Telefon: 089 / 233-747609

Gesundheitsreferat
Gesundheitsplanung
Strategie und Grundsatz
Ambulante und klinische Strukturen
GSR-GP-SuG3

Analyse der gesundheitlichen Versorgungssituation in München: „Schwangerschaft und Geburt“ und „Geriatrie“

Sitzungsvorlage Nr. 26-32 / V 01029

Bekanntgabe in der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 12.11.2026

Öffentliche Sitzung

Kurzübersicht

zur beiliegenden Bekanntgabe

Anlass	Das Gesundheitsreferat (GSR) erstellt Analysen zur ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungssituation in verschiedenen Versorgungsbereichen in München (vgl. Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 13436 zum Zielbild und Medizinkonzept der München Klinik gGmbH vom 24.07.2024).
Inhalt	Das GSR analysiert die gesundheitliche Versorgungssituation in München und bringt diese in den Gesundheitsausschuss ein. Dabei soll jeder Gesundheitsbereich etwa alle drei Jahre behandelt werden. Mit dieser Bekanntgabe werden Versorgungsanalysen für die Gebiete "Geriatrie" sowie "Schwangerschaft und Geburt" dargestellt.
Gesucht werden kann im RIS auch unter	Versorgung, Versorgungsanalyse, Geriatrie, Schwangerschaft, Geburt
Ortsangabe	-/-

Telefon: 089 / 233-747609

Gesundheitsreferat
Gesundheitsplanung
Strategie und Grundsatz
Ambulante und klinische Strukturen
GSR-GP-SuG3

Analyse der gesundheitlichen Versorgungssituation in München: Geriatrie und Schwangerschaft und Geburt

Sitzungsvorlage Nr. 26-32 / V 01029

3 Anlagen

Bekanntgabe in der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 12.11.2026
Öffentliche Sitzung

Inhaltsverzeichnis **Seite**

I. Vortrag der Referentin ... 2
1. Aufgabe und Rolle der Versorgungsanalysen ... 2
1.1 Hintergrund ... 2
1.2 Ziele ... 2
2. Versorgungsanalyse „Schwangerschaft und Geburt“ ... 3
2.1 Hintergrund und Methodik ... 3
2.2 Derzeitige Versorgungslage in München ... 4
2.3 Planungsprognose für München ... 5
2.4 Einflussmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen ... 6
3. Versorgungsanalyse „Geriatrische Versorgung in München“ ... 7
3.1 Hintergrund und Methodik ... 7
3.2 Derzeitige Versorgungslage in München ... 8
3.3 Planungsprognose für München ... 9
3.4 Einflussmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen ... 10
4. Abstimmung mit den Querschnitts- und Fachreferaten ... 11
II. Bekannt gegeben ... 12

I. Vortrag der Referentin

1. Aufgabe und Rolle der Versorgungsanalysen

1.1 Hintergrund

Ein bedarfsgerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen ist integraler Bestandteil der öffentlichen Daseinsfürsorge. Gleichzeitig werden die meisten Gesundheitsleistungen nicht durch öffentliche Stellen angeboten, sondern unterliegen marktwirtschaftlichen Grundsätzen auf einem stark regulierten Gesundheitsmarkt. Der staatliche Handlungsrahmen beschränkt sich im Wesentlichen auf die Ausgestaltung dieser Regulierung sowie teilweise steuernde Eingriffe in den Gesundheitsmarkt, beispielsweise durch gezielte Förderungen.

Insbesondere der kommunale Handlungsrahmen ist dabei limitiert, da die genannten Kompetenzen in der Regel auf Ebene des Bundes bzw. der Länder liegen.

Kommunen sind dagegen mit lokalen und regionalen Akteur*innen des Gesundheitsmarktes vernetzt und können dies für Steuerungseffekte kooperativ nutzen oder im Rahmen haushälterischer Möglichkeiten durch gezielten Fördermitteleinsatz einwirken – oft als freiwillige Leistung. Darüber hinaus können sie selbst als Leistungsanbieter*innen auftreten, zum Beispiel als Träger*innen kommunaler Krankenhäuser.

Um Erkenntnisse darüber zur Verfügung zu stellen, ob es Versorgungslücken gibt und inwiefern ein Handlungsrahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf lokaler und regionaler Ebene genutzt werden soll, erstellt das GSR regelmäßige Versorgungsanalysen.

Versorgungsanalysen wurden dem Stadtrat zuletzt in der Vollversammlung am 24.07.2024 mit der Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 13436 zum Zielbild 20++ und Medizinkonzept der München Klinik gGmbH (MüK) vorgelegt.

Künftig wird das GSR in Abständen Versorgungsanalysen in den Bereichen Schwangerschaft und Geburt, stationäre Pädiatrie und Neonatologie, haus- und kinderärztliche Versorgung, geriatrische Versorgung, Hospiz- und Palliativversorgung sowie Notfallversorgung erstellen, die dem Stadtrat bekanntgegeben werden.

1.2 Ziele

Die Versorgungsanalysen sollen auf Grundlage der dem GSR verfügbaren Datenquellen den Bedarf und das vorhandene Angebot an Gesundheitsleistungen möglichst umfassend darstellen und mit ggf. vorhandenen Sollgrößen (z. B. aus Fachliteratur, Regelwerken, Leitlinien usw.) vergleichen, um die aktuelle Versorgungssituation abzubilden und mögliche Fehlentwicklungen aufzeigen. Gleichzeitig soll, soweit möglich, der voraussichtliche Versorgungsbedarf für die nächsten Jahre anhand zu erwartender demografischer Entwicklungen abgeschätzt und prognostizierte Entwicklungen des Angebots gegenübergestellt werden, die sich beispielsweise ebenfalls demografisch, durch Marktveränderungen oder Auswirkungen geänderter Regularien ergeben.

Die vorliegende Beschlussvorlage fasst die jeweilige Versorgungssituation in den Bereichen „Schwangerschaft und Geburt“ und „Geriatrische Versorgung“ in München zusammen und stellt die Kernaussagen der Versorgungsanalysen dar. Die ausführlichen Darstellungen sind in den **Anlagen 1 und 2** beigefügt.

2. Versorgungsanalyse „Schwangerschaft und Geburt“

2.1 Hintergrund und Methodik

In Deutschland werden 98 % der Kinder in Kliniken geboren. Für außerklinische Geburten existieren unterschiedliche Betreuungsmodelle, welche den schwangeren Frauen eine möglichst große Wahlfreiheit bezüglich des Geburtsortes einräumen. Angesichts des überwiegenden Anteils stationärer Geburten liegt der Fokus der Versorgungsanalyse auf dem Bereich der stationären Geburtshilfe.

Die Anzahl geburtshilflicher Standorte nimmt in Deutschland kontinuierlich ab.

Die vorliegende Versorgungsanalyse „Geburtshilfe“ betrachtet die rechtlichen Rahmenbedingungen der Geburtshilfe in Deutschland und analysiert die aktuelle Situation der stationären Geburtshilfe unter Würdigung demografischer Daten und Prognosen sowie mittels Befragung die Auslastung räumlicher Kapazitäten in geburtshilflichen Klinken in München. Die Personalkapazitäten sind dabei an die räumlichen Ressourcen geknüpft und gehören zur Vorhaltung einer geburtshilflichen Versorgung dazu. Ergänzend werden Erkenntnisse aus einer Mütterbefragung des Gesundheitsreferats (GSR) aus dem Jahr 2023 genutzt.

Geburten sind meist nicht planbar. Entsprechend dem tatsächlichen Geburtenaufkommen schwankt die Auslastung einer geburtshilflichen Klinik zeitlich. Spitzen mit hoher Arbeitsverdichtung können binnen weniger Stunden auftreten. Zwei Zielgrößen sowie deren Zielwerte und eine Empfehlung wurden ausgewählt, um die Auslastung der geburtshilflichen Abteilungen und das Geburtsgeschehen genauer zu beschreiben.

Für die erste Zielgröße wurde im Rahmen von Untersuchungen sowohl in München als auch Berlin eine Quote errechnet, welche die aus Versorgungsperspektive anzustrebende Geburtenzahl pro Entbindungsplatz beschreibt. Diese korrelierte laut den Berliner Ergebnissen mit der Kapazitätsauslastung bzw. geplanten (benötigten) Kapazitätsausweitungen der Krankenhäuser, sodass für diese Quote ein Zielwert von durchschnittlich 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz bzw. 1,26 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz definiert werden konnte. Dieses Vorgehen fand bereits in der Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 12096 „Geburtshilfe Neuperlach“ vom 24.07.2024 Anwendung. Der Deutsche Hebammenverband, der die Berufsgruppe der Hebammen vertritt, empfiehlt einen Wert von 60 Geburten pro Hebamme im Jahr, um eine 1:1 Betreuung im Kreißsaal gewährleisten zu können.

Als zweite Zielgröße wird die risikoadjustierte Kaiserschnittrate betrachtet. Kaiserschnitte erfolgen zumeist aufgrund medizinischer Indikation, insbesondere wenn die Gesundheit von Mutter und/oder Kind bei vaginaler Geburt unangemessen gefährdet wären.

Im Hinblick auf Versorgungsanalysen kann festgestellt werden, dass Kaiserschnittgeburten in der Regel wesentlich schneller als vaginale Entbindungen erfolgen und sie binden somit die klinischen Ressourcen für kürzere Zeit, wenngleich der Ressourceneinsatz hierfür vorübergehend meist größer ist. Im Ergebnis sind innerhalb einer identischen Zeitspanne somit häufig mehr Kaiserschnittgeburten als vaginale Entbindungen möglich, wobei das Vergütungssystem der Krankenhäuser Kaiserschnittgeburten zudem finanziell begünstigt.

Die risikoadjustierte Kaiserschnittrate berücksichtigt auch die unterschiedlichen Risikoprofile betreuter Schwangerschaften, die mit einem erhöhten Auftreten einer medizinischen Indikation für Kaiserschnitte einhergehen können.

2.2 Derzeitige Versorgungslage in München

Die stationäre Geburtshilfe in München wird von neun geburtshilflichen Kliniken geleistet. Diese gliedern sich laut Krankenhausplan des Freistaats Bayern in vier unterschiedliche Versorgungslevel, wobei diese sich wie folgt verteilen:

- sieben auf das höchste Versorgungslevel I,
- eine auf das Versorgungslevel III
- und eine auf das Versorgungslevel IV.

Je nach Versorgungslevel können die Krankenhäuser dabei Fälle mit unterschiedlichen Schweregraden betreuen, beispielsweise Hochrisikoschwangerschaften oder sehr frühe Frühgeburten. Künftig könnten aufgrund des Unterschreitens der notwendigen Mindestfallzahlen jedoch einige Krankenhäuser, die bisher dem Versorgungslevel I zugeordnet waren, dem Versorgungslevel II zugeordnet werden. Hierzu liegen noch keine Erkenntnisse vor. Die Entscheidungen fallen auf Landesebene und werden mit der Aktualisierung des Krankenhausplans des Freistaats Bayern im Jahr 2027 erwartet. Auch die Schließung geburtshilflicher Standorte kann für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Der Erhalt der Geburtshilfe in der Taxisklinik ist nach derzeitiger Kenntnis bis mindestens 2027 gesichert. Aktuell klärt das Rotkreuzklinikum mit Hilfe einer Machbarkeitsstudie geklärt, wie mit dem baulich in die Jahre gekommenen Gebäude danach weiter verfahren wird. Hier muss die Entwicklung weiter eng beobachtet werden.

Die endgültigen Fallzahlen für 2025 aus den verpflichtenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser liegen erst Ende Januar 2027 vor, sodass hier lediglich Geburtenzahlen bis einschließlich 2024 berücksichtigt werden können. Insgesamt wurden in den Münchner Kliniken in den Jahren 2023 und 2024 jährlich rund 20.000 Geburten betreut. Etwa 25 % davon entfielen auf Gebärende mit Hauptwohnsitz außerhalb von München. Die jährliche Geburtenstärke schwankt, wobei bis 2021 ein kontinuierlicher Anstieg mit einem Maximum von über 23.000 Geburten, seitdem jedoch kontinuierlich ein Rückgang der Geburtenzahlen in München beobachtet werden konnte. Während die vorhandenen Kapazitäten in München in eher geburtenschwachen Jahrgängen, wie sie in den letzten Jahren bis einschließlich 2025 vorlagen, als ausreichend beurteilt werden, würden diese in geburtenstärkeren Jahren (ab 22.540 Geburten pro Jahr) und/oder in Spitzenlastzeiten, welche durch eine nicht völlig gleichmäßige Verteilung der Geburten im Jahresverlauf bedingt sind, an ihre Grenzen stoßen.

In einer Mütterbefragung, die das GSR im Jahr 2023 durchführte, berichteten 9 % (n = 125) der Frauen, dass die Geburt nicht am gewünschten Ort stattfinden konnte. Als häufigster Grund wurde von 51 % (n = 64) angegeben, dass die Einrichtung keine Kapazitäten mehr frei hatte, als die Geburt begann. Für 14 % (n = 18) traf dies bereits während der Schwangerschaft zu, als die Schwangere sich zur Geburt in der jeweiligen Klinik anmelden wollten.

Zur Beurteilung der Auslastung werden die zwei vorgenannten Zielgrößen betrachtet. Die erste Zielgröße von durchschnittlich nicht mehr als 1,26 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz konnte im Jahr 2024 im stadtweiten Durchschnitt eingehalten werden. Auch in den letzten fünf Jahren lag der stadtweite Durchschnitt mit 1,25 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz darunter. In der standortweisen Betrachtung wurde er jedoch in drei Kliniken überschritten (1,39 bis 1,61 Geburten pro Tag und Entbindungsplatz). Von diesen berichteten zwei Kliniken, dass die räumlichen Kapazitäten an mehreren Tagen überschritten waren.

Die Einhaltung der Empfehlung des Deutschen Hebammenverbands von maximal 60 Geburten pro Jahr und Hebammen-Vollzeitäquivalent entspricht einer 1:1-Betreuung im Kreißsaal. Diese konnte 2024 von keiner geburtshilflichen Klinik in München eingehalten werden, der stadtweite Durchschnitt lag bei 115 und hatte eine Spannbreite von 81 bis

210. Für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen würden rechnerisch aktuell 336 VZÄ benötigt, wobei an den geburtshilflichen Kliniken derzeit insgesamt 172,45 VZÄ eingesetzt sind.

Als zweite Zielgröße wird die risikoadjustierte Kaiserschnittrate betrachtet. Dabei handelt es sich um das Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Kaiserschnitte zur anhand des Risikoprofils der betreuten Schwangerschaften erwartbaren Anzahl.

Die durchschnittliche risikoadjustierte Kaiserschnittrate liegt in München leicht über dem Bundesdurchschnitt und zeigt über die vergangenen Jahre eine sinkende Tendenz. Statistisch zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl jährlich betreuter Geburten pro Hebammen-VZÄ und der risikoadjustierten Kaiserschnittrate. Die sinkende Tendenz weist daraufhin, dass in München insgesamt eine Optimierung der Hebammenkapazitäten in den Kliniken begonnen hat. Da der Wert weiterhin über dem Bundesdurchschnitt liegt, kann der Prozess noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden.

Zielgröße	*Zielwert/Empfehlung*	*Durchschnitt in München*
Durchschnittliche jährliche Geburtenzahl pro Entbindungsplatz	460	411
Jährliche Geburtenzahl pro Hebammen-VZÄ*	60	115
Risikoadjustierte Kaiserschnittrate	1	1,10

Tabelle 1: Zielgrößen und Empfehlung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) und Durchschnittswerte in München

2.3 Planungsprognose für München

Der Demografiebericht des Referats für Stadtplanung und Bauordnung von 2024 geht von einer steigenden Geburtenzahl in München aus, bedingt vor allem durch Zuzug nach München. Die Anzahl der Kinder je Frau (Totale Fertilitätsrate, TFR) wird sich dabei voraussichtlich auf einem ähnlichen Niveau wie in den vergangenen Jahren stabilisieren. Diese Annahmen wurden auch für die Planungsprognose bis zum Jahr 2040 zugrunde gelegt, wonach mit fast 20.400 Geburten (nur Münchnerinnen ohne Umland) zu rechnen ist. Die Marke von 20.000 Geburten von Münchnerinnen wird dabei nach der Prognose 2038 überschritten.

In den geburtshilflichen Kliniken im Stadtgebiet werden, wie oben bereits erwähnt, auch Geburten aus dem Umland betreut, deren Anteil etwa 25 % beträgt. Somit wird für das Jahr 2045 im Mittel von ca. 25.810 Geburten in München ausgegangen, je nach Szenario zwischen rund 23.000 und 28.200 Geburten. Diese Größenordnung liegt somit in einem Bereich über 22.540 Geburten pro Jahr, in welchem die derzeit vorhandenen geburtshilflichen Kapazitäten stark beansprucht würden. Eine solch hohe Geburtenzahl wird derzeit jedoch nicht vor 2030 prognostiziert.

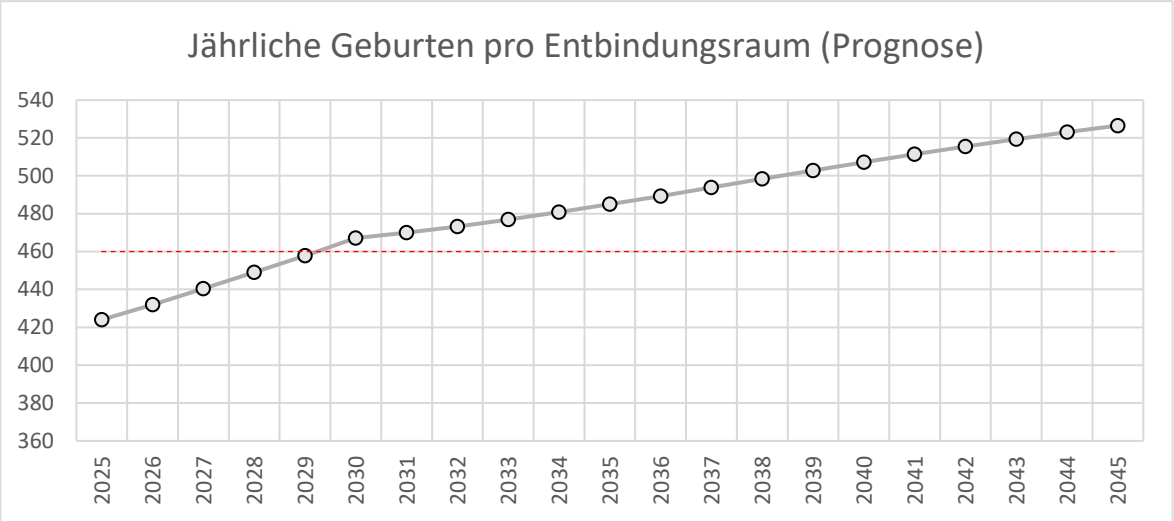


Abbildung 1: Prognose der räumlichen Kapazitätsauslastung in der stationären Geburtshilfe Münchens

Rein rechnerisch würden bei einem Zielwert von durchschnittlich 460 jährlichen Geburten pro Entbindungsplatz somit langfristig 56 Entbindungsplätze in München benötigt, wovon bereits aktuell 50 vorgehalten und 49 betrieben werden.

Mit den derzeitigen Kapazitäten könnte in der Prognose dieser Zielwert von 460 jährlichen Geburten pro Entbindungsplatz demnach ab dem Jahr 2030 überschritten werden.

Ob diese planerischen Aussagen auch tatsächlich eintreffen, wird in den nächsten Monaten und Jahren genau zu beobachten und zu begleiten sein. Auch für das Jahr 2022 bis 2026 gingen die Prognosen von Zuwächsen aus, die Realität zeigt jedoch sinkende Geburtenzahlen in München und in Deutschland. Würde der Anstieg geringer als prognostiziert ausfallen oder bliebe er ganz aus, würden die momentanen Kapazitäten über das Jahr 2030 hinaus ausreichen.

2.4 Einflussmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen

Die kommunalen Einflussmöglichkeiten sind in der Geburtshilfe sehr begrenzt, da regulatorische bzw. planerische Kompetenzen per Gesetz in der Regel auf Bundes- bzw. Landesebene angesiedelt sind. Die LHM ist als Trägerin der München Klinik selbst auch Marktteilnehmerin neben anderen Kliniken. Bei Bedarf sind dann die geburtshilflichen Kapazitäten an den Standorten der München Klinik zu prüfen, allerdings mit den entsprechenden wirtschaftlichen Konsequenzen. Daher ist die Beobachtung der Entwicklung in den nächsten zwei Jahren von Bedeutung, um für München ggf. zeitnah nachsteuern zu können.

Das GSR hat zum Beispiel seit der Einführung der „Richtlinie zur Förderung der Geburtshilfe in Bayern“ (GebHilfR) Maßnahmen zur Verbesserung der Hebammenversorgung auch in der stationären Geburtshilfe in München umgesetzt. Die diesbezüglich wichtigste Maßnahme war die Schaffung von Personalstellen in den Kreißsälen der geburtshilflichen Kliniken. Die Maßnahme sieht vor, dass die in der Geburtshilfe oder im Wochenbett tätigen Hebammen durch Medizinische Fachangestellte (MFA) und andere Berufsgruppen von fachfremden Tätigkeiten (z.B. Verwaltungstätigkeiten, Routineaufnahmen von Schwangeren) entlastet werden. Diese Unterstützung ermöglicht es den Hebammen, sich auch von pflegerischen Tätigkeiten, wie der Versorgung von Müttern im Aufwachraum nach einem Kaiserschnitt, zu entlasten. In den Jahren 2018 - 2025 wurden jährlich zwischen 8,0 VZÄ (2018) und 6,95 (2025) VZÄ an Personalstellen für MFA und andere Berufsgruppen gefördert. Außerdem wurden

Fortbildungsangebote für Hebammen geschaffen bzw. organisiert.

Um gegebenenfalls künftig steigenden Geburtenzahlen adäquat begegnen zu können, ist die etwaige Schaffung zusätzlicher Entbindungsplätze zum richtigen Zeitpunkt entscheidend. Anhand der Planungsprognose und unter Berücksichtigung des Zielwertes von 460 Geburten pro Jahr und Entbindungsplatz könnte eine Überschreitung dieses Zielwertes mit den bislang vorhandenen geburtshilflichen Kapazitäten ab 2030 möglich sein.

Das GSR begrüßt die Verlängerung der GebHilfR, mit der im Rahmen des Förderprogramms Geburtshilfe weiterhin stadtweit Projekte und Personalstellen in den Kliniken gefördert werden können (vgl. Sitzungsvorlage 20-26 / V 18046 vom 26.11.2025) Die Kliniken können dadurch eine Entlastung erfahren, sodass mehr Entbindungsplätze betrieben werden können. Regelmäßige Kapazitätsbefragungen sollen zudem dazu dienen, frühzeitig potenzielle Versorgungsengpässe zu erkennen und geeignete Sicherstellungsmaßnahmen zu ermöglichen. Über die Geburtshilfe wird voraussichtlich wieder im Jahr 2028 berichtet.

Das GSR befindet sich in kontinuierlichem Austausch mit den Trägerinstitutionen der Geburtshilfe und Hebammenversorgung über die aktuelle Versorgungssituation.

3. Versorgungsanalyse „Geriatrische Versorgung in München“

3.1 Hintergrund und Methodik

Menschen in einem höheren Lebensalter mit alterstypischer Vulnerabilität und/oder Multimorbidität („frailty“) profitieren von einer geriatrischen Komplexbehandlung.

Diese kann sowohl aufgrund eines akuten Ereignisses bzw. einer akuten Erkrankung als auch nach abgeschlossener Akutbehandlung stattfinden. Es existieren sowohl stationäre als auch ambulante Angebote. Insbesondere ist die Akutgeriatrie (einschließlich Frührehabilitation) von der stationären geriatrischen Rehabilitation abzugrenzen.

Behandlungskapazitäten der Akutgeriatrie werden durch den Krankenhausplan des Freistaats Bayern ausgewiesen. Demgegenüber wird das Angebot einer stationären geriatrischen Rehabilitation durch Versorgungsverträge zwischen Kliniken und den Kostenträgern der Sozialversicherung bestimmt. Entsprechend unterscheidet sich auch die Investitionskostenfinanzierung. Während Krankenhäuser mit Akutgeriatrie als Plankrankenhäuser Anspruch auf Investitionskostenzuschüsse des Landes haben, müssen Rehabilitationskliniken diese aus den Erstattungsbeträgen der Kostenträger decken.

Die Alterung der Gesellschaft wird sich auf den Versorgungsbedarf auswirken. Die Grundlage für die demografischen Datenanalysen bilden die Fortschreibungen der Bevölkerungsentwicklung sowie die Bevölkerungsprognosen der Statistischen Ämter.

Kennzahlen der tatsächlichen Leistungserbringung wurden den jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser entnommen. Zudem wurden die bundesdurchschnittlichen relativen Krankenhaushäufigkeiten betrachtet, also das Verhältnis zwischen Krankenhausfällen und Bevölkerung, sowohl allgemein als auch fachbezogen.

Die gesamte Analyse dieser Daten ermöglicht eine Abschätzung des gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsbedarfs sowie den Vergleich mit den jeweils vorhandenen Ressourcen.

Für die Bedarfsabschätzung der Münchner Bevölkerung ist geht man davon aus, dass das jährlich zu erwartende Fallaufkommen nicht relevant vom Bundesdurchschnitt abweicht. (vgl. auch Bayernweites Gutachten zur Darstellung des aktuellen und zur Prognose des künftigen Bedarfs an stationären somatischen Krankenhausleistungen, Öhler et al., Mai

2025). Da die endgültigen Fallzahlen für 2025 aus den verpflichtenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser erst Ende Januar 2027 vorliegen, können diese zuvor nur anhand vergangener Jahre geschätzt werden. Die somit für 2025 erwarteten Fallzahlen wurden anhand des Leistungsgeschehens der vergangenen Jahre gemäß den Qualitätsberichten der Krankenhäuser unter Verwendung der Analysesoftware BinDoc Meta hochgerechnet. Anhand der in fünfjährigen Intervallen veröffentlichten Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung aus dem Jahr 2024 sowie der bundesdurchschnittlichen, relativen Krankenhaushäufigkeiten wird für das Prognosejahr 2040 ein Erwartungswert für stationäre Fälle in der Akutgeriatrie und Frührehabilitation sowie der stationären geriatrischen Rehabilitation jeweils für die Stadt München berechnet.

Durch die bekannten Auslastungsraten und Verweildauern, für welche in der Literatur auch Zielwerte verfügbar sind, können sowohl tatsächliche als auch als Zielwert definierte Fallzahlen pro Bett und Jahr errechnet und verglichen werden, wodurch sich auch für das erwartete Fallaufkommen notwendige Bettenkapazitäten ergeben.

3.2 Derzeitige Versorgungslage in München

Akutgeriatrie

Der Krankenhausplan des Freistaats Bayern beziehungsweise dessen Fachprogramm Akutgeriatrie legt eine Mindestanzahl vorzuhaltender Betten pro akutgeriatrischer Hauptabteilung fest. Demnach müssten in München an den neun akutgeriatrischen Kliniken insgesamt mindestens 180 Betten vorgehalten werden, mit denen rund 3.250 Behandlungsfälle versorgt werden können.

Anhand der bundesdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeiten ist für die Kliniken in München einschließlich der bekannten Mitversorgungsfunktion für das Umland von ca. 25 Prozent mit 7.410 Behandlungsfällen zu rechnen.

Um dieses erwartete Fallaufkommen in München akutgeriatrisch behandeln zu können, würden somit bei Annahme des durch den Bundesverband Geriatrie e.V. rechnerisch ermittelten Zielwertes von 21,21 Fällen pro Bett und Jahr bereits heute 350 Betten benötigt **(Szenario 1)**. Diese Zahl liegt deutlich über den im Krankenhausplan des Freistaats Bayern ausgewiesenen Mindestkapazitäten.

Das Weißbuch des Bundesverbandes Geriatrie e.V. nennt weitere Modelle zur Bedarfsabschätzung, die auf Erfahrungen ausgewiesener Expert*innen auf dem Gebiet der Geriatrie beruhen. Eines dieser Modelle geht davon aus, dass ca. 10 % aller nicht in akutgeriatrischen Hauptabteilungen behandelten Patient*innen der relevanten Altersgruppen sich eigentlich für eine akutgeriatrische Komplexbehandlung qualifizieren würden. Ein weiteres Modell definiert eine Zielvorhaltung von 38 akutgeriatrischen Betten pro 10.000 Einwohner*innen ab 70 Jahren. Wendet man diese beiden Modelle auf die Münchner Bevölkerung an, ergäbe sich anhand der heutigen Erwartungswerte für das Fallaufkommen bzw. die momentane Bevölkerungsentwicklung ein bereits bestehender Bettenbedarf von rund 1.030 bis 1.300 Betten **(Szenario 2 bzw. 3)**.

Alle drei Szenarien gehen von einem deutlich höheren Bedarf an akutgeriatrischen Versorgungskapazitäten in München aus als durch den Krankenhausplan des Freistaats Bayern vorgesehen.

Aufgrund der in den jährlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlichten Kennzahlen, die jedoch keine Bettenkapazitäten enthalten, ist zudem davon auszugehen, dass im Jahresdurchschnitt nicht alle darin vorgesehenen Betten tatsächlich betrieben werden können. Unter Fachleuten gilt hierfür vor allem der Fachpersonalmangel als ursächlich, insbesondere im Bereich der Pflege. Berechnungen auf Grundlage dieser Kennzahlen legen nahe, dass die tatsächlich im Jahresdurchschnitt betriebene Anzahl akutgeriatrischer Betten an den Münchner Kliniken etwa zwischen 130 und 160 Betten

liegt. Dies verdeutlicht, dass für einen bedarfsgerechten Ausbau der Versorgungskapazitäten vor allem die Gewinnung des notwendigen Fachpersonals eine entscheidende Rolle spielt.

Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und der zur Verfügung stehenden Versorgungskapazität wird derzeit größtenteils entweder in akutgeriatrischen Kliniken außerhalb Münchens oder in anderen Fachdisziplinen der Münchner Kliniken behandelt.

Stationäre geriatrische Rehabilitation

Ein tendenziell ähnliches Bild, jedoch mit deutlich verschärfter Ausgangslage, zeigt sich für die stationäre geriatrische Rehabilitation. Seit Schließung der letzten entsprechenden Einrichtung in München zu Anfang November 2025 bestehen aktuell keine stationären geriatrischen Rehabilitationskapazitäten mehr im Stadtgebiet.

Demgegenüber steht unter Zugrundelegung der bundesdurchschnittlichen, relativen Krankenhaushäufigkeiten jedoch ein Erwartungswert von rund 2.660 Behandlungsfällen, die momentan insbesondere in Kliniken außerhalb Münchens versorgt werden müssten. Dadurch entsteht in diesen ein zunehmender Nachfragedruck aus ihrem gesamten Einzugsgebiet, zu welchem in der Regel nicht nur die Stadt München gehört. Somit wird es für Patient*innen sowohl aus den Münchner Kliniken als auch aus anderen Regionen zunehmend erschwert, Rehabilitationsplätze zeitgerecht zu erhalten. Aufgrund verlängerter Wartezeiten könnte das Fähigkeits- und Fertigkeitsniveau der Patient*innen so weit absinken, dass kein weiteres Rehabilitationspotenzial bestünde und daraus eine (ausgeprägtere) Pflegebedürftigkeit mit entsprechenden Folgen für die Patient*innen und die Gesellschaft resultieren würde. Das für die Stadt München einschließlich ihrer Mitversorgungsfunktion für das unmittelbare Umland erwartete Fallaufkommen entspricht einem heutigen Bedarf an insgesamt 171 Betten und somit in etwa der in einem Umkreis von rund 100 Kilometern um das Stadtgebiet zur Verfügung stehenden Bettenkapazität **(Szenario 1)**. Die bereits erwähnten alternativen Schätzungsmodelle des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ergäben einen Bedarf zwischen 264 und 326 Betten und würden diese Kapazität bereits überschreiten **(Szenario 2 bzw. 3)**.

Ambulante bzw. tagesklinische Angebote

Ambulante geriatrische Angebote bestehen in München in Form von drei Tageskliniken mit insgesamt 60 Behandlungsplätzen, jedoch unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten. Diese sind daher nicht beliebig austauschbar. Eine mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) nach den Vorgaben des Förderprogramms des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) existiert in München nicht.

Die LHM selbst bezuschusst zwar das Programm „THEA mobil“, welches ein aufsuchendes Angebot für ergotherapeutische Trainings in der häuslichen Umgebung darstellt, wodurch Alltagskompetenzen erhalten und verbessert werden können, jedoch stellt dieses keine ambulante geriatrische Rehabilitation nach den Vorgaben des StMGP dar. Grundsätzlich sind ambulante geriatrische Angebote als Ergänzung der stationären Behandlungsleistungen, insbesondere auf ihrem derzeitigen Ausbauniveau jedoch nicht als Ersatz zu sehen.

3.3 Planungsprognose für München

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung zeigt gegenläufige Effekte in den Altersgruppen zwischen 60 und 79 Jahren sowie ab 80 Jahren. Während die jüngeren Altersgruppen deutliche Bevölkerungszunahmen aufweisen, wird für die Altersgruppe ab 80 Jahren in München bis 2040 ein Bevölkerungsrückgang erwartet. Diese weist jedoch die höchsten relativen Krankenhaushäufigkeiten auf. Dieser Effekt kompensiert zu einem großen Teil die zu erwartenden Fallzahlaufwüchse aufgrund der Bevölkerungszunahme in

den jüngeren Altersgruppen.

Dementsprechend ist bei Annahme der bundesdurchschnittlichen, nach Altersgruppen geclusterten, relativen Krankenhaushäufigkeiten für die Akutgeriatrie in der Stadt München für 2040 mit einem nur leicht steigenden, jährlichen Fallaufkommen von rund 7.530 Fällen zu rechnen, sodass sich in diesem Modell der Gesamtbedarf gegenüber der heutigen Bedarfsabschätzung nur sehr moderat auf 355 Betten erhöht **(Szenario 1)**. Die beiden alternativen Modelle gehen jedoch von einem künftigen Bedarf zwischen rund 1.170 und 1.400 Betten aus **(Szenario 2 bzw. 3)**.

Im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation ist für 2040 mit einem jährlichen Aufkommen von rund 2.300 Fällen zu rechnen, sodass der Bedarf bei etwa 200 Betten liegen würde **(Szenario 1)**. Die beiden alternativen Modelle gehen von einem Bedarf zwischen rund 300 und 370 Betten aus **(Szenario 2 bzw. 3)**.

Ein Ausbau von Bettenkapazitäten in derart großer Zahl stellt eine große Herausforderung dar. Es zeigt sich, dass die momentan bestehenden Bettenkapazitäten für den angenommenen Bedarf sowohl jetzt als auch in Zukunft nicht ausreichend sind. Ein nennenswerter Ambulantisierungseffekt ist weder nach Ansicht der Expert*innenrunde aus Chefärzt*innen geriatrischer Münchner Kliniken noch gemäß dem Bayernweiten Gutachten (Öhler et al.) zu erwarten, wenngleich ein Ausbau ambulanter Angebote aus Sicht des GSR grundsätzlich ebenfalls zu begrüßen wäre.

	Akutgeriatrie		*Stationäre Rehabilitation*	
	2025	*2040*	*2025*	*2040*
Ist-Zustand (Plankapazität)	180		20 (ab 01.11.2025: 0)	
Szenario 1	350	355	171	200
Szenario 2	1.296	1.393	264	303
Szenario 3	1.032	1.165	326	368

Tabelle 2: Schätzung des derzeitigen und zukünftigen Bettenbedarfs in München

Die MüK berücksichtigt diesen Bedarf derzeit bei ihrer strategischen Neuausrichtung: Im Rahmen des Zukunftskonzepts MüK 20++ sollen an den Standorten Schwabing und Neuperlach zwei geriatrische Kompetenzzentren aufgebaut werden. Akutgeriatrische Kapazitäten anderer Standorte sollen zu diesem Zweck ggf. dorthin umgezogen werden. Insgesamt soll die akutgeriatrische Bettenkapazität auch nach den Umzügen nicht unter dem heutigen Stand liegen, jedoch gibt es bislang auch keinen konkreten Zeitplan für den vollumfänglichen Kapazitätsaufbau. Allerdings sollen bereits in diesem Jahr 20 zusätzliche Geriatrie-Betten am Standort Schwabing geschaffen werden.

Am Krankenhaus Neuwittelsbach stehen seit diesem Jahr 20 weitere akutgeriatrische Betten zur Verfügung, womit sich die bisher dort vorhandene Kapazität verdoppelt.

3.4 Einflussmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen

Die kommunalen Einflussmöglichkeiten sind auch in der Geriatrie begrenzt, da regulatorische bzw. planerische Kompetenzen per Gesetz auf Bundes- bzw. Landesebene angesiedelt sind. Dennoch versucht das GSR seine Handlungsoptionen auszuschöpfen, um eine Verbesserung der Situation zu erreichen.

Die derzeitige Finanzierungssystematik schafft sowohl in der Akutgeriatrie als auch in der stationären geriatrischen Rehabilitation keine Anreize für Krankenhausträger, ihre Kapazitäten zu erweitern. Dies gilt ähnlich auch für Angebote der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (z.B. MoGeRe). Sofern einzelne Krankenhausträger die Initiative ergreifen sollten, könnte die LHM bei der Beantragung von Fördermitteln des

Bundes, des Landes bzw. der Europäischen Union sowie für Einzelprojekte des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beispielsweise durch Letters of Intent unterstützen.

Hier ist das Bundesgesetz zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen von Ländern und Kommunen (LuKIFG) zu nennen, das explizit auch Investitionen aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes in Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegeinfrastruktur einschließt. In Bayern werden im Doppelhaushalt 2026/2027 insgesamt rund 7 Mrd. € an Fördermitteln veranlagt. Daraus sind für die Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegeinfrastrukturförderung 145 Mio. € (2026) bzw. 215 Mio. € (2027) vorgesehen. Für die Bewirtschaftung dieser Fördermittel ist der Freistaat Bayern zuständig, eine kommunale Zuständigkeit besteht nicht. Über den aktuellen Stand beantragter bzw. bewilligter Förderungen liegen jedoch bislang (Stand: Mai 2026) weder für Bayern noch für andere Bundesländer genauere Informationen vor.

Das GSR wird die weiteren Entwicklungen beobachten.

Seitens der München Klinik werden derzeit Planungen eines Erweiterungsbaus zum Klinikneubau am Standort Harlaching unternommen. Auf etwaig freiwerdenden Flächen am Standort der München Klinik Harlaching soll nach derzeitigem Stand gemäß Stadtratsbeschluss (20-26 / V 01651 „Masterplan für den Standort Klinikum Harlaching“) der Bau und Betrieb einer Rehabilitationsklinik ausgeschrieben werden, die auch Betten für die stationäre geriatrische Rehabilitation vorhalten soll. Eine Ausweitung des Leistungsspektrums der MüK auf die stationäre geriatrische Rehabilitation ist nach deren Aussage nach aktuellem Stand jedoch nicht geplant, da die stationäre geriatrische Rehabilitation für die MüK als Akutkliniken nicht den Kernkompetenzen entspricht.

Einen wichtigen Punkt stellt die Ausbildung und Gewinnung von Fachpersonal dar.

Im Bereich der Pflege ist die LHM bereits mit der finanziellen Förderung des dreijährigen Pilotprojekts “Kompetenzzentrum internationale Pflege (KiP)“ in einer Vorreiterrolle auf kommunaler Ebene. Ausländische Pflegekräfte können hier die geforderten Anpassungsmaßnahmen zur Erlangung der Berufserlaubnis absolvieren, gleichzeitig werden Fachsprachkurse am KiP angeboten, die vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gefördert werden. Die berufliche Pflege betreffend sind die dauerhafte Berufs- und Betriebsbindung durch die Stärkung der betrieblichen Integrationsarbeit und ein wirksames Onboarding, der Ausbau der (akademischen) Berufsrollen und des Skills und Grade Mixes auf allen Niveauebenen des DQR an den Kliniken sowie die Weiterentwicklung der Harmonisierung der Aus- und Weiterbildungslandschaft wichtige Zukunftsfaktoren.

Zur Begünstigung der vorgenannten sowie weiterer, ggf. außerhalb des Handlungsrahmens der LHM liegender Maßnahmen findet ein regelmäßiger Austausch mit relevanten Akteur*innen statt, beispielsweise mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV), der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie Vertreter*innen von Krankenkassen. Kooperationen finden dabei auch im Rahmen beispielsweise der Gesundheitsregion^{plus} sowie von Modellvorhaben im Bereich der geriatrischen Versorgung statt, für welche auch Fördermöglichkeiten wie der Innovationsfonds beim G-BA geprüft werden. Durch diese können weitere Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden.

4. Abstimmung mit den Querschnitts- und Fachreferaten

Die Sitzungsvorlage ist mit dem Sozialreferat, dem Seniorenbeirat, der Gleichstellungsstelle für Frauen, dem Behindertenbeirat und dem Kommunalreferat abgestimmt. Alle genannten Referate und Stellen zeichnen die Sitzungsvorlage mit. Die Stellungnahmen sind gesammelt als **Anlage 3** der Sitzungsvorlage beigefügt.

Anhörung des Bezirksausschusses

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

Der Korreferent des Gesundheitsreferats, Herr Stadtrat Stefan Jagel, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat David Süß, die Gleichstellungsstelle für Frauen, das Kommunalreferat, das Sozialreferat, der Behindertenbeirat, der Seniorenbeirat sowie die die München Klinik gGmbH haben einen Abdruck der Beschlussvorlage erhalten.

II. Bekannt gegeben

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende — Die Referentin

Verena Dietl
3. Bürgermeisterin

Beatrix Zurek
berufsmäßige Stadträtin

III. Abdruck von I. mit III.

über Stadtratsprotokolle (D-II/V-SP)

an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das Revisionsamt
z. K.

IV. Wv. Gesundheitsreferat GSR-BdR-SB

1. Die Übereinstimmung des vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
2. An das Gesundheitsreferat GSR-GP-SuG3

   Mit der Bitte um Versand des Abdruckes der Beglaubigung an:

   die Gleichstellungsstelle für Frauen

   das Kommunalreferat

   das Sozialreferat

   den Behindertenbeirat

   den Seniorenbeirat

   die München Klinik gGmbH

   z. K.

   Am