Telefon: 089 233-747609

Gesundheitsreferat
Gesundheitsplanung

Anlage 2

Geriatrische Versorgung in München

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund 2
2. Zielsetzung 2
3. Methodik 3
   3.1 Rahmenbedingungen 3
   3.2 Identifikation von geeigneten Datenquellen 3
   3.3 Festlegung und Beschreibung der Indikatoren bzw. Kennzahlen 4
4. Versorgungsbedarf und aktuelle Versorgungssituation (Soll-Ist-Abgleich) 5
   4.1 Akutgeriatrie und Frührehabilitation 5
   4.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation 7
   4.3 Ambulante und teilstationäre geriatrische Angebote 9
5. Abschätzung zukünftiger Versorgungsbedarfe (Prognosen) 9
   5.1 Akutgeriatrie und Frührehabilitation 9
   5.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation 10
   5.3 Ambulante und teilstationäre geriatrische Angebote 11
6. Einflussmöglichkeiten der LHM und Handlungsempfehlungen 11
7. Fazit und Ausblick 14

1. Hintergrund

Menschen im höheren Lebensalter weisen oft eine alterstypische Vulnerabilität und/oder Multimorbidität auf, auch als „frailty“ (Gebrechlichkeit) bezeichnet. Diese bedürfen auf ihre spezifischen Anforderungen angepasste Komplexbehandlungen, die besondere Versorgungsaspekte, wie beispielsweise Multimorbidität oder Polypharmazie, sowie Behandlungsziele, insbesondere den Erhalt sozialer Teilhabe sowie Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, einschließt. Zu dieser Bevölkerungsgruppe zählen allgemein Menschen ab 80 Lebensjahren bzw. bei entsprechender Multimorbidität bereits ab 70 Lebensjahren.

Eine solche Komplexbehandlung kann in verschiedenen therapeutischen Settings mit jeweils unterschiedlichem Fokus stattfinden. Voneinander abzugrenzen sind dabei insbesondere

- die Akutgeriatrie, welche akute alterstypische Krankheitszustände behandelt, sowie die damit oft verbundene Frührehabilitation während eines akutstationären Aufenthaltes, (in der Akutklinik)
- die teilstationäre Geriatrie, beispielsweise in Form einer Tagesklinik, in der sowohl Akutbehandlung als auch Rehabilitation durchgeführt werden, wobei die Patient*innen jedoch nicht rund um die Uhr dort betreut werden, (in der Akutklinik)
- die stationäre geriatrische Rehabilitation nach einem akuten Ereignis, beispielsweise als Anschlussheilbehandlung, (in der Rehabilitationsklinik)
- die ambulante mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) als aufsuchendes Angebot im häuslichen Umfeld.

Stationäre Betten bzw. teilstationäre Plätze sowohl für die Akutgeriatrie als auch die Frührehabilitation werden im Krankenhausplan des Freistaats Bayern ausgewiesen. Die übrigen Angebote hingegen sind durch Versorgungsverträge der Leistungsanbieter mit den Kostenträgern der Sozialversicherung geregelt, haben somit also eine andere leistungsrechtliche Grundlage, was für die Form der Finanzierung entscheidend ist. Während im Krankenhausplan enthaltene Angebote dualistisch finanziert sind, d. h. Investitionskosten durch die Bundesländer getragen und von den Krankenversicherungen Benutzungsentgelte zur Deckung laufender Kosten erhoben werden, folgt die Finanzierung der übrigen Angebote einem monistischen Prinzip, d. h. auch die Investitionskosten müssen aus den von den Krankenversicherungen erhobenen Benutzungsentgelten gedeckt werden. Trägerinstitutionen gehen dabei also regelmäßig in Vorleistung und sind auf eine auskömmliche Finanzierung daher in besonderem Maße angewiesen.

2. Zielsetzung

Vor dem Hintergrund einer voraussichtlich wachsenden und alternden Bevölkerung soll analysiert werden, ob die vorhandenen Versorgungskapazitäten sowohl aktuell als auch anhand von Prognosen zukünftiger Versorgungsbedarfe angemessen sind. Etwaige Bedarfsabweichungen sowohl in Form von Minder- als auch Mehrbedarfen sollen möglichst quantifiziert werden. Als Anhaltspunkte sollen geeignete Indikatoren bzw. Kennzahlen definiert, erhoben und interpretiert sowie potenzielle Steuerungsmaßnahmen im Hinblick auf den kommunalen Einflussbereich vorgeschlagen werden.

Berücksichtigung soll auch die u. U. wechselseitige Mitversorgungsfunktion der Landeshauptstadt München (LHM) und ihres Umlandes finden. Dabei soll auch auf die spezifischen Besonderheiten der urbanen Bevölkerung und ihrer Anforderungen an eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung eingegangen werden. Auch wenn die

Kommunalpolitik der LHM primär Verantwortung für die Daseinsvorsorge der städtischen Bevölkerung trägt, so darf dieser Aspekt mit Blick auf die Metropolregion nicht gänzlich unbeachtet bleiben. Ebenso kann sich bezüglich bestimmter Angebote eine Mitversorgungsfunktion des Umlands für die städtische Bevölkerung ergeben.

3. Methodik

3.1 Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Geriatrie werden insbesondere durch das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmt, welches die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung regelt. Für den stationären Bereich sind zudem spezifische Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) relevant. Durch diese bestimmt der Bund maßgeblich die Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote. Konkretisierungen dieser werden hauptsächlich im Rahmen der Selbstverwaltung durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bzw. Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung, namentlich GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), geregelt.

Die Ausgestaltung des Leistungsangebotes fällt allerdings in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Einschlägige Regelungen für Bayern stellen hier das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) sowie der Krankenhausplan des Freistaats Bayern dar. Letzterer legt die bedarfsnotwendigen stationären Kapazitäten je Fachgebiet auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte fest. Krankenhäuser, welche in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen werden, dürfen grundsätzlich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung stationäre Leistungen abrechnen (Kontrahierungszwang) und haben Anspruch auf Investitionskostenzuschüsse des Landes. Enthalten sind hierin lediglich akutstationäre Behandlungskapazitäten, nicht jedoch Rehabilitationseinrichtungen. Diese wiederum schließen Versorgungsverträge mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 111 SGB V, welche ihre Finanzierung (ggf. einschließlich Investitionskosten) regeln.

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Geriatrie auf dem Gesundheitsmarkt sowie Vorschläge bzw. Forderungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung werden im Weißbuch Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie e. V. (Musolf et al., 2023) beschrieben.

3.2 Identifikation von geeigneten Datenquellen

Für die Analyse erforderliche Datengrundlagen können einerseits Primärdaten, also eigens für die Analyse selbst erhobene Daten, beispielsweise in Form von Befragungen, darstellen. Ferner existieren verschiedene Datenbanken, welche Sekundärdaten, also unabhängig von der Analyse vorliegende Daten, in unterschiedlicher Ausprägung bereitstellen.

Die Erhebung von Primärdaten ist verhältnismäßig aufwändig und wird daher nur zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen, welche anhand vorhandener Sekundärdaten nicht beantwortet werden können, geplant. Die vorliegende Versorgungsanalyse greift derzeit nicht auf Primärdaten zurück.

Geeignete Sekundärdaten werden insbesondere durch die Statistischen Ämter auf kommunaler, Landes- bzw. Bundesebene zur Verfügung gestellt. Die LHM veröffentlicht online umfangreiche Kennzahlen in ihrem Indikatorenatlas. Der hierin jüngste verfügbare Datenbestand ist von Dezember 2023, sodass in der vorliegenden Versorgungsanalyse im

kommunalen Kontext darauf zurückgegriffen wurde.

Für bevölkerungsbezogene Daten und Kennzahlen stellen das Statistische Amt beim Direktorium der LHM sowie die GENESIS-Datenbank sowohl des Statistischen Bundesamtes (Destatis) als auch des Bayerischen Statistischen Landesamtes eine umfangreiche Datenquelle, sowohl in Form historischer Werte und aktueller Fortschreibungen als auch Prognosen für die Zukunft, dar.

Leistungsdaten der Krankenhäuser werden jährlich in verpflichtenden Qualitätsberichten in einer Referenzdatenbank beim G-BA veröffentlicht. Diese enthalten sowohl nach Fachrichtungen als auch Diagnose- bzw. Prozedurenschlüsseln ausgewiesene Fallzahlen, lassen jedoch keine direkten Rückschlüsse auf die Anzahl tatsächlich betriebener Betten zu. 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. Für die vorliegende Versorgungsanalyse wurden die Qualitätsberichte in Teilen mit Hilfe des Analysetools BinDoc Meta ausgewertet und die für 2025 erwarteten Fallzahlen hochgerechnet.

Speziell für die Geriatrie in Bayern stellt die Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB) eine eigene Datenbank (GiB-DAT) zur Verfügung, welche insbesondere auf regelmäßigen Datenerhebungen ihrer Mitglieder beruht. Das Gesundheitsreferat (GSR) konnte im Jahr 2023 für die Jahre 2014 bis 2021 Daten zur Analyse erhalten, deren Ergebnisse teilweise ebenfalls in die vorliegende Versorgungsanalyse einfließen.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse wurden ebenfalls mit dem Bayernweiten Gutachten zur Darstellung des aktuellen und zur Prognose des künftigen Bedarfs an somatischen Krankenhausleistungen (Öhler et al., Mai 2025) verglichen, sofern dies möglich war.

3.3 Festlegung und Beschreibung der Indikatoren bzw. Kennzahlen

Als wichtige bevölkerungsbezogene Kennzahlen im Sinne der vorliegenden Versorgungsanalyse wurden die Bevölkerungsentwicklung sowie die relative Krankenhaushäufigkeit, jeweils nach Altersgruppen geclustert, identifiziert. Sie stehen einerseits allgemein durch Destatis bzw. die Statistischen Landesämter zur Verfügung und wurden andererseits spezifisch für die Geriatrie aus dem Weißbuch des Bundesverbandes Geriatrie e.V. übernommen. Die Bevölkerungsentwicklung wurde dabei sowohl historisch und aktuell fortgeschrieben als auch für die Zukunft prognostiziert betrachtet. Sowohl die aktuellen als auch die für 2040 prognostizierten Bevölkerungsdaten für München wurden dabei der Bevölkerungsfortschreibung und -prognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung mit Stand zum 31.12.2024 entnommen. Die bundesdurchschnittlichen, relativen Krankenhaushäufigkeiten wurden einerseits allgemein, andererseits mit fachlichem Bezug zur Geriatrie betrachtet. Sie setzen die im jeweiligen Referenzjahr verzeichneten Krankenhausfälle in Deutschland mit der jeweiligen Bevölkerungszahl je Altersgruppe in Beziehung. Um möglicherweise verzerrende Einflüsse der Coronavirus-Pandemie auszuschließen, wurden in der vorliegenden Versorgungsanalyse jeweils die relativen Krankenhaushäufigkeiten des Jahres 2019, also dem letzten vollständigen Kalenderjahr vor Pandemieausbruch in Deutschland, betrachtet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die wesentlichen Veränderungen dieser Krankenhaushäufigkeiten ab 2020 pandemiebedingt waren bzw. sind und diese ohne Eintreten der Coronavirus-Pandemie unverändert geblieben wären. Für die ersten Jahre nach Ausbruch der Pandemie erscheint daher diese Korrelation mit der Bevölkerungsfortschreibung sinnvoll, um vorübergehende Effekte insbesondere in mehrjährigen Prognosen unberücksichtigt zu lassen. Dennoch zeichnen sich möglicherweise auch dauerhafte Effekte auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ab, sodass künftige Betrachtungen mit aktuellen Krankenhaushäufigkeiten korreliert werden sollten, um Verzerrungen zu vermeiden. Durch die Korrelation der bundesdurchschnittlichen, relativen

Krankenhaushäufigkeiten mit der Bevölkerungsentwicklung bzw. -prognose lassen sich für die jeweiligen Betrachtungszeiträume Erwartungswerte für das Fallzahlaufkommen errechnen. Dieses muss weder mit dem tatsächlichen Leistungsgeschehen übereinstimmen (Über- oder Unterversorgung) noch notwendigerweise dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Da dieser allerdings nur schwer genauer ermittelbar ist, wird ein solches Vorgehen häufiger zur Bedarfsabschätzung angewandt (vgl. auch Bayernweites Gutachten, Öhler et al.). Dabei legen andere Autoren zum Teil regionale Krankenhaushäufigkeiten zugrunde. Dies birgt jedoch das Risiko, eine regional ausgeprägte, strukturelle Über- oder Unterversorgung fälschlich als bedarfsgerecht zu bewerten, was durch den bundesdurchschnittlichen Ansatz vermieden werden kann.

Wichtige leistungsbezogene Kennzahlen stellen die jährlichen Fallzahlen, jeweils absolut sowie bezogen auf die durch den Krankenhausplan des Freistaats Bayern vorgesehenen Krankenhausbetten, dar. Es ist jedoch nicht zwingend anzunehmen, dass jedes im Krankenhausplan ausgewiesene Bett tatsächlich betrieben werden kann. Für die Bedarfsabschätzung können die aus den oben genannten bevölkerungsbezogenen Größen abgeleiteten Erwartungswerte der jährlichen Fallzahlen anhand von Zielwerten der jährlichen Fallzahlen pro Bett in eine Bedarfskapazität an Betten umgerechnet werden.

4. Versorgungsbedarf und aktuelle Versorgungssituation (Soll-Ist-Abgleich)

4.1 Akutgeriatrie und Frührehabilitation

In Bayern werden 2025 voraussichtlich gut 40.000 akutgeriatrische Behandlungsfälle erwartet, davon gut 35.000 behandelte Fälle mit Frührehabilitationen. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 5.000 Fällen gegenüber dem Jahr 2019 (Referenzjahr vor der Coronavirus-Pandemie). Für München werden im gleichen Zeitraum rund 3.250 Fälle erwartet, davon rund 2.750 Frührehabilitationen, während 2019 noch knapp 4.500 Fälle bzw. 3.800 Frührehabilitationen verzeichnet wurden. Im Jahr 2023 verzeichnete das Bayernweite Gutachten (Öhler et al.) in der Leistungsgruppe Geriatrie 2.682 Fälle im Kreisgebiet der Landeshauptstadt München. Daraus wird deutlich, dass die tatsächlichen Fallzahlen in München noch nicht wieder das Niveau vor der Coronavirus-Pandemie erreicht haben. Als Hauptgrund hierfür wird der Fachpersonalmangel im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich angesehen. Diese in Fachkreisen allgemein akzeptierte Begründung wurde auch für die Landeshauptstadt München durch die Expert*innengruppe Geriatrie, die aus den leitenden Ärzt*innen der geriatrischen Fachabteilungen in München besteht, bestätigt. Als Folge hiervon können die Plankapazitäten nicht in vollem Umfang betrieben werden. Dies drückt sich ebenfalls in der rechnerischen Fallzahl pro Bett und Jahr aus, die für Bayern im Referenzjahr 2019 bei 24,64 lag. In die Berechnung dieser Größe fließen neben der Anzahl verfügbarer Betten als Variablen die jeweils jahresdurchschnittliche Bettenauslastung sowie Verweildauer pro Patient*in ein. Wird davon ausgegangen, dass in München die Anzahl der im Jahresdurchschnitt betriebenen Betten mit der Plankapazität übereinstimmt, ergibt sich rechnerisch ein Wert von nur 18,1. Wird von einer noch größeren Zahl betriebener Betten ausgegangen, verringert sich dieser Wert zusätzlich. Es gibt aus den vorliegenden Daten jedoch keine Hinweise dafür, dass dies durch eine relevant verlängerte durchschnittliche Verweildauer oder verminderte Auslastung begründet sein könnte, obwohl diese für München nicht vollständig vorliegen. Die entsprechenden Kennzahlen für Bayern lassen einen solchen Schluss jedoch nicht zu. Es ist daher davon auszugehen, dass die im Jahresdurchschnitt in München betriebenen Betten mit einer ähnlichen Fallzahl pro Bett und Jahr belegt werden wie im Rest des Freistaats. Somit bleibt als Erklärung für das reduzierte Fallvolumen eine tatsächlich im Jahresdurchschnitt betriebene Bettenzahl unterhalb der Plankapazität. Wird der bayerische Durchschnitt von 24,64 zugrunde gelegt,

ist anhand der jährlichen Fallzahl in München von 132 im Jahresdurchschnitt betriebenen Betten auszugehen. Bei Annahme des durch den Bundesverband Geriatrie e.V. angegebenen Zielwerts von 21,21 läge diese Zahl bei 153 Betten.

Die stationäre Plankapazität in der Akutgeriatrie wird durch den Krankenhausplan des Freistaats Bayern definiert. Dieser legt im Rahmen des Fachprogramms Akutgeriatrie für alle akutgeriatrischen Hauptabteilungen eine Mindestgröße von 20 Betten fest. Gleichzeitig werden akutgeriatrische Betten pro Krankenhaus in der Gesamtzahl internistischer Betten berücksichtigt. Innerhalb dieser können Krankenhäuser mit akutgeriatrischer Hauptabteilung demnach auch mehr als 20 Betten bereitstellen. Die tatsächliche stationäre Bettenkapazität, insbesondere die durchschnittlich betreibbare, lässt sich aus den zur Verfügung stehenden Datenquellen nicht valide erheben. Daher wird in der vorliegenden Versorgungsanalyse stets von der Mindestplankapazität ausgegangen. Sie beträgt bei neun akutgeriatrischen Fachabteilungen in München somit 180 Betten. Aufgrund der vorstehenden Berechnungen ist jedoch davon auszugehen, dass die im Jahresdurchschnitt tatsächlich betreibbare Bettenkapazität darunter liegt, je nach zugrunde liegender Annahme nämlich zwischen 130 und 160 Betten.

Das Angebot der Akutgeriatrie und Frührehabilitation wird in München durch nun mehr neun Leistungsanbieter*innen bestimmt, nachdem das Diakoniewerk München-Maxvorstadt Anfang 2025 den Betrieb eingestellt hat. Dazu gehören die Standorte der München Klinik gGmbH (MüK) in Schwabing, Bogenhausen und Neuperlach, das Klinikum der Universität München (LMU), das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München, das jetzt zu den Ordenskliniken München-Passau gGmbH gehört, das Krankenhaus Neuwittelsbach, das Rotkreuzklinikum München sowie das Helios Klinikum München-West und die Helios Klinik München Perlach.

Für die Akutgeriatrie werden für das Referenzjahr 2019 im bundesweiten Durchschnitt folgende relative Krankenhaushäufigkeiten nach Altersclustern durch den Bundesverband Geriatrie e.V. angegeben:

60 bis 64 Jahre	0,048 %
65 bis 69 Jahre	0,201 %
70 bis 74 Jahre	0,681 %
75 bis 79 Jahre	1,466 %
80 bis 84 Jahre	3,125 %
85 Jahre und älter	5,893 %

Tabelle 1: Bundesweiter Durchschnitt der relativen Krankenhaushäufigkeiten nach Alter in der Akutgeriatrie

Das bedeutet, dass es in Deutschland pro 100.000 Einwohner*innen beispielsweise im Alter von 60 bis 64 Jahren jährlich 48 akutgeriatrische Behandlungsfälle gibt. Der Bezug auf das Jahr 2019 ermöglicht es, pandemiebedingte Effekte unberücksichtigt zu lassen.

Um mit Hilfe der relativen Krankenhaushäufigkeiten das aktuelle akutgeriatrische Fallvolumen in München abzuschätzen, wurde die entsprechende Einwohner*innenzahl je Altercluster aus der Bevölkerungsfortschreibung der LHM sowie die Mitversorgerfunktion der Krankenhäuser in München für die Umgebung und andere Regionen berücksichtigt. Für München ist demnach mit jährlich rund 7.410 akutgeriatrischen Behandlungsfällen zu rechnen. Wird nun der rechnerische Zielwert für die Fallzahl pro (Plan-)Bett und Jahr für die Akutgeriatrie von 21,21 auf diese erwarteten Fallzahlen bezogen, bedeutet dies eine benötigte Bettenkapazität von 350 akutgeriatrischen Krankenhausbetten in München (Szenario 1).

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt in seinem Weißbuch an, dass darüber hinaus zehn Prozent der nicht-geriatrischen Patient*innen in Akutkrankenhäusern für eine akutgeriatrische Komplexbehandlung qualifiziert wären. Berücksichtigt man somit den bundesweiten Durchschnitt der allgemeinen Krankenhaushäufigkeit entsprechend, müssten unter Berücksichtigung des rechnerischen Zielwertes für die Fallzahl pro (Plan-) Bett und Jahr in München 1.296 akutgeriatrische Betten vorgehalten werden (Szenario 2). Dies ist eine kaum in nächster Zeit zu realisierende Zahl. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die sich ergebende Fall- und Bettendifferenz keine zusätzlichen Krankenhausfälle bzw. -betten darstellen, sondern lediglich aus bisher anderen Fachdisziplinen umgewidmet werden müssten. Allerdings müsste auch das für den Betrieb akutgeriatrisch spezialisierter Bettenkapazitäten notwendige Personal entsprechend bereitgestellt werden und ist voraussichtlich nicht vollständig durch kompensatorische Freisetzungen in anderen Disziplinen zu decken, da deren Spezialisierungen zu unterschiedlich sind. Darüber hinaus ist anzumerken, dass ältere Menschen selbstverständlich im Krankheitsfall, soweit erforderlich, stationär behandelt werden können, diese Behandlung jedoch nicht der für die Akutgeriatrie spezifischen Komplexbehandlung gerecht wird.

Eine Forderung des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist die Vorhaltung von 38 akutgeriatrischen Betten pro 10.000 Einwohner*innen ab 70 Jahren. In München müssten 1.032 akutgeriatrische Betten betrieben werden, um diese Forderung zu erfüllen (Szenario 3).

Alle drei Szenarien zeigen deutlich, dass die Mindestbettenkapazität laut Krankenhausplan des Freistaats Bayern, welche offensichtlich im Jahresdurchschnitt ohnehin nicht vollständig betrieben werden kann, zur Deckung des abgeschätzten Bedarfs bereits gegenwärtig nicht ausreichend ist. Die Annahmen des Szenarios 1 beruhen darauf, dass der Bedarf der Münchner Bevölkerung dem durchschnittlichen Leistungsgeschehen der Akutgeriatrie in Deutschland entspricht, und können den tatsächlichen Bedarf somit unterschätzen. Die Szenarien 2 und 3 weisen methodisch aus Sicht des GSR aufgrund nicht immer evident nachvollziehbarer Annahmen gewisse Schwächen auf, beruhen jedoch auf Erfahrungen ausgewiesener Expert*innen auf dem Gebiet der Geriatrie und sollten daher schon aus Transparenzgründen diskutiert werden.

4.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Für die stationäre geriatrische Rehabilitation sind deutlich weniger Daten verfügbar als für die Akutgeriatrie und Frührehabilitation, da Rehabilitationskliniken nicht derselben Verpflichtung zur Publikation jährlicher Qualitätsberichte beim G-BA unterliegen wie Akutkrankenhäuser. Die tatsächliche Behandlungsfallzahl kann daher nur geschätzt werden.

Von ursprünglich gut 60 bestehenden Betten der stationären geriatrischen Rehabilitation in München sind seit der Schließung der letzten beiden entsprechenden Einrichtungen im Jahr 2025 keine Behandlungskapazitäten mehr vorhanden. Für die Schätzung des prognostizierten jährlichen Fallvolumens wurden die Zielwerte gemäß Weißbuch des Bundesverbands Geriatrie e. V. auch für München angenommen, welche bei einer jeweils durchschnittlichen Auslastung von 90 Prozent sowie Verweildauer von 21,1 Tagen etwa 15,57 Fälle pro Bett und Jahr in der stationären geriatrischen Rehabilitation vorsehen.

Analog zur Berechnung des Erwartungswerts zum Fallvolumen in der Akutgeriatrie können für die LHM die Berechnungskriterien der dort genannten drei Szenarien herangezogen werden. Dabei liegen die relativen Krankenhaushäufigkeiten jedoch in einer abweichenden Altersclusterung vor, sodass die Bevölkerungsfortschreibung an diese anzupassen ist:

unter 65 Jahre	0,001 %
65 bis 75 Jahre	0,132 %
75 bis 80 Jahre	0,781 %
über 80 Jahre	1,531 %

Tabelle 2: Bundesweiter Durchschnitt der relativen Krankenhaushäufigkeiten nach Alter in der stationären geriatrischen Rehabilitation

Ebenfalls bedeutet dies wiederum, dass pro 100.000 Einwohner*innen beispielsweise über 80 Jahren jährlich 1.531 Behandlungsfälle zu erwarten sind.

Somit ergibt sich für 2025 ein zu erwartendes Fallvolumen von rund 2.660 Behandlungsfällen in der stationären geriatrischen Rehabilitation in München, ebenfalls unter Berücksichtigung der Mitversorgungsfunktion. Um diesem Fallvolumen mit stationären Kapazitäten innerhalb der LHM begegnen zu können, wären rechnerisch bei Annahme des oben genannten Zielwerts zur Fallzahl pro Bett und Jahr 171 tatsächlich betriebene Betten in den Münchner Kliniken erforderlich (Szenario 1).

Unter Zugrundelegung der Annahme, dass ebenfalls zehn Prozent der nicht-geriatrischen Rehabilitationspatient*innen für eine stationäre geriatrische Rehabilitation qualifiziert wären, ergäbe sich ein derzeitiger Bettenbedarf von 264 Betten in München (Szenario 2).

Gemäß Forderungen des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sollten für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Angeboten der stationären geriatrischen Rehabilitation pro 10.000 Einwohner*innen ab 70 Jahren 12 Betten vorgehalten werden. Dies entspräche anhand der aktuellen Bevölkerungsfortschreibung wiederum 326 Betten (Szenario 3).

In der Region (ca. 100 km Umkreis um München) besteht derzeit eine Kapazität von etwa 200 Betten der stationären geriatrischen Rehabilitation. Durch diese muss der Bedarf eines entsprechend großen Einzugsgebiets gedeckt werden, welcher nicht alleine dem der LHM entspricht. Dadurch entsteht in den Rehabilitationskliniken ein zunehmender Nachfragedruck aus ihrem gesamten Einzugsgebiet. Somit wird es für Patient*innen sowohl aus den Münchner Kliniken als auch aus anderen Regionen zunehmend erschwert, Rehabilitationsplätze zeitnah zu erhalten. Dadurch entstehende Wartezeiten sind anhand der vorliegenden Daten kaum zu beziffern. In Gesprächen mit der Arbeitsgemeinschaft der Kliniksozialdienste in Oberbayern wurde jedoch deutlich, dass während der Wartezeit der Barthel-Index der Patient*innen oft signifikant abnimmt, teilweise sogar bis zum vollständigen Verlust der Rehabilitationsfähigkeit. Abzüglich der zur Deckung des erwarteten Bedarfs der LHM notwendigen Kapazität verbleiben im ersten Szenario rechnerisch noch rund 30 Betten für die Versorgung des gesamten übrigen Einzugsgebiets dieser Kliniken, d. h. rein rechnerisch wären diese Kliniken bereits mit den Rehabilitationspatient*innen aus München praktisch voll belegt. In den beiden anderen Szenarien würde alleine durch das zu erwartende Fallvolumen der LHM unter Berücksichtigung ihrer Mitversorgungsfunktion die vorhandene Bettenkapazität der gesamten Region rechnerisch sogar um etwa 90 bis 150 Betten überschritten, wobei der weitere Versorgungsbedarf des übrigen Einzugsgebietes, der nicht genauer beziffert werden kann, noch unberücksichtigt bleibt. Für alle drei Szenarien ist somit bereits heute eine strukturelle Unterversorgung in diesem Bereich offensichtlich. Eine wohnortnahe Versorgung kann zudem angesichts der großräumigen Verteilung oftmals nicht gewährleistet werden.

Durch nicht ausreichend vorhandene Bettenkapazitäten im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation besteht die Gefahr, dass geriatrische Patient*innen nach vorangegangener Akutbehandlung und Frührehabilitation nicht bzw. nicht rechtzeitig eine gebotene Anschlussbehandlung erhalten. Aufgrund verlängerter Wartezeiten könnte das

beispielsweise durch den Barthel-Index gemessene Fähigkeits- und Fertigkeitsniveau 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.

4.3 Ambulante und teilstationäre geriatrische Angebote

Im Gegensatz zur vollstationären Krankenhausbehandlung, bei welcher die Patient*innen rund um die Uhr im Krankenhaus betreut werden, findet eine teilstationäre Krankenhausbehandlung nur zu bestimmten Tageszeiten statt, in der Regel tagsüber. Obwohl diese Behandlung einen ambulanten Charakter hat, findet sie im Krankenhaus statt und wird auch durch dieses durchgeführt. Eine exakte Abgrenzung der teilstationären Krankenhausbehandlung zur vollstationären einerseits sowie zur ambulanten Behandlung andererseits findet im SGB V nicht statt. Als Teil der Krankenhausbehandlung werden teilstationäre Kapazitäten jedoch ebenfalls im Krankenhausplan des Freistaats Bayern ausgewiesen. Demnach stehen an drei Münchner Kliniken, dem LMU Klinikum sowie den beiden Standorten der MüK in Schwabing bzw. Neuperlach, insgesamt 60 teilstationäre Behandlungsplätze als Plankapazität für die geriatrische Rehabilitation zur Verfügung. Diese haben jedoch unterschiedliche fachliche Schwerpunkte, sodass sie nicht beliebig austauschbar sind.

Für eine Abschätzung des Bedarfs an teilstationären Behandlungskapazitäten stehen nicht genügend Daten zur Verfügung, sodass nicht beurteilt werden kann, ob diese Plankapazitäten ausreichend für die Bedarfsdeckung der Münchner Bevölkerung sind. Darüber hinaus sind in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in der Referenzdatenbank des G-BA die teilstationären Fallzahlen nach Organisationseinheit, nicht jedoch nach Fachgebiet ausgewiesen. Eine hilfsweise Betrachtung nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist hier ebenfalls nicht zielführend, sodass andererseits auch keine validen Daten zum tatsächlichen Fallvolumen vorliegen. Daher kann sich die Darstellung der teilstationären geriatrischen Rehabilitation hier nur auf einen beschreibenden Charakter beschränken. Allerdings kommt dieser für entsprechend geeignete Patient*innen im Hinblick auf die unzureichenden vollstationären Behandlungskapazitäten eine nicht unbedeutende Rolle zu.

Ähnliches gilt ebenso für weitere ambulante Behandlungsangebote. Eine mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) nach den Vorgaben des Förderprogramms des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) gibt es in München derzeit nicht. Ein aufsuchendes Angebot für Menschen ab 60 Jahren stellt dennoch „THEA mobil“ dar, wodurch mittels ergotherapeutischen Trainings in der häuslichen Umgebung Alltagskompetenzen erhalten und verbessert werden können, wenngleich die Anforderungen des StMGP an eine ambulante geriatrische Rehabilitation nicht vollständig erfüllt werden. Das Angebot kann nach entsprechender Heilmittelverordnung durch die behandelnden Hausärzt*innen in Anspruch genommen werden und wird durch die LHM bezuschusst.

Es bleibt jedoch festzustellen, dass ambulante bzw. teilstationäre Angebote in der Geriatrie lediglich als ergänzende Leistungen sinnvoll sind. Aufgrund der charakteristischen Vulnerabilität und Multimorbidität der Patient*innen ist von einer Möglichkeit zur Substitution stationärer Behandlungskapazitäten in einem relevanten Umfang nicht auszugehen.

5. Abschätzung zukünftiger Versorgungsbedarfe (Prognosen)

5.1 Akutgeriatrie und Frührehabilitation

Anhand der bundesdurchschnittlichen relativen Krankenhaushäufigkeiten in der

Akutgeriatrie und der Bevölkerungsprognose der LHM ist in diesem Bereich für das Jahr 2040 von einem nur leicht steigenden Fallvolumen auf rund 7.530 Fälle auszugehen. Dies hat zur Folge, dass sich ebenfalls die dann benötigte Bettenkapazität gegenüber der heutigen Bedarfsabschätzung nur geringfügig auf 355 Betten erhöht **(Szenario 1)**, und ist dem Phänomen geschuldet, dass der erwartete Bevölkerungszuwachs für Menschen ab 60 Jahren hauptsächlich in den Altersgruppen der 65- bis 69-Jährigen, der 70- bis 74-Jährigen und der 75- bis 79-Jährigen stattfindet. Oberhalb von 80 Lebensjahren wird in München demgegenüber sogar eine Bevölkerungsabnahme erwartet, u.a. bedingt durch Wegzug älterer Menschen. Verglichen mit den relativen Krankenhaushäufigkeiten dieser Altersgruppen in der Akutgeriatrie ist also das Wachstum bei niedrigen Häufigkeiten am stärksten, während im Bereich hoher Häufigkeiten eine Abnahme erwartet wird. Dadurch wird die insgesamt prognostizierte Bevölkerungszunahme von Menschen ab 60 Jahren großenteils ausgeglichen. Das Bayernweite Gutachten (Öhler et al.) erwartet dagegen für 2035 im Kreisgebiet der Landeshauptstadt München einen leichten Fallzahlrückgang von 5 %.

Wie oben bereits ausgeführt, geht der Bundesverband Geriatrie davon aus, dass etwa zehn Prozent der derzeit nicht in geriatrischen Fachabteilungen behandelten Krankenhausfälle in den fraglichen Altersgruppen medizinisch für eine akutgeriatrische Komplexbehandlung qualifiziert sind und daher in einer geriatrischen Fachabteilung behandelt werden sollten. Werden diese Fälle zum Bedarf hinzugerechnet, erhöht sich der für das Jahr 2040 prognostizierte Bedarf auf 1.393 Betten **(Szenario 2)**.

Wenn lediglich die Einwohner*innenzahl ab 70 Jahren betrachtet wird, wobei hier 38 akutgeriatrische Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner*innen vorgehalten werden sollten, liegt der errechnete Bedarf für das Jahr 2040 dementsprechend auf 1.165 Betten **(Szenario 3)**.

Ein Ausbau von Bettenkapazitäten in derart großer Zahl stellt eine große Herausforderung dar. Wie im Kapitel zu ambulanten und teilstationären Angeboten näher ausgeführt, ist allerdings nicht von einem relevanten Ambulantisierungspotenzial auszugehen. Es zeigt sich, dass die momentan bestehenden Bettenkapazitäten für den angenommenen Bedarf sowohl jetzt als auch in Zukunft nicht ausreichend sind. Daher erscheint diesbezüglich dringend Handlungsbedarf geboten.

Die MüK berücksichtigt diesen Bedarf gemäß eigener Aussage derzeit ebenfalls 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 im Verlauf dieses Jahres 20 weitere akutgeriatrische Betten zur Verfügung, womit sich die bisher dort vorhandene Kapazität verdoppelt.

5.2 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Der oben beschriebene kompensatorische Effekt der Bevölkerungsentwicklung kommt im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation nicht so stark zum Tragen wie in der Akutgeriatrie. Für das Jahr 2025 ist daher anhand der bundesdurchschnittlichen relativen Krankenhaushäufigkeiten und der Bevölkerungsprognose der LHM eine Erhöhung des Fallvolumens auf 2.340 zu erwarten, was einem Bettenbedarf von 200 Betten entspricht **(Szenario 1)**.

Der für 2040 prognostizierte Bettenbedarf in München steigt auf 303 Betten an, wenn ebenfalls der Anteil von 10 % nicht-geriatrischer Rehabilitationspatient*innen berücksichtigt wird **(Szenario 2)**.

Wird die Forderung des Bundesverbands Geriatrie e.V. zugrunde gelegt, pro 10.000 Einwohner*innen ab 70 Jahren 12 Betten der stationären geriatrischen Rehabilitation vorzuhalten, ergibt sich für 2040 sogar ein Bedarf von 368 Betten **(Szenario 3)**.

5.3 Ambulante und teilstationäre geriatrische Angebote

Seriöse Bedarfsabschätzungen sowie -prognosen sind für ambulante bzw. teilstationäre geriatrische Angebote mangels belastbarer Datengrundlage derzeit kaum möglich. Allerdings können diese, wie schon erwähnt, für bestimmte Patient*innen sinnvolle Alternativen zur stationären Behandlung sein, wenngleich ein nennenswerter Ambulantisierungseffekt in diesem Bereich nach Meinung der Expert*innenrunde aus Chefärzt*innen geriatrischer Münchner Kliniken nicht zu erwarten ist. Dies deckt sich mit den Ergebnissen für die Leistungsgruppe Geriatrie des Bayernweiten Gutachtens zur Darstellung des aktuellen und zur Prognose des künftigen Bedarfs an stationären somatischen Krankenhausleistungen (Öhler et al.). Der Ausbau solcher Angebote ist daher aus Sicht des GSR grundsätzlich zu begrüßen.

6. Einflussmöglichkeiten der LHM und Handlungsempfehlungen

Der kommunale Handlungsrahmen ist hinsichtlich Angelegenheiten der gesundheitlichen Versorgung allgemein sehr begrenzt, da die LHM, ebenso wie Landkreise und andere kreisfreie Städte keine eigene Gesetzgebungskompetenz im Bereich des Gesundheitswesens besitzt. Diese liegt in der Regel bei den Bundesländern, in Teilen auch beim Bund. Kommunale Handlungs- und Einflussmöglichkeiten müssen sich daher in diesem rechtlichen Rahmen bewegen, können diesen selbst aber nicht verschieben oder erweitern. Einzig durch politische Einflussnahme kann versucht werden, in einem geeigneten Rahmen die Gesetzgebungsprozesse von Bund und Ländern mitzugestalten.

Die derzeitige Finanzierung der stationären Versorgung schafft kaum Anreize für Trägerinstitutionen von Krankenhäusern, ihre Versorgungskapazitäten auszuweiten. Mit dem Fachprogramm Akutgeriatrie des Freistaats Bayern wurden zwar die Rahmenbedingungen für die Gründung akutgeriatrischer Abteilungen in Krankenhäusern verbessert, jedoch bestehen weiterhin einige Schwachpunkte. So erfolgt die Ausweisung der akutgeriatrischen Betten nicht zusätzlich, sondern innerhalb der bisherigen Plankapazität. Daraus folgt, dass akutgeriatrische Betten nicht neu geschaffen werden können, sondern aus anderen Bereichen umgewidmet werden müssen, dort also Versorgungskapazitäten kosten. Trägerinstitutionen von Krankenhäusern werden sich für diesen Schritt nur entscheiden, wenn Behandlungen in den Fächern, aus welchen Kapazitäten umgewidmet werden können, finanziell durchschnittlich weniger attraktiv sind als in der Akutgeriatrie. Die Vergütung in der Akutgeriatrie wird maßgeblich von der Möglichkeit der Abrechnung einer geriatrischen Komplexbehandlung beeinflusst. Dies setzt im Interesse der Qualitätssicherung jedoch umfangreiche strukturelle Gegebenheiten voraus, beispielsweise personelle Mindestausstattungen, die regelmäßig durch den Medizinischen Dienst (MD) zu überprüfen sind und somit wiederum nicht unerheblichen Aufwand bedeuten. Die künftig zu erfüllenden Voraussetzungen der Leistungsgruppe Geriatrie werden sich diesbezüglich nicht entlastend auswirken. Durch die Krankenhausreform wird jedoch ebenfalls eine Vorhaltevergütung eingeführt, die einen relevanten Teil des jährlichen Budgets unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung vergütet, um strukturelle Vorhaltekosten auch in fallzahlschwächeren Gebieten besser zu decken. Diese Effekte werden voraussichtlich ab 2027 greifen und können erst im weiteren zeitlichen Verlauf valide beurteilt werden. Aus Sicht des GSR

wäre eine erneute politische Intervention zuvor nicht sinnvoll.

Ein weitaus größeres Problem stellt die momentane Finanzierungssystematik in der stationären Rehabilitation dar. Während Akutkrankenhäuser einer dualistischen Finanzierung unterliegen, bei welcher Investitionskosten beispielsweise für den Bau und den Unterhalt eines Krankenhauses vom jeweiligen Bundesland und die Betriebskosten von den Krankenkassen und -versicherungen durch die Benutzungsentgelte, also insbesondere Fallpauschalen, getragen werden, gilt für Rehabilitationskliniken grundsätzlich eine sogenannte monistische Finanzierung. Das bedeutet, dass die Bundesländer für diese keine Investitionskosten tragen und daher auch nicht die Planungshoheit innehaben. Vielmehr müssen sowohl die Investitions- als auch die Betriebskosten durch die Benutzungsentgelte der Kostenträger getragen werden, welche jedoch nicht durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen festgelegt, sondern zwischen den einzelnen Trägerinstitutionen der Kliniken und den Kostenträgern frei verhandelt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass in der geriatrischen Rehabilitation meist die Krankenversicherungen als Kostenträger zuständig sind, ein etwaiger ökonomischer Nutzen durch Vermeidung von Pflegebedürftigkeit allerdings den Pflegeversicherungen zugutekommt und daher keine Finanzierungsanreize für die Kostenträger schafft. Dies sowie die angespannte Finanzlage der Krankenversicherungen bedingt dabei eine oftmals sehr knappe Kalkulation der Kostenerstattung für die Krankenhäuser, welche insbesondere in Ballungsräumen, wo Bau- und auch Lohnkosten vergleichsweise hoch sind, für die Trägerinstitutionen der Kliniken kaum kostendeckend ist. Das führt dazu, dass Rehabilitationskliniken in der Regel nur in ländlichen Regionen angesiedelt sind, was für die meisten dort behandelten Patient*innen sowie deren Angehörige lange Anfahrtswege bedingt. Zudem haben auch diese Kliniken oft kaum finanzielle Spielräume. In der Folge kommt es vermehrt zu Schließungen existierender Rehabilitationskliniken vor allem in Ballungsräumen, zunehmend aber auch im ländlichen Bereich.

Ähnliches gilt für die ambulante bzw. mobile geriatrische Rehabilitation. Auch hier sind die Anforderungen insbesondere personeller Art hoch, während die Vergütung durch die Leistungserbringer*innen mit den Kostenträgern der Sozialversicherung frei zu verhandeln ist. Der Freistaat Bayern fördert zwar die Gründung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation mit einmalig 25.000 Euro, jedoch reicht dies nicht aus, um den gerade in der Aufbauphase notwendigen Kapitalbedarf zu decken.

Angesichts der stark belasteten kommunalen Haushalte erscheint eine direkte (finanzielle) Förderung der stationären bzw. mobilen geriatrischen Rehabilitation derzeit nicht möglich. Allenfalls könnte die LHM bei der Beantragung etwaiger Fördermittel des Landes, des Bundes bzw. der Europäischen Union unterstützen, beispielsweise durch Letters of Intent. Insbesondere ist hier zudem das Gesetz 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. Auch eine Förderung von Einzelprojekten im Rahmen des Innovationsfonds beim G-BA käme in Betracht.

Zudem stellt die Verpachtung geeigneter Flächen für die Errichtung von Rehabilitationskliniken in München eine weitere Möglichkeit dar, um dies zu begünstigen. Seitens der München Klinik werden derzeit Planungen eines Erweiterungsbaus zum Klinikneubau am Standort Harlaching unternommen. Die Planung eines solchen

Erweiterungsbaus ist dabei möglichst mit der Planung einer (geriatrischen) Rehabilitationseinrichtung auf freiwerdenden Flächen am Klinikstandort der München Klinik Harlaching (Beschluss der Vollversammlung vom 19.11.2020, Sitzungsvorlage Nr. 20-26/ V 01651: „Masterplan für den Standort Klinikum Harlaching“) abzustimmen, um Flächenpotenziale voll auszuschöpfen. Eine Ausweitung des Leistungsspektrums auf die stationäre geriatrische Rehabilitation seitens der MüK ist nach eigener Aussage nach aktuellem Stand jedoch nicht geplant, da die stationäre geriatrische Rehabilitation für die MüK als Akutkliniken nicht den Kernkompetenzen entspricht.

Vor allem in der ambulanten geriatrischen Versorgung besteht weiterhin ein erhebliches Defizit in der Niederlassung geriatrisch tätiger Ärzt*innen. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern wurde die Geriatrie in Bayern bislang nicht als eigene internistische Facharztbezeichnung etabliert, sondern ist weiterhin nur als Zusatzbezeichnung zu erlangen. Hier sollte die LHM versuchen, auf die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) entsprechend einzuwirken. Zur Förderung der Niederlassung geriatrisch tätiger Haus- und Fachärzt*innen sollte die LHM zudem Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) suchen. Gegebenenfalls könnte bei künftigen Neuzulassungen im hausärztlichen Bereich versucht werden, Bewerber*innen mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie bevorzugt zu behandeln und die geriatrische Versorgung explizit in den Versorgungsauftrag zu integrieren. Sofern hierfür Beschlüsse auf Bundesebene, beispielsweise durch den G-BA, notwendig sind, sollte die LHM gemeinsam mit der KVB auf eine solche Beschlussfassung im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten hinwirken. Ebenso sollte geprüft werden, inwiefern entsprechende Versorgungsaufträge alternativ durch Direktverträge mit den Krankenkassen (z.B. § 140a SGB V) übernommen werden können. Es besteht jedoch auch deutlicher, wenn auch schwer quantifizierbarer Bedarf beispielsweise an geriatrischen Tageskliniken und Tagesstätten. Möglichkeiten der Angebotserweiterung bestehen hier insbesondere im Bereich von MVZ, Primärversorgungszentren (PVZ) und sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV).

Nicht zuletzt ist die geriatrische Versorgung auch durch gegensteuernde Maßnahmen hinsichtlich des zunehmenden Fachkräftemangels zu verbessern. Nach Aussagen mehrerer leitender geriatrischer Ärzt*innen an Münchner Kliniken betrifft dies sowohl Pflegekräfte als auch Therapeut*innen (z.B. Physio- und Ergotherapeut*innen) und Ärzt*innen in Weiterbildung. Die Gewinnung von Fachpersonal aus dem Ausland stellt dabei eine zunehmend genutzte Option dar, ist jedoch mit verschiedenen Hürden behaftet, zu welchen einerseits die aufwendigen Anerkennungsverfahren und andererseits der notwendige Erwerb von (Fach-)Sprachkenntnissen gehören.

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.

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 Gesundheitsregionplus sowie von Modellvorhaben im Bereich der geriatrischen Versorgung statt, für welche auch Fördermöglichkeiten wie der Innovationsfonds beim G-BA geprüft werden sollten, um den städtischen Haushalt nicht zusätzlich zu belasten. Durch diese können u.U. weitere Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden.

7. Fazit und Ausblick

Während die Fallzahlen in Bayern insgesamt bereits über dem Niveau vor der Corona-Pandemie liegen, ist dies für die Stadt München (noch) nicht der Fall. Dies ist vor allem Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel geschuldet, die dazu führen, dass die vorhandenen akutgeriatrischen Behandlungskapazitäten nicht optimal genutzt werden können. Gleichzeitig haben sich diese durch die Schließung des Diakoniewerks München-Maxvorstadt insgesamt reduziert. Die Stadt München hat dabei vor allem in der akutstationären Versorgung eine starke Mitversorgungsfunktion für das Umland, welche sich dadurch ausdrückt, dass ca. 25 Prozent der Patient*innen ihren Hauptwohnsitz nicht in München haben.

Zur Bedarfsabschätzung wurden insbesondere die bundesdurchschnittlichen relativen Krankenhaushäufigkeiten sowohl für die Geriatrie als auch allgemein herangezogen. Durch einander entgegengesetzte Effekte in der Bevölkerungsentwicklung ist für die Stadt München für das Jahr 2040 nur von einem moderaten Fallzahlwachstum auszugehen, sodass sich die Zahl benötigter Krankenhausbetten ebenfalls nur leicht erhöht. Andere Ansätze berücksichtigen ein Potenzial von 10 Prozent der momentan nicht-geriatrischen Krankenhausfälle bzw. resultieren aus qualifizierten Schätzungen. Diese sollten aus Transparenzgründen diskutiert werden, auch wenn sie methodisch aus Sicht des GSR aufgrund nicht immer evident nachvollziehbarer Annahmen gewisse Schwächen aufweisen, jedoch auf Erfahrungen ausgewiesener Expert*innen auf dem Gebiet der Geriatrie beruhen.

Für die Akutgeriatrie und Frührehabilitation kann so ein gegenwärtiger Bedarf von 350 geschätzt sowie ein zukünftiger Bedarf von 355 für das Jahr 2040 prognostiziert werden, während derzeit im Jahresdurchschnitt nur zwischen 130 und 160 Betten von der eigentlichen Plankapazität (180 Betten) in München tatsächlich zur Verfügung stehen dürften. In der stationären geriatrischen Rehabilitation kann bei gleicher Methodik von einem gegenwärtigen Bedarf von rund 170 Betten und einem zukünftigen Bedarf von rund 200 im Jahr 2040 ausgegangen werden. Seit Ende 2025 werden im Münchner Stadtgebiet jedoch keine Kapazitäten der stationären geriatrischen Rehabilitation mehr angeboten.

Seriöse Bedarfsschätzungen bzw. -prognosen für ambulante geriatrische Angebote sind aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht möglich. Diese können für geeignete Patient*innengruppen bei entsprechender Verfügbarkeit eine sinnvolle Ergänzung bzw. Alternative darstellen, bewirken jedoch zahlenmäßig keine relevante Entlastung nicht ausreichender stationärer Kapazitäten. Dies gilt auch vor dem Hintergrund eines allgemeinen Trends zur Ambulantisierung, welcher von Expert*innen im Bereich der Geriatrie als nicht relevant für die Planung stationärer Behandlungskapazitäten eingeschätzt wird.

Somit zeigt sich, dass sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft das (stationäre) Versorgungsangebot auf dem Gebiet der Geriatrie für den geschätzten Bedarf in München nicht ausreichend ist. Während in der Akutgeriatrie eine Kompensation häufig durch Behandlung innerhalb anderer Fachdisziplinen erfolgt, obschon dies nicht als eine der geriatrischen Komplexbehandlung gleichwertige Versorgung angesehen werden kann, muss in der stationären geriatrischen Rehabilitation auf Angebote in der umgebenden Region ausgewichen werden, was dort zu einem erheblichen Wettbewerb um freie Behandlungskapazitäten führt. Schlimmstenfalls verschlechtert sich zudem das Fähigkeits- und Fertigkeitsniveau während der Wartezeit auf eine Rehabilitationsbehandlung so weit, dass kein Rehabilitationspotenzial mehr besteht und eine Rehabilitationsbehandlung daher nicht mehr stattfinden kann. Daraus resultiert nicht selten eine (verstärkte) Pflegebedürftigkeit.

Die Einflussmöglichkeiten auf die Verbesserung der geriatrischen Versorgung der LHM sind insbesondere auf die politische Einflussnahme auf Landes- und Bundesebene begrenzt. Dabei kann die Wirksamkeit dieser durch Allianzen mit anderen Großstädten

bzw. Initiative über kommunale Interessensvertretungen wie dem Deutschen Städtetag erhöht werden.

Zur Bekämpfung des Fachkräftemangels sollte die LHM im Schulterschluss mit der Landes- bzw. Bundespolitik sowie weiteren Akteur*innen für eine erleichterte Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse eintreten, gleichzeitig aber auch eine eigene Aus- und Weiterbildungsoffensive prüfen, um dauerhaft nicht von der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte abhängig zu sein, was ebenfalls mit Nachteilen behaftet sein kann.

Ein bereits wichtiger Faktor für eine dauerhafte Berufs- und Betriebsbindung ist die Implementierung von betrieblichen Integrationskonzepten und einem wirksamen Onboarding durch spezifisch qualifizierte Beauftragte in den Kliniken. Die LHM kann die Kliniken in ihrem Engagement unterstützen.

Die berufliche Pflege an den Kliniken betreffend benötigt es die Unterstützung der Weiterentwicklung von Skills und Grade Mixes der Akutpflege in allen Niveauebenen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) sowie den Ausbau der akademischen Berufsrollen unter Nutzung der sich entwickelnden Heilkundeausübung des Berufs.

Zur Förderung durchlässiger und vergleichbarer Berufskarrieren sollte die LHM auf die Länder- und die Bundesebene einwirken, um z. B. die Erkenntnisse der bundesweiten Projekte aus der Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland (BAPID) zu einer Weiterentwicklung, Vereinheitlichung, Harmonisierung und besseren Verzahnung der Aus- und Weiterbildungslandschaft der beruflichen Pflege zu nutzen.

Im Bereich der spezifischen Fachweiterbildungen der Pflege sind zudem die Kompetenzen, die sich aus der Heilkundeausübung und der zunehmenden Akademisierung ergeben, zu berücksichtigen.

Durch bewusstes Prüfen der Umwidmung und Umgestaltung von bestehenden Räumen und Gebäuden mit aktuell anderer Nutzung zu Wohnraum für Beschäftigte der Gesundheits- und Pflegefachberufe können auch unter Nachhaltigkeitsaspekten weitere Potentiale gehoben werden.

Vor dem Hintergrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung müssen Lösungsansätze erarbeitet werden, welche den städtischen Haushalt nicht zusätzlich belasten, beispielsweise durch Nutzung anderweitiger Fördermöglichkeiten auf Länder-, Bundes- oder EU-Ebene.