

Bürger für unser Münchner Stadtklinikum

Medizinkonzept München-Klinik 2023 – Unsere Schwerpunkte und Forderungen –

Zum Bedarf der Münchner Bevölkerung

1. Ausgangslage

Die Pressemeldungen der letzten Monate zeigen: Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist in einer tiefen Krise: Kinderkliniken sind an ihren Kapazitätsgrenzen, Notaufnahmen sind überfüllt, der Pflege-Notstand wird immer schlimmer, die meisten Krankenhäuser haben große Defizite, Arzneimittel-Engpässe nehmen zu! Die ambulante Versorgung ist zunehmend weniger gesichert, vor allem in den Außenbezirken.

Die politischen Weichenstellungen von Ökonomisierung und Privatisierung in den vergangenen Jahrzehnten waren und sind unsozial, der Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge ist in vielfältiger Weise destruktiv.

Auch die Stadt München und das Land Bayern haben ihre Verantwortung ungenügend erfüllt, eine weitsichtige, bedarfsgerechte kommunale Krankenhausversorgung zu planen, umzusetzen und durch kontinuierliche Anpassung an die Entwicklung bedarfsgerecht zu steuern.

Die Fehlanreize der Krankenhausfinanzierung im deutschen DRG-System haben zu einer skandalösen, finanziellen Benachteiligung gemeinwohlorientierter Versorger geführt und zur bedarfswidrigen Entwicklung einer „Marktordnung“ im stationären Sektor.

Mittlerweile ist die Welle der COVID19-Pandemie gebrochen, sodass eine aktuelle Standortbestimmung und eine längerfristige Neuausrichtung der München Klinik notwendig und möglich sind.

Die Ziele des Sanierungsumsetzungskonzepts von 2014 für das städtische Klinikum sind insgesamt nicht erreicht worden. Neben ungünstigen Rahmenbedingungen waren dafür auch hausgemachte Münchner Probleme verantwortlich.

Die Neuausrichtung der München Klinik wird jedoch nur gelingen, wenn diesmal Prinzipien wie Transparenz, Partizipation und Ehrlichkeit eine breite und offene Diskussion in der München Klinik und in der Stadtgesellschaft ermöglichen, anstatt das Konzept nochmals übers Knie zu brechen und erneut unzählige Beteiligte und Betroffene zu frustrieren und wertvolle Mitarbeiter*innen zu verlieren.

Kern der Diskussion müssen folgende Fragen sein:

Welche Bevölkerungsgruppen in dieser Stadt sind auf eine gute Versorgung durch die München Klinik angewiesen?

Welche Versorgungsschwerpunkte sind nur durch die München Klinik gesichert?

2. Forderungen an das Medizinkonzept

A) Sicherstellung der stationären Notfallversorgung in München

- **Keine weitere Kürzung von Betten und Personal für die Notfallbehandlung**
- **Ausbau der internistischen und neurologischen Behandlungskapazitäten**

In den letzten Jahren kam es bei der stationären Versorgung von Notfallpatienten teilweise zu dramatischen Versorgungsengpässen – meist wegen Personalmangel. Kliniken mussten häufig Patienten aufnehmen, obwohl sie abgemeldet waren.

Nach einer Studie des Klinikums rechts der Isar¹ stieg die Anzahl dieser „Akutbelegungen“ (Zwangsbelegungen) im Zeitraum von 2014 bis 2019 von 70 auf 634 pro 100 000 Einwohner (ca. 900 %) bei einer Zunahme der Gesamtzahl der Einsätze um 14,5 %. Diese Akutbelegungen verteilten sich hauptsächlich auf die 4 städtischen Krankenhäuser und die beiden Unikliniken. In den meisten Fällen (59 %) handelte es sich um internistische Notfälle. Die Notfallstudie zeigt einen Anstieg der „Akutzuweisungen“ im Zeitraum 2015–2019 um das Vierfache. Schon 2019 betrug der Anteil der Akutzuweisungen an allen Zuweisungen 17 %!

²

Laut Münchner Notfallstudie verlängerte sich die Prähospitalzeit bei Notfällen mit Notarzt (Meldungseingang des Notrufs in der Leitstelle bis Ankunft des Rettungsmittels am Zielort) von 48 Min. 2015 auf 57 Min. 2021!³, sodass mit potenziell negativen Auswirkungen für die Patienten zu rechnen ist.

Die Notfallstudie kommt zu dem Ergebnis, dass Ressourcenengpässe in einigen wichtigen Fachbereichen zugenommen haben. Insbesondere trifft dies auf, an der Notfallversorgung beteiligte, Intensivstationen zu.⁴

Folgen der Ressourcenengpässe und Akutbelegungen sind: Gefährdung der Patienten, Überlastung des Personals sowie ein juristisches und ethisches Dilemma für Ärzte und Pflegenden.

Die Infektiologie mit einer Einheit für hochkontagiöse Erkrankungen muss für München erhalten bleiben und benötigt bei Ausbruch von Epidemien Zugriff auf ausreichend Intensivbetten.

Ein Rückbau der Notfallkapazitäten, wie er z. B. für das Klinikum Schwabing und Harlaching geplant ist, ist daher nicht zu rechtfertigen.

B) Notstand in den Kinderkliniken beenden

- **Kostendeckende Finanzierung der Kinderkliniken gemäß dem medizinisch erforderlichen Bedarf**
- **Ausreichende finanzielle und organisatorische Maßnahmen zur Behebung des Pflegenotstands in den Kinderkliniken**

¹ Rittberg W. et al.: Zuweisungen von Notfallpatienten an abgemeldete Krankenhäuser (Akutbelegungen) in: Deutsches Ärzteblatt Int. 2020; 117, S. 465–471

² Notfallstudie Ergebnisbericht Kurzfassung, S. 12

³ Notfallstudie Ergebnisbericht Kurzfassung, S. 10

⁴ Notfallstudie Ergebnisbericht Kurzfassung, S. 20

- **Die Kinderkrankenpflege ist im Rahmen der generalistischen Ausbildung als besonderer Schwerpunkt hervorzuheben. Nach der 3-jährigen Ausbildung müssen die Absolvent*innen selbstständig auf der Kinderstation arbeiten können.**
- **Anpassung der Bettenplanung an die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung**
- **Wenn trotz Gesetzesänderung Defizite in den Kinderkliniken entstehen, sollte die Stadt München diese Defizite durch einen Betrauungsakt übernehmen**

Als mit der Einführung der Vergütung durch Fallpauschalen im Jahr 2004 die Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf die Kinderkliniken ausgedehnt wurde, begann die chronische Unterfinanzierung der stationären Kindermedizin. Die Kinderkliniken wurden systembedingt defizitär, da die erbrachten Leistungen im DRG-System nicht kostendeckend abgebildet wurden.

Folgen dieser Entwicklung waren:

Abbau von einem Drittel der Betten in den Kinderkliniken zwischen 1991 und 2017⁵, Personaleinsparungen in der Kinderkrankenpflege, um die entstehenden finanziellen Defizite auszugleichen sowie ein Abbau der Ausbildungskapazität in der Kinderkrankenpflege. Ergebnis dieses Kahlschlags sind die katastrophalen Versorgungsengpässe vor allem in der Kinderintensivmedizin, Neonatologie und Kinderonkologie.

Fatalerweise fällt nun diese eklatante Mangelsituation in der Kinderkrankenpflege mit der Umstellung zur generalistischen Pflegeausbildung zusammen, bei der erst im dritten Ausbildungsjahr für Interessierte ein Ausbildungsschwerpunkt auf der Kinderstation vorgesehen ist. Leider sieht es so aus, als ließe sich selbst diese reduzierte Ausbildung am kranken Kind derzeit nicht durchführen, da sowohl theoretische als auch praktische Ausbilder*innen und Ausbildungsplätze fehlen. Das bedeutet, dass ausgebildete Pflegekräfte erst nach einer Einarbeitungszeit von 1–2 Jahren auf einer Kinderstation voll einsetzbar sein werden.

C) Erhalt und Ausbau der akutgeriatrischen Versorgung

- **Erhalt und Ausbau der akutgeriatrischen Versorgungsmöglichkeiten in allen städtischen Kliniken, insbesondere in der München Klinik Schwabing**

2021 waren 17,1 %, das entspricht 267 692 Menschen der Münchner Bevölkerung 65 Jahre und älter. Laut Demografiebericht München wird dieser Anteil bis zum Jahr 2030 um 9,7 % ansteigen. Der Bedarf an stationärer und ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung der Senior*innen wird voraussichtlich im gleichen Umfang zunehmen. Die Akutgeriatrie kann wesentlich dazu beitragen, dass Senior*innen nach Stürzen, Verletzungen oder internistischen akuten Erkrankungen wie Schlaganfällen oder Herzerkrankungen wieder ein selbstständiges Leben führen können.

Daraus folgt, dass der derzeitige Bestand von derzeit 248 Betten im akutgeriatrischen Bereich nicht nur erhalten, sondern ausgebaut werden muss. Dies gilt vor allem für den

⁵ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin zitiert in kma-online.de 1.6.2022

Münchner Norden, wo es durch umfangreiche Baumaßnahmen zu einem erheblichen Bevölkerungszuwachs kommen wird.

D) Erhalt und Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in München

- **Erhalt und Ausbau der Palliativstationen im Norden und Süden**
- **Förderung und Ausbildung pflegerischer Fachkräfte verbessern**

Die Palliativversorgung ist Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V), entsprechend dem HPG 2015 (Hospiz- und Palliativgesetz). Da die Zahl älterer Menschen steigt, reichen die 60 Plätze in der Palliativversorgung immer weniger aus. Um den zukünftigen Bedarf zu erfüllen, müssen die bestehenden Angebote, vor allem im Norden und Süden der Stadt weiter ausgebaut werden. Zudem müssen die Angebote gut verständlich bekannt gemacht werden sowie leicht zugänglich sein. Des Weiteren müssen mehr pflegerische Fachkräfte für die Palliativversorgung ausgebildet werden.

E) Erhalt der drei Diabetesstandorte der München Klinik: Bogenhausen, Neuperlach und Schwabing

- **Dauerhafter Erhalt und permanente Weiterentwicklung der Expertise und Qualitätskriterien an den 3 Standorten der München Klinik sowie leitliniengerechte, qualifizierte Versorgung**

Für die erfolgreiche Behandlung von Diabetikern sind interdisziplinär vorgehende Ärzteteams und ausreichend stationäre Behandlungsmöglichkeiten unverzichtbar. Daher diese Forderung der Diabetes Selbsthilfegruppe München.

F) Den Verlust von Pflegepersonal endlich stoppen! Pflege besser bezahlen, entlasten, besser ausbilden!

- **Höhergruppierung aller Pflegekräfte der München Klinik um 2 Stufen, finanzielle Anreize für langjährig Beschäftigte und Kinderkrankenpflege**
- **Sofortige Entlastung der Pflegekräfte auf allen Stationen**
- **Bessere Personalausstattung der Pflege, v. a. in den Kinderkliniken**
- **Belastungsausgleich in Anlehnung an den ver.di Tarifvertrag „Entlastung an den NRW-Unikliniken“**
- **Neue Modelle für Schichtdienst und Teilzeit, siehe Tarifvertrag zwischen ver.di und Charité/Vivantes**
- **Wohnraum für Pflegende**
- **Ausbildungsinitiative in der München Klinik**
- **Rasche Anerkennung ausländischer Bewerber*innen**

Es besteht ein drastischer Mangel an ausgebildeten Pflegekräften in Deutschland. Besonders dramatisch ist der Mangel an Kinderfachpflegekräften insbesondere in München.

Das derzeitige DRG-Finanzierungssystem der Kliniken hat seit 2004 zu einer völligen Unterfinanzierung der Pflege geführt, Pflegestellen wurden abgebaut, Ausbildungskapazitäten wurden reduziert.

München ist vom Pflege-Notstand besonders stark betroffen, in den Akutkliniken, Kinderkliniken und in der Altenpflege! Hohe Lebenshaltungskosten, die zunehmende Überbelastung, ständige Überstunden sowie die unterfinanzierte Ausbildung haben dazu geführt, dass Pflegekräfte kündigen, die Arbeitszeit reduzieren und weniger ausgebildet werden, bzw. die Ausbildung abbrechen.

Diese Entwicklung muss auf der Bundesebene durch die Neuregelung der Finanzierung der Krankenhäuser und der Altenpflege schnellstens gestoppt werden!

Die Sanierung der München Klinik darf nicht zu einem zusätzlichen Verlust von Pflegepersonal führen!

G) Die ambulante Versorgung in den Außenbezirken Münchens verbessern!

- **Kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in allen ärztlich unterversorgten Stadtgebieten**
- **Kommunale MVZ für alle Neubaugebiete (z. B. Freiham) zwingend von Beginn an in die Neuplanung aufnehmen**
- **Besetzung der MVZ mindestens mit Allgemein- und Kinderärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen**
- **Einwirken auf die kassenärztliche Vereinigung zur besseren Versorgung der Außenbezirke**

Insgesamt scheint die ambulante Versorgung in München gut zu sein. Wenn man aber genauer hinsieht, werden teils massive Lücken deutlich. Leider genau in den ärmeren Vierteln Münchens ist die Versorgung v. a. im kinder- und hausärztlichen Bereich deutlich schlechter. In Riem gab es lange Zeit keinen Kinderarzt, derzeit besteht Hoffnung, dass ein von der München Klinik getragenes kinderärztliches MVZ im 2. Quartal 2023 Abhilfe schafft. In Milbertshofen/am Hart gibt es eine Kinderärztin für 11 000 Kinder. In der Altstadt/Lehel ist das Verhältnis 350 Kinder pro Arzt/Ärztin. In anderen Bezirken gibt es zu wenige Hausärzt*innen. So kommen in Berg am Laim auf einen Hausarzt*in 10-mal so viele Patient*innen, nämlich über 3 500, wie in der Altstadt/Lehel, dort sind es nur 350. (Quellen: SZ-Karten 22.01.22) Ebenso gibt es eklatante Unterschiede in der Psychotherapie.

Die für die Verteilung der Ärzt*innen auf das gesamte Stadtgebiet zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist der Meinung, die Kranken könnten auch in akuten Fällen eine längere Fahrt mit der U-Bahn auf sich nehmen.

Wir sind dagegen der Meinung, dass es gerechter und besser wäre, wenn in den Vierteln wieder genug Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeut*innen wären. Das kann einerseits über eine geänderte Bedarfsplanung erreicht werden. Andererseits könnten kommunal getragene Medizinische Versorgungszentren für Abhilfe sorgen. Besonders im Münchner Norden wäre das wichtig, weil der Klinikstandort Schwabing drastisch reduziert wurde und die Bevölkerung im Münchner Norden stark wachsen wird.

Die neu beschlossenen Gesundheitstreffe sind ein wichtiges Angebot, ersetzen aber nicht die kommunalen MVZ, weil sie zwar vielfältig beraten können, aber nicht medizinisch versorgen.

3. Erfolgreiche Planung und Umsetzung des Konzepts

Forderungen:

- **Der Personalmangel in der Pflege muss unverzüglich angepackt werden**
- **Mehr Mittel für die Ausbildung und bessere Begleitung/Unterstützung der Auszubildenden in der Pflege**
- **Nutzung der Expertise der Beschäftigten/ Betriebsrät*innen möglichst ohne externe Beratung**
- **Breite öffentliche Diskussion über das Medizinkonzept in der Stadtgesellschaft**
- **Die Notfallversorgung, die ambulante Versorgung in den wachsenden Außenbezirken Münchens, die Versorgung von Frühgeborenen und Kindern, von Schwangeren, bei Epidemien und von Senior*innen und Sterbenden müssen in München gesichert werden**
- **Die Orientierung am Bedarf der Bevölkerung muss Vorrang haben vor der Finanzierbarkeit**

Die Erfahrungen mit der Pandemie, die Erkenntnisse über die Auswirkungen der zunehmenden klimatischen Veränderungen und die Ergebnisse der Studien zur Notfallversorgung in München müssen ernst genommen werden.

Das neue Medizinkonzept der München Klinik wird nur dann erfolgreich sein, wenn die vorgenannten Punkte in vollem Umfang bei Planung und Umsetzung berücksichtigt werden.

München, Januar 2023

Verantwortlich: Dr. med. Ingrid Seyfarth-Metzger, ingrid.seyfarth-metzger@bums.bayern und Dr. med. Hans Grundhuber