

Bürger für unser Münchner Stadtklinikum

Schwachstellen der klinischen Versorgung in München
– Einschätzungen – Vorschläge – Perspektiven –

1. Auflage Januar 2022

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

Unter Mitarbeit von: Hilda Brodylo, Michael Danhardt, Dr. med. Ulrich Drexel, Christl Feiler, Peter Friemelt, Peter Teichreber, Dr. rer. nat. Franz Straube, Georgina Wismeyer und anderen engagierten Bürgern

V.i.S.d.P: Dr. med. Ingrid Seyfarth-Metzger, Bürger für unser Münchner Stadtklinikum e.V., Sailerstr. 26, 80809 München,
www.bums.bayern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Pflege-Notstand in München.....	6
3. Engpässe bei der stationären Notfallversorgung in München.....	10
4. Die Not der Münchner Kinderkliniken	14
5. Akutgeriatrische Versorgung – Angebote müssen erweitert werden.....	18
6. Palliativ- und Hospizversorgung in München – der Bedarf steigt.....	20
7. Warum die stationäre Versorgung der Menschen mit Diabetes im Klinikum München erhalten bleiben muss.....	23
8. Bevölkerungsprognose 2019 – 2040	28

1. Einleitung

„**Die Erde leidet unter Multiorganversagen.** Der Zusammenhang zwischen Klimaschutz und unserer menschlichen Gesundheit ist noch ziemlich unterbelichtet [...] Den Wenigsten ist klar, dass die Klimakrise, die mit Abstand größte Gesundheitsgefahr von allen ist. Wir kriegen sie mit keiner Tablette, keiner Operation in den Griff, sondern müssen massiv in Prävention investieren und die Resilienz des Gesundheitswesens erhöhen.“¹

Unser Gesundheitswesen erwies sich in der Pandemie in vielen Bereichen als recht fragil und es zeigten sich die Schwachstellen, die vor allem auf die Ökonomisierung der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind.

Wir, eine Gruppe gesundheitspolitisch engagierter Bürger*innen des Vereins „**Bürger für unser Münchner Stadtklinikum**“, haben in den letzten Monaten versucht darzustellen, welche Defizite und Engpässe in der stationären Versorgung in München entstanden sind und welche Anforderungen voraussichtlich in den nächsten Jahren entstehen werden. Unser Fokus war auf die Erfahrungen nach zwei Jahren Pandemie, das prognostizierte Bevölkerungswachstum in München und die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in den Stadtteilen sowie auf den aktuellen Pflege-Notstand und seine Folgen in verschiedenen Versorgungsbereichen gerichtet.

Die drastischen Engpässe auf Intensivstationen und in der Notfallversorgung in München, in Bayern und in ganz Deutschland machen die Notwendigkeit einer systematischen und der Situation angepassten Bedarfsplanung auf allen Ebenen deutlich. Wir wollen aufzeigen, welche Abteilungen für die Daseinsvorsorge wichtig, aber unterfinanziert sind: **Stationäre Notfallversorgung, Kinder- und Jugendmedizin, Akutgeriatrie, Diabetologie und Palliativmedizin.**

Durch die völlige Überlastung der Pflegekräfte in den Akutkrankenhäusern ist ein schwerer **Pflege-Notstand** entstanden, **wie es ihn in München seit der Nachkriegszeit nicht gegeben hat.** Berichte von Patient*innen und Pflegenden aus den Kliniken zeigen deutlich, in welchem Ausmaß das Qualitätsniveau der Versorgung dadurch gesunken ist. Elementare Bedürfnisse, wie zum Beispiel die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen beim Essen und Trinken, können zum Teil kaum erfüllt werden. Das zeigen Erfahrungen und Beschwerden aus vielen Münchner Krankenhäusern.

Die Vereinsamung durch Besuchseinschränkungen und Personalmangel führt bei Patient*innen und Heimbewohner*innen zum geistigen und körperlichen Abbau, dadurch nehmen Depressionen drastisch zu. Bereits seit Jahren ist bekannt, dass **Personalmangel eine Zunahme von Behandlungsfehlern zur Folge hat.** Der Pflege-Notstand betrifft vor allem die Notfallversorgung, die Intensivmedizin und die Kinderkliniken. Bedauerlicherweise wurde trotz unserer Warnungen seit mehr als 5 Jahren, von den Verantwortlichen in Stadt, Land und Bund nicht schnell und energisch genug entgegengesteuert.

¹ E. von Hirschhausen, Interview FAZ, 11.11.2021

Infolge der Schul- und Kita-Schließungen, sowie der Isolation während der Lockdowns, **mehren sich bei Kindern und Jugendlichen psychosomatische und psychische Erkrankungen bis hin zu Depressionen**, für die es bei weitem kein ausreichendes Behandlungsangebot gibt.

Hinzu kommt, dass die Menschen weltweit, und mittlerweile auch in Mitteleuropa, mit den Folgen der Klimakrise immer härter konfrontiert werden. Hitzewellen, großflächige Brände, Wassermangel, Überschwemmungen und Tornados führen zu schweren Schäden, vielen traumatisierten Menschen, Verletzten und Toten. Noch Monate nach den Überschwemmungen in Nordrhein-Westfalen und Rheinlandpfalz sind die Schäden nicht behoben, die Reparaturosten werden auf mehr als 30 Milliarden Euro geschätzt. Wenn es nicht gelingt, die CO₂ Emissionen drastisch zu reduzieren, wird die Temperatur weiter ansteigen und der Menschheit drohen weitere schwere Umweltkatastrophen.

Häufige, schwere Umweltkatastrophen werden zu sehr hohen Kosten führen und zugleich wird für die Versorgung der Kranken, Verletzten und traumatisierten Menschen ein besser ausgestattetes und effizienteres Versorgungssystem erforderlich. Wir werden folglich mehr qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Personal benötigen! Das derzeitige Versorgungssystem und seine Finanzierung mit Fallpauschalen und die strikte Trennung des ambulanten und stationären Bereichs sind für diese Anforderungen ungeeignet.

Es geht darum, sowohl konsequent weltweit die CO₂ Emissionen zu reduzieren, als auch die Gesundheitsversorgung in unserem Land so zu verändern, dass Patientinnen und Patienten besser, effektiver und kostengünstiger versorgt werden.

Die derzeitige COVID-19-Pandemie zeigt, dass es dringend erforderlich ist, das öffentliche Gesundheitswesen auszubauen, die stationären Angebote besser nach dem Bedarf auszurichten, die Fallpauschalen durch ein patientenorientiertes Abrechnungssystem zu ersetzen und die Sektoren besser zu verbinden. Um umfassende Vorschläge auszuarbeiten, wollen wir mit allen gesundheitspolitisch interessierten Initiativen, Gruppierungen und Parteien zusammenarbeiten.

Im Folgenden stellen wir das prognostizierte Bevölkerungswachstum für München vor, zeigen Defizite und Engpässe im stationären Sektor in München auf und stellen konkrete Verbesserungsvorschläge und Forderungen dafür vor.

2. Pflege-Notstand in München

2.1. Aktuelle Situation Bund/Land: Zahlen, Fakten

Es besteht ein drastischer Mangel an ausgebildeten Pflegekräften in Deutschland. Laut C. Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats fehlen derzeit insgesamt 200 000 ausgebildete Pflegekräfte in Deutschland.² Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit der Zahl der Pflegekräfte seit vielen Jahren auf den hintersten Rängen, sowohl im Verhältnis Pflegekräfte zur Einwohnerzahl als auch zu den Belegungstagen.³

Infolge des DRG-Systems wurden in Deutschland seit 2004 insgesamt mehr als 30 000 Pflegestellen in Kliniken abgebaut, weil angenommen wurde, dass mit der Verkürzung der Verweildauer auch der Bedarf an Pflegekräften sinken würde. **Gleichzeitig wurden auch die Ausbildungskapazitäten reduziert. Allein in der Kinderkrankenpflege wurden die Ausbildungsplätze ab 1998 bis 2014 um ca. 25 % gesenkt.**⁴

Bei sinkender Verweildauer hat aber die Zahl der stationären Fälle in den Kliniken deutlich zugenommen, von 1996 – 2016 um 19 %, sodass der Bedarf an Pflegekräften stark anstieg. Zur demografischen Entwicklung in München, siehe Kapitel Bevölkerungsentwicklung.

Zugleich stieg der Bedarf in der ambulanten wie stationären Altenpflege. Der Personalbedarf an Krankenpflegekräften wird bis 2030 für Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Gesundheitseinrichtungen auf insgesamt 800 000 Vollzeitkräfte, in der Altenpflege auf insgesamt 500 000 Vollzeitkräfte beziffert.⁵ ⁶ Fast zwei Drittel aller Pflege- und Betreuungskräfte in Deutschland arbeiten geringfügig oder in Teilzeit.⁷ Nach Angaben des deutschen Pflegerats werden ca. 40 % der Pflegekräfte bis 2035 in den Ruhestand gehen.

Laut einer Umfrage der DIVI, (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin)⁸ waren schon 2020 auf 37 % der Intensivstationen in Deutschland kontinuierlich Betten gesperrt, 75 % der Stationen klagten über einen Mangel an Fachpflegekräften.

² TAZ, 18.11.2021, Interview mit Christine Vogler, Präsidentin des deutschen Pflegerats

³ Bertelsmann Stiftung, Mai 2017, Faktencheck Gesundheit, Pflegepersonal im Krankenhaus

⁴ Michael Isfort, Präsentation Kongress Pflege 19.-20.01.2018, Prof. für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule (KathO) NRW, Abteilung Köln

⁵ VBW-Studie, 2018, Gesundheit und Medizin

⁶ Barmer Pflegereport 2021, Barmer Ersatzkasse

⁷ TAZ, 9.12.2021

⁸ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Stellungnahme Intensivpflege

Laut einer DBFK Umfrage (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) 2020 im 2. Lockdown, gaben mehr als 31,3 % an, dass sie häufig daran denken den Arbeitsgeber zu wechseln, 32,3 % dachten häufig daran, den Pflegeberuf aufzugeben.

Es bestehen für die Krankenhausbeschäftigten unterschiedliche Tarifverträge mit den Ländern, kommunalen Arbeitgebern und privaten Kliniken. Ein Gesamttarifvertrag für die stationäre Altenpflege besteht bisher nicht.

Bisherige gesetzliche Maßnahmen auf Bundesebene, wie die Einführung minimaler Personaluntergrenzen und das Gesetz zur Förderung der Pflege, haben die Situation überhaupt nicht verbessert. Bürgerbegehren in verschiedenen Bundesländern wurden aus formaljuristischen Gründen nicht zugelassen, obwohl hunderttausende Bürger unterschrieben hatten.

In den Tarifverhandlungen im Herbst 2021 von ver.di mit den kommunalen Arbeitgebern und den Arbeitgebern der Länder wurden nur geringfügige finanzielle Verbesserungen vereinbart.

2.2. Aktuelle Situation in München

In München ist der Mangel an Pflegekräften in den Kliniken, laut dem Index der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), der höchste in Bayern!⁹

Unser Verein hat seit 2015 auf die Abwanderung von Pflegekräften in München hingewiesen, aus diesem Grund haben wir das Bürgerbegehren in Bayern 2018 tatkräftig unterstützt.

Derzeit (Dezember 2021) sind in München ca. 30 % der Betten auf den Intensivstationen und 50 % der Betten in den Kinderkliniken wegen Personalmangel in der Pflege gesperrt. In einem Interview weist Univ. Prof. Dr. med. Andreas Flemmer, Leiter der Neonatologie der Dr. von Haunerschen Universitäts-Kinderklinik darauf hin, dass trotz vieler Berichte und Proteste gegen den Pflege-Notstand in Kinderkliniken seit vielen Jahren, bisher keine wirksamen Aktivitäten der Verantwortlichen erkennbar sind. Professor Flemmer meint dazu: „Es muss jetzt dringend einen konzertierten Plan der Politik geben, mit dem so schnell wie möglich die Kapazitäten erhöht werden, um Kinderkrankenpflegekräfte auszubilden. Bewerberinnen und Bewerber gäbe es ja genug.“¹⁰

Zusätzlich besteht in München ein gravierender Personalmangel in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die Zahl der Leistungsempfänger*innen in der Pflegeversicherung in München wird nach Angaben des Sozialreferats¹¹ von 2017 – 2030 von 31 021 auf 37 834, also um mehr als 6 000 Personen steigen. Der zunehmende Bedarf kann in der gesamten Altenpflege aber immer weniger gedeckt werden.

⁹ Fachpflegerischer Versorgungsindex Bayern Regionen, Monitoringstudie Vereinigung der Pflegenden in Bayern, 2021

¹⁰ SZ, 5.12.2021

¹¹ 11. Marktbericht Pflege, Sozialreferat der LHM München, 14.10.2021

Seit dem Beginn der Pandemie kommen viele Angehörige an ihre Belastungsgrenzen, weil es nicht ausreichend qualifizierte Angebote zur stationären Pflege gibt, auch Kurzzeitpflegeplätze sowie Tag- und Nachtkliniken fehlen seit Jahren.

Viele Pflegekräfte, vor allem Intensivpflegekräfte, sind durch die belastende Tätigkeit bei der Versorgung der COVID-19-Patient*innen und die angeordneten Überstunden infolge der Infektionslage in den Kliniken so erschöpft, dass sie kündigen oder die Arbeitszeit reduzieren. Dieser Umstand verschärft den Pflege-Notstand weiter!

Besonders angespannt ist die Personalsituation in allen Akutkliniken Münchens, aber besonders kritisch ist es in den Kinderkliniken und in der Notfallversorgung.

Hervorzuheben ist, dass die München-Zulage, die Anfang 2021 beschlossen wurde, sich für den Verbleib der Pflegekräfte in der München-Klinik und des München-Stifts positiv ausgewirkt hatte.

Der Bau neuer Wohnungen für Pflegekräfte, nicht nur von 1-Zimmer-Apartments, sondern auch von Wohnungen für Familien, ist in München besonders dringlich, da die Mieten in München im bundesweiten Vergleich sehr hoch sind.

Auszubildende in der Pflege beklagen, dass die Situation in der theoretischen und praktischen Ausbildung in der MüK schlecht ist. Eine Folge davon ist die hohe Quote der Ausbildungsabbrüche.

Trotz vieler Anträge von Bürgerversammlungen, der Stadtratsfraktionen und des Seniorenbeirats, wurden bis Ende November 2021 vom Stadtrat keine Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegenden in München beschlossen.

2.3. Unsere Forderungen bundesweit für die Pflegenden

- Wir unterstützen die Forderungen der Pflege-Verbände und der Gewerkschaft ver.di zu Strukturveränderungen mit dem Ziel der langfristigen Behebung des Personalmangels im Gesundheitswesen, speziell in der Pflege sowie eine komplette Strukturreform der beruflichen Pflege und die Überwindung der Sektorengrenzen. Die Verantwortung für und die Finanzierung der Pflege-Ausbildung muss dringend neu geregelt werden.¹²
- Wir unterstützen die Vereinbarungen zur Arbeitszeitregelung zwischen ver.di und Charité/Vivantes in Berlin und fordern die bundesweite Übernahme
- Wir fordern die Neuregelung der Finanzierung der Krankenhäuser und der Altenpflege, die Abschaffung der DRG (Fallpauschalen) und den Ersatz der DRG durch eine patientenorientierte Finanzierung
- Wir unterstützen die Forderung einer bundesweiten Erhöhung der Löhne für alle Pflegenden in allen Bereichen

¹² <https://www.bibliomed-pflege.de/news/ohne-strukturreform-keine-entlastung-fuer-die-pflege>

2.4. Unsere Forderungen für die Pflegenden in München

Wir unterstützen die Einrichtung eines Lenkungskreises Pflege des Stadtrats und einer Taskforce, mit dem Ziel die Situation der Pflegenden zahlenmäßig zu erfassen, die Entwicklung darzustellen und mit vielfältigen Maßnahmen rasch zu verbessern. Erste Maßnahmen sind innerhalb von 3 Monaten zu beschließen und umzusetzen.

Der Lenkungskreis Pflege soll unter der Leitung der 3. Bürgermeisterin stehen, zusätzlich **sollen** neben Vertreter*innen der betroffenen Referate, Mitglieder der im Gesundheitsausschuss vertretenen Fraktionen (je 1 Vertreter*in), die städtischen Gesellschaften München Klinik und Münchenstift, die betrieblichen Interessensvertretungen sowie der Seniorenbeirat und Patient*innen-Organisationen **ein Mitspracherecht erhalten**.

2.5. Für die Pflegenden der München-Klinik unterstützen wir die Forderungen des Gesamtbetriebsrats:

- **Höhergruppierung** aller Pflegekräfte um 2 Gehaltsstufen (Refinanzierung durch Krankenkassen)
- **Entlastung der Pflegekräfte** von pflegefremden Tätigkeiten (z. B. Bestellwesen Apotheke und Material) → ein Modellprojekt wurde bereits erfolgreich durchgeführt
- **Entlastung der Pflegekräfte** durch Stationsassistenten – auch am Wochenende, durch mindestens 2 Stationsassistenten pro Station (wird nicht durch Krankenkassen übernommen)
- **Modellprojekte mit der PPR 2.0** (Pflegepersonalregelung 2.0, gemeinsam erarbeitet von ver.di und DKG)
- **Ausbildungsinitiative**, um die Ausbildung zu verbessern und die Ausbildungsabbrüche zu reduzieren: Bessere Ausstattung der Akademie Schule, Laptops für Schüler*innen, Modernisierung der Unterrichtsmethoden, Praxisanleitung auf den Stationen intensivieren, verstärkter Einsatz von Mentoren und Sozialarbeit (vgl. dazu den Antrag des Seniorenbeirats von 2019 zu Paten- und Mentorenprogramm für Pflegeberufe)
- **Wohnraum-Initiative für Pflegekräfte**, sowohl 1-Zimmer-Apartments als auch größere Wohnung für Familien

3. Engpässe bei der stationären Notfallversorgung in München

Weil es zum jetzigen Zeitpunkt, da die Pandemie grassiert, nahezu unmöglich ist, einen Überblick über die Notfallversorgung zu bekommen, beschränkt sich der Beitrag auf die Zeit bis zum Beginn der Pandemie.

3.1. Die stationäre Notfallversorgung in Deutschland

Die Fallzahlen von Notfallpatienten, die stationär versorgt werden mussten, stiegen bereits vor der Pandemie kontinuierlich an. Ein Beitrag in dem Buch „Qualitätsmonitor 2020“ von Hohmann und Herr zeigt für den Zeitraum von 2007 bis 2018 folgende Zunahme:

- Stationäre Fälle mit Aufnahmearbeit Notfall 2007 6.0 Mio.
- Stationäre Fälle mit Aufnahmearbeit Notfall 2018 8.6 Mio.¹³

In wie vielen Fällen es sich hier um Akutzuweisungen an abgemeldete Kliniken handelte, wird in dem Artikel nicht aufgeführt.

3.2. Die stationäre Notfallversorgung in München

Vor dem Hintergrund zunehmender stationärer Notfallzuweisungen wurde vom Klinikum rechts der Isar im Rahmen einer Studie die Entwicklung von Akutbelegungen im Großraum München von 2014 bis 2019, anhand von über 900 000 Rettungsdiensteinsätzen, analysiert.¹⁴ Die Ergebnisse zeigen:

- Anstieg der Akutbelegungen von 70 auf 634 (ca. 900 %) bei einem Anstieg der Gesamtzahl der Einsätze um 14,5 %
- Verteilung der Akutbelegungen hauptsächlich auf 6 Kliniken: 2 Uni-Kliniken und 4 städtische Krankenhäuser
- Die Innere Medizin ist mit 59 % am meisten betroffen
- Die Spitzenwerte der Akutbelegungen betreffen die ersten beiden Quartale
- Die genauen Gründe für die Abmeldungen der einzelnen Fachbereiche konnten in der Studie nicht analysiert werden
- Wie die Entwicklung inzwischen gezeigt hat, dürfte Personalmangel, insbesondere im Bereich der Pflege und hier vor allem der Intensivpflege der Grund für die Abmeldungen sein
→ Hier ist anzumerken, dass die Abmeldungen in der Vergangenheit durchaus auf ein grundsätzliches Kapazitätsproblem zurückzuführen sind.

¹³ Hohmann A., Herr D.: Die stationäre Notfallversorgung in: Qualitätsmonitor 2020, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

¹⁴ Rittberg W. et al.: Zuweisungen von Notfallpatienten an abgemeldete Krankenhäuser (Akutbelegungen) in: Deutsches Ärzteblatt Int 2020; 117, S. 465–471

Diese Zunahme der Akutbelegungen hat drei Probleme zur Folge:

- Gefährdung der Patienten
- Überlastung des Personals
- Juristisches und ethisches Dilemma für Ärzte und Pflegende wegen Übernahmeverschulden

Die in der Studie aufgezeigten Engpässe wurden in einer Stadtratsvorlage des Gesundheitsausschusses vom 18.10.2018 von der Referentin eingeräumt.¹⁵ In dieser Vorlage wurde ferner ausgeführt, dass infolge der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung der Bedarf für die Notfallversorgung weiterwachsen wird.

Da die städtischen Kliniken 2013, nach einer Erhebung des Instituts für Notfallmedizin, 42 % der vom Rettungsdienst eingelieferten Patienten behandelt haben, ist davon auszugehen, dass sie auch in Zukunft den Großteil dieser Patienten versorgen müssen.

Wird die München Klinik in der Lage sein, Wesentliches dazu beizutragen, die Engpässe zu beseitigen und den erhöhten Bedarf aufzufangen?

3.3. G-BA-Beschluss: Stufenmodell der Notfallversorgung

Nach dem Beschluss des G-BA vom 19.04.2018 werden für die Notfallversorgung 3 Stufen mit jeweiligen Mindestanforderungen festgelegt:¹⁶

- Basisnotfallversorgungsstufe 1
- Erweiterte Notfallversorgungsstufe 2
- Umfassende Notfallversorgungsstufe 3

Abhängig von der Notfallstufe erhalten die Kliniken jährliche Zuschlagspauschalen.

¹⁵ Beschluss des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung des Gesundheitsausschusses mit dem Umweltausschuss vom 18.10.2018 (VB). Sitzungsvorlage Nr. 14-20/ V 12546, S. 2–3

¹⁶ <https://www.g-ba.de>: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.

3.4. Notfallstufen der MÜK-Kliniken

In der o. g. Sitzungsvorlage vom 18.10.18 wurden den städt. Kliniken folgende Notfallstufen zugeordnet:

Klinikum Harlaching

- Umfassende Notfallversorgungsstufe 3 für Erwachsene
- Erweiterte Notfallversorgungsstufe 2 für Kinder

Klinikum Bogenhausen

- Umfassende Notfallversorgungsstufe 3

Klinikum Neuperlach

- Erweiterte Notfallversorgungsstufe 2

Klinikum Schwabing

- Basisnotfallversorgungsstufe 1 für Erwachsene mit insgesamt 95 Betten für Innere Medizin und Chirurgie
- Umfassende Notfallversorgungsstufe 3 für Kinder

3.5. Die Notfallversorgung im Münchner Norden (Klinikum Schwabing)

Die Rückstufung des Klinikums auf die Basisnotfallversorgung ist aus mehreren Gründen nicht nachvollziehbar:

1. Wie die Gesundheitsreferentin am 18.10.18 festgestellt hat, traten bereits damals Engpässe in der Notfallversorgung auf. Bei dem prognostizierten Bevölkerungswachstum ist es absehbar, dass diese Engpässe noch weiter zunehmen werden.
2. Das Klinikum Schwabing ist **verkehrsmäßig** von allen Kliniken am besten zu erreichen und von großer Bedeutung für die Versorgung des Münchner Nordens.
3. Die Anforderungen des G-BA bezüglich **Ausstattung für die umfassende Notfallversorgung** sind im Klinikum Schwabing bereits heute weitgehend erfüllt. Allerdings erfordern sie mehr Abteilungen und damit auch eine Änderung des Medizinkonzeptes.
4. **Die Kinderklinik** sollte in eine Klinikstruktur mit spezialisierten Erwachsenen-Abteilungen eingebunden sein, z. B. Neurochirurgie, Gefäßchirurgie etc.
5. **Die Infektiologie** mit einer Einheit für hochkontagiöse Erkrankungen wird voraussichtlich in Schwabing bleiben und benötigt im Pandemiefall Zugriff auf die Intensivbetten, die bei der Rückstufung auf eine Basisversorgung abgebaut werden.

3.6. Die Notfallversorgung im Münchner Süden (Klinikum Harlaching, KMH)

Es ist sehr erfreulich, dass das Klinikum Harlaching einen Neubau bekommt und **aufgrund der überzeugenden Bürgerargumentation**, entgegen der ursprünglich geplanten Rückstufung, **auf Basis einer überarbeiteten Planung** die Versorgungsstufe 3 für Erwachsene behalten soll (**nach aktueller Aussage der Geschäftsführung MÜK**).

Aktuell gibt es im KMH 5 internistische Fachabteilungen mit 232 internistischen und 34 allgemein-chirurgischen Planbetten, von denen derzeit wegen des Pflegemangels nur noch etwa 185 belegt werden können. Im Neubau sind für die Innere Medizin und die Allgemeinchirurgie zusammen (!) weniger als 60 Betten und nur noch 1 internistische Fachabteilung geplant.

Völlig unverständlich ist – neben der Abschaffung der Urologie – diese drastische Reduzierung internistischer Betten und Fachabteilungen.

1. **Weil** die oben dargestellten, ständig zunehmenden Engpässe bei der Notfallversorgung mit großem Abstand am häufigsten das Fachgebiet Innere Medizin betreffen¹⁷
2. **Weil** für die Versorgung in der Pandemie vor allem internistische Betten benötigt werden, und künftig Pandemie-Reservekapazitäten einzuplanen sind
3. **Weil** das KMH seit Jahren mit die meisten *stationären* internistischen Notfallpatienten in München versorgt
4. **Weil** der geplante Ausbau der Altersmedizin eine umfassende internistische Versorgung benötigt

3.7. Schlussfolgerung

Da die stationäre Notfallversorgung bereits in den Jahren vor der Pandemie erhebliche Lücken aufwies und damit auf ein prognostiziertes Bevölkerungswachstum in keiner Weise vorbereitet ist, ist es nicht zu verantworten, die Notfallversorgung städtischer Kliniken herabzustufen.

3.8. Unsere Forderungen für die stationäre Notfallversorgung

- Um eine ausreichende Notfallversorgung der Münchner Bevölkerung sicher zu stellen, darf es keine Kürzung von Betten geben, die für die Notfallbehandlung nötig sind
- Für das Klinikum Schwabing soll die Notfallversorgungsstufe 3 erhalten bleiben, mindestens muss jedoch die Stufe 2 gemäß den Vorgaben des G-BA gesichert werden
- Im Klinikum Harlaching muss deutlich mehr internistische Kapazität und Kompetenz erhalten bleiben
- Um den Mangel an Pflegepersonal, insbesondere auf den Intensivstationen, zu beheben, müssen kurzfristig spürbare Bonuszahlungen und langfristig tarifliche Mehrleistungen erfolgen

¹⁷ Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, Heft 27–28, 6. Juli 2020, S. 468, 1. Absatz: insgesamt 67 % der Akutbelegungen betreffen das Fachgebiet Innere Medizin; „Internistischer Notfall“ 59 % - in Spitzenzeiten bis 80 %

4. Die Not der Münchner Kinderkliniken

4.1. Pflegemangel als Folge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Ein Jahr nach Einführung der Fallpauschalen in den Kliniken für Erwachsene wurde diese Art der Vergütung 2004 auch auf Kinderkliniken ausgedehnt. Dies hatte zwar den Vorteil, dass Kinder nicht mehr länger als nötig aus Abrechnungsgründen in den Kliniken stationär behandelt wurden, führte aber zur chronischen Unterfinanzierung der stationären Kindermedizin, da die Leistungen im DRG-System nicht kostendeckend abgebildet wurden. Die Kinderabteilungen wurden prinzipiell defizitär, mussten zum Teil schließen oder von anderen Abteilungen quer finanziert werden.

Da man sich der immer teurer werdenden allgemeinen Entwicklung der Medizin nicht verschließen konnte, musste man versuchen, im Pflegebereich einzusparen. Man glaubte anscheinend, dass bei kürzerer Verweildauer weniger Pflege benötigt würde.

Nur so lässt sich erklären, warum die Ausbildungskapazität in der Kinderkrankenpflege innerhalb von 8 Jahren um nahezu 25 % abgebaut wurde.¹⁸

Mit dem rasanten Fortschritt, vor allem in der Neonatologie, der Intensivmedizin und der Onkologie nahm die Intensivierung der pflegerischen Tätigkeit jedoch erheblich zu. Es wurden immer mehr und besser qualifizierte Pflegekräfte benötigt, die nun fehlten und zudem bei steigenden Lebenshaltungskosten aus den Ballungsgebieten, in denen sich die großen Kinderzentren befinden, in ländliche Regionen abwanderten.

4.2. Die stationäre pädiatrische Versorgung in München

Kinderabteilungen in München

- | | |
|------------------------------------|---|
| ➤ 4 Kinderkliniken: | MüK Schwabing, MüK Harlaching,
LMU Haunersche, 3. Orden |
| ➤ 3 Kinderchirurgische Abteilungen | MüK Schwabing, LMU Haunersche,
3. Orden |
| ➤ 7 Neonatologische Abteilungen | MüK Schwabing, MüK Harlaching,
LMU Großhadern, LMU Haunersche,
Rechts der Isar, Rotkreuzklinikum,
3. Orden |

¹⁸ Siehe Folie 9 in: <https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2018/dokumente/presentationen/Isfort-Michael---Fachkraeftesicherung-in-der-Pflege.pdf?m=1516719503&>

Kinderabteilungen der MÜK

Klinikum Schwabing:	Städtisch:	Kinderchirurgie, Kinderorthopädie, Kinderpsychosomatik
		stationäre Versorgung Pädiatrie und Neonatologie
	Staatlich:	Poliklinik und Forschung Pädiatrie
Klinikum Harlaching:	Städtisch:	Pädiatrie (allgemein, intensiv und Neonatologie)
Für beide Kliniken zuständig:		1 Chefarzt für Pädiatrie
		1 Chefarzt für Neonatologie

Die München Klinik ist mit den Häusern Schwabing und Harlaching für die stationäre Versorgung von etwa der Hälfte der Münchner Kinder zuständig.

4.3. Sind für die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung genügend Betten eingeplant?

Auf eine entsprechende Anfrage der ÖDP vom März 2020 wurde in der Antwort des Münchner Kämmerers zugegeben, dass nach Fertigstellung der Kinderklinik-Neubauten in Schwabing und Harlaching statt 263, in Zukunft nur noch 240 Betten zur Verfügung stehen werden. Laut Prognose der Stadtplanung ist jedoch bis 2040 bei Kindern und Jugendlichen mit Zuwächsen von 16 % bis 24 %, je nach Altersgruppe, zu rechnen.¹⁹

4.4. Aktuelle Überlastung der Kinderintensivmedizin und Neonatologie

Derzeit ist jedoch nicht die Anzahl der Betten, sondern ihre Verfügbarkeit das Problem, da ein erheblicher Anteil wegen Personalmangel, insbesondere bei den Pflegekräften, nicht belegt werden kann. Betroffen sind vor allem die Intensivmedizin und die Neonatologie.

Seit Ende des Sommers 2021 steigt die Anzahl von intensivpflichtigen Kleinkindern und Säuglingen mit RSV-Infektionen dramatisch an, so dass bereits wieder Kinder in auswärtige Kliniken verlegt werden müssen, da auf den Intensivstationen nur die Hälfte der Betten belegt werden kann. Betroffen sind auch Schwangere mit Frühgeburtsbestrebungen, da sie nur aufgenommen werden können, wenn ein Bett in der Neonatologie verfügbar ist.

¹⁹ Frey Christoph, Stadtkämmerer. Fehlende Krankenhaus-Plätze für Babys und Kinder Engpass auch in München Kliniken? Anfrage Nr. 14-20 / F 01710 von der ÖDP vom 31.01.2020, in Rathaus Umschau 67/20

4.5. Pädiatrische Notfallversorgung

Der Mangel an belegbaren Intensivbetten führt zwangsläufig zu einem dauerhaften Engpass in der Notfallversorgung von zeitkritisch und lebensbedrohlich erkrankten Kindern.

Es werden zunehmend Kinder per Akut- („Zwangs-“) Belegung in Kinderkliniken eingewiesen, die wegen fehlender Versorgungskapazität abgemeldet sind. Nach einer Studie der Kinderklinik der LMU stieg der Anteil von Akutbelegungen im Verhältnis zu den Gesamtzuweisungen insgesamt von 5 % (2015) auf 17 % (2019), in der Altersgruppe 0-2 Jahre sogar von 6 % (2015) auf 23 % (2019).

Der Mangel an belegbaren Kinderintensivbetten zeigt sich auch im internationalen Vergleich. Während in den USA die Kapazität 8 Betten pro 100 000 Kinder beträgt, sind es in München 13 – 15 Betten auf 237 000 Kinder, das entspricht etwa 5,5 – 6 Betten pro 100 000 Kinder. Gegenüber den USA fehlt in München also ca. ein Drittel bis ein Viertel der Intensivversorgungskapazität.²⁰

4.6. Ursachen des Pflegemangels

Zu den oben beschriebenen, für ganz Deutschland geltenden Gründen (Einsparung von Pflegekräften und Ausbildungsplätzen infolge Unterfinanzierung) kommen in München noch erschwerend die hohen Lebenshaltungskosten hinzu, die eine Abwanderung von Pflegekräften ins Umland zur Folge haben.

4.7. Die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege

Die Antwort auf eine Anfrage der Partei DIE Linke zum Stand der Umsetzung der Pflegeausbildungsreform zeigt, dass ca. ein Viertel der Ausbildungsplätze nicht besetzt werden kann und die Abbrecherquote etwa 20 % beträgt.²¹ In der Umfrage wird von den Auszubildenden unter anderem die Qualität der praktischen Ausbildung kritisiert, die unter der Überlastung des Pflegepersonals leidet. Erschwerend kommt hinzu, dass im Rahmen der generalistischen Ausbildung alle Krankenpflegscheüler Einsätze in der Pädiatrie absolvieren müssen, wodurch die Pflegekräfte zusätzlich belastet werden. Eine derartige Situation ist nicht gerade motivierend für Auszubildende. Hier baut sich ein Circulus vitiosus auf, der auch durch Imagepflege schwer zu durchbrechen ist, da die Fakten ein anderes Bild zeigen.

Ob sich im Rahmen der generalistischen Ausbildung ausreichend viele Auszubildende für die Kinderkrankenpflege entscheiden werden, lässt sich derzeit nicht beurteilen.

²⁰ Vgl. Hoffmann F., Landegg M., Rittberg W., Hinzmann D., Steinbrunner D., Böcker W., Heinen F., Kanz K.-G., Bogner-Flatz V.: Pädiatrische Notfälle – zunehmende Versorgungsengpässe am Beispiel einer deutschen Großstadt. Dtsch. Ärzteblatt Int 2021; 118, S. 373–374

²¹ Frey Christoph Stadtkämmerer. Stand der Umsetzung der Pflegeausbildungsreform in der München Klinik. Anfrage DIE Linke / Die PARTEI Stadtratsfraktion vom 17.08.2020, in Rathaus Umschau 195/2020

4.8. Unsere Forderungen für die stationäre Kindermedizin

Zusätzlich zu den im Beitrag „Pflege-Notstand in München“ beschriebenen, sind für die Kindermedizin folgende Forderungen zu berücksichtigen:

- **Akutmaßnahmen**
 - Gezielte Förderung der pädiatrischen Pflegekräfte durch finanzielle Anreize (Schichtzulagen, Steuerbefreiung, Wohngeld), um einen drohenden Kollaps zu vermeiden
- **Weitere Maßnahmen**
 - Kostendeckende Finanzierung der Kinderkliniken, Abschaffung der Fallpauschalenvergütung
 - 100 % Finanzierung der Berufsfachschulen durch Bund oder Land
 - Festlegung ausreichender Kontingente für die Kinderkrankenpflege im Rahmen der generalistischen Krankenpflegeausbildung
 - Verbesserung der praktischen Ausbildung durch zusätzliche freigestellte Praxisanleiter, Tutoren- und Mentorenprogramm
- **Langfristig**
 - Anpassung der stationären Bettenplanung in der Pädiatrie an die Bevölkerungsentwicklung

5. Akutgeriatrische Versorgung – Angebote müssen erweitert werden

Rund 23 % der bundesdeutschen Bevölkerung sind 60 Jahre oder älter, in München sind es annähernd 30 % – sie werden zu den Senior*innen gezählt. Andere Statistiken weisen Personen ab 65 Jahre als Senior*innen aus. In München waren 2019 272 323 Menschen über 65 Jahre alt. Der Demografiebericht 2021 der Landeshauptstadt München geht davon aus, dass die Gruppe der über 65-Jährigen in München von 2019 – 2040 um 22,4 % zunehmen wird.²² Sie sind potentielle Patient*innen der akutgeriatrischen, medizinischen Versorgung, vgl. Kapitel Bevölkerungsentwicklung München.

Geriatric, auch bekannt als Altersmedizin, ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen. Akutgeriatrie ist die stationäre Versorgung von akut erkrankten Menschen der genannten Bevölkerungsgruppe.

Ziel der Akutgeriatrie ist der Erhalt einer selbständigen Lebensführung durch akutmedizinische und interdisziplinäre Versorgung und die frührehabilitative Behandlung in interdisziplinären medizinischen Teams. Häufig tritt Pflegebedürftigkeit infolge von akuten Ereignissen wie Stürzen, Verletzungen oder Schlaganfällen auf. Durch die Akutgeriatrie soll dies vermieden werden. Bedauerlicherweise sind die Möglichkeiten und Erfolge der Akutgeriatrie und Frührehabilitation noch immer nicht allgemein bekannt, obwohl sie gut belegt sind.

Unklare Zuständigkeiten, mangelnde wirtschaftliche Anreize sowie mangelnde medizinische oder pflegerische Kompetenz stehen den aufgeführten Zielen oft entgegen. Weitere Probleme bestehen durch die eingeschränkte Kommunikation, der am geriatrischen Prozess Beteiligten und der Angehörigen.

Wesentlich verschärft wird diese Situation durch den akuten Fachkräftemangel speziell in München, vgl. dazu den Beitrag „Pflege-Notstand in München“.

Zusätzlich besteht eine generelle Unterversorgung im ambulanten Bereich mit Hausärzten und Fachärzten in vielen Gebieten bayern- und bundesweit. Auch in München sind inzwischen viele Stadtbezirke allgemeinmedizinisch und fachärztlich unterversorgt, zum Beispiel im Münchner Norden, das betrifft vor allem die Stadtbezirke Milbertshofen und Feldmoching. In anderen Bezirken besteht jedoch eine hohe Dichte an allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen. Obwohl seit vielen Jahren von der Kassenärztlichen Vereinigung gefordert wird, dass in den unterversorgten Bezirken Praxen angesiedelt werden, konnten keine Fortschritte erreicht werden. Da für Senior*innen und Hochbetagte die wohnortnahe Versorgung ambulant wie stationär besonders wichtig ist, unterstützen wir die Einrichtung medizinischer, kommunaler Versorgungszentren mit akutgeriatrischen Beratungsangeboten in unterversorgten Regionen.

Auch die Kliniken mit Akutgeriatrie sind in München sehr ungleich verteilt, im Norden gibt es nur ein kleines Angebot zur Akutgeriatrie in der München Klinik Schwabing, die nach den Plänen der München Klinik auch noch geschlossen werden soll. Damit wäre der Münchner Norden sowohl ambulant wie stationär völlig unterversorgt, obwohl in Feldmoching und in Schwabing/Freimann umfangreiche Bauvorhaben geplant sind und mit einem großen Bevölkerungszuwachs, auch von Senior*innen gerechnet wird. (siehe dazu Kapitel Bevölkerungsentwicklung).

²² Demografiebericht der Landeshauptstadt München 2021, Referat für Stadtplanung und Bauordnung.

Derzeitige Versorgungsquantität

Klinikum		Abteilung /Bereich	Bettenanzahl	
MünchenKlinik	KH Neuperlach	Stationäre Akutklinik	58 Betten	
		Tagesklinik		30 Plätze
	KH Schwabing	Akutgeriatrie	8 Betten	
		Alterstraumazentrum	20 Betten	
	KH Bogenhausen	Frührehabilitation, Physikalische Medizin	40 Betten	
		Akutgeriatrie	20 Betten	
	KH Harlaching	Akutgeriatrie	10 Betten	
KH Barmherzige Brüder		Akutgeriatrie	32 Betten	
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation LMU München		Akutgeriatrie	60 Betten	
		Akutgeriatrische Tagesklinik		30 teilstationäre Betten
Gesamt			248 Betten	60 Plätze

Quelle : Bayer. STMGP, Krankenhausplan 01.01.2021

Weitere akutgeriatrische Versorgungseinrichtungen in München

- Helios Klinikum München West
- Helios Klinik München Perlach
- Rotkreuzklinikum
- Krankenhaus Neuwittelsbach
- Diakoniewerk München-Maxvorstadt

5.1. Unsere Forderungen für die akutgeriatrische Versorgung

- Ausbau und Erhalt der akutgeriatrische Versorgungsmöglichkeiten in allen städtischen Kliniken
- Einrichtung und Unterstützung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren mit Beratungs- und Behandlungsangeboten für die akutgeriatrische Behandlung
- Einrichtung und Erhalt von Beratungs-Zentren für Senior*innen und deren Angehörige

6. Palliativ- und Hospizversorgung in München – der Bedarf steigt

Palliative Care – Palliativversorgung

Palliative Versorgung ist gemäß der WHO (2002) ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, **die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen**. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Hospizversorgung:

„Im Mittelpunkt der Hospizversorgung steht der schwerstkranke und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Nahestehenden. **Begleitet werden Patient*innen am Ende ihres Lebens sowie deren Angehörige** zu Hause, in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und in stationären Hospizen. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen, um eine Betreuung zu bieten, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Entscheidungen orientiert und hierbei Würde, Frieden und Ruhe anstrebt.“²³

Die Palliativversorgung ist Bestandteil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V), entsprechend dem HPG 2015 (Hospiz- und Palliativgesetz). Das HPG hat einen flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ambulant und stationär zum Ziel.

6.1. Derzeitige Angebote in München

4 Hospizvereine mit ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensten

- Vermittlung von ehrenamtlichen Hospizhelfer
- Beratung durch Palliativfachkräfte

6 SAPV-Teams²⁴: Palliativmediziner und Palliativfachkräfte der Pflege, Sozialarbeiter

- Beratung
- Medizinische Behandlung
- 24 h Rufbereitschaft

Palliativstationen in Krankenhäusern

- Barmherzige Brüder: 32 Betten
- Klinikum Großhadern: 10 Betten, Kinderpalliativ: 8 Betten
- MÜK Schwabing: 8 Betten
- MÜK Harlaching: 10 Betten

²³ Deutsche Gesellschaft Palliativmedizin, DPG 2016

²⁴ SAPV Teams: Spezialisierte, ambulante Palliativversorgung

Palliativ-konsiliarischer Beratungsdienst in den Krankenhäusern

Stationäre Hospize

- Barmherzige Brüder: 12 Plätze
- Christopherus Hospizverein: 16 Plätze

Der Bedarf für Palliativversorgung ist in den letzten Jahren zunehmend gestiegen, wesentlich infolge des Wachstums der Bevölkerung sowie dadurch, dass das Angebot bekannter wurde.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat darauf hingewiesen, dass die COVID-19-Pandemie schwerwiegende Auswirkungen auf die Palliativversorgung in ganz Deutschland hatte: *„Nicht nur die Patient*innen mit COVID-19, sondern auch andere Patient*innen mit sehr kritischen und/oder lebenslimitierenden Erkrankungen leiden unter den Folgen der Pandemie. Sie haben Angst, dass sie die notwendigen Behandlungsmaßnahmen nicht mehr erhalten werden, weil die Ressourcen im Krankenhaus für an COVID-19-Erkrankte frei -gehalten werden. Sie leiden unter den Folgen der Regulierungen zur physischen Distanzierung, zum Beispiel durch Besuchsverbote in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zudem fühlen sich in der ambulanten Versorgung sterbende Menschen und ihre Zugehörigen zuhause allein gelassen.“*²⁵

Das trifft auch auf München zu:

- Pflegepersonal wurde zur Versorgung von COVID-19-Patienten abgezogen, z. B. zeitweise in der MÜK Schwabing
- Generell erhebliche Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten
- Eingeschränkte Möglichkeiten der Beratung durch SAPV-Teams und Ehrenamtliche der Hospizvereine
- Aus hygienischen Gründen erschwerte Kommunikation zwischen Angehörigen und Versorgenden
- Einweisung auf Palliativstationen und Hospize wurden aus Angst vor Ansteckung und vor Isolation vermieden
- Kliniken haben Patient*innen schneller entlassen, um Bettenkapazitäten zu schaffen
- Hausarztpraxen und alle Mitarbeitenden der Einrichtungen waren und sind überlastet

Das Angebot an stationärer und ambulanter Palliativversorgung ist infolge der Pandemie und der Überlastung der Einrichtungen derzeit erheblich reduziert. So haben schwerstkranke Menschen, auch schwerstkranke Kinder, in München kaum Zugang zur Palliativ- und Hospizversorgung.

²⁵ Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Laut Demografiebericht der Stadt München wird von einem weiteren Einwohnerzuwachs der über 65-Jährigen um 22,4 % ausgegangen.²⁶ Ein besonders hoher Zuwachs wird für die Stadtbezirke Schwabing/Freimann, Trudering/Riem, Aubing, Allach und Feldmoching prognostiziert, vgl. Beitrag „Bevölkerungsprognosen 2019 – 2040“.

Um den derzeitigen und künftigen Bedarf zu erfüllen, müssen die bestehenden Angebote ambulant wie stationär weiter ausgebaut werden.

6.2. Unsere Forderungen für die Palliativ- und Hospizversorgung

- **Ausbau der bestehenden Palliativstationen im Norden und Süden Münchens** (MüK Schwabing, MüK Harlaching), um die wohnortnahe Versorgung zu sichern
- **Planung einer Palliativstation in der MüK Bogenhausen**
- **Bildung von Palliativzentren mit Begegnungs- und Beratungsangeboten, Tages- und Nacht-kliniken, stationärem Hospiz – entsprechend den Konzepten „Hospizhaus des Lebens“, „DaSein e.V.“ und „Zentrum für Hospiz und Palliativbetreuung“ Christophorus Hospizver-ein München.** Diese Projekte sind dringend erforderlich um zu unterstützen. Grundstücke für diese Zentren in München werden derzeit gesucht, leider bisher ohne Erfolg.²⁷ Besonde-rer Bedarf besteht im Norden und Osten Münchens, es ist zu prüfen, ob bspw. Möglichkei-ten auf dem Gelände der München Klinik Schwabing oder in den künftigen Neubaugebieten Feldmoching bestehen.
- **Verstärkung der SAPV Teams**, mehr personelle Ressourcen für die Palliativberatung und entsprechende Finanzierung
- **Schaffung von (teil-)stationären Versorgungsmöglichkeiten für jüngere, schwerstkranke Patient*innen**, z. B. „Haus Anna“ der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München
- **Unterstützung von Menschen, die schwer Zugang finden**, z. B. alleinstehende Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Men-schen ohne Krankenversicherung oder Wohnungslose
- **Förderung der Gewinnung und Ausbildung von pflegerischen Fachkräften für die Palliativ-versorgung**

²⁶ Demografiebericht München, Teil 2, Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, 2021

²⁷ Sitzungsvorlage Gesundheitsausschuss Nr.20-26/V 04252

Diabetes Selbsthilfegruppe München

7. Warum die stationäre Versorgung der Menschen mit Diabetes im Klinikum München erhalten bleiben muss

7.1. Epidemiologie

Deutschland

- 8,5 bis 10 Mio. Menschen mit diagnostiziertem Diabetes
- Dunkelziffer 2 Mio.
- Prävalenz 9 – 10 %, Tendenz steigend

München²⁸

- 110 000 bis 120 000 Menschen mit diagnostiziertem Diabetes
- Prävalenz: Oberbayern 8,7 %, München 7,3 %, Ramersdorf-Perlach 8,6 %, Milbertshofen-Am Hart 7,5 %, Thalkirchen-Fürstenried-Solln 5,6 %

Typ 1, Typ 2, LADA, Mody, Gestationsdiabetes und weitere Subtypen

7.2. Ursachen für Diabetes

- Moderner Lebensstil: Ernährung, körperliche Inaktivität, Stress
- Übergewicht, Adipositas
- Genetische Disposition
- Rauchen
- Soziodemografische Faktoren, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (Einkommen, Vermögen, Bildung, Beruf)

²⁸ Landgraf R., Neubauer G. et al.: Regionale Differenzen in der Diabetesprävalenz – Bestimmt der Wohnort das Diabetesrisiko? Diabetes aktuell 2021; 19(01), 32–40

7.3. Therapieziele bei Diabetes

- Erhalt bzw. Verbesserung der durch Diabetes beeinträchtigten Lebensqualität
- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung
- Vermeidung von Akut- und Folgekomplikationen
- Vermeidung von Diabetes assoziierter Morbidität und Mortalität

Die Behandlung von Menschen mit Diabetes muss oft im Team von unterschiedlichen Behandlungsprofessionen erfolgen.

7.4. Versorgungsebenen²⁹

- Ebene 1: Hausärzte, Internisten, Diabetologen
- Ebene 2: Diabetes-Schwerpunktpraxen, Krankenhausambulanzen
- Ebene 3: Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung sollte in Kliniken mit entsprechender Qualifikation erfolgen. Für 200 000 bis 400 000 Einwohner sollte eine solche Klinik zur Verfügung stehen. Die DDG vergibt drei Zertifikate:

1. Klinik für Diabetespatienten geeignet
2. Diabeteszentrum, 400 in Deutschland
3. Diabeteszentrum Diabetologikum mit Qualitätsmanagement, 100 in Deutschland

Das Klinikum Schwabing ist eine zertifizierte Behandlungseinrichtung und als Diabeteszentrum „Diabetologikum“ rezertifiziert.³⁰

Ziel ist es auch, die Versorgung der Patienten in Krankenhäusern mit der Nebendiagnose Diabetes (ca. 2,1 Mio.) zu verbessern. Jeder 5 Patient leidet an Diabetes.

²⁹ Siegel E.: Deutsche Diabetes Gesellschaft, diabetesDE Deutsche Diabetes-Hilfe, Hrsg.: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021 – Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und professionelle Diabetesorganisationen in Deutschland, S. 200 – 210, Kirchheim + Co GmbH, Mainz

³⁰ www.muenchen-klinik.de, 2021

7.5. Der Bedarf für stationäre und interdisziplinäre Versorgung steigt³¹

Professor Andreas Neu, Präsident der DDG: „Krankenhäuser haben daher die Pflicht, die häufig multimorbiden Diabetes-Patienten interdisziplinär und leitlinienorientiert zu betreuen.“

1. Bei großen und/oder unerklärlichen Blutzuckerschwankungen, bei Komplikationen sowie bei schwieriger Einstellung
2. Bei chronischen Fußwunden: Wundmanagement und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Angiologen, Gefäßchirurgen, Orthopäden und Dermatologen
3. Bei Hypoglykämie – Wahrnehmungsstörungen
4. Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall, Niereninsuffizienz, diabetisches Fußsyndrom, Retinopathie
5. Bei Notfällen und bedrohlichen Stoffwechselentgleisungen, Abklärung nach wiederholten schweren Unterzuckerungen (Ohnmacht, Koma) und bei hohen Blutzuckerwerten (Werte über 500)
6. Langfristige, strukturierte Gewichtsreduktionsprogramme mit Bewegungskursen, interdisziplinären Sprechstunden, Betreuung auch durch Psychologen und Magen-Chirurgen
7. Einleitung einer Insulinpumpentherapie und intensiviertere Insulintherapie
8. Bei Gründen, die eine psychologische Mitbehandlung erforderlich machen, z. B. Depression, Motivationsstörung, Compliance-Störung, Akzeptanzstörung
8. Nachhaltige Schulung der Patienten
9. Ernährungsberatung und nachhaltige Umstellung der Ernährung
10. Expertenvorträge für Patienten und für niedergelassene Ärzte
11. Aus- und Weiterbildung junger Ärzte zum Diabetologen. Fehlt die stationäre Diabetologie als Ausbildungsplatz für alle Diabetesberufe, fehlt auch der Nachwuchs für die Zukunft.
12. Bei Erstmanifestation des Typ 1, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen
13. Behandlung von Patienten mit Insulinpumpen und kontinuierlicher Blutzuckermessung
14. Behandlung von Schwangeren mit Schwangerschaftsdiabetes
15. Spezielle Diagnostiken: z. B. bei Neuropathie, Schlafapnoe, Endokrinologie
16. Teilnahme an klinischen Studien
17. Schwerpunktaktionen in Prävention und Früherkennung von Diabetes

³¹ www.diabetes-klinik-mergentheim.de/klinik-information/Aufnahmegründe, 2021

7.6. Erhalt der drei Diabetesstandorte der München Klinik

Für die erfolgreiche Behandlung sind Ärzteteams mit interdisziplinärem Vorgehen und stationäre Therapiemöglichkeiten erforderlich. Das gute Netz der niedergelassenen Diabetologen in München kann diese Vorgehensweise und Behandlungsmethoden nicht oder nur ansatzweise bieten. Allerdings sind die Praxen jetzt schon ausgelastet. Außerdem gab es im Sanierungskonzept von 2015 den Plan, die Diabetologie in Schwabing zu schließen und in Bogenhausen nur konsularisch zu betreiben.

Bei der großen Zahl von Menschen mit Diabetes in München, die vielfach auch eine eingeschränkte Mobilität besitzen und multimorbide sind sowie der räumlichen Ausdehnung von München und dem Umland sind weiterhin die drei bestehenden Standorte mit ihren jeweils unterschiedlichen Leistungsspektren erforderlich:

- Diabetologie Bogenhausen für den Bereich Nord (wächst) und Ost
- Diabetologie Neuperlach für den Bereich Süd und Ost
- Diabetologie Schwabing für den Bereich Stadt, West und Nord (wächst)

Das Zertifikat Diabeteszentrum „Diabetologikum DDG“ mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement für Schwabing entspricht den höchsten Qualitätskriterien der DDG. Mit der Anerkennung zeigt die Einrichtung, dass sie beste, auf Patientinnen und Patienten mit Diabetes ausgerichtete Strukturen und Prozesse aufweist, Behandlungsergebnisse vorlegen kann sowie durch ein strukturiertes Qualitätsmanagement die kontinuierliche Sicherstellung von Behandlungsqualität und das Erreichen von Qualitätszielen durch rechtzeitiges Eingreifen in die Prozesse gewährleisten kann.

7.7. Unsere Forderungen für die stationäre Diabetesversorgung

Die Diabetes Selbsthilfegruppe München fordert deshalb, in den drei Standorten mit Diabetesexpertise der München Klinik, vor allem im Diabetologikum in Schwabing, die Existenz, die Expertise und die Qualitätskriterien auch langfristig zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Wir fordern weiterhin eine leitliniengerechte, qualifizierte Versorgung von Menschen mit Diabetes in der München Klinik.

7.8. Negative Folgen

Bei einer Verschlechterung der Versorgung ist mit steigenden teuren Folgeerkrankungen wie Schlaganfall, Infarkt, Erblindung, Amputation, arterieller Verschlusskrankheit, Erblindung oder Nierenausfall zu rechnen. Auch ist dann eine gravierende Verschlechterung der Lebensqualität und eine kürzere Lebenszeit für die Menschen mit Diabetes zu erwarten.

Literatur

Im Internet: www.diabetologie-online.de: Stationäre Krankenhausbehandlung bei Diabetes-mellitus, Diabetes-Forum, 2015, 42 – 43

Breuer T, Meier J: Therapie des Typ-2-Diabetes im Krankenhaus, Deutsches Ärzteblatt Int 2012: 109, 466 – 474

8. Bevölkerungsprognose 2019 – 2040³²

Bevölkerungsentwicklung München 2019-2040							
Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	223.665	18,5%	265.000	11,0%	294.269	19,5%	316.750
20-64 Jahre	934.977	12,7%	1.053.648	6,5%	1.121.887	13,5%	1.195.427
über 65 Jahre	250.394	8,8%	272.323	9,7%	298.691	22,4%	333.313
Gesamt	1.409.036	12,9%	1.590.971	7,8%	1.714.846	16,0%	1.845.490

Tab. 1 Bevölkerungsentwicklung München 2019-2040

Die Bevölkerungsprognose bis 2040 sollte eine Basis für kommunale Konzepte und Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung sein.

Insgesamt wird für München ein Bevölkerungswachstum 2019-2040 von 16 % prognostiziert, das entspricht 254 519 Personen. Für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen wird in diesem Zeitraum eine Wachstumsquote von 19,5 % vorhergesagt, für die über 65-Jährigen eine Wachstumsquote von 22,4 %.

Das Bevölkerungswachstum wird jedoch in den verschiedenen Stadtbezirken sehr unterschiedlich sein. Geringe Wachstumsraten oder sogar leichte Rückgänge sind für die bereits stark verdichtete Innenstadt und die Innenstadt-Randgebiete zu erwarten, vgl. Abb. 1.

Die stärksten Zuwächse sind entsprechend den Bauplanungen in folgenden Bezirken, vgl. Karte 4 und Abb. 1:

- Aubing-Lochhausen-Neuwied mit Freiham: 92,9 %
- Feldmoching-Hasenberg: 49,5 %
- Trudering -Riem: 37,4 %
- Allach-Untermenzing: 33,2 %
- Bogenhausen: 28,4 %
- Moosach: 27,7 %
- Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried: 25,4 %
- Schwabing-Freimann: 23,1 %

Die Altersstruktur stellt sich in den zentral gelegenen Stadtbezirken anders dar als in den Stadtrandgebieten. Tendenziell wohnen in den Innenstadtgebieten überwiegend Personen im erwerbsfähigen Alter, aber eher weniger Kinder, Jugendliche und ältere Menschen. In den studentisch geprägten Gebieten nahe den Universitäten gibt es besonders viele junge Erwachsene.

Am Stadtrand dagegen leben mehr Familien mit Kindern und mehr ältere Bewohner*innen.

Die größte Neubautätigkeit ist in Freiham und in Feldmoching-Hasenberg geplant, dementsprechend ist hier der höchste Bevölkerungszuwachs.

³² Alle Daten aus dem Demografiebericht München, Teil 2, 2021, Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung

Die Stadtbezirke unterscheiden sich jedoch stark in der Wachstumsprognose der Altersgruppen, siehe hierzu die Bevölkerungsentwicklung der Stadtbezirke. So ist zum Beispiel für Moosach eine Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppe Kinder-Jugendliche von 2019-2040 von 41,7 % prognostiziert, in Aubing-Lochhausen-Langwied-Freiham von 118 %, gegenüber Trudering-Riem mit nur 22,2 %.

**Karte 4: Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040
(Projekte > 50 Wohneinheiten mit Baurechtschaffung)**

0 2,5 km

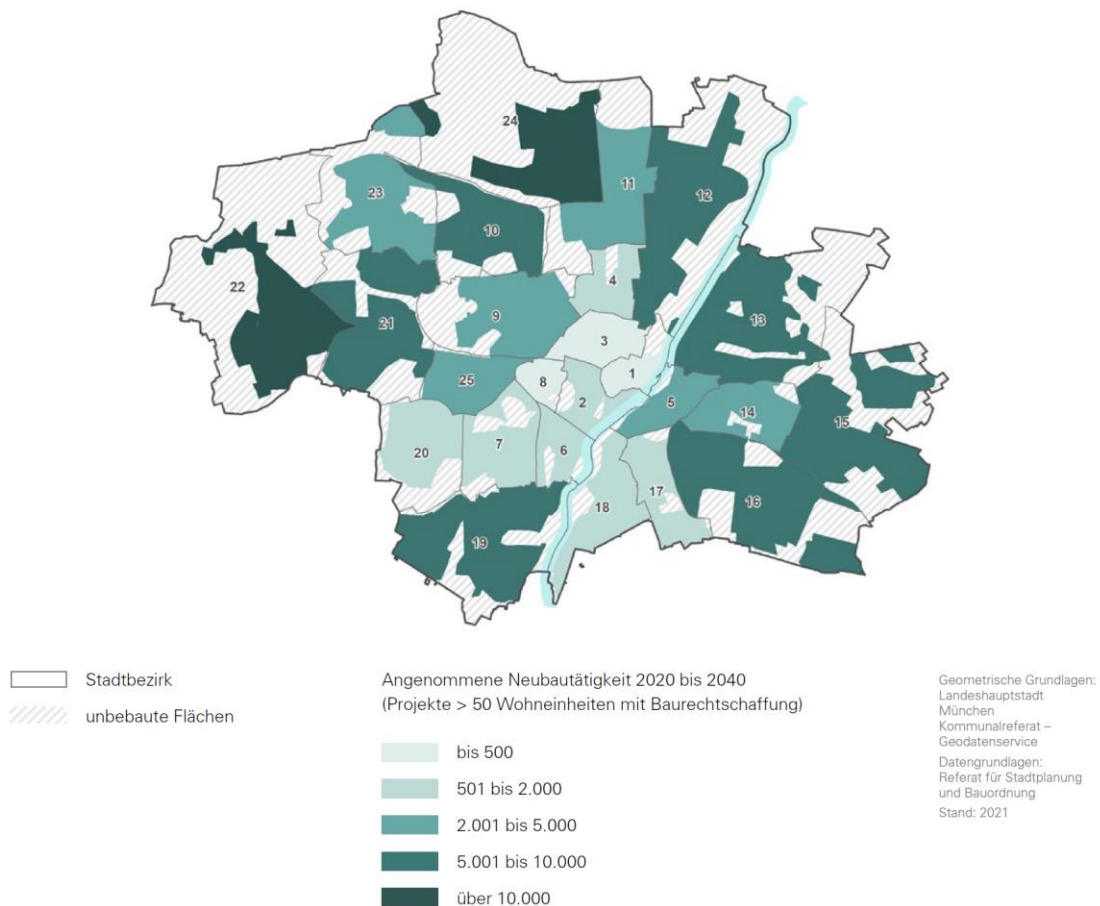
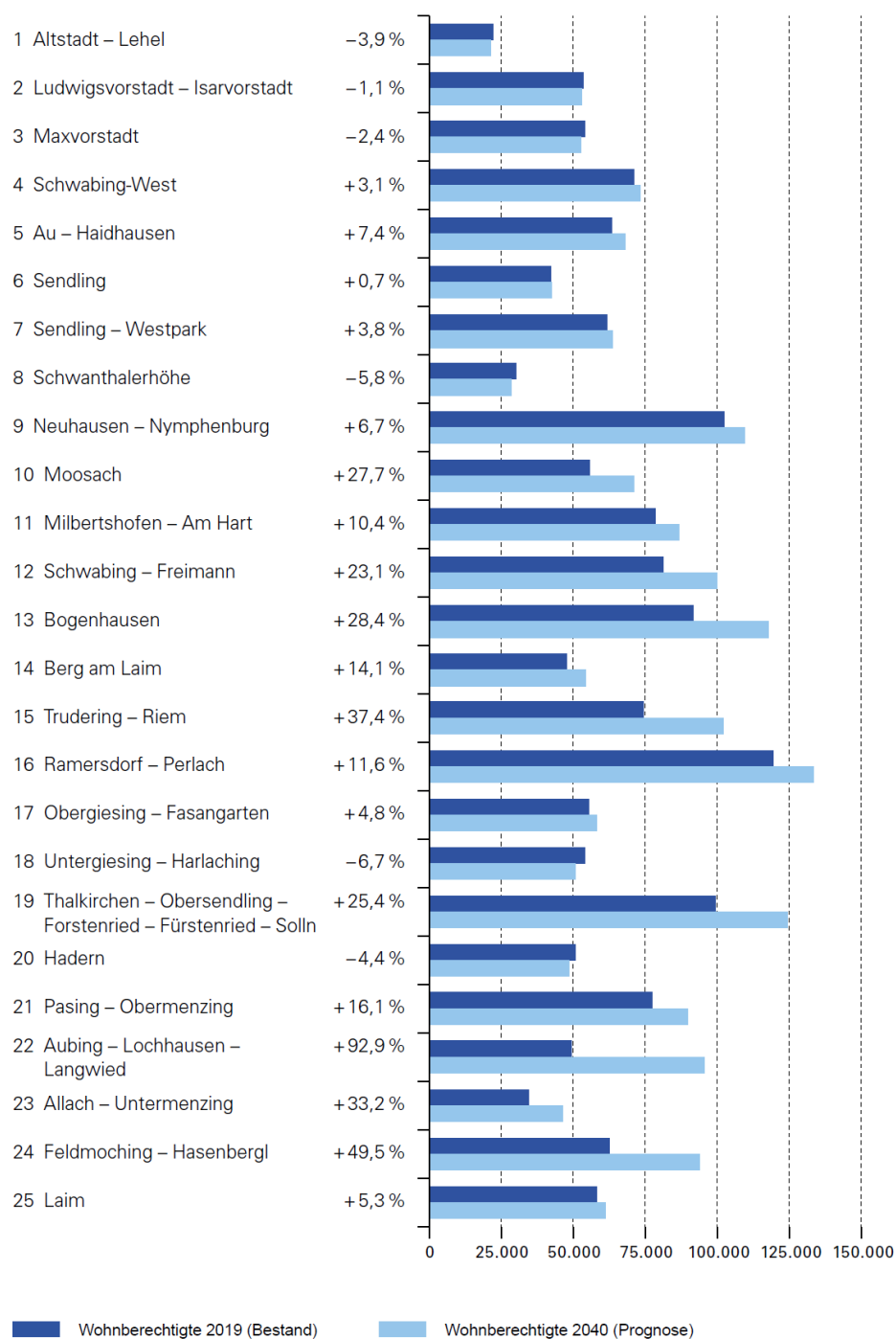


Abbildung 1: Wohnberechtigte 2019 und 2040 mit Veränderung nach Stadtbezirken

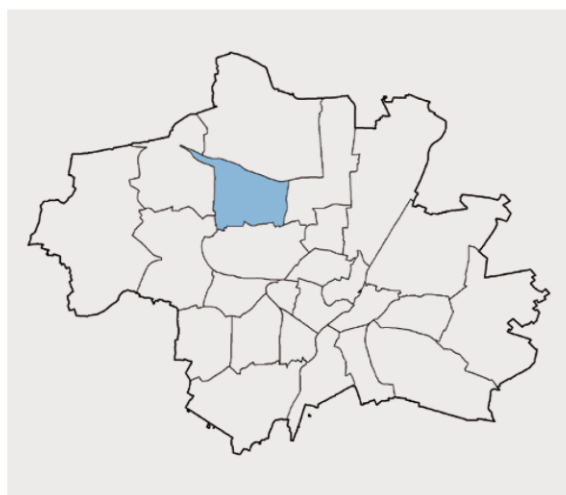


Die Stadtbezirke mit den größten Bevölkerungszuwächsen

Stadtbezirk 10 Moosach

Auffallend in Moosach ist der erwartete starke Zuwachs bei Kindern und Jugendlichen.

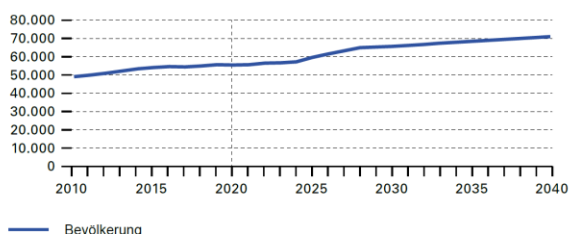
Lage in München



Stadtbezirk
 Stadtgrenze
 Stadtbezirk

0 5 km

Bevölkerungsentwicklung (Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	55.700	71.122	+27,7%
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,5	40,6	-0,9
Jugendquotient	26,6	30,1	+3,5
Altenquotient	27,4	27,2	-0,2
Einwohnerdichte (je km ²)	5.021	6.411	+1.390

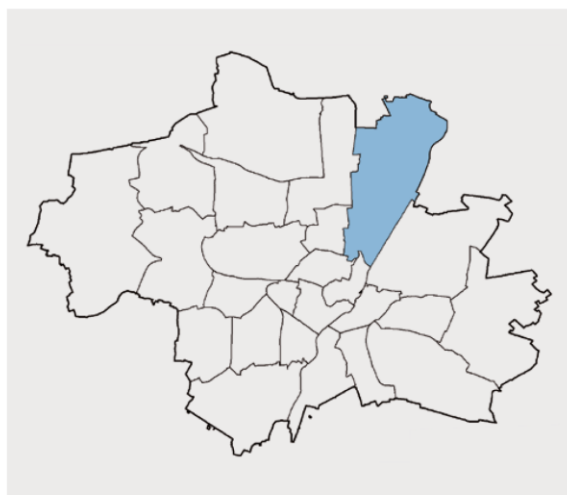
Anteil Nebenwohnsitze 2019: 1,5 %
 Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 5.500 WE

Bevölkerungsentwicklung Moosach (Stadtbezirk 10)							
Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	8.376	14,8%	9.615	28,7%	12.372	41,7%	13.623
20-64 Jahre	31.682	14,2%	36.177	16,1%	42.005	24,9%	45.196
über 65 Jahre	9.034	9,7%	9.908	15,0%	11.393	24,2%	12.302
Gesamt	49.092	13,5%	55.700	18,1%	65.770	27,7%	71.121

Stadtbezirk 12 Schwabing, Freimann

In Schwabing und Freimann wird ein überdurchschnittliches Wachstum bei der Altersgruppe über 65 Jahren erwartet.

Lage in München

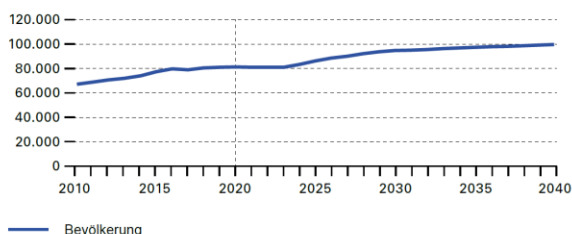


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	81.205	99.937	+23,1%
Durchschnittsalter (in Jahren)	39,5	40,7	+1,2
Jugendquotient	23,8	25,6	+1,8
Altenquotient	21,8	25,1	+3,3
Einwohnerdichte (je km ²)	3.163	3.893	+730

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 3,1 %
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 6.500 WE

Bevölkerungsentwicklung Schwabing Freimann (Stadtbezirk 12)							
Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	9.644	37,5%	13.263	27,8%	16.953	28,1%	16.987
20-64 Jahre	47.198	18,2%	55.799	13,3%	63.209	18,8%	66.316
über 65 Jahre	10.437	16,3%	12.143	20,5%	14.630	37,0%	16.636
Gesamt	67.279	20,7%	81.205	16,7%	94.792	23,1%	99.939

Stadtbezirk 13 Bogenhausen

In Bogenhausen wird eine überdurchschnittliche Zunahme von Kindern und Jugendlichen bis 2040 vorhergesagt.

Lage in München

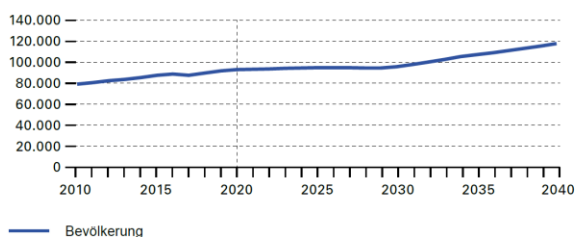


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	91.845	117.885	+28,4%
Durchschnittsalter (in Jahren)	42,8	41,0	-1,8
Jugendquotient	27,7	29,2	+1,5
Altenquotient	31,9	28,7	-3,2
Einwohnerdichte (je km ²)	3.874	4.972	+1.098

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 2,0 %
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 9.500 WE

Bevölkerungsentwicklung Bogenhausen (Stadtbezirk 13)							
Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	12.676	25,7%	15.933	4,3%	16.618	36,9%	21.817
20-64 Jahre	50.255	14,5%	57.548	4,1%	59.879	29,7%	74.652
über 65 Jahre	16.395	12,0%	18.364	4,9%	19.264	16,6%	21.415
Gesamt	79.326	15,8%	91.845	4,3%	95.761	28,4%	117.884

Stadtbezirk 15 Trudering-Riem

In Trudering und Riem fällt das erwartete hohe Wachstum der Altersgruppe der über 65-jährigen Frauen und Männer auf. Bekanntermaßen wird in diesem Stadtbezirk eine Unterversorgung mit Kinder- und Allgemeinärzt*innen seit vielen Jahren beklagt.

Lage in München

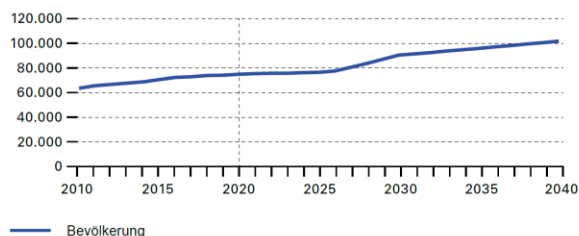


 Stadtbezirk
 Stadtgrenze
 Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	74.244	101.999	+37,4%
Durchschnittsalter (in Jahren)	40,1	41,0	+0,9
Jugendquotient	35,8	32,3	-3,5
Altenquotient	24,8	30,8	+6,0
Einwohnerdichte (je km ²)	3.307	4.543	+1.236

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 1,0 %
 Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 9.000 WE

Bevölkerungsentwicklung Trudering Riem (Stadtbezirk 15)

Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	14.483	14,3%	16.548	10,7%	18.321	22,2%	20.220
20-64 Jahre	39.373	17,4%	46.230	24,1%	57.359	35,2%	62.519
über 65 Jahre	9.570	19,8%	11.466	30,4%	14.953	68,0%	19.261
Gesamt	63.426	17,1%	74.244	22,1%	90.633	37,4%	102.000

Stadtbezirk 19 Thalkirchen, Obersendling, Forstenried, Fürstenried, Solln

Auch im 19. Stadtbezirk soll die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen überproportional wachsen.

Lage in München

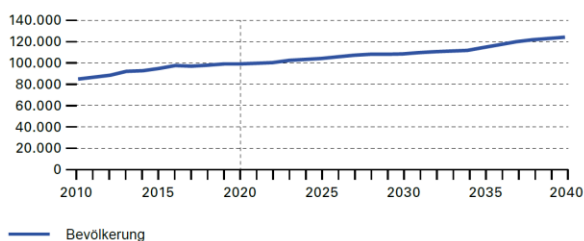


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	99.139	124.277	+25,4%
Durchschnittsalter (in Jahren)	43,0	41,7	-1,3
Jugendquotient	27,1	29,3	+2,2
Altenquotient	33,0	30,4	-2,6
Einwohnerdichte (je km²)	5.581	6.996	+1.415

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 1,5 %
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 9.000 WE

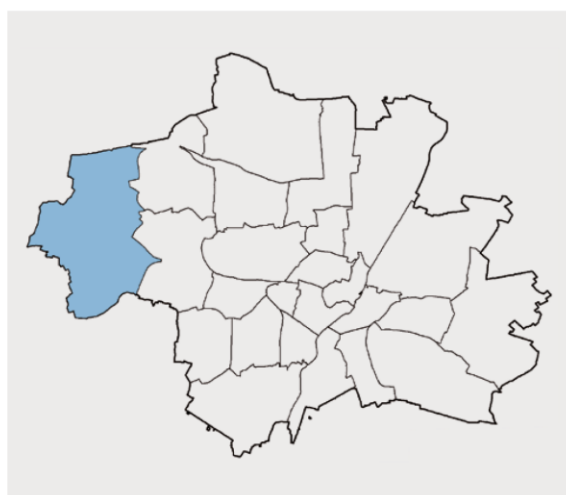
Bevölkerungsentwicklung Thalkirchen, Obersendling, Forstenried, Fürstenried, Solln (Stadtbezirk 19)

Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	13.187	27,4%	16.804	14,5%	19.247	35,8%	22.824
20-64 Jahre	52.325	18,3%	61.901	10,1%	68.154	25,7%	77.785
über 65 Jahre	19.503	4,8%	20.434	3,7%	21.191	15,8%	23.669
Gesamt	85.015	16,6%	99.139	9,5%	108.592	25,4%	124.278

Stadtbezirk 22 Aubing, Lochhausen, Langwied, inkl. Freiham

In diesem Stadtbezirk liegt das größte Bauvorhaben der Stadt München. Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen soll sich bereits im Zeitraum 2019-2030 mehr als verdoppeln. Bereits jetzt wird beklagt, dass es zu wenig Haus- und Kinderarztpraxen gibt. Hier wird auch eine starke Zunahme der Altersgruppe 20-64 Jahre bis 2030 erwartet.

Lage in München

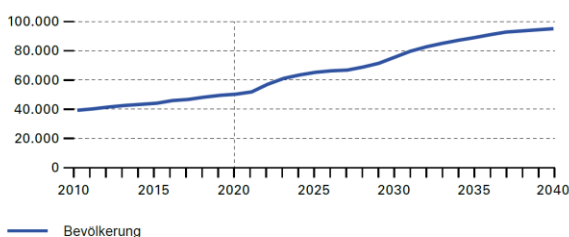


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	49.454	95.420	+92,9%
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,2	38,7	-2,5
Jugendquotient	32,8	35,8	+3,0
Altenquotient	30,3	21,7	-8,6
Einwohnerdichte (je km²)	1.452	2.802	+1.350

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 0,8 %
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 16.500 WE

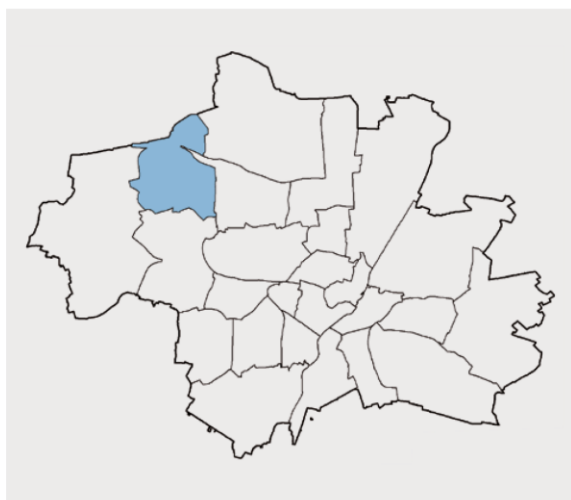
Bevölkerungsentwicklung Aubing, Lochhausen, Langwied inkl. Freiham (Stadtbezirk 22)

Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	7.631	30,3%	9.942	82,2%	18.118	118,0%	21.672
20-64 Jahre	22.998	31,9%	30.325	53,8%	46.633	99,8%	60.582
über 65 Jahre	8.630	6,5%	9.187	18,5%	10.884	43,3%	13.167
Gesamt	39.259	26,0%	49.454	52,9%	75.635	92,9%	95.421

Stadtbezirk 23 Allach-Untermenzing

Im 23. Stadtbezirk wird eine hohe Zunahme von Kindern und Jugendlichen erwartet, bereits heute wird der Mangel an kinderärztlicher Versorgung beklagt.

Lage in München

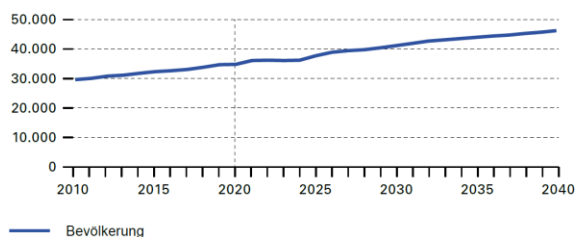


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk

↑ 0 5 km

Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)



Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	34.599	46.087	+33,2%
Durchschnittsalter (in Jahren)	42,0	41,1	-0,9
Jugendquotient	31,8	34,9	+3,1
Altenquotient	29,3	29,9	+0,6
Einwohnerdichte (je km ²)	2.239	2.983	+744

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 0,9 %

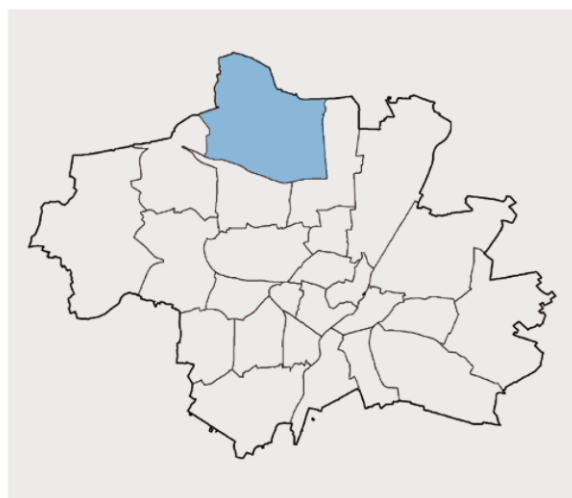
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 3.500 WE

Bevölkerungsentwicklung Allach, Untermenzing (Stadtbezirk 23)							
Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	5.637	21,0%	6.823	24,5%	8.495	42,9%	9.752
20-64 Jahre	17.894	20,0%	21.477	18,0%	25.349	30,3%	27.982
über 65 Jahre	5.926	6,3%	6.299	14,6%	7.217	32,6%	8.353
Gesamt	29.457	17,5%	34.599	18,7%	41.061	33,2%	46.087

Stadtbezirk 24 Feldmoching-Hasenberg

In Feldmoching und Hasenberg wird ebenfalls eine hohe Zunahme der Altersgruppe Kinder und Jugendliche prognostiziert (65,6 % 2019-2040). Hier besteht seit Jahren ein Mangel an kinderärztlicher Versorgung, ebenso wie in Milbertshofen und Allach.

Lage in München

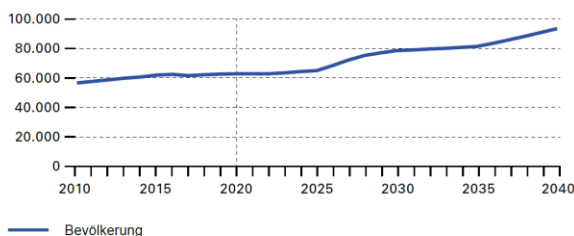


- Stadtbezirk
- Stadtgrenze
- Stadtbezirk



Bevölkerungsentwicklung

(Prognose ab 2020)

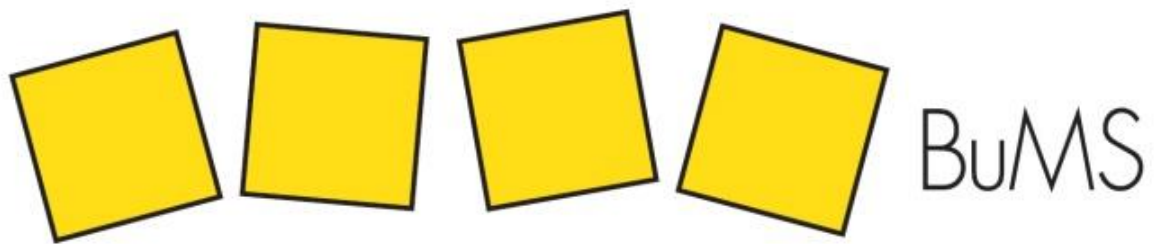


Kennzahlen	2019	2040	Differenz
Wohnberechtigte	62.632	93.637	+49,5%
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,3	39,7	-1,6
Jugendquotient	32,0	35,5	+3,5
Altenquotient	29,0	25,9	-3,1
Einwohnerdichte (je km²)	2.164	3.236	+1.072

Anteil Nebenwohnsitze 2019: 0,9 %
Angenommene Neubautätigkeit 2020–2040: rund 12.000 WE

Bevölkerungsentwicklung Feldmoching, Hasenberg (Stadtbezirk 24)

Altersgruppe	2010	2010-19	2019	2019-30	2030	2019-40	2040
0-19 Jahre	11.367	9,4%	12.435	32,1%	16.429	65,6%	20.594
20-64 Jahre	34.081	14,1%	38.898	27,1%	49.437	49,2%	58.038
über 65 Jahre	11.207	0,8%	11.299	14,1%	12.889	32,8%	15.005
Gesamt	56.655	10,5%	62.632	25,7%	78.755	49,5%	93.637



Bürger für unser Münchner Stadtklinikum

