

Telefon: 089/233-92100
Telefax: 089/233-92400

Telefon: 089/233-44000
Telefax: 089/233-44503

Telefon: 089/233-47500
Telefax: 089/233-47505

Stadtkämmerei
Referatsleitung

Kreisverwaltungsreferat
Referatsleitung

**Referat für Gesundheit
und Umwelt**
Referatsleitung

**Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)
Versorgungssituation in der Landeshauptstadt München
bei medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen**

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger
Antrag Nr. 14-20 / A 00688 der Stadtratsfraktion
Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung
vom 16.02.2015, eingegangen am 16.02.2015

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger
Antrag Nr. 14-20 / A 00726 der Stadtratsfraktion
Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung
vom 02.03.2015, eingegangen am 02.03.2015

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02669

Beschluss der Vollversammlung vom 25.03.2015
Öffentliche Sitzung

Kurzübersicht
zum beiliegenden Beschluss.

Anlass	Antrag Nr. 14-20 / A 00688 vom 16.02.2015 sowie Antrag Nr. 14-20 / A 00726 vom 02.03.2015 der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung zur dringlichen Behandlung in der Vollversammlung am 04.03.2015 zur Thematik Versorgungssituation bei medizinischen Notfällen bzw. akuten Erkrankungen. Die Dringlichkeit der Anträge wurde in der Vollversammlung am 04.03.2015 entgegen der Stimmen der Antragsteller und der Stimme der AfD nicht zuerkannt.
Inhalt	Darstellung der Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre Notfallversorgung. Kurzdarstellung IVENA (Interdisziplinäre)

	närer Versorgungsnachweis). Allgemeine Ausführungen zur Versorgungssituation und -entwicklung sowie zu den Besonderheiten bezüglich der Münchner Versorgungssituation in den Monaten Januar / Februar 2015. Vorgehen und Zuständigkeit bezüglich der Bedarfsermittlung und Planung der Versorgungskapazitäten.
Entscheidungsvorschlag	Die Ausführungen werden zur Kenntnis genommen. Die Anträge Nr. 14-20 / A 00688 vom 16.02.2015 sowie Nr. 14-20 / A 00726 vom 02.03.2015 der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung sind geschäftsordnungsgemäß erledigt.
Gesucht werden kann im RIS auch nach	Städtisches Klinikum München GmbH, StKM, Notfallversorgung

Telefon: 089/233-92100
Telefax: 089/233-92400

Telefon: 089/233-44000
Telefax: 089/233-44503

Telefon: 089/233-47500
Telefax: 089/233-47505

Stadtkämmerei

Referatsleitung

Kreisverwaltungsreferat

Referatsleitung

Referat für Gesundheit und Umwelt

Referatsleitung

Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) Versorgungssituation in der Landeshauptstadt München bei medizinischen Notfällen und akuten Erkrankungen

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger

Antrag Nr. 14-20 / A 00688 der Stadtratsfraktion
Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung
vom 16.02.2015, eingegangen am 16.02.2015

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger

Antrag Nr. 14-20 / A 00726 der Stadtratsfraktion
Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung
vom 02.03.2015, eingegangen am 02.03.2015

2 Anlagen

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 02669

Beschluss der Vollversammlung vom 25.03.2015

Öffentliche Sitzung

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vortrag der Referenten	3
1. Anlass der Beschlussvorlage	3
2. Ambulante und stationäre Notfallversorgung sowie deren gesetzliche Grundlagen	3
2.1 Begrifflichkeit und Zuständigkeit	3
2.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns	6
2.2.1 Allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst	6
2.2.2 Fachärztlicher Bereitschaftsdienst	7
2.3 Notfallaufnahme in den Krankenhäusern	7
2.3.1 Notfälle mit stationärer Aufnahme	8

2.3.2 Notfälle mit ambulanter Behandlung im Krankenhaus (Kliniken mit 24-Stunden-Notfallambulanzen)	8
2.4 Betrauungsakt Notfallversorgung	9
3. Kurzdarstellung zu "IVENA" (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis)	10
4. Allgemeine Ursachen für Engpässe in der Notfallversorgung	11
4.1 Fehlende Personalressourcen	15
5. Besonderheiten bezüglich der Versorgungssituation Januar / Februar 2015	15
5.1 Versorgungsengpässe (01.12.2014 – 25.02.2015)	15
5.2 Spezifische Ursachen für die Versorgungsengpässe	16
6. Warum werden Versorgungskapazitäten nicht erhöht? Wie sieht die Zukunft aus, wie geht es weiter?	17
II. Antrag der Referenten	18
III. Beschluss	18

I. Vortrag der Referenten

1. Anlass der Beschlussvorlage

Am 16.02.2015 hat die Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung den Antrag Nr. 14-20 / A 00688 zur dringlichen Behandlung in der Vollversammlung am 04.03.2015 gestellt. Darin wird ausgeführt, dass es im Januar 2015 zu deutlichen Engpässen in der Notfallversorgung kam. Der Stadtrat solle deshalb informiert werden,

- wie oft und zu welchen Uhrzeiten pro Tag das IVENA-System im Januar 2015 meldete, dass keine bzw. speziell internistische Notfallbetten nicht zur Verfügung standen,
- welche Folgen sich für die Notfall-Krankentransporte ergaben, welche Kliniken und mit welchen Transportzeiten außerhalb der Stadt zur Verfügung standen,
- welche Ursachen zu kritischen Engpässen führten und
- warum die Städtischen Kliniken keinen höheren Beitrag zur Notfallversorgung leisten konnten.

Am 02.03.2015 hat die Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung den Antrag Nr. 14-20 / A 00726 zur dringlichen Behandlung in der Vollversammlung am 04.03.2015 gestellt. Der Antrag beinhaltete die gleichen Fragestellungen wie der o.g. Antrag. Lediglich im Einleitungstext wurde Bezug auf die Versorgungssituation Januar und Februar 2015 genommen.

Die Dringlichkeit der Anträge wurde in der Vollversammlung am 04.03.2015 entgegen der Stimmen der Antragsteller und der Stimme der AfD nicht zuerkannt. Die Beantwortung erfolgt deshalb mit dieser Beschlussvorlage.

2. Ambulante und stationäre Notfallversorgung sowie deren gesetzliche Grundlagen

2.1 Begrifflichkeit und Zuständigkeit

Bei der Verwendung der Begrifflichkeit Notfallversorgung bzw. Notfallkapazitäten von erkrankten oder verletzten Personen sind die Zuständigkeiten zunächst abzugrenzen.

Für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten ist, ausgenommen weniger Ausnahmen (bspw. Institutsambulanzen gem. SGB V § 116, bei Unterversorgung gem. SGB V § 116 b, ambulante spezialfachärztliche Versorgung gem. SGB V § 116, Polikliniken), **die Kassenärztliche Vereinigung** zuständig. Diese hat die Ver-

sorgung über Praxen, sowie außerhalb der Öffnungszeiten dieser Praxen, über den (fach)ärztlichen Bereitschaftsdienst (siehe auch Punkt 2.2.2) sicherzustellen. Es handelt sich hier um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung, mit der sie normalerweise einen niedergelassenen Arzt in der Praxis aufsuchen würden, aber die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht bis zum nächsten Tag warten kann. Für den ärztlichen Bereitschaftsdienst werden auch die Bezeichnungen "ärztlicher Notdienst" oder "Notfalldienst" verwendet.

Der Bereitschafts- bzw. Notfalldienst ist nicht zu verwechseln mit der Notfallrettung des Notarzt- und Rettungsdienstes, der in lebensbedrohlichen Fällen Hilfe leistet. Notfallrettung umfasst hierbei gem. Art. 2 Abs. 2 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten am Notfallort und den Notfalltransport. Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Notfallmedizinische Versorgung sind die medizinischen Maßnahmen zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden sowie zur Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatienten. Notfalltransport ist die Beförderung von Notfallpatienten unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung.

Zuständige Behörden für den Vollzug des BayRDG und der auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsvorschriften sind

- das **Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr als oberste Rettungsdienstbehörde**,
- die Regierungen als höhere Rettungsdienstbehörden,
- die Kreisverwaltungsbehörden, in deren Gebieten sich die Integrierte Leitstelle eines Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung befindet, als untere Rettungsdienstbehörde für den jeweiligen Rettungsdienstbereich.

Aufgabenträger des Rettungsdienstes sind gem. Art. 4 Abs. 1 BayRDG die Landkreise und kreisfreien Gemeinden. Sie haben die Aufgabe, den öffentlichen Rettungsdienst nach Maßgabe dieses Gesetzes innerhalb von Rettungsdienstbereichen sicherzustellen. Sie nehmen diese Aufgabe als Angelegenheit des übertragenen Wirkungskreises wahr. Die oberste Rettungsdienstbehörde setzt nach Anhörung der beteiligten kommunalen Spitzenverbände durch Rechtsverordnung die Rettungsdienstbereiche so fest, dass der Rettungsdienst effektiv und wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Die im selben Rettungsdienstbereich liegenden Landkreise und kreisfreien Gemeinden erledigen die ihnen nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben im Zusammenschluss zu einem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung.

Originäre Aufgabe der Krankenhäuser im Bereich der Notfallversorgung ist die Aufnahme und stationäre Behandlung von Notfallpatienten gem. Definition, d. h. mit Verletzungen oder Erkrankungen, die Lebensgefahr hervorrufen oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Behandlung erhalten. In diesen Fällen besteht für den Verletzten / Erkrankten „Gefahr für Leib und Leben“. Nicht in die originäre Zuständigkeit der Kliniken (ausgenommen der o. g. Ausnahmen) gehört die Behandlung ambulanter Patientinnen und Patienten anstelle der Versorgung durch niedergelassene Praxen oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Nachdem es sich auch um Eigeneinweisungen handeln kann, steht im Zweifelsfall aber selbstverständlich immer die Unversehrtheit der Patientin / des Patienten im Vordergrund. Ist eine Triagierung in der Klinik sowie bei Bedarf eine klinische Diagnostik sinnvoll, stehen hierfür auch die Notaufnahmen der Kliniken zur Verfügung (siehe hierzu auch Ausführungen unter Punkt 2.3), ohne dass diese die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung übernehmen können.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ist nach Art. 22 Abs. 1 Nr. 1 Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) Krankenhausplanungsbehörde. Es stellt unter Mitwirkung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses den Krankenhausplan für den Freistaat Bayern auf. Die Länder sind bundesgesetzlich durch § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Die Ermittlung des derzeitigen Angebots an Notfallkapazitäten in Kliniken, die Bewertung, ob diese ausreichend sind, sowie Bedarfsprognosen für die Zukunft fallen deshalb in die Zuständigkeit des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und ist nicht Aufgabe der Landeshauptstadt München bzw. der StKM. Zudem wird in der öffentlichen Darstellung nicht ausreichend berücksichtigt, dass für die klinische Notfallversorgung in München insgesamt 19 – im Krankenhausplan Bayern aufgeführte – Kliniken (siehe Punkt 2.3.2) zuständig sind und entsprechende Vorhaltungen zu leisten haben.

Das Innenministerium ist über den „Runden Tisch Notfallversorgung“ sowie das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Bauplanung als zuständiges Ministerium über die Planungen der StKM informiert und somit auch bezüglich der Beurteilung der Versorgungssituation und der Anpassung von Kapazitäten eingebunden.

Im Rahmen der o.g. Planung kommt die Landeshauptstadt München selbstverständlich ihrer Verpflichtung zur Versorgung der Münchner Bürgerinnen und Bürger nach bzw. betraut die StKM darüber hinaus im Einzelfall bei Bedarf.

2.2 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Gemäß § 75 Absatz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Zur Erfüllung dieser Pflicht wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst geschaffen. Die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt in Bayern ist nach § 26 der für ihn bindenden Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte Bayerns zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117 zu erreichen und steht Bürgerinnen und Bürgern in den sprechstundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Callcenter nehmen die Patientendaten sowie die Angaben zum Krankheitsbild auf und leiten sie an den örtlich zuständigen Bereitschaftsarzt weiter.

Für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gelten feste Zeiten, die unter der Woche ab 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetages (Mittwoch ab 13.00 Uhr) festgelegt sind. Darüber hinaus ist der ärztliche Bereitschaftsdienst von Freitag, 13.00 Uhr, einschließlich Wochenende bis Montag, 8.00 Uhr, erreichbar.

Unterschieden wird zwischen dem allgemeinen ärztlichen und dem fachärztlichen Bereitschaftsdienst.

2.2.1 Allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst

Im April 2013 trat eine neue Bereitschaftsdienstordnung (BDO) in Kraft, die zum Ziel hat, eine dauerhafte Sicherung der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen und dienstverpflichtete Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. Im Wesentlichen ist das durch eine Neuordnung der Bereitschaftsdienstgruppen (jetzt mind. 15 Ärztinnen und Ärzte), durch Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche und durch Einbeziehung von Facharztgruppen, die bisher nicht verpflichtet waren, am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen (z.B. Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik, Radiologie, Strahlentherapie, Psychiatrie und Psychotherapie) erreicht worden.

Der allgemeine kassenärztliche Bereitschaftsdienst wird in der Regel durch den Hausbesuchsdienst sichergestellt. Darüber hinaus kann eine Sicherstellung der Versorgung durch eine Kombination von Hausbesuchsdienst und Notfallsprechstunden (in der Praxis der oder des jeweiligen Diensthabendenden) oder Bereitschaftspraxen geleistet werden.

In München stehen nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) Bereitschaftspraxen im allgemeinen Bereitschaftsdienst, die auf private Initiative von Ärztinnen und Ärzten entstanden sind, den Bürgerinnen und Bürgern am Klinikum Neuperlach, am Klinikum München Pasing, am Klinikum München Rechts der Isar, am Klinikum Schwabing sowie in der Boschetsrieder Str. zur Verfügung. Darüber hinaus betreibt die KVB eine eigene Bereitschaftspraxis im Elisenhof.

Informationen zu Öffnungszeiten und Angeboten stehen im Internet zur Verfügung:

<http://www.kvb.de/service/patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst/bereitschaftspraxen/muenchen>

2.2.2 Fachärztlicher Bereitschaftsdienst

Der fachärztliche Bereitschaftsdienst wird durch fünf sogenannte Kerngruppen gebildet: Augenärztinnen / Augenärzte, Chirurginnen / Chirurgen sowie Orthopädinnen / Orthopäden, Frauenärztinnen / Frauenärzte, HNO- Ärztinnen / -Ärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen / Kinder- und Jugendärzte. Die Einrichtung weiterer fachärztlicher Bereitschaftsdienste ist grundsätzlich unter Einhaltung bestimmter Richtlinien möglich. Die Vermittlung an den fachärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgt ebenso über die bundeseinheitliche Telefonnummer 116117.

Ebenfalls auf private Initiative wurden in München für die kinder- und jugendärztliche Versorgung zwei Bereitschaftspraxen eingerichtet: am Klinikum Harlaching sowie am Klinikum Schwabing. In der KVB-eigenen Münchner Bereitschaftspraxis im Elisenhof wird auch ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst der o.g. Fachrichtungen vorgehalten.

Informationen zu Öffnungszeiten und Angeboten stehen im Internet zur Verfügung:

<http://www.kvb.de/service/patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst/bereitschaftspraxen/muenchen>

2.3 Notfallaufnahme in den Krankenhäusern

Es werden grundsätzlich bei der Versorgung die Notfälle mit anschließender stationärer Versorgung von den Notfällen unterschieden, die ambulant im Krankenhaus behandelt werden und anschließend die Klinik wieder verlassen können.

Die grundsätzliche Verpflichtung zur Versorgung von Notfällen mit stationärer Aufnahme ergibt sich aus § 39 Abs. 1 SGB V - die Notfallversorgung von stationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten ist in derartigen Fällen Teil der stationären Versorgungspflicht. Eine unmittelbare Verpflichtung zum Betrieb einer separaten Notaufnahme ergibt sich daraus jedoch nicht. Sofern allerdings das betreffende Krankenhaus (in München sind dies sämtliche Kliniken, siehe unter 2.3.1 - Notfälle mit sta-

tionärer Aufnahme) an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, ergibt sich daraus mittelbar auch die Pflicht zum Betrieb einer Notaufnahme – andernfalls könnte die Notfallversorgung nicht hinreichend wahrgenommen werden. Denn ohne Notaufnahme könnte eine sachgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten, die außerhalb des Krankenhauses einen Notfall erleiden, welcher der stationären Behandlung bedarf, nicht sichergestellt werden. Mit anderen Worten: ohne den Betrieb einer Notaufnahme könnten nur die sich bereits im Krankenhaus befindlichen und dort einen Notfall erleidenden Patientinnen und Patienten angemessen behandelt werden – ein solches Vorgehen ließe sich mit dem sich mittelbar ergebenden Versorgungsauftrag der betreffenden Krankenhäuser nicht vereinbaren.

2.3.1 Notfälle mit stationärer Aufnahme

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausgesetz (KHG) vereinbaren Krankenhäuser, die nicht an der grundsätzlichen stationären Notfallversorgung teilnehmen, mit den Krankenkassen einen Abschlag von der Vergütung. Nach Auskunft der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) haben bayernweit nur ca. ein Dutzend Krankenhäuser einen solchen Abschlag vereinbart, so dass rein formal wohl die meisten Kliniken in München an einer stationären Notfallversorgung teilnehmen. Hierzu ist anzumerken, dass es dabei in der Praxis zu einer sehr unterschiedlichen Inanspruchnahme der Krankenhäuser kommt, da beispielsweise in kleineren Kliniken oder Belegkrankenhäusern die Aufnahmemöglichkeiten aus räumlichen oder personellen Kapazitätsgründen schneller erschöpft sind, oder aber es handelt sich um Fachkrankenhäuser, die per se nur bestimmte Notfälle behandeln und aufnehmen können.

2.3.2 Notfälle mit ambulanter Behandlung im Krankenhaus (Kliniken mit 24-Stunden-Notfallambulanzen)

Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser werden nicht im Rahmen der Entgelte nach dem KHG vergütet, sondern finanzieren sich durch sogenannte Notfallpauschalen über die Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Nach dem Deutschen Krankenhausverzeichnis¹ bieten in München derzeit 19 Kliniken 24-Stunden-Notfallambulanzen an. Hierbei handelt es sich um folgende Kliniken:

- Chirurgische Klinik Dr. Rinecker GmbH & Co KG
- Frauenklinik München West GmbH & Co KG
- Internistische Klinik Dr. Müller
- Klinik Augustinum München
- Klinik München Perlach

¹ Gepflegt durch die Deutsche Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH – ein Unternehmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankhausgesellschaften.

- Kliniken Dr. Michael Schreiber GmbH & Co KG
- Klinikum Dritter Orden
- Klinikum München Pasing
- Klinikum der Universität München
- Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München
- Krankenhaus Barmherzige Brüder München
- Krankenhaus Martha-Maria München
- Rotkreuzklinikum München gGmbH
- Sana Kliniken Solln Sendling GmbH Fachklinik für orthopädische Chirurgie
- Schön Klinik München Harlaching
- Städtisches Klinikum München - Klinikum Bogenhausen
- Städtisches Klinikum München - Klinikum Harlaching
- Städtisches Klinikum München - Klinikum Neuperlach
- Städtisches Klinikum München - Klinikum Schwabing

2.4 Betrauungsakt Notfallversorgung

In den Notaufnahmen der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) ist eine 24-Stunden Versorgungsbereitschaft durch interdisziplinäre Ärzte- und Pflegeteams erforderlich. Nur die Vorhaltung hochqualifizierten Personals und moderner Medizintechnik ermöglicht die kurzen Diagnosezeiten, die in der Behandlung von z.B. Schlaganfallpatientinnen und -patienten und Unfallopfern erforderlich sind und lebensrettend sein können.

Diese permanent gewährleistete Versorgungsbereitschaft wird von der Bevölkerung als Anlaufstelle für medizinische Notfälle genutzt, wobei die Unterscheidung in stationäre und ambulante Notfälle sich häufig erst im Rahmen der Diagnostik herausstellt.

Insbesondere die Vergütung der Behandlung ambulanter Notfälle deckt in keiner Weise die damit verbundenen Kosten, so dass die Landeshauptstadt München zur Sicherstellung der Notfallversorgung in München die aus der ambulanten Behandlung entstehenden Defizite im Rahmen eines Betrauungsaktes übernimmt und damit die Bereitstellung dieser Leistung im Rahmen der Daseinsvorsorge weiter gewährleistet. Die Kostenunterdeckung liegt bei der StKM in einem Bereich von ca. 60-65%. Das "Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse", das von der Fa Management Consult Kestermann GmbH in Kooperation mit der Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. erstellt wurde, ermittelte bei 37 ausgewerteten Kliniken durchschnittlich einen Fehlbetrag von 88 € je Fall bei Kosten von 120 € und fallbezogenen Erlösen in Höhe von 32 €.

3. Kurzdarstellung zu "IVENA" (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis)

Das IVENA-System wurde vom Rettungszweckverband München im Februar 2013 eingeführt, um die Kapazitäten in den Krankenhäusern für eine Weiterbehandlung von schwer erkrankten oder schwer verletzten Patientinnen und Patienten nach der Versorgung durch den Rettungsdienst schneller und vollständiger überblicken zu können. Zielsetzung war, lebensbedrohlich Erkrankte oder Verletzte schnellstmöglich einer medizinischen Weiterversorgung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus zuführen zu können.

Es wird bei der Auswahl in IVENA zwischen Notfallversorgung, stationärer Versorgung und ambulanter Versorgung unterschieden.

Maßgeblich für den Rettungsdienst ist ausschließlich der Bereich „Notfallversorgung“, und hier insbesondere die Einrichtungen für zeitkritische klinische Eingriffe.

Entscheidend bei der Anwendung ist daher die Anzeige freier Notfallkapazitäten, wie z.B. Chest-pain- oder Stroke-unit zur Behandlung von Herzinfarkt- oder Schlaganfallpatientinnen / Patienten, in den Krankenhäusern. Ob in der jeweiligen Einrichtung auch Betten für solche Patientinnen / Patienten frei wären, ist zunächst unerheblich.

In welcher Form die Kennzeichnung in IVENA erfolgt, bestimmen die Krankenhäuser selbst. Hierbei gibt es innerhalb der Häuser unterschiedliche Handhabungen (z.B. die Kombination von Versorgungsvorhaltungen) und abhängig von der Einschätzung der jeweils aktuell Verantwortlichen auch abweichende Kennzeichnungen.

Dazu gibt es in der Fachrichtung „Innere Medizin“ noch 13 Untergruppen (Kardiologie, Nephrologie, Endokrinologie usw.).

Dies erschwert die Gestaltung von Auswertungen und führt z.B. im Januar 2015 zu über 26.000 Einträgen bei 19 Kliniken.

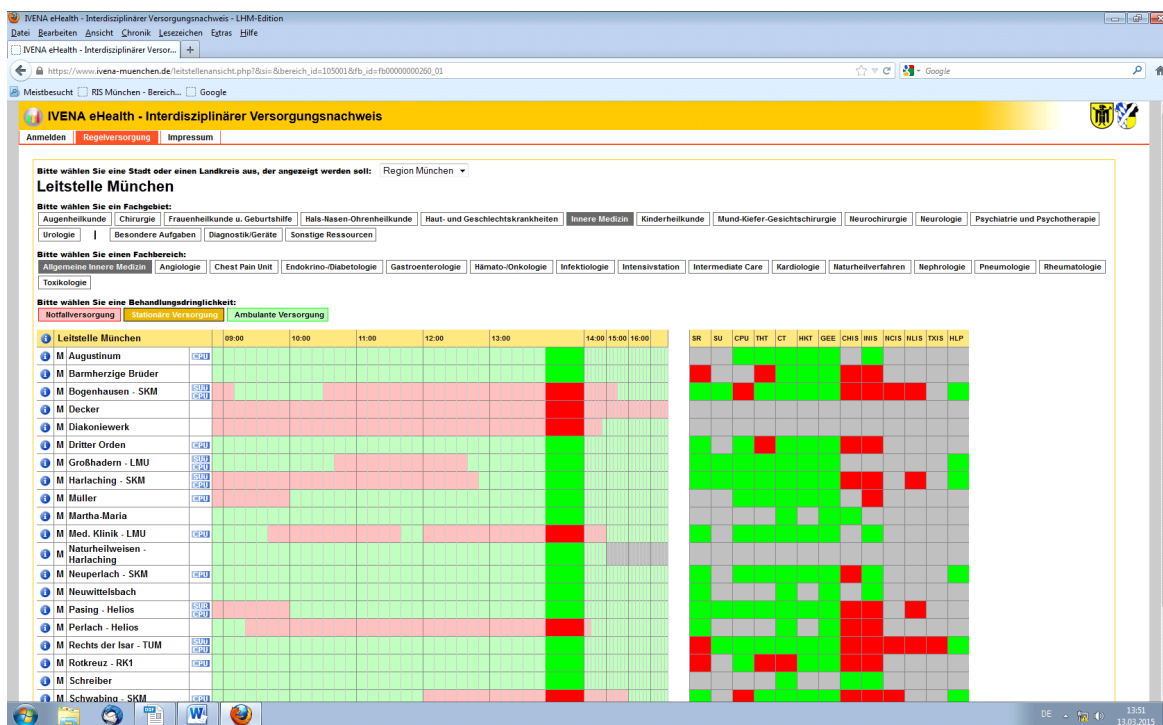


Abb.: Die vorstehende Darstellung zeigt eine beispielhafte Darstellung aus der IVENA-Software, die sich im Realbetrieb laufend verändert. Es handelt sich somit um eine beliebige Momentaufnahme, die nicht reproduzierbar ist und keine Rückschlüsse zulässt.

4. Allgemeine Ursachen für Engpässe in der Notfallversorgung

Als medizinische Notfälle werden nach den notfallmedizinischen Fachgesellschaften von Deutschland, Österreich und der Schweiz „alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzüglich medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“². Dabei werden grundsätzlich nach Behandlungsdringlichkeit die Patientinnen und Patienten in vier Sichtungskategorien (SK)³ eingeteilt

SK I: Akute, vitale Bedrohung, Sofortbehandlung

SK II: Schwer verletzt / erkrankt, aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit

SK III: Leicht verletzt / erkrankt, spätere (ambulante) Behandlung

SK IV: Ohne Überlebenschance, Tod

² Bürgi, U., Christ, M., Hogan, B., Behringer, W., Dodt, C.: Länderübergreifende Zusammenarbeit in der Notfallmedizin. Schweizerische Ärztezeitung 2013, 94:50, S. 1899 f.

³ http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sichtungskategorien_und_deren_Dokumentation.pdf.

Pro Tag⁴ werden in München im Durchschnitt 33 Patientinnen und Patienten mit der Sichtungskategorie 1 in den Münchner Nothilfen behandelt, davon sind durchschnittlich 43% internistische Notfälle.

Für die Frage nach den Ursachen für etwaige Versorgungsengpässe kommen verschiedene Faktoren In Betracht:

Zunahme der Notfallbehandlungen

Wie bereits vom Klinikum der Universität München im Stadtratshearing im Mai 2014 verdeutlicht wurde, sind die Notfallbehandlungen in den letzten 10 Jahren stark angestiegen. Der Rettungszweckverband München hat auf dem o.g. Stadtratshearing Daten zur Notfallversorgung dargestellt. Demnach werden durch die Integrierte Leitstelle München⁵ jährlich ca. 100.000 Personen den Kliniken zur Notfallversorgung zugewiesen, davon ca. 12.000 Personen mit der Sichtungskategorie I und ca. 90.000 Personen (Anm.: Summe =102.000) mit der Sichtungskategorie II. Nicht erfasst sind dabei Personen, die selbstständig die Nothilfen aufsuchen. Für die nächsten Jahre wird ein weiterer Anstieg der Notfallbehandlungen erwartet, der in den Gesprächen und der Abstimmung mit den zuständigen Planungsbehörden – wie auch die unter den folgenden Punkten aufgeführten, zu erwartenden Entwicklungen – Berücksichtigung finden muss.

Demografische Entwicklung

Nach Angaben des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München lebten in der Landeshauptstadt München Ende Dezember 2009 1,364 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner in München. Bereits zum Ende Dezember 2013 stieg die Einwohnerzahl um 101.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 1,465 Mio., davon 51% weiblichen und 49% männlichen Geschlechtes.

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung geht in seiner Bevölkerungsprognose 2013-2030⁶ von einem weiteren kontinuierlichen Anstieg der wohnberechtigten Bevölkerung aus: Daraus ergibt sich ein Anstieg der wohnberechtigten Bevölkerung um etwa 258.000 Personen von 1,465 Mio. im Jahr 2013 auf etwa 1,723 Mio. im Jahr 2030.

In der nachfolgenden Tabelle wird die Verteilung im Jahr 2013 sowie die Prognose bis 2030 nach Altersstufen dargestellt.

4 Quelle: Rettungszweckverband München, Stadtratshearing Notfallversorgung, Mai 2014.

5 Die Integrierte Leitstelle (ILS) ist die Einsatzzentrale für die Berufsfeuerwehr, Freiwillige Feuerwehr München und den Rettungsdienst..

6 Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung: Perspektive München - Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt München 2013-2030. München, Dezember 2014.

Lebensjahre	Dezember 2013	Prognose 2030	Anstieg in absolu- ten Zahlen
0-5	81.400	90.749	9.349
6-17	129.700	153.466	23.766
18-29	256.900	298.051	41.151
30- 44	370.100	435.484	65.384
45-64	368.100	442.509	74.409
65-79	196.700	208.718	12.018
80 und älter	62.100	94.049	31.949
Gesamt	1.465.000	1.723.023	258.026

Deutlich erkennbar ist die Zunahme in allen Altersgruppen. In den Altersgruppen zwischen 18 und 64 Jahren ist ein starker Anstieg der Bevölkerung auf Grund der Arbeitszuwanderung nach München festzustellen.

Relevant im Kontext der Notfallversorgung ist der Anstieg in der Altersgruppe 80 Jahre und älter um ca. 32.000 Personen sowie insbesondere eine Zunahme komplexerer Behandlungsfälle durch Multimorbidität. Insbesondere ältere Menschen benötigen auf Grund der Komplexität der Krankheitsbilder eine längere Zeit zum Gesunden. Längere Liegezeiten oder die Nichtsicherstellung der Anschlussbehandlungen haben Auswirkungen auf freie Bettenkapazitäten, um neue Patientinnen und Patienten aufnehmen zu können.

Engpässe bei internistischen Notfallbehandlungen

Nach Auskunft der Geschäftsführung der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) sind die IVENA- Abmeldungen der internen Notaufnahmen, die sich in den letzten Wochen gehäuft haben, kein Problem speziell der Städtischen Kliniken Münchens und stehen nicht im Zusammenhang mit den Sanierungsmaßnahmen der StKM. Diverse Krankenhäuser in anderen Großstädten Bayerns (z.B. Nürnberg, Fürth, Würzburg) und Deutschlands sind gleichermaßen betroffen. Der Bayerische Landtag⁷ hat am 26.02.2015 beschlossen, einen Runden Tisch in Bayern einzurichten, um die Ursachen abzuklären und Maßnahmen zu entwickeln, um die Notfallversorgung der Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen.

⁷ Bayerischer Landtag: Beschluss zum Dringlichkeitsantrag der SPD „Notfallversorgung in Bayern sicherstellen“, 26.02.2015, Drs. 17/5450.

Inanspruchnahme-Verhalten und Zugang der Patientinnen und Patienten ins notfallmedizinische System

Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus“⁸ vom Februar 2015 hat Daten von Einweisungen von 55 Krankenhäusern deutschlandweit analysiert, die in Notaufnahmen entweder durch die Zuweisung über eine Integrierte Leitstelle (mit Hubschrauber, Rettungswagen, ärztlichen Einsatzwagen oder Krankenwagen) oder selbstständig die Nothilfe aufsuchend aufgenommen wurden. Es wurde festgestellt, dass durchschnittlich 60% der behandelten Fälle in einer Notaufnahme ambulante Behandlungen sind. Allerdings könnte lediglich die Hälfte davon über den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen versorgt werden. Die andere Hälfte benötigt zur Diagnostik die im Krankenhaus befindliche Infrastruktur.

Die hohe Zahl der ambulanten Behandlungen im Krankenhaus lässt sich auf ein Bündel von Ursachen zurück führen. In der Analyse des o.g. Gutachtens wird deutlich, dass die Zeiten der Sprechstunden in Arztpraxen geringer sind als die Sprechstundendenfreien Zeiten.

Der allgemeine ärztliche Bereitschaftsdienst wird von unterschiedlichen Arztgruppen besetzt. Die Chance, auf eine Ärztin oder einen Arzt mit der benötigten Fachrichtung zu treffen, ist also eher gering. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patienten in der heutigen Zeit eher gut informiert sind bzw. sich Informationen beschaffen können und abwägen, ob sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen oder in die 24-Stunden-Notfallambulanzen fahren.

Gleichzeitig haben zunehmend mehr Menschen keine oder keine starke Bindung an eine hausärztliche Praxis oder bestimmte Fachärztinnen und Fachärzte, die sie konsultieren. Sie richten ihren Arztbesuch stärker nach ihrem Tagesablauf oder nach der Vermeidung von Wartezeiten während der Arbeitszeit aus. Hinzu kommt ein Anspruch auf eine optimale medizinische und gesundheitliche Versorgung rund um die Uhr. Auch ist für manche Bevölkerungsgruppen wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund, der Rahmen eines Krankenhauses vertrauenserweckender oder einfacher im Zugang. All diese Beweggründe fördern die Tendenz, bei gesundheitlichen Beschwerden auf die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu vertrauen, anstatt eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen.

Dadurch werden ambulante Fälle, deren Versorgung in kassenärztlicher Zuständigkeit medizinisch indiziert möglich wäre, im Krankenhausbereich behandelt. Eine adäquate Vergütung dieser Versorgungsleistung erfolgt jedoch nicht und die Kliniken bzw. deren Interessenvertretung (Deutsche bzw. Bayerische Krankenhausgesell-

⁸ Management Consult Kestermann GmbH: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus- Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Hamburg, Februar 2015.

schaft) sind in der Regel auch nicht in diesbezügliche Entgeltverhandlungen eingebunden.

4.1 Fehlende Personalressourcen

Derzeit lässt sich ein Spagat zwischen den zunehmenden Qualitätsanforderungen, der zunehmenden Spezialisierung in verschiedenen Bereichen sowie einer Ressourcenknappheit beim Fachpersonal feststellen. Davon sind im Wesentlichen alle Münchner Kliniken betroffen. Engpässe in den Kliniken werden von den Klinikverantwortlichen oftmals in den Bereichen der Intensivmedizin und im operativen Bereich beschrieben. Dabei spielt der Pflegemangel eine besondere Rolle, denn auch die Stationen der anderen Fachabteilungen sind davon betroffen.

Die Geschäftsführung der StKM meldet zum Thema Personalmangel zurück, dass die Abmeldungen der StKM aus dem IVENA-System, die gehäuft seit Anfang des Jahres erforderlich waren, teilweise auf einen Mangel an Pflegekräften zurückzuführen seien. Die Mitarbeitergewinnung ist aufgrund der Arbeitsmarkt- und Wohnraumsituation in München sehr schwierig.

5. Besonderheiten bezüglich der Versorgungssituation Januar / Februar 2015

5.1 Versorgungsengpässe (01.12.2014 – 25.02.2015)

In dem angegebenen Zeitraum war es erforderlich, in 1.352 Fällen eine Akutzuweisung in einer Notaufnahme vorzunehmen. An den Tagen 11.02.2015 und 12.02.2015 wurde eine Zahl von 76 bzw. 69 registriert. Rund 50% der Akutzuweisungen im Januar 2015 entfielen auf die 4 Städtischen Kliniken.

Akutzuweisungen sind dann unumgänglich, wenn die Kliniken in IVENA überwiegend oder vollständig eine nur eingeschränkte Aufnahmefähigkeit anzeigen.

Verzögerungen bei der Weiterbehandlung zeitkritischer Notfallpatientinnen / Notfallpatienten sind dem Rettungszweckverband nicht bekannt.

Alle dringenden Notfälle (im Rahmen der Akutzuweisungen) wurden in dem von den medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Zeiträumen in München klinisch aufgenommen und im Anschluss weiterversorgt.

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser wird nach Schwere der Erkrankung und Dringlichkeit der Weiterversorgung sorgfältig selektiert.

Tatsächlich wurden Patientinnen / Patienten auch in Krankenhäuser außerhalb Münchens gebracht (vorrangig Fürstfeldbruck, Dachau, Ebersberg, Freising und Starnberg).

Die Zeiten für Krankentransporte erhöhten sich durchschnittlich um 5 Minuten, bei den Rettungswageneinsätzen waren es durchschnittlich 2 Minuten mehr als vorher.

Andererseits erfolgte auch eine Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus anderen Rettungsdienstbereichen in Münchner Kliniken, deren Zahl jedoch unbekannt ist.

Ergänzend zu den weiteren, die Ursachen der Entwicklung betreffenden Angaben, ist festzustellen, dass die Zahl der Notfalltransporte im Januar im Vergleich zum Vorjahresmonat um ca. 12% angestiegen ist, bei den Krankentransporten betrug der Anstieg etwa 5%.

5.2 Spezifische Ursachen für die Versorgungsengpässe

Die ersten beiden Monate in 2015 waren geprägt von der deutschlandweit verbreiteten und stark ausgeprägten Grippewelle, von der vor allem München nicht verschont wurde.

Grundsätzlich kommt es in den Wintermonaten zu einem Anstieg der Infektionskrankheiten. Patientinnen und Patienten mit hochansteckenden Krankheiten oder multiresistenten Keimen müssen isoliert werden. Als Folge davon sind die Bettenkapazitäten in Mehrbettzimmern zu sperren. Damit sind die Möglichkeiten der Abverlegung aus der Notaufnahme limitiert. Zusätzlich zu den bekannten Infektionswellen (z.B. Noroviren) hat die Grippewelle zum Jahresbeginn 2015 die Situation außerordentlich verschärft.

Da auch das Personal oft von diesen Erkrankungen nicht verschont bleibt, kommt es zum Anstieg der Ausfallquoten in allen Diensten. Kann z.B. die Aufnahmestation eines Klinikums nicht besetzt werden, so fehlt der wesentliche „Puffer“ vor der Weiterverlegung in die Fachabteilungen.

Die Geschäftsführung der StKM weist auf einen weiteren Umstand hin, dass Betten-schließungen auch erfolgen, um die Vorhaltung für die jederzeit einsatzbereite HOKO⁹-Einheit für die Ebola-Epidemie zu gewährleisten. Die Gefährdungslage hat sich bisher nicht verändert.

Die Geschäftsführung der StKM weist ergänzend darauf hin, dass zu Jahresbeginn 2015 in den Notaufnahmen der Kliniken neben dem stationären Patientengeschehen noch einmal die gleiche Anzahl an ambulanten Patientinnen und Patienten versorgt wurde, die – wie oben schon ausgeführt - nicht die Versorgungsangebote der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahrnehmen. Diese Zahl an ambulanten Behandlungsfällen ist außergewöhnlich hoch.

9 HOKO = hochansteckende, lebensbedrohliche Erkrankung.

6. Warum werden Versorgungskapazitäten nicht erhöht? Wie sieht die Zukunft aus, wie geht es weiter?

Trotz intermittierender Abmeldung der internen Notfallaufnahmen ist die Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen in den Kliniken der StKM sichergestellt.

Um zukünftig eine am Bedarf orientierte Notfallkapazität in München vorzuhalten, wurde die StKM vom Stadtrat beauftragt mit weiteren Kliniken Münchens, die den Großteil der Notfallversorgung sicherstellen (aktuell Klinikum der Universität München, Rechts der Isar, Barmherzige Brüder, Dritter Orden, Rotkreuz-Klinikum, Helios-Klinik Pasing und Perlach) sowie dem Rettungszweckverband, dem Innenministerium und dem Referat für Gesundheit und Umwelt einen „Runden Tisch“ zur Notfallversorgung durchzuführen.

Die Datenanalyse wird vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement durchgeführt. Nach der Erstellung der entsprechenden Vertragsgrundlagen sowie der Datensatzbeschreibung zur Datenlieferung für die Kliniken erfolgt derzeit die Bestandsaufnahme der aktuellen Situation. Dabei fließen sowohl ambulante als auch stationäre Fälle in die Betrachtung ein. Der Fokus der Analyse liegt im Krankenhaus auf dem Leistungsgeschehen der ersten 24 Stunden. Damit wird erstmalig durch den Abgleich der prähospitalen Daten des IVENA-Systems mit den Krankenhausdaten eine Bewertung des sektorenüberschreitenden Notfallbehandlungsprozesses ermöglicht.

Betriebs- und prozessorganisatorische Defizite, die in der StKM derzeit noch vorhanden sind, werden insbesondere durch die geplanten Neubaumaßnahmen mit 1- und 2-Bettzimmerstandard und weiteren Organisationsanpassungen verbessert.

Die Zielsetzung des Projektes verfolgt zukünftig eine kooperative Abstimmung bzgl. der erforderlichen Notfallkapazitäten auf Trägerebene in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien. Die Eingangs unter Punkt 2.1 aufgezeigten Zuständigkeiten bleiben hiervon allerdings unberührt.

Eine fristgerechte Vorlage nach Nr 2.7.2 der AGAM war wegen der referatsübergreifenden Abstimmung und der kurzfristigen angesetzten Behandlung für diese Vollversammlung nicht möglich. Die Behandlung im heutigen Ausschuss ist entsprechend der Festlegung in der Sitzung der Vollversammlung vom 04.03.2015 für diese Vollversammlung festgelegt.

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 und Anhang 2 der BA-Satzung).

Der Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle. Der Stadtrat wird im Rahmen des Sanierungsumsetzungskonzeptes erneut mit dieser Thematik befasst werden.

Der Korreferent der Stadtkämmerei, Herr Michael Kuffer, der Korreferent des Kreisverwaltungsreferats, Herr Dr. Alexander Dietrich, und die Korreferentin des Referats für Gesundheit und Umwelt, Frau Sabine Krieger, sowie der zuständige Verwaltungsbeirat des Referats für Gesundheit und Umwelt, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, haben Abdruck der Beschlussvorlage erhalten.

II. Antrag der Referenten

1. Die Ausführungen zu den in den Anträgen Nr. 14-20 / A 00688 und Nr. 14-20 / A 00726 der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung vom 16.02.2015 bzw. 02.03.2015 gestellten Fragen werden zur Kenntnis genommen.
2. Der Antrag Nr. 14-20 / A 00688 der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung vom 16.02.2015 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
3. Der Antrag Nr. Nr. 14-20 / A 00726 der Stadtratsfraktion Freiheitsrechte, Transparenz und Bürgerbeteiligung vom 02.03.2015 ist damit geschäftsordnungsgemäß erledigt.
4. Der Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der / Die Vorsitzende

Der Referent

Ober/Bürgermeister/-in

Dr. Ernst Wolowicz
Stadtkämmerer

Der Referent

Der Referent

Dr. Wilfried Blume-Beyerle
Berufsmäßiger Stadtrat

Joachim Lorenz
Berufsmäßiger Stadtrat

- IV. Abdruck von I. mit III.
über den Stenografischen Sitzungsdienst
an das Direktorium - Dokumentationsstelle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei – HAI/1
z. K.

- V. WV Stadtkämmerei – HAI/1
R:\projekte\StKM_Gremien\01_Stadtrat\2015\2015_03_25_VV_Notfallversorgung\2015_03_25_VV_Notfall-
versorgung_V02669_final.odt



Herrn
Oberbürgermeister
Dieter Reiter
Rathaus

16.02.2015

Antrag zur dringlichen Behandlung in der Vollversammlung am 4.3.2015

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger

Im Januar 2015 kam es zu deutlichen Engpässen in der Notfallversorgung in München. Über das 2013 eingeführte IVENA-System wurde deutlich, dass insbesondere für internistische Notfälle zeitweise sämtliche Krankenhäuser in der Stadt „abgemeldet“ waren, so dass die Patienten über deutlich längere Strecken transportiert werden mussten.

Die Verwaltung erläutert dem Stadtrat:

1.
Wie oft und zu welchen Uhrzeiten pro Tag im Januar 2015 meldete das IVENA-System, dass keine Betten für Notfallpatienten zur Verfügung standen?
2.
Wie sah dies speziell im Falle von internistischen Notfällen aus?
3.
Was war die Folge für die Notfall-Krankentransporte: welche Kliniken standen außerhalb der Stadt für Notfälle zur Verfügung und wie lange dauerten die Transporte?
4.
Welche Ursachen haben zu diesen kritischen Engpässen geführt?
5.
Warum konnten die städtischen Krankenhäuser – wie zumindest häufiger in der Vergangenheit – keinen höheren Beitrag zur Notfallversorgung in der Stadt leisten?

Begründung:

Die Begründung erfolgt mündlich.

Gez.
Dr. Michael Mattar
Fraktionsvorsitzender

Gez.
Dr. Wolfgang Heubisch
Stadtrat

Gez.
Wolfgang Zeilnhofer-Rath
Stadtrat

Gez.
Gabriele Neff
Stellv. Fraktionsvorsitzende

Gez.
Thomas Ranft
Stadtrat



Dringlichkeitsantrag für die Vollversammlung am 4.3.2015

02.03.2015

Kritische Notfallversorgung für Münchner Bürger

Im Januar und Februar 2015 kam es zu deutlichen Engpässen in der Notfallversorgung in München. Über das 2013 eingeführte IVENA-System wurde deutlich, dass insbesondere für internistische Notfälle zeitweise sämtliche Krankenhäuser in der Stadt „abgemeldet“ waren, so dass die Patienten über deutlich längere Strecken transportiert werden mussten.

Die Verwaltung erläutert dem Stadtrat:

1.
Wie oft und zu welchen Uhrzeiten pro Tag im Januar 2015 meldete das IVENA-System, dass keine Betten für Notfallpatienten zur Verfügung standen?
2.
Wie sah dies speziell im Falle von internistischen Notfällen aus?
3.
Was war die Folge für die Notfall-Krankentransporte: welche Kliniken standen außerhalb der Stadt für Notfälle zur Verfügung und wie lange dauerten die Transporte?
4.
Welche Ursachen haben zu diesen kritischen Engpässen geführt?
5.
Warum konnten die städtischen Krankenhäuser – wie zumindest häufiger in der Vergangenheit – keinen höheren Beitrag zur Notfallversorgung in der Stadt leisten?

Begründung:

Die Begründung erfolgt mündlich.

Gez.
Dr. Michael Mattar
Fraktionsvorsitzender

Gez.
Dr. Wolfgang Heubisch
Stadtrat

Gez.
Wolfgang Zeilnhöfer-Rath
Stadtrat

Gez.
Gabriele Neff
Stellv. Fraktionsvorsitzende

Gez.
Thomas Ranft
Stadtrat