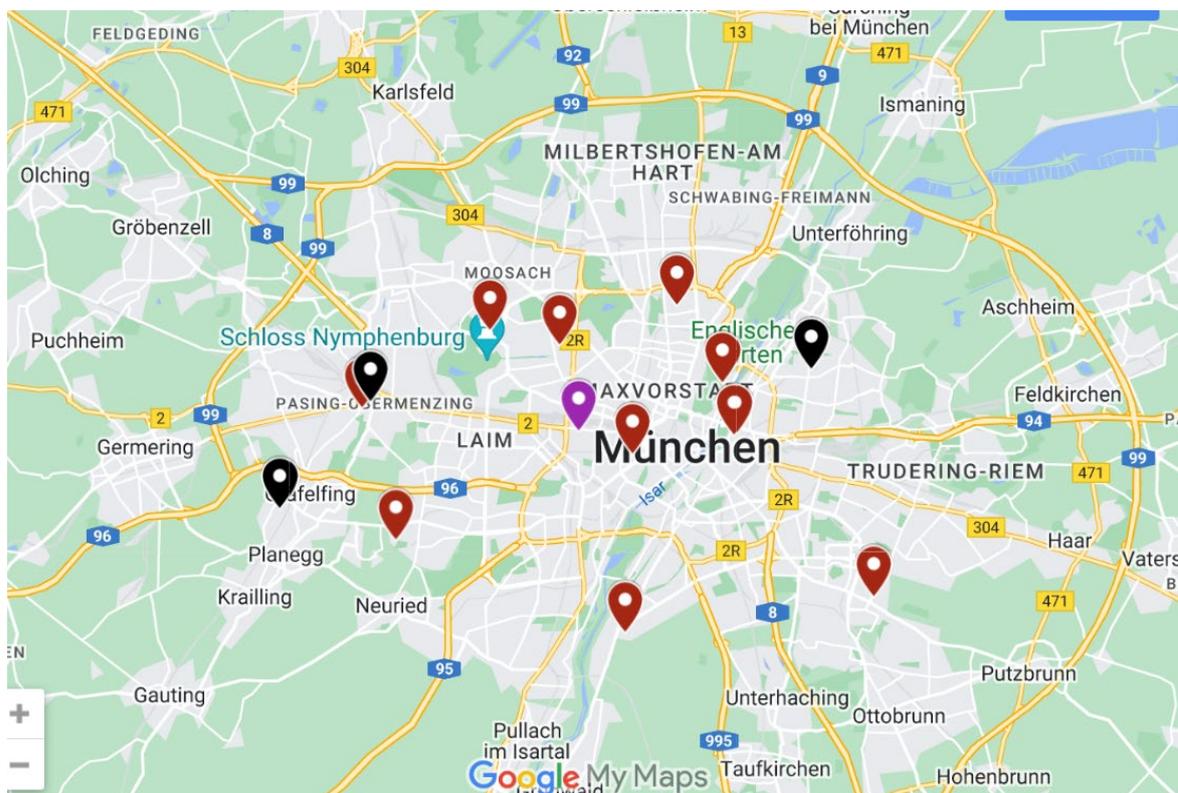
Weitere Ausführungen zur Versorgungslage enthält die Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ vom 18.07.2024.

2.2 Räumliche Verteilung der Kliniken in München?

Die Empfehlung der Bundesregierung zur Erreichbarkeit einer Geburtsklinik für Frauen im gebärfähigen Alter entspricht 40 Minuten (Deutscher Bundestag 2019: Drucksache

19/11674). In der LHM kann unter normalen Voraussetzungen jede Frau innerhalb von 30 – 40 Minuten eine Geburtsklinik erreichen. Dennoch kann insbesondere in Großstädten wie München nicht davon ausgegangen werden, dass jede Familie über einen eigenen PKW verfügt, um in eine Geburtsklinik zu fahren. Ein regelrechter Geburtsbeginn stellt keinen Notfall dar, der das Bestellen eines Rettungswagens rechtfertigen würde. Somit erscheint das Vorhalten mehrerer geburtshilflicher Standorte über das Stadtgebiet gerechtfertigt.

Die Verteilung der einzelnen Geburtskliniken können der folgenden Graphik entnommen werden. Die zehn bestehenden Einrichtungen sind rot eingezeichnet, die bereits geschlossenen Kreißsäle sind schwarz dargestellt.



Verteilung der Geburtskliniken in München (rot) und bereits geschlossene Abteilungen (schwarz).

2.3 Prognose der Versorgungslage bis 2040?

München ist ein florierender Standort, der mit moderat steigenden Geburtenzahlen bei gleichzeitiger Zuwanderung rechnen muss. Die aktuell in München zu beobachtenden Geburtenzahlen resultieren vor allem aus einem Anstieg der Elternjahrgänge, das heißt „mehr Frauen, mehr Kinder“. Zusätzlich war das generative Verhalten der Frauen in München in den letzten zwei Jahrzehnten insgesamt angestiegen. Dabei zeigten einzelne Jahre eine abweichende Fertilität, sodass die Geburtenzahlen in diesen Jahren entsprechend höher oder niedriger ausfielen. Nach der Planungsprognose 2023 bis 2040 ist zukünftig mit einem weiteren Anstieg der Geburten zu rechnen.

Die Geburtenzahlen sind in erster Linie an die Zahl der Elternjahrgänge gekoppelt. Mit einem Anstieg auf 18.107 Geburten wurde 2016 der historische Höchststand von 1966 übertroffen. Seitdem wurde wieder ein leichter Rückgang beobachtet. Dagegen wurden im

Jahr 2021 auffällig hohe Geburtenzahlen und im Folgejahr wiederum auffällig niedrige Geburtenzahlen registriert. Hier ist anzunehmen, dass in Zeiten des Lockdowns vorgezogene Entscheidungen für ein Kind fielen. 2021 wurde mit 18.330 Geburten ein neuer Höchststand erreicht, im Folgejahr 2022 waren es nur noch 16.540 Geburten.

Zukünftig wird für München ein weiter moderat steigender Geburtentrend erwartet, wobei jährliche Schwankungen auftreten können. Dies wurde auch für die Annahmen der Planungsprognose 2023 bis 2040 zugrunde gelegt. Demnach ist mit einem Anstieg auf fast 20.400 Geburten (nur Münchnerinnen ohne Umland) bis 2040 zu rechnen, wobei 2038 voraussichtlich die 20.000er Marke überschritten wird.

Dabei beschreibt die Planungsprognose die wahrscheinlichste Entwicklung, auf die sich die Landeshauptstadt aus heutiger Sicht realistischerweise einzustellen hat. Die zukünftig zu erwartende Elterngeneration wird maßgeblich durch Zu- und Abwanderung bestimmt. Da diese Migration zunehmend internationaler und komplexer wird, ist auch eine Vorhersage hinsichtlich Einwohnerzahl und Geburten mit höheren Unsicherheiten verbunden.

Dargestellt werden drei verschiedene Szenarien der Geburtenprognose (Planungsprognose und oberes / unteres Szenario). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich dabei lediglich um die Anzahl der Geburten von Münchnerinnen handelt. Die Geburten von Frauen, die im Umland wohnhaft sind, müssen zusätzlich berücksichtigt werden. Laut GSR-Informationen machen diese Geburten jährlich konstant 25 % bis 26 % der Gesamtgeburtenzahl innerhalb der Landeshauptstadt aus.

	Geburten im Jahr 2040 laut Planungsprognose 2023 – 2040	Oberes Szenario	Unteres Szenario
<i>Nur Münchner*innen</i>	20.363	22.313	18.384
<i>Anteil Umland (25 %)</i>	5.091	5.578	4.596
Gesamt	25.454	27.891	22.980

Die Versorgungslage wird nicht nur von den Geburten, sondern auch von den Planungen der Münchner geburtshilflichen Abteilungen beeinflusst. Über geplante Schließungen von geburtshilflichen Abteilungen in München ist dem GSR nichts bekannt.

Neben der MüK Harlaching planen drei weitere Standorte in München Kapazitätserweiterungen des Kreißaalsbereichs (um 1-2 Kreißsäle). Wann diese Planungen final umgesetzt werden, ist derzeit noch nicht absehbar.

In den letzten zehn Jahren haben die drei geburtshilflichen Standorte der MüK zwischen 24,0 % und 27,6 % aller Klinikgeburten versorgt.

Aufgrund der Entscheidung der Sitzungsvorlage „Geburtshilfe IV – Evaluation der Versorgungssituation und Empfehlung zum Fortbestand oder zur Schließung der Geburtshilfe am Standort Neuperlach“ den geburtshilflichen Standort in Neuperlach an die MüK Harlaching umzuziehen, wird es zukünftig ein Level IV-Haus weniger in der geburtshilflichen Versorgungslandschaft geben, es werden jedoch keine Kreißaalkapazitäten abgebaut.

Die Evaluation der geburtshilflichen Kapazitäten wird in der Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ vom 18.07.2024 ausführlich vorgestellt.

An Level IV Kliniken können Frauen ab der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche gebären, sodass die Geburtshilfe interventionsarm und ohne intensivmedizinische

Zwischenfälle betrieben werden kann. Ca. 90 % aller Geburten fallen in das Versorgungsspektrum einer Level IV-Klinik.

Interventionsarme Konzepte der Geburtshilfe betreffen zum einen die außerklinische Geburtshilfe, können aber auch im stationären Setting von Level-I-Kliniken umgesetzt werden.

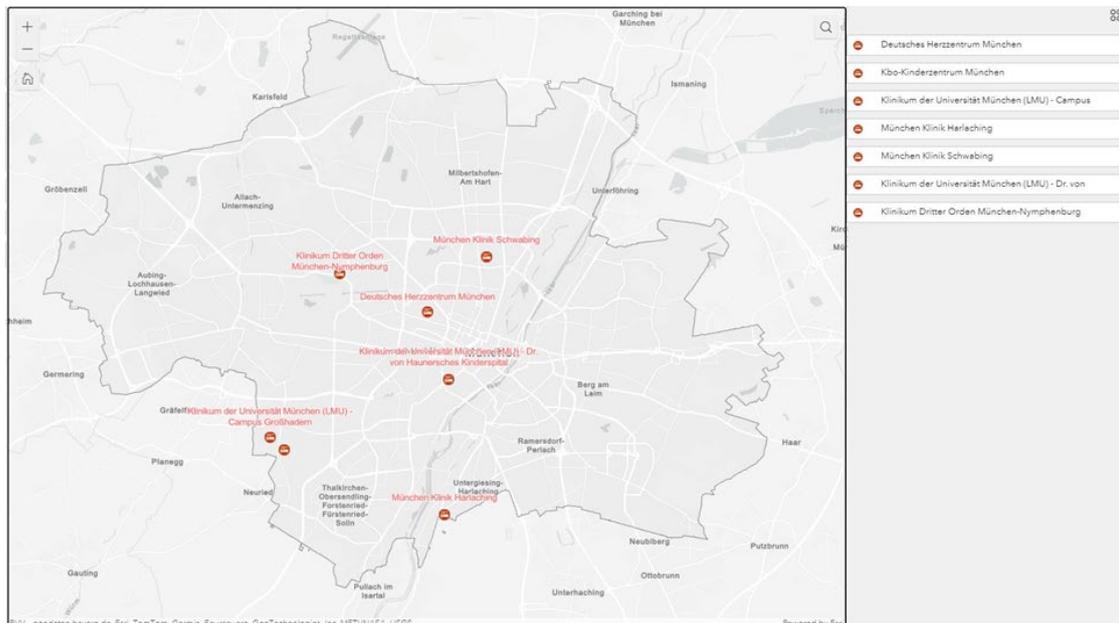
Ambulante Geburten finden im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe (Hausgeburten, Geburten im Geburtshaus) statt. Seit der Corona-Pandemie ist die Nachfrage an außerklinischer Geburtshilfe stetig gestiegen. Allerdings hat ein Geburtshaus in München zum 31.08.2023 den geburtshilflichen Betrieb eingestellt, sodass sich das Angebot weiter verringert hat. Derzeit gibt es zwei Geburtshäuser innerhalb der LHM oder die Frauen entscheiden sich für eine Hausgeburt. Der Anteil an außerklinischer Geburtshilfe lag in den vergangenen Jahren bei 3,8 bis 5,2 % und ist damit verhältnismäßig gering. In München ist auch in Zukunft nicht davon auszugehen, dass die außerklinische Geburtshilfe von der Mehrheit der Gebärenden nachgefragt wird.

Neue geburtshilfliche Konzepte in der Klinik, z.B. der Hebammenkreißsaal, zielen auf eine personalintensive und interventionsarme Versorgung von Gebärenden im Sinne der 1:1-Betreuung (eine Hebamme betreut nur eine Gebärende während der aktiven Phase unter der Geburt).

3. Versorgungsanalyse Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrie

3.1 Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

In München wird die stationäre gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mithilfe von vier Kinderkliniken der Allgemeinversorgung, pädiatrischen Intensivstationen an fünf Standorten, zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie durch ein sozialpädiatrisches Zentrum zur Förderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen sichergestellt (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 1). Weiterhin steht für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern mit dem Deutschen Herzzentrum eine kardiologische Fachklinik mit pädiatrischer Abteilung zur Verfügung. Die neonatologische Versorgung leisten neun Krankenhäuser mit neonatologischen Intensiv- und Allgemeinstationen (sieben Level-1-Perinatalzentren, eine neonatologische Intensivstation und eine perinatale Schwerpunkteinrichtung; vgl. Anlage 4, Kapitel 4, „Versorgungsanalyse Kinder- und Jugendmedizin – Neonatologie“).



Lage der Kinderkliniken in München. Hinweis zur Graphik: Das Deutsche Herzzentrum München steht als kardiologische Fachklinik nur für die Versorgung von kardiologischen Fällen zur Verfügung, das kbo-Kinderzentrum München dient als Fachklinik für Sozialpädiatrie Patient*innen mit Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und chronischen Erkrankungen. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden hier nicht dargestellt, da sie ebenfalls nicht als allgemeinversorgende Kliniken fungieren.

3.2 Kinderkliniken mit Fachrichtungen in München

Die vier großen Kinderkliniken in München sind das Dr. von Hauersche Kinderspital, die München Klinik (MüK) Schwabing und die MüK Harlaching sowie das Klinikum Dritter Orden. Die Kinderklinik Schwabing ist eine gemeinsame Einrichtung des Klinikums rechts der Isar und der München Klinik. Die Hochschulambulanz wird dabei vom Klinikum rechts der Isar betrieben, der stationäre Bereich ist bei der München Klinik eingebettet.

Fachrichtungen der Kinderkliniken sind laut Krankenhausplan des Freistaats Bayern die Kinder- und Jugendmedizin, die Kinderchirurgie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik. Kinderchirurgische Fachabteilungen werden durch das Dr. von Hauer'sche Kinderspital, die MüK Schwabing und das Klinikum Dritter Orden vorgehalten. Kinder- und Jugendpsychiatrien sind in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am LMU Klinikum und am kbo-Heckscher-Klinikum zu finden. Kinderpsychosomatische Abteilungen befinden sich zudem am Klinikum Dritter Orden und an der MüK Schwabing. Kinderonkologische Abteilungen werden durch das Dr. von Hauer'sche Kinderspital und die MüK Schwabing betrieben. Im Deutschen Herzzentrum München werden zudem Kinder und Jugendliche, einschließlich Neugeborener, bis zum 18. Lebensjahr mit angeborenen Herzfehlern auf drei kinder-kardiologischen Stationen behandelt. Am LMU Klinikum Campus Großhadern gibt es ebenfalls eine pädiatrische Intensivstation zur Versorgung von pädiatrisch-kardiologischen und pädiatrisch-neurologischen Krankheiten. Ferner gibt es in München das kbo-Kinderzentrum als Fachklinik für Sozialpädiatrie.

Krankenhaus	Allgemein- versorgung	pädiatrische Intensiv-stati- onen	Kinder-chirurgi- sche Fachabtei- lung	Kinder- onko- logische Fach-abtei- lung	Kinder- psycho-so- matische Ab- teilung	Kinder- und Jugend-psy- chiatrie	Fachklinik Sozial-pä- diatrie	Kardio-logi- sche Fach- klinik
München Klinik (MüK)								
- MüK Schwabing	x	x	x	x	x			
- MüK Harlaching	x	x						
Klinikum Dritter Orden	x	x	x		x			
Klinikum der Universität München (LMU)								
- Standort Innenstadt					x	x		
- Dr. von Hauner- sches Kinderspital	x	x	x	x				
- Standort Großha- dern		x						
kbo Heckscher Klinikum						x		
kbo-Kinderzentrum							x	
Deutsches Herzzentrum								x

Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in München. Quelle: Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand 01.01.2024

Hinweis: Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Schwabing ist eine gemeinsame Einrichtung des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München und der München Klinik Schwabing.

3.3 Versorgungslage

In München leben derzeit 246.042 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Stand Februar 2024). Laut Krankenhausplan des Freistaats Bayern standen im Jahr 2023 395 Betten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung. Zudem waren am LMU-Klinikum 133 Krankenhausbetten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorhanden. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es am LMU-Klinikum 50 Krankenhausbetten und 20 teilstationäre Plätze. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des kbo-Heckscher-Klinikums Münchens verfügte über 78 Krankenhausbetten und 33 teilstationäre Plätze.

Wie für andere Versorgungsbereiche auch gilt für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen, dass die im Krankenhausplan angegebenen zugelassenen Betten und die sogenannten aufgestellten Betten meist nicht mit den betriebenen Betten übereinstimmen. In der Regel können weniger Betten als geplant betrieben werden. Das GSR hat keinen Zugriff auf Informationen über tatsächlich betriebene Bettenkapazitäten der verschiedenen Krankenhäuser in München. Dennoch kann zeitweise von einem unterversorgten Bereich ausgegangen werden, da Meldungen über unzureichende Kapazitäten und Verlegungen von Münchner Patient*innen im Kindesalter an Krankenhäuser außerhalb von München seit einigen Jahren, insbesondere während der Wintermonate aufgrund von Atemwegserkrankungen, deutlich zunehmen. Auch mussten Patient*innen teilweise vermehrt abgewiesen und Operationen verschoben werden. Da die Pädiatrie seit Jahren unter erheblicher Finanzmittelknappheit leidet, ist zudem innerhalb der letzten 20 Jahre bundesweit ein deutlicher Rückgang der pädiatrischen Abteilungen und eine Abnahme der Zahl der vorgehaltenen Betten im Bereich der Pädiatrie zu erkennen. Insbesondere die pädiatrische Onkologie ist zunehmend von Personalengpässen und Bettensperrungen betroffen. In der MüK wurde unter anderem im Bereich der Kinderonkologie eine Betrauung durch die LHM vorgenommen, um die defizitäre Fachabteilung finanziell zu unterstützen. Auch nehmen Meldungen über unzureichende Kapazitäten auf pädiatrischen Intensivstationen zu. Laut einer deutschlandweiten Befragung von Krankenhäusern mit Kinderintensivstationen durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) konnten im Februar 2024 von den gemeldeten 629 Intensivbetten der 91 rückmeldenden Kinderintensivstationen in Deutschland nur 409 Betten betrieben werden. Insbesondere in Ballungsräumen sind 40 % der Bettenkapazitäten in Kinderintensivstationen aufgrund von Personalmangel gesperrt. Als Hauptursache für Bettenschließungen und Versorgungsengpässe in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind der Pflegefachkräfte- und Ärztemangel zu nennen.

Abmeldungen von der stationären Versorgung bzw. Notfallversorgung durch die eHealth-Software „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)“ liefern wichtige Hinweise auf die Kapazitäten der Kliniken. Bei IVENA handelt es sich um eine Informations- und Kommunikationsstruktur, die als Grundlage für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu aufnahmebereiten medizinischen Versorgungseinrichtungen dient. Datenträger der IVENA-Daten ist der Rettungszweckverband und für die Nutzung von IVENA-Daten zur Beurteilung der Versorgungskapazitäten müssen die Münchner Kliniken zunächst ihr Einverständnis erklären. Im Rahmen der zweiten Münchner Notfallstudie wurden dem GSR IVENA-Daten zugänglich gemacht. In Pädiatrischen Intensiv- und Pflegestationen (PIPS) wurden in der Notfallstudie vermehrt Abmeldungen der PIPS in Münchner Krankenhäusern beobachtet, so dass zeitweise die Zuweisung von pädiatrischen Patient*innen erschwert war. Daten zu Verlegungen aufgrund von Kapazitätsengpässen innerhalb und außerhalb Münchens liegen dem GSR jedoch nicht vor.

3.4 Bedeutung der München Klinik für die pädiatrische Versorgung in München

Die MüK ist mit ihren Kliniken die zweitgrößte kommunale Klinik in Deutschland und zählt mit ihren beiden Standorten Schwabing und Harlaching zu einem der wichtigsten pädiatrischen Gesundheitsversorger in der LHM. In einzelnen Versorgungsbereichen ist die Relevanz der pädiatrischen Versorgung durch die MüK besonders groß. So steht etwa im Bereich der Kinderonkologie neben dem Standort Schwabing lediglich ein weiteres Krankenhaus in München zur onkologischen Behandlung von pädiatrischen Patient*innen zur Verfügung. Wie unter Kapitel 4.4 „Stellungnahme zur Pädiatrie“ ausgeführt, würde eine Reduktion des pädiatrischen Leistungsangebots an Münchner Kliniken – insbesondere in Versorgungsbereichen, in denen bereits jetzt Versorgungsengpässe zu beobachten sind – eine starke Belastung für die pädiatrische Versorgung in München bedeuten. Die MüK muss gemeinsam mit anderen Anbieter*innen in den Leistungsbereichen versuchen, Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Daher sollte angestrebt werden, das pädiatrische Angebot an den Bedarf anzupassen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der hohen Mitversorgerfunktion der Kinderkliniken für das Umland, andere Regionen in Deutschland und für Patient*innen aus dem Ausland. Erfolgversprechende Maßnahmen zur Personalgewinnung müssen kontinuierlich ausgebaut werden.

3.5 Prognose der Versorgungslage bis 2040

Aufgrund eines langfristig zu erwartenden Anstiegs der Anzahl an Kindern und Jugendlichen in München infolge steigender Geburtenzahlen (vgl. Kapitel 2) und Zuwanderung wird mit einem Anstieg der Fallzahlen in der Kinder- und Jugendmedizin gerechnet. Zudem wird im Zuge des zunehmenden Fachkräftemangels davon ausgegangen, dass sich die Versorgungssituation ohne notwendige Reformen weiter verschärft. Bereits jetzt fehlen in Kinderkliniken deutschlandweit 5000 Fachkräfte – insbesondere Pflegefachkräfte. Die Situation wird seitens des GSR mit der MüK kontinuierlich beobachtet und, soweit es auf kommunaler Ebene möglich ist, gegengesteuert.

4. Versorgungsanalyse Kinder- und Jugendmedizin – Neonatologie

4.1 Neonatologische Versorgung in Münchner Krankenhäusern

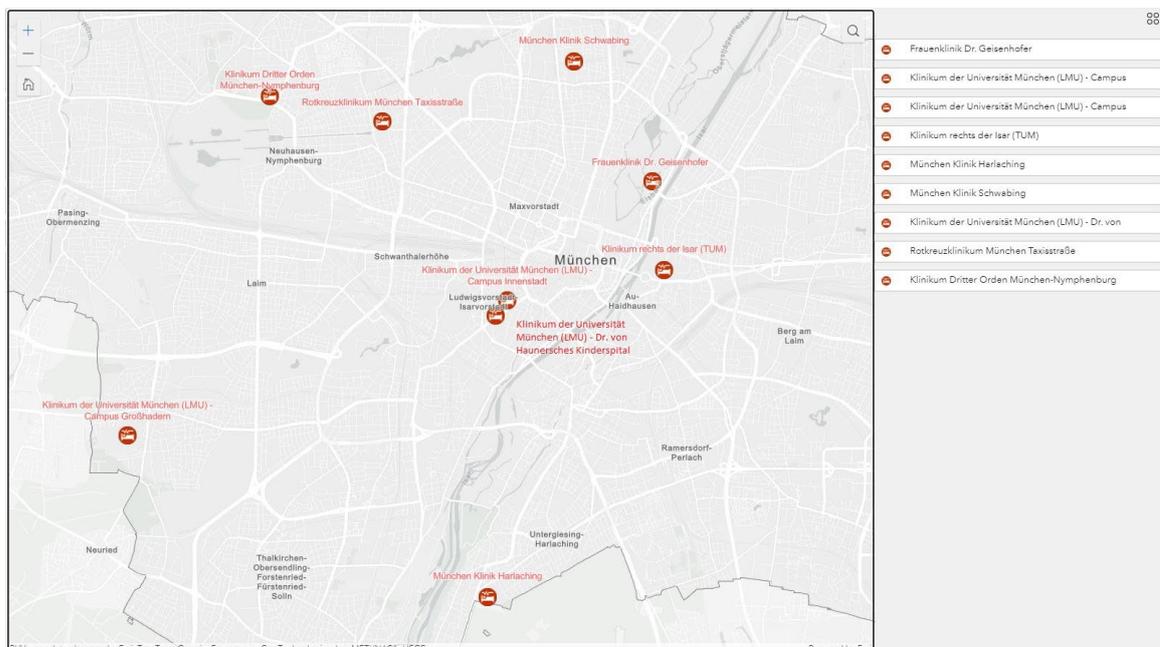
In den neonatologischen Einrichtungen werden Frühgeborene und kranke Neugeborene teilweise, je nach Klinik, bis ins Säuglingsalter (d. h. während des 1. Lebensjahres) behandelt. Generell gelten Kinder, die vor der vollendeten 37. SSW geboren werden, als Frühgeborene.

Die MüK betreibt an den beiden Standorten Harlaching und Schwabing die Fachabteilung Neonatologie als Perinatalzentrum Level I, d.h. als Perinatalzentrum der maximalen Versorgungsstufe. Perinatalzentren (Level I) erfüllen hinsichtlich der Spezialisierung, ihrer Ausstattung und des Personals die höchsten Ansprüche bei Risikoschwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlbildungen bei Ungeborenen und Erkrankungen bei Neugeborenen. In Level 1-Perinatalzentren können auch Frühgeborene mit weniger als 1.250 g Geburtsgewicht oder unter 29+0 Schwangerschaftswochen (SSW) behandelt werden. Durch die enge Kooperation mit der geburtshilflichen Abteilung ist eine umfassende Versorgung der Neugeborenen vom Kreißsaal bis zum Operationssaal, falls notwendig, gesichert. Weitere Perinatalzentren der Maximalstufe (Level I) in München sind das Klinikum rechts der Isar, das LMU Klinikum München mit den beiden Standorten Großhadern und der Ziemssenstraße sowie das Klinikum Dritter Orden und die

Frauenklinik in der Taxisstraße (vgl. Abbildung). Das Dr. von Haunersche Kinderspital betreibt ebenfalls eine neonatologische Intensivstation, in der pädiatrisch und chirurgisch zu behandelnde Frühgeborene unter 1.500 g sowie kranke Neugeborene und Säuglinge bis zum ersten Lebensjahr betreut werden. Ferner gibt es neonatologische Intensivbehandlungsplätze in der Frauenklinik Dr. Geisenhofer, welche eine perinatale Schwerpunkteinrichtung (Versorgungsstufe III) darstellt. Hier werden Frühgeborene ab der 32. SSW behandelt. In der MÜK Neuperlach werden, als reine Geburtsklinik, Neugeborene ab der 36. SSW versorgt. Die Dichte an Perinatalzentren – insbesondere an Perinatalzentren Level I – ist in München hoch. Sie haben eine deutliche Mitversorgerfunktion für Frühgeborene und kranke Neugeborene aus dem Umland und aus anderen Regionen.

Der G-BA hat die geltende Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von unter 1.250 Gramm auf 25 erhöht. Ab 2024 dürfen demnach nur noch jene Kliniken diese untergewichtigen Frühgeborenen versorgen und ihre Leistungen abrechnen, die die erhöhte Mindestmenge voraussichtlich erreichen. Davon ausgenommen sind Notfallversorgungen. Hintergrund für diese Maßnahme ist, dass die Behandlung extrem untergewichtiger Kinder erfahrenen Behandlungsteams/Kliniken überlassen werden sollen, um damit das Leben und die Gesundheit von frühgeborenen Kindern zu schützen.

In der 2. Münchner Notfallstudie wurde durch Auswertungen der IVENA-Daten gezeigt, dass es im Verlauf des Beobachtungszeitraumes vermehrt zu Situationen kam, bei welchen keine oder nur einzelne neonatologische Einrichtungen verfügbar waren. Es kommt vor, dass in München zeitweise kein neonatologisches Intensivbett mehr zur Verfügung steht, sodass Früh- und kranke Neugeborene in andere Kliniken außerhalb von München verlegt werden müssen. Grund hierfür ist oftmals der Fachkräftemangel. Die Qualitätsrichtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) legt verpflichtende Personalanforderungen pro Schicht für die Stationen fest, wie etwa Vorgaben zum Betreuungsschlüssel bei Kindern unter 1.500 g, wodurch die pflegerische Versorgungsqualität gesichert werden soll. Diese sind jedoch aufgrund des Pflegepersonalmangels häufig nicht zu erfüllen.



Lage der neonatologischen Abteilungen in München, Darstellung GSR.

4.2 Marktanteil der MüK

Im Jahr 2023 wurden in beiden Kliniken für Neonatologie insgesamt 90 Frühgeborene unter 1.500 g versorgt. Weiterhin wurden in den letzten fünf Jahren durchschnittlich in der MüK Schwabing 35,6 Frühgeborene unter 1.500 g Geburtsgewicht und in der MüK Harlaching 45,8 Frühgeborene unter 1.500 g Geburtsgewicht versorgt (s. Tabelle 1). Auch in der Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht weisen die MüK Schwabing und die MüK Harlaching eine hohe Expertise auf. Innerhalb der letzten fünf Jahre versorgte die MüK Schwabing durchschnittlich 21,85 Frühgeborene unter 1.250 Gramm und die MüK Harlaching im Mittel 30,92 Kinder unter 1.250 g. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für das Jahr 2024 erhöhte Mindestmenge von 25 statt bisher 20 versorgten Frühgeborenen unter 1.250 g pro Jahr für die Level 1-Perinatalzentren wurde durch die MüK Harlaching somit erfüllt.

Klinikstandort mit neonatologischer Abteilung	Fallzahl / Jahr (Ø 2018-2023)
MüK Schwabing	35,6
MüK Harlaching	45,8
Klinikum Dritter Orden	80,2
Dr. von Haunersches Kinderspital	k. A.
LMU Klinikum Campus Großhadern	50,2
LMU Klinikum Innenstadt (Ziemssenstraße)	58,6
Klinikum rechts der Isar	38,4
Rotkreuzklinikum München – Frauenklinik	29,4
Summe	338,2

Neonatologische Versorgung von Frühgeborenen. Hinweis: Dargestellt sind jährlich im Durchschnitt der Jahre 2018 – 2023 behandelte Frühgeborene unter 1.500 g Geburtsgewicht. Quelle: Perinatalzentren.org (Stand 30.09.2023).

4.3 Versorgungslage

Im Jahr 2022 lag der Anteil der Frühgeburten zwischen der 24+0 bis unter 35+0 SSW an allen Entbindungen in München bei 3,5 % (s. Tabelle 2). Die vom G-BA beschlossene Erhöhung der Mindestmenge für Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g ab 2024 könnte möglicherweise zu einem Verlust der Anerkennung als Level 1-Perinatalzentrum in der MüK Schwabing führen, falls die notwendigen Fallzahlen über einen längeren Zeitraum nicht erreicht werden. Weiterhin ist ggf. aus demselben Grunde und infolge des Insolvenzverfahrens der Rotkreuzklinikum München gGmbH ebenfalls unklar, ob das dortige Perinatalzentrum Level 1 der Frauenklinik in München aufrechterhalten werden kann, sodass daraus entstehende Kapazitätsausfälle durch die anderen Perinatalzentren ausgeglichen werden müssten. Bei einer Reduzierung des Angebots im Bereich der Neonatologie in München würden Verlegungen von Frühgeborenen in andere Krankenhäuser außerhalb von München sehr wahrscheinlich weiter zunehmen, sofern die Kapazitäten nicht an anderen Standorten aufgefangen werden könnten. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Früh- und Neugeborenen sollten Transporte dringend vermieden werden, da Verlegungen gesundheitliche Gefahren bedeuten und eine Trennung von Mutter und Kind

negative psychosozialen Folgen für beide mit sich bringen können. Außerdem werden durch die Transporte Kapazitäten beim Fachpersonal über einen längeren Zeitraum gebunden und stehen nicht mehr vor Ort zur Verfügung.

Die nachfolgende Tabelle zeigt Fallzahlen von Frühgeborenen (24+0 bis unter 35+0 SSW) aller Perinatalzentren im Jahr 2022. Da insbesondere die Versorgung von Frühgeborenen unter 35 SSW sehr aufwendig ist und eine hohe Expertise voraussetzt, sind die Fallzahlen von Frühgeborenen zwischen der 24+0 bis unter 35+0 Schwangerschaftswochen von hoher Relevanz für die Beurteilung der Versorgungssituation in München.

Krankenhausstandort	Anzahl Geburten	Anzahl Frühgeborene (24+0 bis < 35+0 SSW)	Anteil Frühgeborene* an der Gesamtzahl der Frühgeborenen*
MüK Schwabing	2.455	75	11,7%
MüK Harlaching	2.332	108	16,7%
Klinikum Dritter Orden	2.765	127	19,8%
Klinikum der Universität München - Campus Großhadern	1.531	79	12,3%
Klinikum der Universität München – Campus Innenstadt	2.259	95	14,8%
Frauenklinik Dr. Geisenhofer	2,295	11	1,7%
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München	1,762	76	11,8%
Rotkreuzklinikum München gGmbH	3,027	72	11,2%
Gesamt (München)	18,426	643	3,5%

Fallzahlen Frühgeborene (24+0 bis < 35+0 SSW) im Jahr 2022. Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, Referenzberichte zu den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser 2022 (gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) SSW: Schwangerschaftswoche; * : Frühgeborene (24+0 bis < 35+0 SSW).

4.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040

Die Münchner Bevölkerung wächst aufgrund von steigenden Geburtenzahlen und Zuwanderung. Mit steigendem Alter der Mütter steigt auch das Risiko für eine Frühgeburt. Insgesamt ist ein Trend zu einem höheren Alter der Mütter sowohl bei der ersten Geburt als auch bei Betrachtung über alle Geburten hinweg erkennbar. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt eines Kindes nahm im Zeitraum 2000 bis 2022 zu. Während im Jahr 2000 das Alter der Mütter bei der ersten Geburt bei durchschnittlich 30,7 Jahren lag, stieg

es bis zum Jahr 2022 auf durchschnittlich 32,2 Jahre an. Die Betrachtung über alle Geburten liefert für das Jahr 2022 ein Durchschnittsalter der Mütter von 33 Jahren.

Für eine Prognose von zukünftigen erwarteten Fallzahlen wird auf die Zahl der stationären Behandlungsfälle im Jahr 2019 (vor Corona) und das Jahr 2022 zurückgegriffen. Hierzu wurde die Zahl der Behandlungsfälle pro Einwohner*in berechnet. Bei Fällen in der Neonatologie wurde weiterhin die Altersgruppe der 0 bis 1-Jährigen betrachtet. Auch wurde nur die in München lebende Bevölkerung für die Prognosen berücksichtigt. Zudem wurde für die Bevölkerungsinformationen auf die Zahlen des statistischen Amtes Stand Dezember 2022 zurückgegriffen. Für die Prognose wurden die Zahlen des Planungsreferats mit diesen Behandlungsfällen pro Einwohner*in multipliziert, um eine Abschätzung der zukünftigen Fallzahlen zu erhalten. Annahmen dabei waren, dass der Anteil der Behandlungsfälle aus dem Münchner Umland konstant bleibt und die Zahl der Behandlungsfälle pro Einwohner*in in gleicher Größenordnung auch in zukünftigen Jahren erwartet werden kann. Anhand dessen kann für das Jahr 2040 mit einem Anstieg der vollstationär behandelten Fälle in der Neonatologie aller Level-1-Perinatalzentren von aktuell 2.593 Fällen auf 3.212 Fälle gerechnet werden. Vor diesem Hintergrund wird von einer Zunahme der zu behandelnden Frühgeburten ausgegangen. Bei gleichbleibender Situation bezüglich des Fachkräftemangels und unzureichenden Bettenkapazitäten kann von einer weiteren Verschärfung der bereits jetzt besorgniserregenden Situation ausgegangen werden.

4.5 Fazit

Sollten sich die Behandlungskapazitäten in München für Frühgeborene und kranke Säuglinge, z. B. unter anderem im Zuge des laufenden Insolvenzverfahrens der Rotkreuzklinikum München gGmbH, reduzieren, droht ein Versorgungsengpass, wenn die Kapazitäten nicht durch andere Kliniken aufgefangen werden, beispielsweise durch Übernahme von Pflegepersonal. Das Gleiche gilt für eine Herabsetzung eines Perinatalzentrums Level 1 auf ein Level 2-Zentrum infolge nicht erreichter Mindestmengen. Das Argument der MÜK, dass durch eine Bündelung von Pflegefachpersonal stabilere Teams gebildet werden können, ist nachvollziehbar. Durch eine Bündelung der Teams an den beiden Standorten der MÜK könnten möglicherweise Personalausfälle aufgefangen und temporäre Versorgungsengpässe überbrückt werden. In allen Perinatalzentren müssen dennoch weitere Maßnahmen zur Personalgewinnung getroffen und ein Ausbau von telemedizinischen Netzwerken vorangetrieben werden. Die Situation wird seitens des GSR mit der MÜK kontinuierlich beobachtet und, soweit auf kommunaler Ebene möglich ist, gegengesteuert.

5. Versorgungsanalyse Akutgeriatrie/ geriatrische Frührehabilitation

5.1 Versorgungslage

Bayerischer Krankenhausplan

Im bayerischen Krankenhausplan (Stand 01.01.2024) ist das Fachprogramm Geriatrie integriert. Dort ist mit dem OPS-Code 8-550 die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung hinterlegt, unterteilt nach Behandlungstagen und Therapieeinheiten¹.

¹ Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung unterteilt sich wie folgt:
 OPS 8-550.0: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mind. 7 Behandlungstage (BT) und 10 Therapieeinheiten (TE)
 OPS 8.550.1: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mind. 14 BT und 20 TE
 OPS 5.550.2 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mind. 21 BT und 30 TE

Festgelegt ist ebenfalls, dass pro Station/ Klinik/ Bereich eine Mindestbettenzahl von 20 vorgehalten werden muss.

Aktuelle Versorgungslage Tagesklinik Geriatrie in München

Derzeit gibt es drei geriatrische Tageskliniken in München:

- Tagesklinik Neuperlach mit dem Schwerpunkt Gedächtnis, Depression, Persönlichkeitsveränderungen, 30 Plätze,
- Tagesklinik Schwabing mit dem Schwerpunkt Mobilität, 20 Plätze,
- Tagesklinik LMU mit dem Schwerpunkt des drohenden Verlustes der Selbständigkeit, 10 Behandlungsplätze.

Aktuelle Versorgungslage der stationären Akutgeriatrie/ geriatrische Frührehabilitation in München

In München gibt es in 10 Kliniken (MüK Schwabing/ Neuperlach/ Bogenhausen, HELIOS West/ Perlach, Barmherzige Brüder, Rotkreuz, Neuwittelsbach, Diakonie Maxvorstadt, LMU) eine stationäre akutgeriatrische/ frührehabilitative Versorgung. Dementsprechend ist von mindestens 200 Betten in München auszugehen. In den umliegenden Landkreisen existieren derzeit sieben weitere akutgeriatrische Einrichtungen (Stand 01/2024).

Die Auswertung der Geriatrie-in-Bayern- Datenbank (GibDat)-Daten 2019-2021 zeigt, dass ca. 75% der versorgten Menschen in den teilnehmenden Kliniken in München wohnen und ca. 25 % aus dem Münchner Umland stammten. Im Mittel waren die versorgten Personen in der Akutgeriatrie ca. 84,75 Jahre alt und bei ihnen wurde ein geringer Barthel-Index² bei Aufnahme in die Klinik (im Mittel 36) diagnostiziert.

In München stehen in der Akutgeriatrie/ Frührehabilitation lt. Krankenhausplan mindestens 200 Betten zur Verfügung. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Betten auch betrieben werden können. Die Auswertung der Qualitätsberichte zeigt, dass das behandelte Fallaufkommen im Jahr 2022 in etwa einer Bettenzahl von 120-130 Betten entsprach. Im Jahr 2019 lag die über das Fallaufkommen abgeschätzte Bettenzahl noch bei 180-190.

Der Bedarf an akutgeriatrischen/ frührehabilitativen Betten wird zum Stand März 2024 auf ca. 380 Betten geschätzt. Hier ergibt sich bereits ein hohes Defizit in der geriatrischen Versorgung der Münchner Bevölkerung. Dieses Defizit wurde auch in der Austauschrunde mit den Chefärzt*innen der Münchner geriatrischen Abteilungen bestätigt.

5.2 Prognose der Versorgungslage bis 2040

Der Bundesverband für Geriatrie e.V. hat ein Weißbuch Geriatrie herausgegeben, in dem das Konzept für eine geriatrische Versorgung im Bereich der Akutgeriatrie und Rehabilitation beschrieben wurde (Bundesverband Geriatrie e.V.: Weißbuch Geriatrie, Kohlhammer, 2023).

In Kliniken für Geriatrie, Überbegriff für alle akutgeriatrischen Einrichtungen, sollen demnach pro 10.000 Einwohner über 70 Jahre 38 geriatrische Betten für die Akutgeriatrie

² Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen bzw. der Pflegebedürftigkeit. Dabei werden 10 unterschiedliche Tätigkeitsbereiche mit Punkten bewertet. 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig, 35-80 Punkte: hilfsbedürftig, 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig, 100 Punkte: Zustand kompletter Selbstständigkeit

vorgehalten werden, um eine ausreichende Versorgung älterer Menschen sicher zu stellen.

Mit der Geriatrischen Krankenhaushäufigkeit werden absolute Fallzahlen der Inanspruchnahme der geriatrischen Strukturen und die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in der Geriatrie nach Alter dargestellt. Sie stellt einen wesentlichen Faktor für die Prognose des zukünftigen Versorgungsbedarfs dar (Angaben in %). Der Bundesverband Geriatrie e.V. legt für seine prognostischen Berechnungen eine Annahme der Verweildauer von 15,5 Tage sowie eine Auslastung von 90 % zu Grunde.

Im Folgenden werden drei Szenarien für die Akutgeriatrie für das Jahr 2023 und das Jahr 2040 betrachtet. Basis der Betrachtungen sind die Bevölkerungszahlen für die Stadt München und die Bevölkerungsprognose des Planungsreferats der LHM für das Jahr 2040. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass 75 % der akutgeriatrisch in München behandelten Patient*innen ihren Wohnort im Stadtgebiet der LHM haben.

Szenario 1:

Das erste Szenario beschreibt das aktuelle akutgeriatrische Versorgungsniveau und die notwendigen Anpassungen bei Fortschreibung dieses Niveaus. Zusätzliche Datenbasis stellen die in den Qualitätsberichten für die Jahre 2019 (letztes Jahr vor Corona) und 2022 (aktueller Datenstand der Qualitätsberichte) gemeldeten Fallzahlen für die OPS 8-550.0, 8-550.1 und 8-550.2 dar. Es wird für das Jahr 2019/2022 auch für München von der bundesweiten Bettenauslastung im Jahr 2019 ausgegangen, für den Bedarf im Jahr 2040 wird von der Zielauslastung des Bundesverbandes für Geriatrie e.V. von 90 % ausgegangen. Für 2019/2022 und 2040 wird weiterhin pro Fall die bundesweite durchschnittliche Behandlungsdauer von 15,5 Tagen nach Bundesverband für Geriatrie e.V. unterstellt.

Es werden 75 weitere Betten benötigt, um ausgehend vom Stand 2022 ein Fallaufkommen wie vor Corona und den zusätzlichen Bedarf auf Grund der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2040 abdecken zu können.

Szenario 2:

Das zweite Szenario verwendet zur Bedarfsbestimmung für die Akutgeriatrie die vom Bundesverband für Geriatrie e.V. berichteten Geriatrischen Krankenhaushäufigkeiten für Deutschland. Mit diesen Zahlen wird anhand der aktuellen Bevölkerung in München der 2023 in München bestehende geriatrische Bedarf und mit der Bevölkerungsprognose 2040 der zukünftig erwartete geriatrische Bedarf abgeschätzt. Es wird für die Berechnung von der durchschnittlichen Behandlungsdauer im Jahr 2019 ausgegangen. Für das Jahr 2023 wird von der bundesweiten Bettenauslastung des Jahres 2019 (86,9 %) ausgegangen. Für das Jahr 2040 wird hingegen von der Zielauslastung von 90 % ausgegangen. Die Anzahl der Fälle von außerhalb von München werden über die einführung erwähnte Annahme zum Fallaufkommen nach Wohnort abgeschätzt.

Im Jahr 2023 wären bei Annahme der bundesweiten Geriatrischen Krankenhaushäufigkeit in München 379 Betten notwendig gewesen. Im Jahr 2040 würden 374 Betten benötigt werden. Die Reduktion ist auf die angenommene höhere Auslastung zurückzuführen.

Szenario 3:

Das dritte Szenario für die Akutgeriatrie nutzt als Ausgangspunkt die vom Bundesverband für Geriatrie e.V. gewünschte Zahl von 38 Betten pro 10.000 Einwohner*innen in der Altersgruppe 70 Jahre und älter. Die Anzahl der Fälle von außerhalb von München wird auch hier über die einführung erwähnte Annahme zum Fallaufkommen nach Wohnort

abgeschätzt.

Im Jahr 2023 wären 1032 Betten rechnerisch notwendig gewesen, im Jahr 2040 würde sich die Zahl auf 1165 Betten erhöhen.

5.3 Marktanteil der MÜK

Die drei Standorte der MÜK versorgten im Jahr 2019 37,9 % der Fälle, im Jahr 2022 hat sich der Marktanteil auf 40,1 % (bei geringerer absoluter Fallzahl) erhöht. Bei einer Detailbetrachtung nach OPS-Codes zeigten sich relevante Unterschiede in der Bedeutung der MÜK für die Versorgung in München und des Umlandes:

Der Marktanteil der MÜK liegt beim OPS-Code 8-550.0 bei 35,0 % (2019: 39,1 %), beim OPS-Code 8-550.1 bei 35,2 % (36,5 %) und beim OPS-Code 8-550.2 bei 70,4 % (50,2 %). Bereits 2019 versorgte die MÜK die Mehrheit aller Fälle mit der größten Behandlungsdauer, im Jahr 2022 wurden mehr als 2/3 dieser Fälle in einer der Kliniken der MÜK versorgt.

Die Klinik Schwabing hat von den drei Kliniken der MÜK mit geriatrischer Versorgung 2019 und 2022 die meisten Fälle versorgt und behandelte zusammen mit der Klinik Bogenhausen mehr als 80 % der Fälle mit OPS 8-550.2 der MÜK-Kliniken.

Die drei Kliniken der MÜK (30 % aller Standorte mit geriatrischer Versorgung) versorgten 2022 mehr als 40 % der geriatrischen Patient*innen in der LHM. Der Marktanteil der MÜK ist vor allem bei Patient*innen mit langer Behandlungsdauer (OPS 8-550.2) sehr hoch.

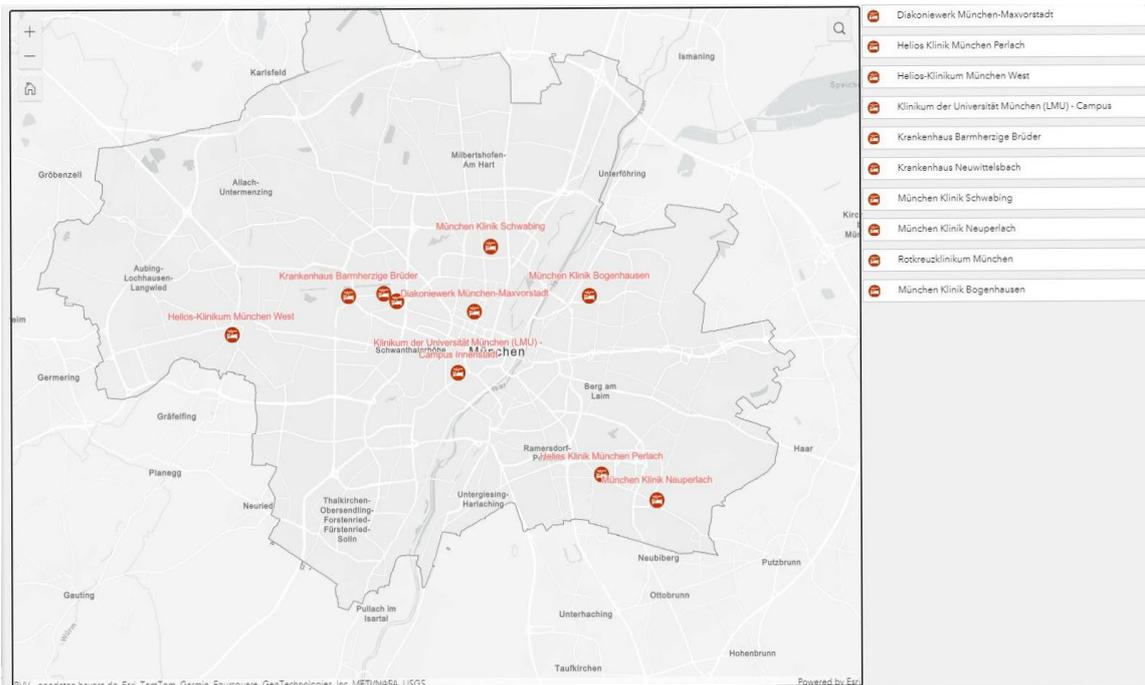
5.4 Räumliche Verteilung der akutgeriatrischen Kliniken in München

Die Kliniken mit akutgeriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung befinden sich vermehrt in der Stadtmitte. Mit Ausnahme der Klinik im Westen (Helios West), im Osten (MÜK Bogenhausen) und im Südwesten (Helios Perlach und MÜK Neuperlach).

Die Abbildung zeigt sehr deutlich, dass insbesondere im Norden und Nordwesten von München keine wohnortnahe Versorgung zur Verfügung steht. Bezieht man in die Betrachtung die geplanten Entwicklungen von Quartiers- und Stadtteilzentren entsprechend des Stadtentwicklungsplanes (<https://geoportal.muenchen.de>, Stand Abruf 01.03.2024) ein, wird deutlich, dass für (zukünftige) Bewohner*innen der Gebiete im Münchner Nordwesten sowie im Münchner Norden deutlich längere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen sind, um eine Einrichtung der Akutgeriatrie zu erreichen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. gibt in seinem Weißbuch Geriatrie eine Fahrzeit zu einer Klinik für Geriatrie mit 25 Minuten an. Das Verkehrsmittel ist dabei nicht spezifiziert. Es gibt allerdings keine gesetzlich vorgeschriebene einzuhaltende Fahrzeit zu einer akutgeriatrischen Einrichtung.

Das GSR hat durchschnittliche Fahrzeiten aus dem Münchner Norden mittels Google Routenplanung (Abfrage Stand 08.02.2024, 10.45 Uhr) ermittelt. Fazit: in München kann unter Normalbedingungen des Straßenverkehrs eine Fahrzeit von 25 Minuten mit dem PKW eingehalten werden, nicht jedoch mit dem ÖPNV. Bei Benutzung des ÖPNV entstehen deutliche Verzögerungen.



Verteilung der Kliniken mit akutergeriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung in München, Darstellung GSR

6. Versorgungsanalyse Palliativmedizin (spezialisierte stationäre Palliativversorgung)

6.1 Einleitung – Struktur der Palliativversorgung

Bei den Angeboten der Palliativversorgung wird anhand des Betreuungsbedarfs unterschieden zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung. Beide Versorgungsformen können ambulant oder stationär stattfinden.

	Allgemeine Palliativversorgung	Spezialisierte Palliativversorgung		Hospizliche Versorgung*
Stationär	Allgemeine Krankenhausstation / Onkologische Station / Vollstationäre Pflegeeinrichtung	Palliativstation	Palliativdienst im Krankenhaus	Stationäres Hospiz
Ambulant	Allgemeine ambulante Palliativversorgung	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Spezialisierte Palliativambulanz	Hospizdienste / Ehrenamt

Übersicht Struktur der Palliativversorgung, in Anlehnung an S3-Leitlinie Palliativmedizin, 2.2, Sept. 2020, Langversion, S.47.

* Laut S3-Leitlinie sind stationäre Hospize und Hospizdienste nicht eindeutig der allgemeinen oder

der spezialisierten Palliativversorgung und sektorenübergreifend zwischen stationär und ambulant zuzuordnen.

Die allgemeine Palliativversorgung wird zumeist ambulant durch niedergelassene Haus- und Fachärzt*innen gemeinsam mit ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, aber auch durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie durch allgemeine und onkologische Krankenhausstationen gewährleistet. Die große Mehrheit der Palliativpatient*innen in Deutschland wird durch diese Versorgungsform begleitet.

Reichen bei einem besonders aufwändigen Betreuungsbedarf die Möglichkeiten der allgemeinen Palliativversorgung nicht aus, kann eine spezialisierte Palliativversorgung erforderlich werden. Die Fachkräfte der spezialisierten Palliativversorgung betreuen ausschließlich schwer kranke und sterbende Menschen. Zur spezialisierten Palliativversorgung zählen im Wesentlichen Palliativstationen, Palliativdienste, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospize. Rund 10-15 % der Sterbenden benötigen diese spezielle Versorgungsform.

Allgemeine und spezialisierte stationäre Palliativversorgung

Bei der stationären Palliativversorgung in Kliniken unterscheidet man zwischen der allgemeinen Palliativversorgung und dem spezialisierten Angebot der Palliativstationen und der Begleitung durch Palliativdienste zur Versorgung schwerstkranker Patient*innen außerhalb der Palliativstationen. Die Versorgung in stationären Hospizen umfasst ebenfalls Elemente allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung. Beides trifft auch auf die Palliativversorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu.

Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus

Die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus findet außerhalb der Palliativstationen in den Fachabteilungen und Allgemeinstationen im Rahmen der Regelversorgung statt. Eine große Zahl schwerstkranker und sterbender Menschen in Krankenhäusern – man schätzt den Anteil auf 50 Prozent – benötigt keine spezialisierte Palliativversorgung. Eine qualitativ hochwertige allgemeine Palliativversorgung ist in der Breite der Krankenhausversorgung noch nicht durchgängig etabliert, da es keine gesonderte Finanzierung und keine eigenständigen Qualitätsmerkmale gibt. Diejenigen schwerstkranken und sterbenden Krankenhauspatient*innen, die eine weitergehende palliative Versorgung und hospizliche Begleitung benötigen, werden entweder durch spezialisierte Angebote in den Kliniken (mit)betreut oder erhalten Unterstützung durch externe ambulante Angebote.

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulanten Hospizdiensten beginnt sich entsprechend der Rahmenvereinbarung zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit auf der Basis entsprechender Kooperationsvereinbarungen langsam zu entwickeln.

Spezialisierte Palliativversorgung auf Palliativstationen

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

Die palliative Behandlung führt zu einer Stabilisierung und Besserung der körperlichen und seelischen Beschwerden, so dass eine Weiterversorgung zuhause, in einem Hospiz oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist. Gleichzeitig wird einer

Überforderung oder Unsicherheiten im Zusammenhang mit einer häuslichen Versorgung entgegengewirkt.

Leistungen von Palliativstationen im Überblick:

- Erfassen und Behandeln der Symptome und Bedürfnisse von Patient*innen und ihren Angehörigen auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene
- Unterstützung der Patient*innen und der Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung
- Vorausschauende Versorgungsplanung
- Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung
- Begleitung durch befähigte Ehrenamtliche
- Begleitung in der Sterbephase
- Rituale des Abschiednehmens und Erinnerns
- Vermittlung von Trauerbegleitung
- Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

Spezialisierte Palliativversorgung durch Palliativdienste

Der Palliativdienst (auch: Palliativmedizinischer Dienst, Palliativkonsiliardienst, Palliativteam) betreut stationäre Patient*innen mit einer nicht heilbaren Erkrankung und lebensbegrenzenden Erkrankung, die außerhalb einer Palliativstation behandelt werden. Dies beinhaltet eine kontinuierliche und frühzeitige palliativmedizinische Beratung und Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse. Ein Palliativdienst im Krankenhaus ist ein spezialisiertes Team aus Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflegende, Sozialarbeiter*innen, Körpertherapeut*innen). In jedem Krankenhaus, in dem Patient*innen mit einer nicht heilbaren Erkrankung behandelt werden, ist das Vorhandensein eines Palliativdienstes ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Behandlung. Allerdings gibt es noch bei weitem nicht in allen Kliniken einen Palliativdienst.

Die Übergänge von Palliativdiensten mit eigenem multiprofessionellen Team im Krankenhaus hin zu palliativen Versorgungsstrukturen mit verschiedenen externen Partner*innen sind fließend. Insbesondere in Kliniken, in denen es noch keinen Palliativdienst gibt, ist die Zusammenarbeit mit Externen verbreitet. Um die Leistungen eines Palliativdienstes („spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung“) mit der Krankenkasse abrechnen zu können, sind allerdings bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen.

Leistungen von Palliativdiensten im Überblick:

- Erfassen und Behandeln der Symptome und Bedürfnisse von Patient*innen und ihren Angehörigen, auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene
- Unterstützung der Patient*innen und deren Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung
- Vorausschauende Versorgungsplanung

- Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung
- Mitbegleitung in der Sterbephase
- Rituale des Abschiednehmens und Erinnerns
- Vermittlung von Trauerbegleitung
- Der Dienst wird von den Krankenkassen finanziert.

Krankenhauspolitik

Das in Bayern gültige Fachprogramm „Spezialisierte Palliativversorgung in Krankenhäusern“ (entsprechend dem Beschluss des Krankenhausplanungsausschusses in der Fassung vom 25.05.2023) behandelt die besonderen Anforderungen für die spezialisierte stationäre Palliativversorgung. Die palliativmedizinische Komplexbehandlung mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-982 bleibt vom vorliegenden Fachprogramm unberührt. Die Verwendung der Begriffe „Palliativ[medizinischer] Dienst“ und „Palliativstation“ bleibt denjenigen Krankenhäusern vorbehalten, die nach dem Fachprogramm „Spezialisierte Palliativversorgung in Krankenhäusern“ anerkannt und in den Krankenhausplan aufgenommen sind.

6.2 Versorgungslage

Derzeitiges Angebot für die spezialisierte stationäre Palliativversorgung in München:

Palliativstationen

Palliativstationen für Erwachsene

In fünf Münchner Kliniken gibt es Palliativstationen mit insgesamt 70 Betten für Erwachsene (48 Einzelzimmer, elf Doppelzimmer). Die Betten verteilen sich wie folgt:

- MÜK Harlaching: Palliativstation, zehn Betten (acht Einzelzimmer, ein Doppelzimmer)
- MÜK Schwabing: Palliativstation, fachlich zur Fachabteilung Onkologie gehörig, acht Betten (Einzelzimmer)
- Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum Großhadern: Palliativstation, zehn Betten (Einzelzimmer)
- Klinik für Palliativmedizin, Krankenhaus Barmherzige Brüder: Palliativstation, 32 Betten (zwölf Einzelzimmer, zehn Doppelzimmer)
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München: Palliativstation, zehn Betten (Einzelzimmer)

In onkologische Abteilungen integrierte Palliativbetten für Erwachsene

Zwei weitere Kliniken in München verfügen über insgesamt 14 Palliativbetten, die jeweils als eigene Palliativeinheiten in onkologische Abteilungen integriert sind. Nach Angaben der Kliniken erfolgt die palliativmedizinische Versorgung auch hier durch ein multiprofessionelles Team. Die Palliativeinheiten sind jedoch laut Bayerischem Krankenhausplan 2024 nicht als Palliativstationen anerkannt und erfüllen nicht die Qualitätskriterien des

Bayerischen Fachprogramms „Spezialisierte Palliativversorgung in Krankenhäusern“. Im Krankenhausplan sind diese beiden Kliniken nur bei Kliniken mit Palliativdiensten aufgeführt.

- MÜK Neuperlach: onkologische Station, eigene Palliativeinheit, acht Palliativbetten (zwei Einzelzimmer, drei Doppelzimmer)
- Helios Klinikum München West, Palliativmedizin: onkologische Station, abgetrennter Bereich, sechs Palliativbetten (Einzelzimmer)

Palliativstation für Kinder und Jugendliche

Für die stationäre palliative Versorgung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen steht die Kinderpalliativstation des Kinderpalliativzentrums München, LMU Klinikum, Campus Großhadern, mit acht Betten (Einzelzimmer) zur Verfügung.

Palliativdienste

Palliativdienste für Erwachsene

Folgende acht Kliniken in München verfügen über einen eigenen Palliativdienst mit einem multiprofessionellen Team:

- Palliativdienst der Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum Großhadern
- Palliativmedizinischer Dienst (PMD) der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München
- Palliativmedizinischer Konsildienst, Krankenhaus Barmherzige Brüder München
- Palliativmedizinischer Konsildienst, Rotkreuzklinikum München
- Palliativbetreuung, Klinikum Dritter Orden, München-Nymphenburg

Palliativdienste an Standorten der MÜK (hier Palliativkonsildienste genannt)

- Bogenhausen
- Neuperlach
- Harlaching

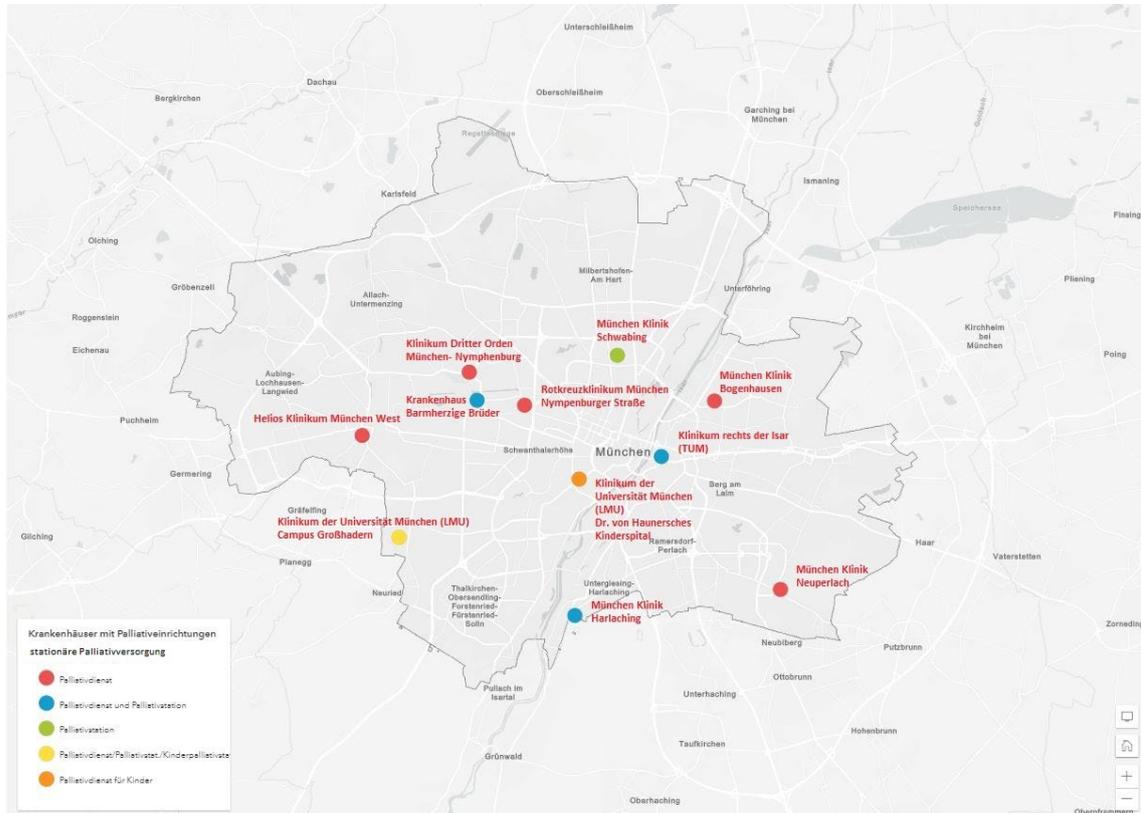
Im Bayerischen Krankenhausplan 2024 wird unter den Kliniken mit Palliativdiensten, wie oben erwähnt, außerdem das Helios Klinikum München West genannt. Der Standort Harlaching der MÜK wird hier dagegen nicht aufgeführt. Laut MÜK gibt es in Harlaching jedoch einen Palliativkonsildienst (siehe Qualitätsbericht 2022).

Palliativdienst für Kinder und Jugendliche

Das Kinderpalliativzentrum München bietet im Dr. von Haunerschen Kinderspital einen Palliativmedizinischen Dienst zur konsiliarischen Mitbetreuung von Patient*innen und ihren Familien auf den Stationen an. Aber auch in anderen Kinderkliniken in München und Umgebung ist eine konsiliarische Beratung von Familien und Teams möglich.

Regionale Verteilung

Die regionale Verteilung der Palliativstationen und Palliativdienste in München – auf der Basis der Angaben im Bayerischen Krankenhausplan 2024 – zeigt folgende Abbildung:



Verteilung der spezialisierten stationären Palliativversorgung in der Landeshauptstadt München, Darstellung GSR nach Bayerischer Krankenhausplan 2024.

Einschätzung der Versorgungssituation und des Bedarfs

Die Entwicklung und Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt nicht nur in München: Die Nachfrage nach allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung steigt – im ambulanten wie im stationären Bereich. Schwierig ist jedoch eine Quantifizierung des tatsächlichen Bedarfs in den einzelnen Bereichen der Palliativversorgung. Denn aktuelle valide Zahlen bzw. Studien speziell zum (regionalen) quantitativen Bedarf an stationärer Palliativversorgung liegen nach Kenntnis des GSR bisher nicht vor.

Die letzten Bedarfszahlen in Bezug auf Palliativbetten wurden von der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages 2005 veröffentlicht und basierten auf einer Anhaltsberechnung, die bereits damals als „Mindestangebot“ galten, denn in die Berechnung wurde nur die Sterblichkeit an Tumorerkrankungen einbezogen. Wie Erfahrungen zeigen, werden zunehmend auch Patient*innen mit nicht bösartigen Erkrankungen in palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen betreut. Das damalige Ziel, dass zunächst flächendeckend 35 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner*innen erreicht werden sollen, entspricht bei weitem nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf, insbesondere nicht in einem Ballungsraum wie München.

In München gibt es in der Versorgung mit Angeboten der stationären Palliativversorgung

zumindest nach Aussage von regionalen Expert*innen bereits seit längerem Engpässe und deutliche Anzeichen für einen steigenden Bedarf an Betten auf Palliativstationen und einer Ausweitung der Palliativdienste. Als wichtige Gründe, warum das Angebot nicht bzw. nur sehr langsam der steigenden Nachfrage angepasst wird, werden in erster Linie die nicht gesicherte bzw. unzureichende Finanzierung sowie die fehlenden personellen Ressourcen insbesondere beim pflegerischen Fachpersonal angeführt. Bei den bisherigen Verhandlungen über die Finanzierungsbedingungen konnten zwar in den letzten Jahren erste Verbesserungen in Richtung einer adäquateren Finanzierung der stationären Palliativversorgung erzielt werden, einen spürbaren Effekt bezüglich einer Ausweitung des Angebots hatte dies – mit einer Ausnahme (s. u.) – bisher nicht.

Differenziert nach Palliativstationen und Palliativdiensten ergibt sich in Bezug auf die Versorgungssituation und den Bedarf nach Einschätzungen von regionalen Expert*innen aus dem Hospiz- und Palliativnetzwerk München folgendes Bild:

Palliativstationen

In Bezug auf die Versorgungssituation und den Bedarf an Palliativbetten sind die Rückmeldungen aus den Kliniken in München nicht einheitlich: Während die MÜK an ihren Standorten die Bedarfe nach eigener Auskunft durch die vorgehaltenen Strukturen ausreichend gedeckt sieht, gibt es aus anderen Kliniken deutlich skeptischere Stimmen. Demnach reicht das Angebot an Palliativbetten nicht aus, um alle internen und externen Anfragen in den Kliniken bearbeiten zu können. Wartelisten sind dafür ein Indiz. Demnach ist in München eher von einer Unterversorgung auszugehen.

Zu den generellen Kapazitätsengpässen kommen Probleme in der Weiterversorgung. So wird immer wieder von Fällen berichtet, in denen eine ambulante Weiterversorgung nach dem Aufenthalt in der Palliativstation, besonders bei alleinlebenden Menschen, nicht gesichert und / oder eine stationäre Weiterversorgung in einem Hospiz aufgrund des Mangels an verfügbaren Plätzen nicht möglich ist. Auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen können Patient*innen aus Palliativstationen aufgrund mangelnder technischer oder personeller Voraussetzungen nicht immer aufnehmen.

Die Erweiterung des Angebots an Betten auf Palliativstationen ist in manchen Kliniken immer wieder Thema, aber bisher scheitern solche Pläne entweder an der Finanzierung oder an fehlenden personellen Ressourcen, insbesondere pflegerischem Fachpersonal. Ausnahme ist die Palliativstation am Klinikum rechts der Isar, die im Jahr 2022 eröffnet werden konnte.

Festzuhalten bleibt: zum einen werden mehr Palliativbetten benötigt, zum anderen sind aber auch an den Schnittstellen und in den anderen Bereichen der Palliativversorgung Verbesserungen notwendig, ebenso bei den Rahmenbedingungen (insbesondere Finanzierung). Die Verbesserung der ambulanten Versorgung spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Palliativdienste

Zum Bedarf an Leistungen von Palliativdiensten in Kliniken liegen keine validen Zahlen aus Studien vor, aber es gibt durchaus plausible und erfahrungsbasierte Aussagen aus Kliniken in München. So wird eine hohe und zunehmende Nachfrage nach spezieller Palliativversorgung in Form von Palliativdiensten im Krankenhaus festgestellt. Als ein Grund dafür wird die gewachsene Sensibilität gegenüber dem Thema Palliativversorgung bei den Primärversorger*innen auf den Stationen identifiziert. Letzteres kann auch als Indiz dafür gewertet werden, dass multiprofessionelle Palliativdienste ein wichtiger Katalysator für die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus sein könnten. Dies

erfordert aber eine entsprechende Aufgabenstellung, die explizit zugewiesen und in der Finanzierung entsprechend berücksichtigt wird.

Auch beim Angebot an palliativmedizinischen Diensten ist in München von einer Unterversorgung auszugehen. Die Schaffung eines ausreichenden Angebots an Palliativdiensten mit multiprofessionellen Teams in Kliniken scheitert nach Aussagen von Expert*innen bisher daran, dass die Finanzierung nicht ausreichend gesichert ist. Die Kosten sind aufgrund der Multiprofessionalität der Teams hoch.

Für die Finanzierung von Palliativdiensten im Krankenhaus steht seit 2017 der OPS Code 8-98h für „spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst“ zur Verfügung, der aber krankenhausespezifisch ausgehandelt werden muss. Der Dienst kann als interner oder als externer Palliativdienst angeboten und abgerechnet werden. Laut einer 2020 veröffentlichten bayernweiten Studie der Technischen Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Funktionsbereich Palliativmedizin, erweist sich die Einführung des OPS 8-98h als ein wichtiger Schritt in Richtung einer praxisnahen und adäquaten Finanzierung der in Krankenhäusern tätigen multiprofessionellen Palliativdienste (PMD). Es zeigte sich jedoch in mehreren Punkten Verbesserungsbedarf: in Bezug auf die Höhe der Vergütung, die Abrechenbarkeit in kleineren Krankenhäusern und die Multiprofessionalität der Palliativdienste.

In der Praxis rechnen Palliativdienste allerdings meist nach dem auf niedrigeren Qualitätsstandards beruhenden OPS 8-892 („Palliativmedizinische Komplexbehandlung“) ab.

"Jedes Krankenhaus, das Patient*innen wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, soll einen Palliativdienst anbieten", lautet die Empfehlung in der 2020 erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin. Wünschenswert wäre eine Ausweitung auf alle Kliniken, die schwerkranke und sterbende Patient*innen versorgen. Solange dies nicht eingelöst ist, kann über eine Kooperation mit externen ambulanten Palliativdiensten wie SAPV-Teams und ambulanten Hospizdiensten die palliative Versorgung der Patient*innen unterstützt werden. Dies ist jetzt schon zwischen einigen Kooperationspartnern in München gängige Praxis. Ein vollwertiger Ersatz für fehlende Ressourcen in Kliniken ist diese ergänzende Zusammenarbeit jedoch nicht.

6.3 Marktanteil der MüK

Der Marktanteil der MüK im Bereich der spezialisierten stationären Palliativversorgung in München lässt sich nur annäherungsweise auf Basis der Auswertung der Behandlungsfälle ermitteln, in denen palliativmedizinische Komplexbehandlungen gemäß der drei dafür vorgesehenen OPS Codes abgerechnet werden. Das GSR hat dafür die Qualitätsberichte für das Jahr 2022 von Krankenhäusern mit Palliativstation und / oder Palliativdienst für Erwachsene in München (laut Krankenhausplan 2024) nach den drei OPS Codes ausgewertet:

- 8-98e - spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (entspricht Palliativstation)
- 8-98h - spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
- 8-982 - palliativmedizinische Komplexbehandlung

Eine differenzierte Auswertung nach den drei OPS Codes ist aufgrund der uneinheitlichen Codierungs- und Abrechnungspraxis nicht aussagekräftig. Einen Annäherungswert für die

Anzahl der Behandlungsfälle mit palliativmedizinischen Komplexbehandlungen erhält man, wenn man die drei Codes aggregiert. Legt man diese aggregierten Daten zugrunde, ergibt sich für die Kliniken der MÜK als Annäherungswert ein Marktanteil von rund einem Viertel (23 %).³

6.4 Prognose der Versorgungslage bis 2040?

Eine quantifizierbare Prognose für München ist auf der Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Einschätzungen von Expert*innen aus München gehen aber davon aus, dass der Bedarf an spezialisierter stationärer Palliativversorgung wie der Bedarf an Palliativversorgung insgesamt deutlich zunehmen wird. Offen ist, was die Krankenhausreform für die stationäre Palliativversorgung bringen wird. Man rechne damit, dass die Palliativstationen ihr „Existenzrecht“ behalten werden, aber in Bezug auf die Palliativdienste sei „alles offen“.

Übergreifende Einschätzungen für Deutschland bestätigen dies. So hat sich zur Frage der weiteren Entwicklung der Palliativversorgung in Deutschland zuletzt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in einer Stellungnahme zur Krankenhausreform (Mai 2023) geäußert. Zusammenfassend heißt es in der Pressemitteilung zu der Stellungnahme:

„Der Bedarf an Palliativversorgung wird in Zukunft noch erheblich steigen, während bereits jetzt eine palliativmedizinische Unterversorgung in deutschen Krankenhäusern deutlich spürbar ist.“

In der Stellungnahme selbst werden die aktuellen Versorgungsstrukturen sowie der Bedarf an Palliativversorgung und die künftige Entwicklung wie folgt skizziert:

„Aktueller Stand palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen an deutschen Krankenhäusern

Gemäß dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gab es Anfang April 2023 insgesamt 318 Palliativstationen für die Versorgung erwachsener Palliativpatient*innen in deutschen Krankenhäusern. Dies entspricht 16,8 % aller Krankenhäuser in Deutschland.

In nur 79 Krankenhäusern (4,1 %) bestehen Palliativdienste im Krankenhaus. Insgesamt muss also aktuell von einer deutlichen palliativmedizinischen Unterversorgung in deutschen Krankenhäusern ausgegangen werden. Daher sollte die Krankenhausreform auch zum Ziel haben, die stationäre Versorgung in der Palliativmedizin deutlich zu verbessern.“

„Bedarf an Palliativversorgung und zukünftige Entwicklungen

Der Bedarf an allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung am Lebensende wird nach Schätzungen bei 69-82 % aller Sterbenden angenommen. Bezogen auf die erwachsene Bevölkerung im letzten Lebensjahr wird von einem entsprechenden Bedarf bei 1,5 % der Gesamtbevölkerung ausgegangen. Der Bedarf für spezialisierte Palliativversorgung wird dabei auf 30-45 % der erwachsenen Patient*innen, die

³ Dieser Wert kann auch deshalb nur ein Anhaltspunkt sein, da die zugrundeliegenden Daten aus den Qualitätsberichten einige – im Zeitraum der Erstellung dieses Entwurfs nicht aufzulösende – Ungereimtheiten aufweisen. So wurden z.B. 2022 bei der MÜK am Standort Schwabing keine palliativmedizinischen Komplexbehandlungen für Erwachsene abgerechnet, obwohl es dort eine Palliativstation gibt; möglicherweise wurden die Palliativbetten zeitweise nicht belegt; evtl. auch noch coronabedingt, was im Jahr 2022 aber unwahrscheinlich sein dürfte. An den beiden MÜK-Standorten mit Palliativdiensten (Bogenhausen und Neuperlach) werden keine spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS 9-98h), sondern ausschließlich palliativmedizinische Komplexbehandlungen (OPS 8-982) abgerechnet.

Palliativbedürfnisse haben, geschätzt.

Aufgrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Inzidenz von Tumorerkrankungen, des Anspruchs von nicht-onkologischen Patient*innen mit unheilbaren Erkrankungen auf Palliativversorgung und der Zunahme von multimorbiden Patient*innen wird der Bedarf an Palliativversorgung in den nächsten Jahren deutlich steigen. Schätzungen sagen eine Verdoppelung der Belastung durch schweres gesundheitsbezogenes Leiden bis 2060 voraus.“

7. Versorgungsanalyse Schlaganfallversorgung

7.1 Versorgungslage

Schlaganfall (englisch „stroke“) ist der Oberbegriff für die akute Schädigung von Hirnarealen, die entweder infolge eines Gefäßverschlusses (Hirnininfarkt, ischämischer Infarkt) oder durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Infarkt) entsteht. Der Schlaganfall zählt zusammen mit Herz- und Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland und ist die häufigste Ursache für bleibende Behinderungen im Erwachsenenalter.

Der Schlaganfall gehört zu den Tracerdiagnosen, deren Behandlung zeitkritisch ist. Die Prähospitalzeit (Definition s. Analyse Notfallversorgung) sollte so kurz wie möglich sein und maximal 60 Minuten bis zur Übergabe an das nächste geeignete Krankenhaus betragen. Die Zielklinik soll über eine zertifizierte Stroke Unit mit 24-Stunden Computertomografie (CT)-Bereitschaft verfügen. Die Entscheidung über die Art der Therapie ist abhängig vom Ergebnis der CT und sollte in weniger als 30 Minuten (entsprechend einer Zeit von unter 90 Minuten ab Notrufeingang) getroffen werden.

Von 19 im Krankenhausplan 2024 anerkannten überregionalen Stroke Units befinden sich vier in der LHM: an den München Kliniken Bogenhausen (12 Planbetten) und Harlaching (13 Planbetten) sowie den beiden Universitätskliniken Großhadern (14 Planbetten) und rechts der Isar (12 Planbetten). Die MÜK plant nach eigenen Angaben eine Erweiterung in Bogenhausen auf 16 und in Harlaching auf 15 Betten (insgesamt +6 Betten). Es handelt sich jeweils um geplante Betten, nicht um aufgestellte bzw. betriebene Betten. Als weitere Klinik zur Versorgung von Schlaganfallpatient*innen hat das Klinikum HELIOS West in Pasing noch eine regionale Stroke Unit.

Da laut Bayerischem Krankenhausplan die Zentren nicht ausreichen, um alle Schlaganfallpatient*innen im Flächenstaat Bayern zeitnah qualifiziert behandeln zu können, wurden in Bayern flächendeckend telemedizinische Schlaganfall-Netzwerke etabliert, insgesamt vier Stück. Dadurch wird das spezialisierte Fachwissen der überregionalen Stroke Units durch telemedizinische Anbindung rund um die Uhr für die teilnehmenden Kooperationskliniken verfügbar gemacht. In München sind die München Klinik Harlaching und das Klinikum HELIOS West Teil des telemedizinischen Schlaganfall-Netzwerkes TEMPiS (Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost- Bayern). Harlaching hat dabei die Projektkoordination inne. Das Klinikum der LMU ist Teil des Netzwerkes NEVAS (Neurovaskuläres Netzwerk Südwestbayern).

In den umliegenden Landkreisen der Landeshauptstadt München befinden sich weitere Kliniken mit zertifizierten überregionalen oder regionalen Stroke Units in den Orten Dachau und Haar sowie Kliniken mit zertifizierten telemedizinisch vernetzten Stroke Units in den Orten Ebersberg, Freising und Fürstenfeldbruck.

In der Notfallstudie 2022 wurde festgestellt, dass sich Stroke Units im Zeitraum 2015-2019 nur selten von der Notfallversorgung in IVENA abgemeldet hatten. Jedoch war ein Trend zu häufigeren Abmeldungen und Akutzuweisungen im Zeitverlauf zu beobachten. Ende 2019 war maximal in 10 % der Zeit keine der fünf Stroke Units verfügbar.

Dem GSR liegen außer diesen Struktur- und Rettungsdienstdaten keine Informationen zu planerischen Zielgrößen im Bereich der stationären Schlaganfall-Versorgung vor, beispielsweise Soll-Betten pro Einwohner*innen, Auslastung der Betten oder Häufigkeit der bedarfsgerechten Versorgung in Spezialzentren. Ebenfalls ist nicht bekannt, wie viele der Planbetten tatsächlich betrieben werden oder ob der Bedarf durch die betriebenen Betten gedeckt ist. Aussagen zu möglicher Über- oder Unterversorgung in der LHM – abgesehen von der Notfallversorgung - sind daher nur eingeschränkt möglich. Zumindest im Bereich der Notfallversorgung scheint es im untersuchten Zeitraum 2015-2019 kein relevantes Versorgungsdefizit gegeben zu haben, allerdings einen Trend zur Verschlechterung bei den abgemeldeten Stroke Units.

Als problematisch ist jedoch die Situation bei den Intensivstationen einzustufen, die bei der Versorgung von Schlaganfall-Patient*innen eine wichtige Rolle spielen. Wie in der Notfallstudie beschrieben, kam es bei den neurologischen Intensivstationen im Zeitverlauf ebenfalls zu zunehmenden Abmeldungen in IVENA, deren Häufigkeit als kritisch zu bewerten ist.

Zum ebenfalls wichtigen Bereich der Frührehabilitation sei auf die Angaben der MÜK verwiesen, die in der Versorgungsanalyse schweres Schädel-Hirn-Trauma erläutert sind.

7.2 Marktanteil der MÜK

Aufgrund der unter 1. aufgeführten Bettenzahlen liegt aktuell der Anteil der MÜK an den Planbetten in München bei 49 %. Nach Umsetzung der geplanten Erweiterung steigt der Anteil der MÜK auf 54 %, sofern die Bettenzahlen der anderen beiden Kliniken gleichbleiben.

Anhand der Fallzahlen aus der Notfallstudie (s. Analyse Notfallversorgung) lässt sich für die MÜK 2019 ein Marktanteil von 60 % der behandelten Schlaganfall-Fälle berechnen. Für die MÜK-Standorte liegt der Versorgungsanteil von Bogenhausen bei 52 % und von Harlaching bei 48 %.

7.3 Prognose der Versorgungslage bis 2040

Von Schlaganfällen sind überwiegend ältere Menschen betroffen. Die Häufigkeit in Deutschland lag laut einer aktuellen Studie bei 375 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen, wobei es deutliche Altersunterschiede gab: die Häufigkeit nahm bis zum Alter von 80-89 Jahren stetig zu und ab dem Alter von 90 Jahren und älter wiederum ab. Die in der Studie gefundene Häufigkeit lässt sich nicht ohne Weiteres auf München übertragen, da die unterschiedliche Altersstruktur im Vergleich zu Deutschland insgesamt berücksichtigt werden muss. Generell muss man aber von einer Zunahme der Fallzahlen in München ausgehen, da die Zahl der Einwohner*innen im Alter von 70 Jahren und älter bis 2040 um 12,9 % im Vergleich zu 2023 steigen wird.