

Telefon: 0 233-47951
Telefax: 0 233-47542

**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Fachstellen
RGU-GVO41

Telefon: 0 233-92189
Telefax: 0-233-92400

Stadtkämmerei
SKA-HAI/1

Geburtshilfe III

Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach

Petition von MOTHER HOOD e.V. vom 03.05.2017, erstmals aufgegriffen in der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09775 am 26.09.2017

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12712

4 Anlagen

Beschluss in der gemeinsamen Sitzung des Finanzausschusses und des Gesundheitsausschusses

vom 08.11.2018 (VB)

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin und des Referenten

Am 03.05.2017 wurde Herrn Oberbürgermeister Dieter Reiter eine Petition der Elterninitiative MOTHER HOOD e.V. zum Thema „Erhalt der Geburtshilfe im Krankenhaus Neuperlach“ zusammen mit einer Unterschriftensammlung von 5.786 Unterschriften (z. T. online) persönlich übergeben (Anlage 1).

Am 26.09.2017 wurde die Petition im Finanzausschuss einstimmig qualifiziert in eine gemeinsame Sitzung des Finanzausschusses mit dem Gesundheitsausschuss vertagt (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09775, Anlage 2). Als Zielvorgabe für die gemeinsame Befassung wurde formuliert, dass „ein zukunftsfähiges Konzept vorgelegt werden“ soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Einrichtungen der Geburtshilfe in München. Dabei sollten möglichst alle relevanten Aspekte und Prognosen einbezogen werden, um zu einer validen Gesamtbetrachtung zu kommen.¹ Darüber hinaus wurde in dieser Sitzung ein Änderungsantrag der Fraktion die Linken/ ödp eingebracht, in der die Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) beauftragt wird, „im Jahr 2018 ein Konzept vorzulegen, wie die Städtischen Kliniken ab 2025 die vom Referat für Gesundheit und Umwelt prognostizierten 8.000 Geburten jährlich versorgen wollen“ (Anlage 3).

Im Folgenden wird die Petition inhaltlich vorgestellt (Kapitel 1) und fachlich bewertet (Kapitel 2). Danach wird das Konzept zur langfristigen Sicherstellung der geburtshilflichen

¹ Niederschrift über die 38. Sitzung des Finanzausschusses der Landeshauptstadt München, 26. Sept. 2017, Seite 4 und 5

Versorgung vorgestellt (Kapitel 3). Abschließend erfolgt ein Ausblick auf die geburtshilfliche Situation der nächsten Jahre mit einer Empfehlung in Bezug auf die geplante Schließung der geburtshilflichen Abteilung im Standort Neuperlach der StKM (Kapitel 4).

1. Inhalt der Petition

Am 03.05.2017 wurde Herrn Oberbürgermeister Dieter Reiter eine Petition der Initiative MOTHER HOOD e.V. zum Thema „Erhalt der Geburtshilfe im Krankenhaus Neuperlach“ zusammen mit einer Unterschriftensammlung von 5.786 Unterschriften (z. T. online) persönlich übergeben. Die Petition hat folgenden Wortlaut:

„MOTHER HOOD-Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“

„Warum soll der Kreißsaal geschlossen werden?“

Die Geburtsabteilung soll 2022 aufgrund des Sanierungskonzepts der Städtischen Kliniken München geschlossen und mit dem Standort Harlaching zusammengelegt werden: Zentralisierung, Doppelvorhaltung abbauen.

Warum wollen wir die Schließung verhindern?

Die Geburtsabteilung wurde erst 2012 grundsaniert. Sie zehn Jahre später zu schließen ist Verschwendung von Steuergeldern. Wir fordern den Erhalt einer Geburtsstation, die qualitativ hochwertige Arbeit leistet!

- einzige Münchner Klinik mit angestellten Hebammen → noch kein Hebammenmangel
- bei Beckenendlage sogar natürliche Geburt möglich → inzwischen äußerst selten, da das notwendige Wissen fast niemand mehr hat
- sensationell niedrige Kaiserschnitttrate von unter 20 % → Vergleich: Deutschland 31,1 %, Bayern 31,8 %, München > 35 % (2015)

Wir Eltern befürchten, wie das Referat für Gesundheit und Umwelt, dass bei einer Zusammenlegung mit Harlaching diese Qualitätsmerkmale nicht übernommen werden können. Ebenso bezweifeln wir, ob daher alle Hebammen bei einer Verlegung zu halten sind. Wir fordern den Erhalt der eingriffsarmen Geburtshilfe sowie der freien Wahl des Geburtsortes! Dazu gehört nicht nur zwischen Klinikgeburt, Geburtshaus- und Hausgeburt wählen zu können, sondern auch zwischen verschiedenen Kliniken mit unterschiedlichen Ansätzen (high-tech, low-tech). Das ist keine Doppelvorhaltung, das ist Wahlfreiheit!

Neue Argumente, die im Oktober 2016, als wir die meisten Unterschriften gesammelt haben, noch nicht bekannt waren:

- Schließung Geburtshilfe Bad Tölz März 2017
- Angekündigte Schließung Wolfart-Klinik für September 2017 → Noch mehr Geburten, die die Kapazitäten der Münchner Geburtshilfe belasten! (s. SZ-Artikel²)

2. Bewertung der in der Petition aufgelisteten Qualitätsmerkmale

Erstes in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal: Die Geburtsstation Neuperlach „ist die einzige Münchner Klinik mit angestellten Hebammen“

Diese Information ist nach Daten des RGU nicht korrekt. Es bleiben in München vier geburtshilfliche Abteilungen, die mit angestellten Hebammen arbeiten: Sowohl die Universitätskliniken der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und der Technischen Universität (TU) als auch die geburtshilflichen Abteilungen der StKM in Harlaching und Neuperlach arbeiten aktuell mit angestellten Hebammen (Stand: August 2018).³

Mit Wirkung zum 01.07.2018 stellte die StKM im Bereich der Geburtshilfe des Klinikums Schwabing zwar auf ein Beleghebammensystem um. Doch die teilweise bislang festangestellten Hebammen/ Entbindungspfleger sind auch nach Auflösung ihres Arbeitsvertrages mit der StKM als freiberuflich tätige Hebammen/ Entbindungspfleger für die umfassende nichtärztliche geburtshilfliche Betreuung der Schwangeren/ Wöchnerinnen sowie Neugeborenen der Frauenklinik verantwortlich.

Zweites in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal: „bei Beckenendlage ist sogar die natürliche Geburt möglich“

Nach Kenntnisstand des RGU bieten neben der geburtshilflichen Abteilung in Neuperlach auch andere geburtshilfliche Abteilungen wie z. B. Harlaching in der StKM und die Frauenklinik Maistraße der LMU die Möglichkeit einer vaginalen Entbindung bei einer Beckenendlage des Kindes an.

Die Beckenendlage (BEL), auch Steißlage genannt, betrifft drei bis fünf Prozent aller Schwangerschaften am Geburtstermin⁴ und gehört zu den sogenannten regelwidrigen Kindslagen. Dies entspricht den Zahlen in München, wo in den Jahren 2015 und 2016 insgesamt 4,9 Prozent lebendgeborene Einlinge aus BEL entbunden wurden. Der überwiegende Teil dieser Kinder kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Nur 0,3 Prozent der lebendgeborenen Einlingsgeburten in BEL wurden in diesen beiden Jahren in München vaginal entbunden. Um die Risiken einer vaginalen Entbindung bei BEL zu minimieren, wurde ein Kriterienkatalog entwickelt, der aufzeigt, unter

² Hier verweist die Petition auf einen Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 04.04.2017.

³ Bekanntgabe Geburtshilfe IV Ergebnisse der Analyse des Versorgungsbereichs „Schwangerschaft und Geburt“ in München, Sitzungsvorlage Nr. 14-20/ V 12480, die im Anschluss an diese gemeinsame Sitzung im Gesundheitsausschuss bekanntgegeben wird: Anlage Ergebnisbericht „Versorgungskette Schwangerschaft und Geburt in der Landeshauptstadt München“, S. 24.

⁴ Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Review 2015.

welchen Voraussetzungen überhaupt eine vaginale Entbindung möglich ist, ohne die Gesundheit des Kindes oder der Mutter zu gefährden.⁵ In einer großen prospektiven Studie mit über 8.000 Frauen konnte gezeigt werden, dass nur bei 30 Prozent diese Voraussetzungen erfüllt waren.

Der Entbindungsmodus bei BEL wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Im Jahr 2000 wurde auf Grundlage einer wissenschaftlichen Studie,⁶ die die fetale Frühmortalität bei BEL untersuchte, ein Kaiserschnitt empfohlen.⁷ Eine Folgestudie dagegen lieferte Hinweise, dass eine Entbindung per Kaiserschnitt am Termin keinen Vorteil für die geistige und körperliche Entwicklung des Kindes bringe.⁸

Falls die Entscheidung für eine vaginale Geburt bei BEL fällt, haben sich die hohe fachliche Expertise und Erfahrung des Geburtshilfeteams sowie die Struktur der Geburtshilfe (u. a. Anwesenheit einer Pädaterin/ eines Pädaters) unter Voraussetzung der Berücksichtigung des o.g. Kriterienkatalogs als entscheidend für einen risikoarmen Geburtsverlauf herauskristallisiert.⁹

Vor diesem Hintergrund empfiehlt das RGU, dass die fachliche Expertise, die in Neuperlach aufgebaut wurde, auch bei einem Umzug der Neuperlacher Geburtshilfe nach Harlaching nicht verloren gehen sollte. Es ist insgesamt begrüßenswert, dass solche Zentren ihre Expertise im Bereich der vaginalen BEL-Geburt weitergeben und zukünftige Fachärztinnen/ Fachärzte sowie Hebammen/ Entbindungspfleger schulen bzw. ausbilden.

Drittes in der Petition aufgelistetes Qualitätsmerkmal: „sensationell niedrige Kaiserschnitttrate in Neuperlach von unter 20 Prozent“

Die Anzahl der Kaiserschnitte hat sich in den letzten Jahren in Deutschland mehr als verdoppelt und liegt aktuell bei über 30 Prozent aller Krankenhausgeburten.¹⁰ Bei der Indikation für einen Kaiserschnitt unterscheidet man die absolute medizinische Indikation von der relativen Indikation. Bei der absoluten medizinischen Indikation steht die Rettung des Lebens bzw. das Abwenden von schweren Krankheiten für Mutter und Kind im Vordergrund. Bei der relativen Indikation besteht ein geringeres Komplikationsrisiko, d. h. es ist eine Abwägung zwischen dem Modus der vaginalen Geburt versus Kaiserschnitt notwendig.¹¹ Die Steigerung der Anzahl der Kaiserschnitte

5 Hofmeyer GJ et al. Delivery of the fetus in breech presentation. Up To Date last updated Feb 3, 2017.

6 Uhl Bernhard. OP-Manual der Gynäkologie und Geburtshilfe: Alles für den OP und die Station. Thieme Verlag 2012.

7 Diese Studie liefert Hinweise, dass die fetale Frühmortalität bei vaginal entbunden Kindern erhöht war, z.B. Apgar Werte nach 1 Minute. (Apgar-Werte: Klinisches Punktschema zur Beurteilung des Neugeborenen: A(Atmung) P(Puls) G(Grundtonus) A(Aussehen) R(Reflexe)).

8 Eine Untersuchung von knapp 1.000 Kindern im Alter von zwei Jahren zeigte zwischen den beide untersuchten Gruppen (geplante Sectio vs. geplante vaginale Geburt) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich einer neurologischen Entwicklungsverzögerung bzw. des Risikos, innerhalb dieser Zeitspanne zu versterben, siehe Uhl Bernhard, Fußnote 3.

9 Uhl Bernhard. OP-Manual der Gynäkologie und Geburtshilfe: Alles für den OP und die Station“. Thieme Verlag 2012

10 Poets CF, Abele H. Geburt per Kaiserschnitt oder Spontangeburt. Was ist sicherer für das Kind? Monatsschrift Kinderheilkunde 2012, 160(12):1196-1203.

11 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Geburtshilfe – Indikatoren 2017. Stand: 06.04.2018.

in den letzten Jahren lässt sich vor allem durch einen Anstieg der relativen Indikation erklären, und es konnte gezeigt werden, dass der Kaiserschnitt immer häufiger der vaginalen Geburt vorgezogen wird.¹²

Da sich neben den mit einer Operation verbundenen Risiken für die Mutter, in den letzten Jahren die Erkenntnisse häufen, dass bei einem Kaiserschnitt im Vergleich zur vaginalen Geburt mit einer höheren Wahrscheinlichkeit bestimmte Krankheitsbilder bei Kindern auftreten (wie z. B. Risiko für Atemnotsyndrom oder Asthma bronchiale im Kindesalter), ist es wichtig, sich die Kaiserschnittquote einer Klinik unter dem Aspekt des Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Kaiserschnittquote an Kaiserschnittgeburten“ anzusehen, der unterschiedliche Risikofaktoren miteinbezieht. Um einen fairen Vergleich der Kliniken zu gewährleisten, werden bei der Bestimmung der erwarteten Rate an Kaiserschnitten, unterschiedliche Faktoren, welche das Risiko eines medizinisch indizierten Kaiserschnitts erhöhen, miteinbezogen.¹³

Die Kaiserschnittquote der geburtshilflichen Abteilung Neuperlach lag in 2016 bei 18,9 Prozent und somit deutlich unter dem städtischen Durchschnitt von circa 32 Prozent (Spannbreite: 19 Prozent bis 52 Prozent).¹⁴ Somit hatte die Geburtshilfe in Neuperlach die niedrigste Kaiserschnittquote in München.

Aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser kann zusätzlich entnommen werden, dass in 2016 auch das Verhältnis der beobachteten zur erwartenden Kaiserschnittquote¹⁵ in Neuperlach mit 0,65 von allen Münchner geburtshilflichen Einrichtungen am niedrigsten war und weit unter dem Bundesdurchschnitt (0,99) liegt.

3. Konzept zur zukünftigen Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung

Der Stadtrat hat am 26.09.2017 die Verwaltung beauftragt, ein zukunftsfähiges Konzept zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Einrichtungen der Geburtshilfe in München vorzulegen. Dabei „sollten möglichst alle relevanten Aspekte und Prognosen einbezogen werden, um zu einer validen Gesamtbetrachtung zu

12 Kolip P et al. Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

13 S. 12 Qualitätsindikator - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Geburtshilfe – Indikatoren 2017. Stand: 06.04.2018.

14 Anmerkung zur Bekanntgabe Geburtshilfe IV Ergebnisse der Analyse des Versorgungsbereichs „Schwangerschaft und Geburt“ in München, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12480, die im Anschluss an diese gemeinsame Sitzung im Gesundheitsausschuss bekanntgegeben wird: die in der Bekanntgabe veröffentlichten Zahlen zur Kaiserschnittquote in Münchner Kliniken beziehen sich noch auf das Jahr 2015, da die o.g. Zahlen aus dem Jahr 2016 zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlagen.

15 Aufgrund der stark zugenommenen Kaiserschnittquote ohne Veränderung der medizinischen Indikation wurde im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren ein Qualitätsindikator eingeführt, der die beobachtete zu der erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten ins Verhältnis setzt. Ziel dieses Qualitätsindikators ist es, dass in den Kliniken nicht mehr Kaiserschnittgeburten als medizinisch nötig durchgeführt werden. Um die Werte zwischen den Kliniken vergleichbar zu machen, müssen bei den erwarteten Ereignissen unterschiedliche patientenbezogene Risiken für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – wie z. B. ein hoher Anteil an Patientinnen mit einer Mehrlingsschwangerschaft – berücksichtigt werden. Man spricht bei diesem Vorgehen von Risikoadjustierung.

kommen“.¹⁶

Vor dem Hintergrund, dass aktuell alle Prognosen und Annahmen noch mit großen Unsicherheiten behaftet sind, kann derzeit noch kein abschließendes Konzept erarbeitet werden. So haben langfristige Prognosen, z. B. zur Geburtenentwicklung oder zur Entwicklung der Kapazitäten in der Geburtshilfe eher Modellcharakter. Im Folgenden wird jedoch eine Gesamtbetrachtung vorgenommen, die zum aktuellen Zeitpunkt möglich ist.

3.1 Demografische Entwicklung der Geburten in München

Im Jahr 2017 wurden 22.935 Kinder in Münchner Kliniken geboren.¹⁷ Etwa ein Viertel der Gebärenden waren Frauen aus dem Münchner Umland. Die Geburtenzahlen steigen in München seit den 1980-er Jahren kontinuierlich an. So stieg in der jüngeren Vergangenheit die Geburtenzahl der Münchner Kinder von 12.707 im Jahr 2004 um 38,7 Prozent auf 17.629 im Jahr 2017.¹⁸ In 2017 kam es erstmals zu einem leichten Geburtenrückgang von 2,6 Prozent in München (2016: 18.107)¹⁹ bei einem gleichzeitigen Rückgang der Zuzüge im Vergleich zum Vorjahr.²⁰

3.1.1 Prognosen für die Geburten von Münchnerinnen

Prognosen bis zum Jahr 2035²¹ besagen, dass bei einer zwar weiteren Zunahme der Geburtenzahlen mit einer Abschwächung dieses Trends zu rechnen ist. Der Demografiebericht München²² geht in seiner Prognose für 2035 von folgenden Entwicklungen aus:

- Planungsprognose: 19.746 Geburten
- Untere Variante: 18.614 Geburten
- Obere Variante: 20.932 Geburten

Zur Entwicklung der Geburten von Münchnerinnen hat das Referat für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN) im Rahmen der Beschlussvorlage eine Stellungnahme (Anlage 4) abgegeben.

Demnach wird für München zukünftig „ein steigender Geburtenrend erwartet, wobei jährliche Schwankungen auftreten können. Die Anzahl der Kinder je Frau

16 Niederschrift über die 38. Sitzung des Finanzausschusses der Landeshauptstadt München, 26. Sept. 2017, Seite 5

17 Daten erhoben i.R. Medizinisches Versorgungsmanagement, RGU, Stand: 31.07.2018

18 Daten der Einwohnermelderegister des Kreisverwaltungsreferates der Landeshauptstadt München, Stand 31.12.2017

19 Städtisches Klinikum München weiter Nr. 1 in Deutschland. <https://www.muenchen.de/aktuell/2018-01/geburten-2017-mehr-muenchner-kindl-denn-je-in-staedtischen-kliniken-muenchen.html>

20 Rathaus Umschau 243 / 2017, veröffentlicht am 22.12.2017. <https://ru.muenchen.de/2017/243/Trotz-geringerer-Einwohnerzahl-Muenchen-waechst-weiter-76240>

21 Demografiebericht München Teil 1. Bevölkerungsprognose 2015 bis 2035 (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/Stadtentwicklung/Grundlagen/Bevoelkerungsprognose.html>; aufgerufen am 04.07.2018)

22 Demografiebericht München Teil 1 S. 61, April 2017

(TFR) wird sich voraussichtlich auf einem vergleichsweise hohen Niveau der letzten Jahre stabilisieren. Dies wurde auch für die Annahmen der Planungsprognose 2015 bis 2035 zugrunde gelegt. Nach der Planungsprognose 2015 bis 2035 ist mit den Annahmen zur Migration mit einem Anstieg auf fast 19.800 Geburten bis 2035 zu rechnen, wobei 2022 voraussichtlich die 19.000 Marke überschritten wird. Zukünftig werden mehr Neugeborene als je zuvor in München leben. Demgegenüber steigen auch die Sterbefallzahlen, da den schwach besetzten Jahrgängen stärker besetzte folgen. In der Bilanz der Geburten und Sterbefälle ist zukünftig mit weiteren Geburtenüberschüssen von über 5.000 pro Jahr zu rechnen, die entsprechend zum Einwohnerwachstum beitragen werden. Dabei beschreibt die Planungsprognose die wahrscheinlichste Entwicklung, auf die sich die Landeshauptstadt aus heutiger Sicht realistischerweise einzustellen hat. Die zukünftig zu erwartende Elterngeneration wird maßgeblich durch Zu- und Abwanderung bestimmt. Da diese Migration zunehmend internationaler und komplexer wird, ist auch eine Vorhersage hinsichtlich Einwohnerzahl und Geburten mit höheren Unsicherheiten verbunden.“²³

3.1.2 Geburten von Frauen aus dem Umland in Münchner Geburtskliniken

In der Sitzungsvorlage „Geburtshilfe I“ (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 10361) wurde dem Stadtrat im April 2018 dargestellt, dass die Gesamtzahl Geburten im Stadtgebiet München neben den Geburten der Münchnerinnen zusätzlich die Entbindungen von Frauen, die ihren Wohnsitz nicht in München haben, erfasst. Der Anteil dieser Entbindungen lag in den letzten fünf Jahren bei etwa 25 Prozent.

Werden ausschließlich die Geburten in den zehn Münchner Geburtskliniken betrachtet, ist der Anteil an Geburten von Frauen aus dem Umland, die in den Kliniken der StKM entbunden haben, im Vergleich mit dem Durchschnitt aller Münchner Geburtskliniken leicht erhöht.

3.2 Zukünftige Bedarfe an Kreißsälen

Auf der Basis der Planungsprognosen des PLAN (19.746 Geburten für 2035) und unter der Annahme einer gleichbleibenden Progression der Geburten von Frauen aus dem Münchner Umland in München ist von einer Steigerung aller Geburten in München (Geburten von Münchnerinnen und von Frauen aus dem Umland)²⁴ auf 26.500 bis zum Jahr 2035 auszugehen.

²³ Siehe Anlage 4.

²⁴ Betrachtet werden alle Geburten innerhalb Münchens, aber auch Geburten von Kindern, die in München ihren Hauptwohnsitz haben, aber in einer Klinik außerhalb geboren wurden. Auch wenn diese Zahl Geburten inkludiert, die nicht in München stattgefunden haben, muss auf diese Zahl zurückgegriffen werden, da in der Prognose die Geburtenfälle am Hauptwohnsitz gezählt werden.

Auf die Kliniken der StKM würden unter der Annahme eines konstanten Versorgungsanteils an allen Geburten im Jahr 2035 mindestens 6.900 Geburten entfallen. Dies entspricht einer Steigerung im Vergleich zum Jahr 2017 von 11 Prozent.

Für die etwa 22.935 Kinder, die in 2017 in Münchner Kliniken entbunden wurden, standen im letzten Jahr 50 Kreißsäle in elf Münchner Geburtsabteilungen zur Verfügung. Dies entspricht rein rechnerisch 450 Geburten/ Kreißsaal. 27 Prozent dieser Geburten wurden in den Jahren 2015 bis 2017 in den Geburtskliniken der StKM (an den Standorten Neuperlach, Harlaching und Schwabing) entbunden. Dies entspricht mehr als 500 Geburten/ Kreißsaal in den Geburtsabteilungen der StKM. Daraus würden sich auch vor dem Hintergrund einer aktuell bereits an Kapazitätsgrenzen stoßenden Geburtshilfe folgende Notwendigkeit ergeben:

Auf der Grundlage dieser Berechnungen wären für die Landeshauptstadt München perspektivisch mindestens 54 Kreißsäle erforderlich. Dies sind vier mehr als derzeit zur Verfügung stehen.

4. Kapazitäten in der Geburtshilfe

Zu dem Anliegen der Petition ist aus Sicht der Stadtkämmerei als Betreuungsreferat auf der Grundlage der Stellungnahme der StKM Folgendes anzuführen:

4.1 Position der StKM

„Schließung Geburtshilfe Klinikum Neuperlach (Petition von Motherhood e.V. und der Initiative für den Erhalt der Geburtshilfe im Klinikum Neuperlach)

Kernbestandteil des Medizinkonzeptes der StKM ist die Fokussierung von medizinischen Leistungssegmenten an einzelnen Standorten. Dieses Prinzip gilt sowohl für die Klinika im Süden (Neuperlach und Harlaching) als auch für die Klinika im Norden (Bogenhausen und Schwabing).

Die StKM ist überzeugt, dass durch die Bündelung von Kompetenzen ein hohes medizinisches Qualitätsniveau gesichert werden kann. Darüber hinaus ermöglicht die Schwerpunktsetzung die Schaffung eines Versorgungsangebots, das sich verstärkt an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert.

Bei der Erstellung des Medizinkonzeptes wurden neben den durch den Bevölkerungszuwachs in München bedingten Veränderungen in der Patientenanzahl ebenfalls die demografisch bedingten Veränderungen der Patientenstruktur als Grundlage und Einflussfaktoren berücksichtigt. Diese

Annahmen werden jährlich neu bewertet und sind damit durchgängig am Versorgungsbedarf der Münchner Bevölkerung ausgerichtet.

Auch zukünftig wird die StKM das gesamte Leistungsspektrum anbieten und damit den Versorgungsauftrag vollumfassend gewährleisten.

Für den Münchner Süden (Klinikum Neuperlach und Klinikum Harlaching) wurde aus Patientenperspektive sowie unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte, die Entscheidung getroffen, den derzeit größeren Standort Harlaching im Bereich der Geburtsvorsorge und Geburtshilfe entsprechend auszubauen. Wie im Norden mit dem Klinikum Schwabing wird es daher auch im Süden mit dem Klinikum Harlaching zukünftig einen zentralen Versorgungsanbieter innerhalb der StKM im Bereich Eltern/Kind geben.

Die medizinische Versorgung wird patientenorientiert nicht nur rund um das „Ereignis der Geburt“ in Harlaching konzentriert. Die fachabteilungsübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen wird ebenfalls gestärkt. Ziel ist es, die Behandlungsangebote der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Frühgeborenenmedizin (Neonatologie) sowie Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) bestmöglich auf die Bedürfnisse der Familien und deren Kinder auszurichten.

Im Klinikum Harlaching sind nach Zusammenlegung der Abteilungen und nach Abschluss der Baumaßnahmen (ab 2024) 4.000 Geburten jährlich geplant. Dafür werden sieben Kreißsäle zukünftig in Harlaching betrieben.

Im Klinikum Schwabing sind künftig (ab Mitte 2020) sechs Kreißsäle und 3.000 Geburten jährlich geplant.

An den Qualitätsmerkmalen und der niedrigen Kaiserschnitttrate durch das Angebot der eingriffsarmen Geburtshilfe und der dazu entwickelten geburtshilflichen Techniken wird sich durch eine Standortverlegung nichts ändern.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- In den Frauenkliniken des Städtischen Klinikums München kommen heute schon im deutschlandweiten Vergleich die meisten Kinder zur Welt.
- Die Kapazitäten werden im Rahmen der Neuausrichtung weiter deutlich ausgebaut.
- Durch die Schließung der Kreißsäle auch im Münchner Umland kommt der StKM damit die erweiterte Rolle eines regionalen Versorgers zu. Auch dieser Verantwortung wird das Klinikum gerecht.

- Es handelt sich bei der Geburtsabteilung im Klinikum Neuperlach um die kleinste Einheit im Verbund. Diese Einheit wird nach Harlaching verlegt und nicht ersatzlos geschlossen, denn die Kapazitäten im Geburtsbereich der StKM insgesamt steigen deutlich – auch wenn öffentlich scheinbar versucht wird, einen anderen Eindruck entstehen zu lassen.
- An den beiden Klinikumsstandorten Harlaching und Schwabing befinden sich heute schon die Perinatalzentren auf dem höchsten Versorgungsniveau. Das bedeutet eng angeschlossene Neonatologien zur Versorgung von Frühchen sowie die an den Standorten angeschlossenen renommierten Kinderkliniken. Beide Einheiten sind im Klinikum Neuperlach nicht vorhanden und schränken somit bereits heute die medizinische Versorgung einiger Schwangerer ein bzw. schließen die Versorgung von Risikoschwangerschaften in großen Teilen aus. Das ist ein Grund für eine nicht unerhebliche Anzahl von Verlegungen oder Abweisungen, die medizinisch geboten sind, aber gleichzeitig im kritischen öffentlichen Diskurs an anderer Stelle eine vermeintliche Mangelversorgung im Geburtsbereich begründen sollen. Die Verlegung der Neuperlacher Geburtsabteilung sowie die Erhöhung der Gesamtkapazitäten sind zwei wesentliche Maßnahmen, um die Anzahl der aktuell notwendigen Verlegungen innerhalb Münchens zu reduzieren.

Entwicklung Geburtshilfe in der StKM insgesamt

Auf Basis des vom Stadtrat beschlossenen Medizinkonzeptes waren ursprünglich für das Klinikum Harlaching 3.000 und für das Klinikum Schwabing ebenfalls 3.000 Geburten geplant. Inzwischen hat sich die Situation in der Versorgung Schwangerer aufgrund der Schließung von Geburtskliniken im Umland geändert und dementsprechend wurden auch die baulichen Planungen angepasst. Die Planung sieht aktuell wie folgt aus:

Harlaching

- Baulich geplant für 4.000 Geburten/ Jahr (ab Neubau, Mitte 2024)
- 7 Entbindungssäle
- 94 Betten für die „Frauenklinik“ (plus 15 im Vergleich zum Sanierungsumsetzungskonzept, Stand Bedarfsfeststellung 05.04.2018), davon ca. 47-62 Betten für Geburtshilfe (Spezifikation mit nächster Wirtschaftsplanung)

Schwabing

- Baulich geplant für 3.000 Geburten/ Jahr (ab Abschluss BA1, Mitte 2020)
- 6 Entbindungssäle
- Von 62 Betten der Gynäkologie und Geburtshilfe sind 36 Betten isoliert für Geburtshilfe vorgesehen

Durch die Anzahl der Entbindungssäle, die nach Baufertigstellung mit adäquater Personalplanung betrieben werden, ergibt sich die Anzahl der möglichen Geburten, die in den beiden Häusern stattfinden können. In den Kliniken gibt es zudem Vorhaltungen für Not-Sectios und Ausweichkapazitäten bei hohem Geburtenaufkommen. Darüber hinaus stehen neben den Entbindungsplätzen auch Gebärdewannen zur Verfügung. Ein über das derzeit beschlossene Medizinkonzept hinausgehende Konzept liegt in der StKM nicht vor und ist aus Sicht der StKM nicht erforderlich.“

4.2 Fazit aus Sicht der Stadtkämmerei

An der Zusammenlegung der geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken Neuperlach und Harlaching im Zuge des Neubaus des Klinikums Harlaching sollte festgehalten werden, da es keine neuen Erkenntnisse gegenüber der letzten Beschlussfassung zum Medizinkonzept²⁵ gibt. Die aktuellen Planungen mit einer Versorgung von 7.000 Geburten/Jahr bis 2024 durch die StKM tragen den steigenden Geburtenzahlen Rechnung. Darüber hinaus sind die weiteren an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Münchner Plankrankenhäuser bezüglich der Nachfrageentwicklung ebenso vom Freistaat Bayern im Rahmen der Krankenhausplanung in die Pflicht zu nehmen. Die StKM ist sich ihrer Rolle im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge bzw. der Sicherstellung des Versorgungsauftrags bewusst, nimmt diese Verantwortung wahr und kann im Bedarfsfall gemeinsam mit der Landeshauptstadt München als Trägerin entsprechend reagieren. Grundsätzlich ist es möglich, bedarfsabhängig Betten für die Geburtshilfe zu schaffen, um einem weiter steigenden Bedarf bei der geburtshilflichen Versorgung gerecht zu werden. Sofern hier auch mit Auswirkungen aufgrund der Schließung von geburtshilflichen Abteilungen im entfernteren Umland (Bad Tölz, Bad Aibling) gerechnet wird, sind die Planungen der Geburtskliniken im entfernteren Umland in die Analyse miteinzubeziehen. Erst nach Feststellung des künftigen Versorgungsbedarfs – unter Einbezug der weiteren Leistungsanbieter – kann eine weiterführende Kapazitätsplanung, unterlegt mit einer validen Kostenplanung durch die StKM erfolgen.

²⁵ Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) Umsetzungs- und Planungsstand Medizinkonzept - Aktueller Sachstand der Sanierungsmodule, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 07658.

4.3 Bewertung der zu berücksichtigenden Faktoren der aktuellen und zu erwartenden geburtshilflichen Kapazitätserfordernisse für München durch das RGU

Wie im Abschnitt 3.2 dargestellt, wären für die Landeshauptstadt München perspektivisch mindestens 54 Kreißsäle erforderlich, also vier mehr als aktuell vorhanden, um den prognostizierten Geburtenanstieg bis 2035 bewältigen zu können. Laut einer Abfrage des RGU im Juli 2018 planen mindestens zwei Einrichtungen in München außerhalb der Städtischen Kliniken eine Erweiterung ihrer Kreißaalkapazitäten. Wie oben aufgezeigt, beabsichtigt die StKM bis Mitte 2024 seine Kapazitäten um zwei Kreißsäle von derzeit elf auf 13 auszubauen.

Rein rechnerisch sind die geplanten Kapazitätserweiterungen der Kreißsäle also ausreichend im Hinblick auf die Geburtenprognosen in München. Das RGU stimmt auch dem von der Stadtkämmerei genannten Argument des höheren medizinischen Qualitätsniveaus größerer Einrichtungen, das internationalen Studien entspricht, zu, zumal diese besser auf Fluktuation reagieren können.²⁶

Dennoch empfiehlt das RGU dem Stadtrat, in der derzeitigen geburtshilflichen Versorgungssituation, die Geburtshilfe am Standort Neuperlach zumindest vorübergehend zu erhalten. Dies geschieht auf der Basis der folgenden Argumente:

Unsicherheiten bei den Prognosen zur Geburtenentwicklung

Aus Sicht des RGU sollten im Rahmen eines zukünftigen Konzepts einer bedarfsgerechten geburtshilflichen Versorgung nicht nur die moderaten, sondern auch die oberen Szenarien zugrunde gelegt werden und an diesen der Bedarf ermittelt werden.

Prognosen des PLAN in dem Szenario der oberen Variante (ein anhaltendes Einwohnerwachstum in der Größenordnung von Boom- bzw. Wachstumsjahren wird zugrunde gelegt) sagen eine stärkere Entwicklung der Geburten von Münchnerinnen voraus als die unseren Berechnungen zugrunde gelegte Planungsprognose.²⁷ Die obere Variante geht von 20.932 Geburten aus.

Schon heute ist die Situation angespannt

Entscheidend aus Sicht des RGU ist zu berücksichtigen, dass bereits jetzt die Situation in der Münchner stationären Geburtshilfe angespannt ist und sowohl Mütter und Familien als auch die Versorgerinnen/ Versorger (Ärztinnen/ Ärzte,

²⁶ Allen M, Thornton S. Providing one-to-one care in labour. Analysis of 'Birthrate Plus' labour ward staffing in real and simulated labour ward environments. BJOG. 2013 Jan;120(1):100-7.

²⁷ Demografiebericht München: Teil 1. 2015 bis 2035. https://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:5bcfb10e-5c87-4ae1-9d2d-eb2dd8a1d43d/2017_Demografiebericht1_2035.pdf. In diesem wird von 19.746 Geburten in der mittleren Variante und von 20.932 im Szenario der Oberen Variante ausgegangen. Entbindungen ausgegangen.

Hebammen/ Entbindungspfleger und weiteres Pflegepersonal) in unterschiedlichen Gremien (wie der AG Geburtshilfe), aber auch in der Öffentlichkeit, auf die oftmals belastende Versorgungssituation in der Geburtshilfe hinweisen. Dies wird auch in der Stadtratsanfrage Nr. 14-20 / F 01157 „Wie stand es um die Versorgungssituation schwangerer Frauen in München im vergangenen Jahr 2017?“ vom 29.05.2018 dargestellt. Sie zeigt unter anderem auf, dass im Klinikum Schwabing im Jahr 2017 insgesamt 6,6 Prozent der Frauen nicht entbunden werden konnten. Im Klinikum Harlaching waren es im selben Jahr 5,1 Prozent.²⁸

Eine kürzlich vom Leitenden Oberarzt der Geburtsklinik in Großhadern vorgestellte, noch unveröffentlichte Studie²⁹ kommt zu dem Schluss, dass es zu 15 Prozent der Zeiten zu einer fast kompletten Auslastung der Kreißsäle kam.

In dieser Studie wird auch aufgezeigt, dass 72 Prozent der aufgenommenen Schwangeren nicht zur Entbindung, sondern zur Schwangerschaftsbetreuung in den Kreißsaal kamen und etwa 39 Prozent der Betreuungszeit der anwesenden Hebammen banden. Hier handelt es sich um Patientinnen, die Kreißsaalkapazitäten binden, aber den Kreißsaal wieder verlassen, ohne entbunden zu haben. Diese vergleichsweise hohe Zahl lässt sich unter anderem durch die zunehmende Zahl von Risikoschwangerschaften erklären.

Einfluss des steigenden Anteils von Risikoschwangerschaften

Während früher die höchste Geburtenhäufigkeit bei Frauen in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren lag, betrifft dies heute die Altersgruppe der 30-34-Jährigen. Nach den Feststellungen in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes zwischen 1991 und 2003 auf 30,5 Jahre angestiegen.³⁰ Dies bedeutet aber auch, dass heute mehr Erstgebärende bereits das Alter von 35 Jahren überschritten haben und damit – entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien – bereits als Risikoschwangere angesehen werden.

Zusätzlich müssen andere Risikofaktoren wie Frühgeburtsbestrebungen, Mehrlingsgeburten, Überwachung im Rahmen von schwangerschaftsassozierten Erkrankungen wie z. B. der Schwangerschaftshypertonie berücksichtigt werden. So ist z. B. die Anzahl der Mehrlingsgeburten bundesweit deutlich angestiegen:³¹

28 Antwortschreiben auf StR-Antrags-Nummer: 14-20 / F 01157 Wie stand es um die Versorgungssituation schwangerer Frauen in München im vergangenen Jahr 2017? https://www.ris-muenchen.de/RII/RII/ris_antrag_dokumente.jsp?risid=4900290

29 Studie zur Kapazitäten und tageszeitlichen Schwankungen in Münchner Kreißsälen. Hasbargen U, Speck T. Et al. (Publikation in Vorbereitung)

30 Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 3. Bericht, Robert-Koch-Institut und Destatis (Hrsg.), November 2015,

31 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMehrlinge.html>

Tabelle: Frauen mit Mehrlingsgeburten

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Frauen mit Mehrlingsgeburten	11.490	11.881	12.355	13.270	13.637	14.635

(Quelle: Daten zu Frauen mit Mehrlingsgeburten, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017, Abrufdatum: 06.08.2018; <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMehrlinge.html>)

Dieser Trend wurde auch in Bayern und damit auch für München festgestellt.³²

Insbesondere vor dem Hintergrund des im vorigen Abschnitt beschriebenen hohen Anteils an Schwangerschaftsbetreuung im Kreißaal, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Entbindung erfolgt, ist davon auszugehen, dass die steigende Anzahl an Risikoschwangerschaften in Zukunft bedeutend mehr Kapazitäten in der Versorgung binden wird.

Monatliche Schwankungen

Die Geburtshilfe verzeichnet große monatliche Schwankungen. So kamen z. B. im Mai 2017 in München 1.143 Kinder zur Welt, im November 2017 hingegen 1.877 Kinder. Dies kann in Spitzenzeiten zu einer Überlastung der Münchner Geburtshilfe führen.

Geburten von Frauen aus dem Umland in Münchner Geburtskliniken

Im Jahr 2017 haben drei geburtshilfliche Abteilungen mit insgesamt mehr als 1.800 Geburten pro Jahr im unmittelbaren Münchner Umland aus unterschiedlichen Gründen ihre geburtshilflichen Abteilungen geschlossen. Derzeit ist es noch nicht möglich, die weitere Entwicklung und auch die Auswirkungen des in 2018 angekündigten Zukunftsprogramms Geburtshilfe, das einen Defizitausgleich für Geburtsabteilungen in Krankenhäusern im ländlichen Raum anstrebt, abzuschätzen. So sollten im Sinne der Sicherstellung der Geburtshilfe die Umlandgeburten bei der Ermittlung der Bedarfe mit einbezogen und sichergestellt werden, dass die geburtshilflichen Abteilungen in München über ausreichend Kapazitäten verfügen. Dabei ist auch für die StKM zu berücksichtigen, dass dort überproportional viele Frauen aus dem Umland entbanden und somit ein Kapazitätsabbau der Geburtshilfe im Umland die StKM besonders treffen würde.

5. Fazit aus Sicht des RGU

In Bayern besteht bezüglich der Krankenhaus- und Hebammenversorgung ein Sicherstellungsauftrag. Danach sind die Landkreise bzw. die kreisfreien Städte

³² https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2015/347_2015.php

verpflichtet, „unbeschadet bestehender Verbindlichkeiten Dritter, in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten und die Hebammenhilfe für die Bevölkerung sicherzustellen“.³³

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Unsicherheiten der Prognosen zur Geburtenentwicklung sollte nach Auffassung des RGU für ein Konzept einer bedarfsgerechten geburtshilflichen Versorgung die vom PLAN erstellte Planungsprognose als Mindestgrundlage für die Kalkulation der erforderlichen geburtshilflichen Kapazitäten betrachtet und Abweichungen nach oben als wahrscheinlich angenommen werden. Dafür spricht auch der Umstand, dass die zukünftige Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung im Münchner Umland derzeit nicht eingeschätzt werden kann. Es können nur sehr unsichere Aussagen zur Entwicklung der Umlandkliniken getroffen werden. Sollten dort Kliniken schließen, hätte das voraussichtlich einen direkten Anstieg der Geburten in München zufolge. Darüber hinaus gelten die bereits aufgelisteten Argumente der schon feststellbaren Kapazitätsgrenzen der Münchner Geburtshilfe, des prognostizierten Anstiegs der Risikogeburten und damit einhergehender Bindung von Kreißsaalkapazitäten sowie der monatlichen Schwankungen, die in Spitzenzeiten zu einer Überlastung der Geburtshilfe führen können.

Ein vorläufiger Erhalt der geburtshilflichen Abteilung in Neuperlach ist bis zum Abschluss der Baumaßnahmen am Klinikum Harlaching (circa im Jahr 2024) geplant. Vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages der Landeshauptstadt München und o. g. Argumente sollte zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Schließung der geburtshilflichen Abteilung für 2024 ins Auge gefasst werden, sondern eine erneute Bewertung der Situation perspektivisch in etwa fünf Jahren erfolgen.

Die Beschlussvorlage ist mit der Gleichstellungsstelle für Frauen und dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung abgestimmt.

Anhörung des Bezirksausschusses

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

Die Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Dr. Ingo Mittermaier, der Korreferent der Stadtkämmerei, Herr Prof. Dr. Hans Theiss, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Horst Lischka, die Gleichstellungsstelle für Frauen, das Referat für Stadtplanung und Bauordnung sowie die Stadtkämmerei haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

³³ Bloeck/Hauth, Praxis der Kommunalverwaltung, zu Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Landkreisordnung

II. Antrag der Referentin und des Referenten

1. Die Petition „Protest gegen Schließung der Geburtsabteilung des Städt. Klinikums Neuperlach“ wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Auftrag des Finanzausschusses vom 26.09.2017, „ein Konzept vorzulegen, wie die Städtischen Kliniken ab 2025 die vom Referat für Gesundheit und Umwelt prognostizierten 8.000 Geburten versorgen wollen“ ist erledigt.
3. Der Empfehlung des Referats für Gesundheit und Umwelt, die Geburtshilfe am Standort Neuperlach bis 2024 zu erhalten, wird zugestimmt.
4. Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die Versorgungssituation in der Geburtshilfe in 2023 zu evaluieren und dem Stadtrat erneut zu berichten.
5. Die Stadtkämmerei und das Referat für Gesundheit und Umwelt werden beauftragt, anschließend eine Beschlussfassung über den Fortbestand oder die Schließung der Geburtshilfe am Standort Neuperlach über das Jahr 2024 hinaus in den Stadtrat einzubringen.
6. Der Bitte der Petition wird aus den im Beschlussvortrag dargelegten Gründen entsprochen.
7. Die Stadtkämmerei wird beauftragt, den Initiatoren der Petition das Ergebnis der Stadtratsbefassung mitzuteilen.
8. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Die endgültige Entscheidung in dieser Angelegenheit bleibt der Vollversammlung des Stadtrates vorbehalten.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Der/Die Vorsitzende

Der Referent

Die Referentin

Ober-/Bürgermeister

Christoph Frey
Stadtkämmerer

Stephanie Jacobs
Berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle
an das Revisionsamt
an die Stadtkämmerei
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an das RGU RGU-RL-RB-SB
- V. Wv RGU RGU-RL-RB-SB
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).