

Folie 1 Titel

Gesundheitskonferenz 2016

Münchens Versorgung für die Zukunft sichern

Andrea Mager-Tschira, Renate Binder

*Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Stadträtinnen und Stadträte,
sehr geehrte Frau Jacobs,*

Überversorgung im ambulanten Sektor, eine Krankenhausdichte, die ihres Gleichen sucht und eine Gesundheitspolitik, die ohnehin keine Notwendigkeit sieht, Kommunen wie München Steuerungsmöglichkeiten in die Hand zu geben. Das Münchner Versorgungssystem müsste, so scheint es auf den ersten Blick, nicht unbedingt als Herausforderung für die Stadtpolitik und die kommunale Gesundheitsverwaltung gesehen werden.

Doch das Bild der Überversorgung trügt, beim genauerem Hinsehen tun sich Risse auf: Die Personalnot im Pflegesektor und in den Kreißsälen führt dazu, dass betriebsbereite Betten nicht belegt werden können oder Frauen während der Geburt mit dem Hubschrauber schon bis nach Ingolstadt ausgeflogen werden mussten. Aus den Bezirksausschüssen oder Stadtviertelversammlungen im Münchner Norden erreichen uns regelmäßig Brandbriefe, Anträge und Anfragen, die dringend fordern, gegen den Mangel an Haus- und Kinderarztpraxen vor Ort vorzugehen. Die Arztpraxen scheinen überfüllt zu sein und die Notfallambulanzen in den Kliniken sind es auch.

Folie 2: Versorgungsthemen

Das sind die Themen, die uns im Referat, die Gremien des Gesundheitsbeirats und die Stadtpolitik zur Zeit beschäftigen oder zu Schlagzeilen in den lokalen Medien führen.

Bundes- und landesweit werden diese Phänomene kaum wahrgenommen. Die große Sorge gilt dem Land – dort fehlen Hausärztinnen und -ärzte, und in Zukunft noch mehr, denn der Großteil der noch vorhandenen Ärztinnen und Ärzte erreicht bald das Rentenalter. Um die Großstädte macht man sich weniger Gedanken, sie gelten ja als überversorgt. Aber auch hier gibt es Ungleichgewichte: Die zwischen armen und reichen Stadtvierteln. Die disparitäre Entwicklung der städtischen Teilregionen scheint aufgrund der Miet- und Bodenpreisentwicklung durch die bisherigen Steuerungsinstrumente (SoBon, Soziale Stadt) kaum mehr aufzuhalten zu sein.

Die lokalen Besonderheiten und Ungleichgewichte in den als überversorgt geltenden Planungsbezirken werden in den überörtlichen Entscheidungsgremien aber offensichtlich nicht zur Kenntnis genommen, oder - was fast noch schlimmer ist – zur Kenntnis, aber nicht ernst genommen. Sie finden jedenfalls keinen Eingang in die zentral gesteuerten Planungs- und Entscheidungsverfahren.

Medizinische Versorgung aber findet vor Ort statt; hier und nirgends sonst entscheidet sich die Qualität der Versorgung und der Versorgungsstrukturen. So selbstverständlich dieser Gedanke ist; so wenig ist er bisher gestaltendes Moment für das Gesundheitswesen. Die Kommunen haben zwar die kommunale Daseinsvorsorge zu gewährleisten – und dieser Auftrag schließt in Bayern

ausdrücklich auch das örtliche Gesundheitswesen ein - aber sie haben bisher kaum effektive Einwirkungsmöglichkeiten auf die medizinische Versorgung vor Ort.

Die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung ist bisher allein Sache der Anbieter vor Ort und der Entscheider auf Bundes- und Landesebene. Dabei wird billigend in Kauf genommen, dass die Entwicklung der Angebotsstrukturen nicht der Entwicklung des Bedarfs vor Ort folgt, Angebot und Bedarf driften auseinander.

Welche Entwicklungen kommen in München auf uns zu:

Folie 3 Stadt im Wandel – Demographie

Eigentlich eine erfreuliche Tendenz - die Münchnerinnen und Münchner werden immer mehr und immer älter. Das Planungsreferat geht davon aus, dass die Bevölkerungszahlen weiter ansteigen werden – von jetzt rund 1,5 Mio. bis 2030 auf über 1,7 Mio. Der Tabelle entnehmen Sie weitere Kennzahlen:

- Geburtenüberschuss – ein eigentlich erfreulicher Trend, der schon seit mehreren Jahren anhält. Der Überschuss ist durch steigende Geburten und durch sinkende Sterbefälle begründet.
Die steigenden Geburtenzahlen sind vor allem auf die durch Zuzug gestiegene Zahl von Elternjahrgängen und nicht auf eine erhöhte Fertilität der Frauen zurückzuführen.
- Zuzug: München befindet sich in einer Wachstumsphase, die vor allem auf den hohen Zuzug zurückzuführen ist.
- Laut Demografiebericht wandern überdurchschnittlich viele Menschen aus dem Ausland zu. Dies ist wiederum durch die EU-Osterweiterung der Eurokrise und die Konflikte und Kriege im Nahen Osten bedingt.
- Die Bevölkerungszahlen der Menschen mit nicht-deutschem Pass werden sich weiter erhöhen. Der sog. Ausländeranteil in der Münchner Wohnbevölkerung wird von heute rund 25 Prozent (2013) bis 2030 auf 28 Prozent steigen. (Nicht gerechnet die Menschen mit einem Migrationshintergrund und deutschem Pass).
- Die Zahl der Menschen, die hochbetagt sind, wird von allen Altersgruppen am meisten zunehmen. Lebten 2013 noch rd. 118 Tsd. Hochbetagte hier in München, sollen es in 2030 mehr als 148 Tsd. sein, also eine Zunahme von 26 Prozent. Das Älterwerden geht mit einem deutlichen Anstieg der chronischen Erkrankungen einher. (→ neue Herausforderungen nicht nur in der Versorgung, sondern auch in der Prävention → Präventionsgesetz)

Folie 4 Stadt im Wandel – große neue Siedlungsgebiete

Der Zuzug nach München wird sich in den Stadtteilen ganz unterschiedlich niederschlagen – je nachdem, wo es überhaupt noch Siedlungsfläche gibt.

Derzeit ist vor allem Freiam in der öffentlichen Debatte – im Stadtbezirk 22 Aubing-Lochhausen- Langwied. Derzeit gehen wir davon aus, dass die Einwohnerzahl hier von jetzt 42 Tsd. Menschen auf über 67 Tsd. ansteigen wird, ein Zuwachs von 58

Prozent. Geplant ist dort ein Anteil von gefördertem Wohnraum von 50 Prozent.

Durch massive Wohnbautätigkeiten auf dem ehemaligen Siemens und Eon-Gelände wird auch im Stadtbezirk 19 Thalkirchen, Obersendling, Forstenried, Fürstenried, Solln die Bevölkerung anwachsen. Wir gehen in diesem Stadtbezirk von einem Bevölkerungswachstum von knapp 25 Prozent (von jetzt 92 Tsd Menschen auf 115 Tsd in 2030) aus, der sich vor allem in Obersendling zeigen wird.

Mit den Bauvorhaben auf den Geländen der Funk- und Bayernkaserne kommt es im Stadtbezirk 12 Schwabing, Freimann zu hohen Bevölkerungszuwächsen (über 37 Prozent), von jetzt 72 Tsd. Menschen auf knapp 100 Tsd. ebenfalls in 2030.

Im Frühsommer dieses Jahres ist ein weiteres großes Planungsvorhaben öffentlich geworden: Das Planungsreferat will in einem neuen Stadtviertel im Osten der Stadt bei der Trabrennbahn Wohnungen für etwa 30 Tsd. Menschen errichten lassen. Derzeit läuft noch die Bestandsaufnahme.

Zuzug ist aber nicht nur ein Thema für den Wohnungsbau und der Verkehrsplanung. Die Menschen benötigen auch Infrastruktur wie Kindergärten, Schulen, Sportstätten, Kultur und selbstverständlich auch eine funktionierende Gesundheitsversorgung. Wie wir in Riem sehen, ein Stadtviertel in dem seit Jahren der Kinderarzt fehlt, entsteht eine Gesundheitsversorgung nicht von selbst, sondern muss angeschoben und eingefordert werden – und auch dies hat nur in einem begrenzten Umfang Erfolg. Wenn sich dieses Riemer Phänomen auch in den jetzt entstehenden und geplanten Neubaugebieten fortsetzt, steht zu befürchten, dass sich auch dort nicht genügend Haus- und Kinderärzte ansiedeln werden. Dem gilt es entgegenzuwirken (vorbeugen statt nachsteuern).

Erste Schritte in die richtige Richtung werden bereits gemacht: In München findet sich gerade eine Arbeitsgruppe unter der Federführung des Planungsreferats, die sich mit diesen Frage beschäftigt – sie hat den Stadtratsauftrag, nicht nur die bereits vorhandene Infrastruktur zu erheben, sondern auch zu überlegen, wie die Infrastruktur vor Ort, wenn nötig, verbessert werden kann. Es ist ein Fortschritt, dass dort auch die gesundheitsrelevanten Infrastrukturen mit erfasst werden sollen.

Der ungleichen Entwicklung der städtischen Teilräume folgend entwickelt sich auch das örtliche Gesundheitswesen. Es gibt die guten Stadtteile mit einem guten Anteil Privatversicherter und es gibt die anderen Stadtteile mit vielen gesetzlich Versicherten. Nicht der Bedarf der gesetzlich Versicherten, sondern die privat Versicherten ziehen Ärztinnen und Ärzte an. Dieser (von Frau Prof. Dr. Sundmacher, LMU München) inzwischen auch wissenschaftlich dokumentierte Trend gilt auch und besonders in München. (→ Schere zwischen arm und reich geht weiter auseinander)

Folie 5 Verteilung Hausärzte

Es ist sicher nicht zu bestreiten, dass München mit Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten insgesamt gut versorgt ist.

Wie dieses Bild zeigt, sind in zentralen Lagen und in Stadtbezirken mit überwiegend gut verdienender Bevölkerung sehr viele Ärzte, in Randlagen und in Stadtteilen mit den eher schlechten Risiken vergleichsweise wenige Ärztinnen und Ärzte.

In der hausärztlichen Versorgung gilt ein Versorgungsschlüssel von 1:1.671 , für München eine um einen Demographiefaktor angepasste Verhältniszahl von 1: 1.707 (1 Hausarzt/ärztin für 1.707 Einwohnerinnen und Einwohner).

Wie Sie auf der Darstellung sehen, verteilen sich die Münchner Ärztinnen und Ärzte aber nicht gleichmäßig über das Stadtgebiet. Die Praxen konzentrieren sich auf die Innenstadt und dünnen sich nach außen aus.

Im reichen Bogenhausen sind noch 74 Hausärzte und -ärztinnen tätig (1:1.120); im großen Stadtbezirk 19 im Süden sind es 69 (1:1.336), im ärmeren Norden (Feldmoching Hasenberg) sind es nur 22 (1: 2.000).

Die Niederlassungsfreiheit lässt zu, dass sich Ärzte innerhalb einer Planungsregion in Stadtvierteln niederlassen, wo es für sie wirtschaftlich interessant ist. Lücken entstehen dort, wo vor allem Menschen wohnen, die nicht privatversichert sind. Bei uns sind es die Stadtrandgebiete im Münchner Norden, also Stadtteile, in denen viele Menschen in sozial schwieriger Lage wohnen. Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist hinreichend bekannt, von daher müsste die Verteilung genau anders herum sein. Ein Beispiel dafür, dass Angebot dem Bedarf nicht folgt.

Folie 6 Verteilung Kinderärzte

In der kinderärztlichen Versorgung ein ähnliches Bild:

13 Kinderarztpraxen in Neuhausen-Nymphenburg,

9 in Bogenhausen, aber nur noch

2 Kinderarztpraxen im Stadtbezirk Feldmoching -Hasenberg

Soweit der Blick auf die Münchner Entwicklungen. Nun zu den Entwicklungen im Gesundheitswesen und hier auf den ambulanten Sektor:

Folie 7 Gesundheitswesen im Wandel – ambulante Versorgung

Das in Fernsehserien im Vorabendprogramm beförderte Bild vom Hausarzt, der rund um die Uhr erreichbar und zum Wohle seiner Patienten im Einsatz ist, dieses Bild entspricht nicht, jedenfalls immer weniger der Realität.

- Das Einzelkämpfer-Dasein scheint nicht mehr attraktiv zu sein, die Anzahl der Praxen, in der der Praxisinhaber als Arzt bzw. die Praxisinhaberin allein als Ärztin arbeiten, geht zurück.
Unabhängig davon, ob die Einzelpraxis ein attraktives Erwerbsmodell ist oder nicht – es stellt sich auch die Frage, ob Einzelpraxen noch die richtige Antwort auf die komplexen Anforderungen an das ambulante System sind.
- Immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten inzwischen in kooperativen Strukturen, also in Gemeinschaftspraxen oder in medizinischen Versorgungszentren. Dies gilt vor allem für Fachärztinnen und -ärzte.
- Zunehmend arbeiten Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis: Laut den Daten der Bundesarztregisters der KVB nimmt die Anzahl der angestellten Ärzte im ambulanten Sektor stetig zu. Ende 2015 waren bundesweit rd. 26 Tsd. Ärztinnen und Ärzte fest angestellt. (Deutliche Steigerungen in den letzten Jahren.)

- Und zunehmend sind unsere Ärztinnen und Ärzte Teilzeitbeschäftigte: bundesweit arbeiten heute (2015) ca. 22 Tsd. Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit.
- Das hat etwas damit zu tun, dass die Medizin weiblicher wird: Der Frauenanteil in der Ärzteschaft steigt. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der Frauen hoch: In der Altersgruppe bis 34 Jahren sind über 70 Prozent Frauen; in der Altersgruppe der über 60jährigen liegt der Männeranteil noch bei 65 Prozent.

Die Zahlen lassen darauf schließen, dass Ärztinnen und Ärzte für sich Erwerbsmodelle suchen, die eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf zulassen und die sich unter dem Stichwort Work-Life-Balance subsummieren lassen. Die Zunahme der Frauen im ärztlichen Beruf wird diese Tendenz eher noch verstärken; bereits jetzt arbeiten im Vergleich zu den Männern überproportional viele Ärztinnen in Teilzeit.

- Zwar hat die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die insgesamt an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bundesweit deutlich zugenommen, aber die Zahl der Hausärzte geht bundesweit zurück; das gilt vor allem für die Einzelpraxen.
- Immer weniger Mediziner schließen ihre Ausbildung als Hausarzt oder Hausärztin ab. Immer mehr wählen eine Facharztausbildung. Die Generalisten, die die Grundversorgung sichern, werden weniger, während gleichzeitig die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte ansteigt. Der Sachverständigenrat spricht in seinem Jahresgutachten 2014 von einer „Ungleichverteilung in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung“.

Der Lackmustest für die Strukturqualität der Versorgung ist die Notfallversorgung. Die Studie, auf die Frau Jacobs in ihrer Begrüßung hingewiesen hat, zeigt, dass die Notfallambulanzen der Krankenhäusern in nicht unbeträchtlichem Umfang Versorgungsaufgaben der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte übernehmen. Patientinnen und Patienten suchen mit Beschwerden und Krankheitsbildern die Notfallambulanzen auf bzw. werden dort hin verwiesen, auch dann wenn die Beschwerdebilder eigentlich in der Arztpraxis behandelt werden könnten und auch zu den regulären Sprechstundenzeiten.

Da Herr Prof. Dr. Prückner vom Institut für Notfallmedizin der LMU nachher an der Podiumsdiskussion erfreulicher Weise teilnehmen wird, erlaube ich mir, dieses wichtige Thema hier auszusparen.

Nur eine Anmerkung: Die Entwicklung der Notfallversorgung ist keine Münchner Besonderheit. Wir liegen auch bei diesem Thema im bundesweiten Trend. Die Studie zur ambulanten Notfallversorgung, die kürzlich im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen erstellt worden ist, hat in erster Linie die Strukturen und Koordination in der ambulanten Notfallversorgung als Schwachstelle identifiziert. Wir begrüßen es deshalb sehr, dass in München das Konzept der Bereitschaftspraxen überdacht und weiterentwickelt werden soll, wie in der letzten Vorstandssitzung des Gesundheitsbeirates angekündigt wurde. Ich hoffe und gehe davon aus, dass wir in diese Überlegungen einbezogen werden und bald Näheres erfahren.

Folie 8: Gesundheitswesen im Wandel – stationäre Versorgung

Abgesehen von den Umbau- und Umstrukturierungsmaßnahmen im Bereich der städtischen Kliniken und der anderer Träger beschäftigt uns in München v.a. der Mangel an Pflegekräften und Hebammen.

Der Mangel an qualifizierten Pflegekräften scheint eines der wenigen stabilen Konstanten im Gesundheitswesen zu sein - nicht nur in München, sondern überall in Deutschland. Vom Pflegekräftemangel sind alle Münchner Kliniken, egal in welcher Trägerschaft, betroffen. In München hat er dazu geführt, dass vorhandene Betten zum Teil nicht mehr belegt werden können. Trotz des Wissens über den Mangel verfügt die LH München über keine aussagekräftigen Daten, die tatsächliche Rückschlüsse auf den Münchner Pflegearbeitsmarkt erlauben. Das Deutsche Krankenhausverzeichnis ermöglicht nur einen Überblick, wie viele Pflegekräfte mit welchen Qualifikationen in den Münchner Krankenhäusern angestellt sind. (ca. 10.000 Vollzeitkräfte). Wir wissen nicht, wie viele Stellen unbesetzt sind und der ambulante Bereich ist gar nicht erfasst.

Ein ähnliches Bild zeigt auch die Versorgung mit Hebammen. Auch hier fehlt es an qualifiziertem Personal, vor allem in den Kreißsälen, die mit festangestellten Hebammen arbeiten. Die Zahl der Hebammen, die in den Krankenhäusern in der Geburtshilfe insgesamt, z.B. auch als Beleghebammen, tätig sind, kann nur geschätzt werden. Derzeit geht das RGU von ca. 150 freiberuflichen und angestellt arbeitenden Hebammen aus. Anfang 2015 war (nach eigenen Erhebungen) etwa jede siebte Planstelle für angestellte Hebammen nicht besetzt.

Anfang des Jahres haben wir deshalb die Pflegedienstleitungen und -direktorinnen und -direktoren eingeladen und im ersten Schritt folgende Handlungsbedarfe identifiziert:

a) Personalakquise und -bindung

- Sowohl bei der Akquise als auch bei der Bindung des Pflegepersonals im Krankenhaus und bei Hebammen bestehen große Schwierigkeiten
- Der Wohnungsmangel und die hohen Mietkosten erschweren die Akquise von Personal.

b) Personal mit Ausbildung im Ausland

- Das Ausbildungsniveau bei Pflegepersonen im Krankenhausbereich und Hebammen entspricht nicht immer dem Niveau der deutschen Pflege- und Hebammenausbildung.
- Und das B1- Sprachlevel reicht nicht aus, um die erforderliche Pflegequalität zu sichern. Um allerdings den Bedarf an Pflegekräften decken zu können, werden trotzdem Pflegende mit B1-Sprachlevel im klinischen Bereich eingestellt.

c) Qualitätsstandards

- Es gibt derzeit keine allgemein verbindlichen Qualitätsstandards für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus.

d) Ausbildung

- Die Bewerberzahlen für die Pflegeausbildung (hier: Gesundheits- und Krankenpflege) sind rückläufig.
- Die Generalistik der Pflegeausbildung wird zusätzliche Herausforderungen in der praktischen Ausbildung im Krankenhaus mit sich bringen.
- Bei den Hebammen übersteigt die Nachfrage deutlich die Anzahl der Plätze an

der Münchner Hebammenschule. Pro Ausbildungsjahr stehen nur 20 Plätze zur Verfügung. Die schulischen Ausbildungskapazitäten müssen unbedingt erhöht werden, aber es sollte auch ein Hebammenstudiengang eingerichtet werden. Aktuell gibt es an den staatlichen bayerischen Hochschulen, bzw. an den Universitäten keinen Studiengang. Ein konkretes Vorhaben ist unseres Wissens in Regensburg, leider nicht in München, in Planung.

Zurück zu München und zu einigen zukunftsweisenden Beschlüssen des Münchner Stadtrats in diesem Jahr:

Folie 9 München handelt:

Ausbau der subsidiären und komplementären Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes:

- Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
(solide Basis insb. für den Bereich Schulgesundheit)
- Gesundheitsvorsorge in Unterkünften
- Standort für die Gesundheitsberatung i. d. Messestadt Riem
- Projekt „Gut und Gesund aufwachsen in Freiam“
(Richtungsentscheidung 2016, erneute Stadtratsbefassung in 2017)

Diese Maßnahmen können eine kinderärztliche Versorgung nicht ersetzen, aber sie können Defizite auffangen, Bedarfe frühzeitig erkennen und den Zugang zur Versorgung erleichtern.

Folie 10 München handelt:

Medizinisches Versorgungsmanagement

Mit diesem Vorhaben soll die Stadt München bzw. das Fachreferat in die Lage versetzt werden, kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Versorgungsbedarf künftig besser zu erkennen, genauer zu bestimmen und vorausschauend - nicht nur nachbessernd - auf die erforderlichen Anpassungen im örtlichen Gesundheitswesen hinzuwirken.

In der Stadtratsdiskussion bestand über alle Fraktionen hinweg Konsens, dass die LH München einen strategischen Auftrag für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung wahrzunehmen hat.

Die strategische Sicherstellung einer hinreichenden medizinischen Versorgung der Münchner Bevölkerung ist im Interesse der Allgemeinheit und sie ist, solange nicht gesetzlich einem anderen Träger zugewiesen, grundsätzlich ein Teil der kommunalen Daseinsvorsorge.

Sie geht über die Krankenhausplanung auf Landesebene hinaus, die sich nur auf die flächenmäßige Versorgung in Bayern bezieht, ohne ins Detail zu gehen.

Und sie geht auch über die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hinaus, die auf die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung beschränkt ist. Es fehlt bisher sowohl die Klammer um den ambulanten und stationären Sektor, wie auch ein Planungsansatz, der den nicht-ärztlichen Bereich und die anderen Versorgungssektoren einbezieht.

Das kommunale medizinische Versorgungsmanagement werden wir nun schrittweise realisieren mit folgenden drei Schwerpunktsetzungen:

1. Die Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt (Engpässe in der Hebammenversorgung sowie in der Geburtshilfe und Neonatologie)
2. Die Versorgungsthemen rund um das Gesunde Aufwachsen der Münchner Kinder und Jugendlichen: (kinderärztliche Versorgung; kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Stadtgebiet; Kooperation im Kinderschutz)
3. Und die Versorgung rund ums alt werden (z.B. die neuen Anforderungen aufgrund der Zunahme der Hochbetagten; bzw. der Zunahme von chronisch kranken und demenziell erkrankten Menschen, fehlende Brückenstationen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung)

In allen Feldern wollen wir die Versorgungsketten analysieren und weiter entwickeln. Das heißt wir wollen – über die Einzelsektoren und -angebote (Klinikstandort, Bettenzahl, Arztpraxen ...) hinausgehend - langfristig die Abhängigkeiten und das Zusammenwirken im örtlichen Versorgungssystem in den Blick bekommen. Und wir werden das bedarfsorientiert tun, nicht angebotsorientiert.

Wir werden die Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren des Münchner Gesundheitswesens brauchen, um die notwendigen Datengrundlagen aufzubauen und zu pflegen, die Analysen, Auswertungen gemeinsam mit Ihnen zu diskutieren und uns über die daraus abzuleitenden Handlungsoptionen zu verständigen. Die heutige Gesundheitskonferenz ist ein Anfang.

Für das nächste Jahr haben wir uns vorgenommen:

1. eine Analyse der Versorgungskette von der Schwangerschaft über die Geburt bis zur Nachsorge um die Geburt,
2. eine Analyse der Versorgungssituation chronisch kranker Kinder und ihrer Eltern,
3. Stadtratsbefassung „Gesundheit im Alter“

Runder Tisch Pflege

Im September erst haben wir angesichts der Personalknappheit im Krankenhaus dem Stadtrat einen Runden Tisch Pflege vorgeschlagen. (Dieser Vorschlag beruht im übrigen auf einer Initiative der CSU-Stadtratsfraktion.). Der Stadtrat hat uns mit dieser Form der Zusammenarbeit beauftragt und gleichzeitig zwei Aufträge mitgegeben:

- Vergabe einer Studie die die Situation der Pflegekräfte und Hebammen an Münchner Krankenhäusern analysiert
- Erstellung eines Konzept inkl. Finanzierung für eine Informationskampagne, welches der Rekrutierung von Pflegepersonal in München dienen soll.

Der Runde Tisch Pflege wird Anfang Januar starten und selbstverständlich werden wir hierzu neben den Krankenhäusern alle Fachverbände und -institutionen einladen, die dazu beitragen können, dem Pflegenotstand wirkungsvoll zu begegnen.

Teilräumliche Bedarfsplanung

Wir benötigen in den Stadtvierteln, direkt vor Ort im Wohnumfeld Generalisten, die die Grundversorgung sowohl der Erwachsenen, wie der Kinder absichern – d.h. wir benötigen auch eine kleinräumige Planung. Mit Blick auf die Zunahme von hochbetagten, multimorbiden und mobilitätseingeschränkten Patienten, halten wir vor allem zwei Ansätze für wichtig:

- mehr kooperative Strukturen und weniger Einzelpraxen. Dies würde auch den Bedürfnissen der Ärzteschaften entsprechen, die zunehmend mehr in Praxen angestellt oder auch in Teilzeit arbeiten möchten
- verlässliche Strukturen mit Hausbesuchen, die auch von nicht ärztlichen Berufsgruppen übernommen werden können, wie z.B. Versorgungsassistent/-innen

Die regionalen oder kommunalen Steuerungsmöglichkeiten, die der Gesetzgeber geschaffen hat, zielen vor allem auf den Abbau von Über- und Unterversorgung, entsprechend gering sind die Instrumente, die uns hier in München zur Verfügung stehen, um auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen einzuwirken.

Die Stadt kann zwar städtische Krankenhäuser betreiben und muss hier die Defizite aus der ambulanten Notfallversorgung mit tragen, sie kann und muss präventive und kompensatorische Leistungen fördern (sei es im Rahmen der Selbsthilfeförderung, sei es im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes), aber sie kann keine ambulanten Versorgungsleistungen übernehmen.

Wir haben geprüft, ob z.B. die Probleme mit der kinderärztlichen Versorgung in Riem durch ein städtisches Versorgungszentrum gelöst werden könnten oder ob die Stadt finanzielle Anreize zur Schaffung von Filialpraxen oder Zweitpraxen geben kann. Wir sind sogar bereit, die Möglichkeit einer Ermächtigung zu prüfen, auf die uns die KV hingewiesen hat (obwohl sie gleichzeitig mitgeteilt hat, dass sie dafür wenig Chancen sehe). Wir kommen aber nicht weiter, solange sich die Richtlinien für die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung nicht ändern.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Bedarfsplanungsrichtlinie auch unter Berücksichtigung einer kleinräumigen Planung, der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur weiterzuentwickeln. Hier müssen wir uns aus kommunaler Sicht einbringen.

Folie 11 München handelt - Bedarfsplanung

Der Stadtrat hat das Referat für Gesundheit und Umwelt im Juli diesen Jahres beauftragt, sich u.a. in den Gremien des Gesundheitsbeirats für die Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung in den Stadtrandgebieten einzusetzen.

Und der Oberbürgermeister wurde gebeten, sich für eine kleinräumigere Bedarfsplanung in München bzw. für eine den Besonderheiten der Stadtrandgebiete berücksichtigende Feststellung der Unter- und Überversorgung einzusetzen.“

Ich hoffe, dieser Tag bringt uns auf diesem Weg wieder etwas weiter und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Folie 12 Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit