

Mitteilung des Senats

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie: Wie ist die Versorgung im Land Bremen?

Kleine Anfrage
der Fraktion der FDP vom 11.09.2024
und Mitteilung des Senats vom 22.10.2024

Vorbemerkung der Fragestellerin:

Die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie) ist ein hochspezialisierter Bereich der Medizin, der sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen erfordert. In Bremerhaven hat sich die Versorgungslage in den letzten Jahren durch Ärztemangel und strukturelle Herausforderungen deutlich verändert. Nach der Rückgabe des Versorgungsauftrags durch das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide im Jahr 2018 und der Einstellung der MKG-Sektion im Jahr 2022 aufgrund von Fachärztemangel weisen die Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte immer wieder darauf hin, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Einschränkungen in der Patientenversorgung drohen.

In der Stadt Bremen hingegen scheint die Versorgungssituation im Bereich der MKG-Chirurgie stabil zu sein. Dennoch ist eine Evaluierung der aktuellen Lage für beide Stadtgemeinden geboten, um sicherzustellen, dass eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität gewährleistet bleibt und zukünftige Bedarfe frühzeitig erkannt werden.

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

Versorgungslage:

1. Wie hat sich die Zahl der für die MKG-Versorgung zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven seit 2015 jeweils jährlich entwickelt?

Laut der Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen (KZV Bremen) sind zum Stichtag 31.12.2023 16 MKG-Chirurgen im Land Bremen niedergelassen. Davon sind 2 in der Stadtgemeinde Bremerhaven und 14 in der Stadtgemeinde Bremen tätig. Zum 31.12.2015 waren noch 23 MKG-Chirurgen (19 in Bremen und 4 in Bremerhaven) niedergelassen. Die Entwicklung der ärztlichen Vollzeitäquivalente am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide und am Klinikum Bremen-Mitte kann den nachfolgenden Tabellen 1 und 2 entnommen werden.

Tabelle 1: Ärztliche Vollzeitäquivalente MKG-Chirurgie am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, 2015-2024

Vollzeitäquivalente Ärzt:innen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Hochrechnung 2024
-----------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	----------------------

KBR MKG Klinik	7,24	6,04	7,19	3,86	4,00	4,25	4,08	2,03	0,00	0,00
MVZ MKG Praxis	3,57	4,09	3,42	3,96	4,91	4,42	5,27	5,09	4,64	5,13
Summe	10,81	10,13	10,60	7,82	8,91	8,67	9,35	7,11	4,64	5,13

Tabelle 2: Ärztliche Vollzeitäquivalente (VK) MKG-Chirurgie am Klinikum Bremen-Mitte, 2015-2023

Vollzeitäquivalente Ärzt:innen	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
KBM	10,2	10,1	10,6	10,2	10,7	10,4	9,4	8,8	8,8
MVZ	4,3	4,3	4,4	5,3	4,5	6,0	4,9	4,8	4,5
Summe	14,5	14,4	15,0	15,5	15,2	16,4	14,3	13,6	13,3

2. Wie viele MKG-Chirurgen sind aktuell mit Teilzulassung bzw. in Teilzeit tätig und wie hat sie die Quote in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Laut der KZV Bremen bestanden zum Stichtag 31.12.2023 im Land Bremen 2 Teilzulassungen (beide in der Stadtgemeinde Bremen); in 2015 lagen keine Teilzulassungen vor.

3. Wie bewertet der Senat die ambulante ärztliche Versorgungssituation im Bereich der MKG-Chirurgie für die beiden Stadtgemeinden und welche Handlungsbedarfe werden gesehen?

Nach Auskunft der KZV Bremen ist die Anzahl der Vertragszahnarztpraxen seit Jahren rückläufig. Gleichzeitig sinken die Behandlungskapazitäten durch eine geringere Wochenstundenzahl bei den angestellten Zahnärzt:innen. Eine Feststellung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung besteht seitens des Landesausschusses für Bremen derzeit jedoch nicht.

Für den Senat ist die ambulante zahnärztliche Versorgungssituation immer im Zusammenhang mit der stationären Versorgung zu betrachten. Die daraus resultierenden Kooperationserfordernisse werden gerade jetzt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung von Zahnärzt:innen und MKG-Chirurg:innen sowie des Ambulantisierungspotentials im Bereich der MKG-Chirurgie immer bedeutender. Handlungsbedarf besteht in einer besseren Verzahnung des stationären mit dem ambulanten zahnmedizinischen Bereich, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

4. Auf welcher Grundlage erfolgen die Einschätzung der Angemessenheit der ambulanten-ärztlichen Versorgungssituation sowie die Ableitung zukünftiger Versorgungsbedarfe in den Stadtgemeinden?

Die Fragen 4 und 5 werden gemeinsam beantwortet, siehe Frage 5.

5. Inwiefern findet zur Versorgungssituation ein Austausch zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Bremen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen statt bzw. inwiefern wird ein solcher vom Senat für notwendig erachtet?

Die Fragen 4 und 5 werden gemeinsam beantwortet.

Grundlage für die Einschätzung der Angemessenheit der ambulanten Versorgungssituation ist die Bedarfsplanung der hierfür ausschließlich zuständigen Kassen/-zahnärztlichen Vereinigungen für den vertragsärztlichen sowie vertragszahnärztlichen Bereich. Die rechtlichen Vorgaben zur ambulanten Bedarfsplanung sehen getrennte Versorgungsplanungen für den ärztlichen und den zahnärztlichen Bereich, ohne eine Beteiligung des jeweils anderen Bereichs, vor. Inwieweit sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen austauschen, ist dem Senat nicht bekannt. Grundsätzlich erachtet

der Senat eine stärkere Zusammenarbeit der KV Bremen und KZV Bremen im Bereich MKG-Chirurgie als wünschenswert. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass im ambulanten Bereich keine MKG-spezifische Bedarfsplanung erfolgt und somit unter den gegebenen rechtlichen Vorgaben nur geringe Effekte bei einem Austausch zu erwarten sind.

6. Welche Kenntnis hat der Senat, wie sich die Zahl der am Klinikum Bremen-Mitte versorgten Patientinnen und Patienten aus Bremerhaven und dem Landkreis Cuxhaven seit 2019 entwickelt hat?

Frage 6 und 7 werden gemeinsam beantwortet, siehe Beantwortung Frage 7.

7. Wie haben sich die Behandlungskapazitäten in der stationären MKG-Versorgung am Klinikum Bremen-Mitte in den vergangenen zehn Jahren entwickelt? (Bitte aufschlüsseln nach Planbetten, Behandlungsfälle, Belegungstage und Auslastung.)

Frage 6 und 7 werden gemeinsam beantwortet.

Die Zahl der am Klinikum Bremen-Mitte versorgten Patient:innen aus der Stadtgemeinde Bremerhaven, dem Landkreis Cuxhaven sowie die Zahl der Planbetten, Behandlungsfälle, Belegungstage und der Auslastungsgrad können der nachfolgenden Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Behandlungskapazitäten in der stationären MKG-Versorgung am Klinikum Bremen-Mitte und versorgte Patient:innen aus Bremerhaven und dem Landkreis Cuxhaven, 2015-2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Planbetten	32	32	32	30	28	28	28	28	28
Fallzahl	1.649	1.729	1.585	1.307	1.399	1.040	1.162	997	1.061
Patient:innen aus Bremerhaven	16	7	6	5	6	10	9	21	60
Patient:innen aus Cuxhaven	6	11	15	15	12	8	8	26	58
Auslastung der Planbetten	71%	71%	69%	54%	67%	46%	47%	36%	36%
Belegungstage	8.293	7.879	7.094	5.930	6.327	4.327	4.518	3.420	3.340

8. Inwiefern ist es nach Kenntnis des Senats in den vergangenen zwei Jahren zu Einschränkungen in der MKG-Versorgung am Klinikum Bremen-Mitte gekommen und aus welchen Gründen?

Nach Auskunft der Gesundheit Nord kam es in den vergangenen zwei Jahren in der MKG-Versorgung am Klinikum Bremen-Mitte temporär zu Einschränkungen. Notfälle wurden immer versorgt, bei anderen akuten Fällen kam es im Einzelfall hingegen zu Abverlegungen in andere Krankenhäuser. Bei elektiven MKG-Eingriffen besteht eine Warteliste.

Wie in vielen anderen Bereichen ist das fehlende Pflegepersonal der limitierende Faktor in der Patient:innenversorgung. Wenn Behandlungskapazitäten reduziert oder Operationen verschoben werden mussten, lag dies in der Regel an der eingeschränkten Verfügbarkeit von Pflegepersonal oder an der eingeschränkten Verfügbarkeit von OP-Pflegepersonal.

9. Zu welchen Wartezeiten kommt es aktuell bei MKG-chirurgischen Behandlungen?

In der stationären MKG-chirurgischen Behandlung im Klinikum Bremen-Mitte betragen die Wartezeiten nach Angaben der Gesundheit Nord derzeit in der Frakturversorgung 8-10 Tage (ausgenommen Notfälle), bei Tumoroperationen ca. 4-6 Wochen, und bei der Zahnsanierung

von Patient:innen, die aufgrund Ihrer Risikoanamnese nicht ambulant versorgt werden können, ca. 3 Monate. Für Eingriffe im MVZ mit ambulanter Narkose beträgt die Wartezeit derzeit ca. 2-3 Monate.

10. Welche Handlungsbedarfe sieht der Senat bei den MKG-spezifischen Behandlungskapazitäten – auch perspektivisch – oder werden diese als ausreichend erachtet?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eine Disziplin mit einem vergleichsweise hohen ambulanten Potenzial ist. Die Tabelle 3 in Frage 7 und die Tabelle 4 in Frage 17 zeigen, dass sich die stationären Behandlungsfälle in den vergangenen Jahren bereits deutlich reduziert haben, das Personal hingegen nicht in gleichem Maße abgenommen hat. Die geplanten vollstationären Behandlungskapazitäten im Klinikum Bremen-Mitte werden mit Blick auf die Zahl der tatsächlich versorgten Behandlungsfälle als ausreichend angesehen. Wie bereits erwähnt, ist das Pflegepersonal der limitierende Faktor in der Leistungserbringung.

11. Wie haben sich die Behandlungskapazitäten in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide nach Rückgabe des Versorgungsauftrags für die MKG-Chirurgie seit Dezember 2018 entwickelt?

Laut dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide hat sich die Behandlungskapazität der HNO-Klinik nicht wesentlich aufgrund der Rückgabe des Versorgungsauftrages MKG verändert. Unter krankenhauplanerischen Gesichtspunkten verfügt die Fachabteilung für HNO-Heilkunde über 24 vollstationäre Planbetten.

12. Inwiefern hat die Rückgabe des Versorgungsauftrages aus Sicht des Senats zu Einschränkungen in der MKG-Versorgung in Bremerhaven geführt?

Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine Verlagerung der stationären Patientenversorgung im MKG-Bereich vom Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide hin zum Klinikum Bremen-Mitte erfolgt ist. So wurden im Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2023 dreimal so viel Patient:innen aus Bremerhaven versorgt, wie im Jahr zuvor (siehe Tabelle 3).

Der Senat teilt zudem die Einschätzung des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide, dass in der Vergangenheit erfolgte stationäre Behandlungen zumindest teilweise in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Dadurch wirkt sich die Rückgabe des Versorgungsauftrages des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide weniger einschränkend auf die MKG-Versorgung in Bremerhaven aus.

Laut dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gibt es in der stationären Versorgung lediglich für eine sehr überschaubare Anzahl elektiver Eingriffe Einschränkungen für die Stadtgemeinde Bremerhaven (z.B. bei großen tumorchirurgischen Eingriffen, die Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder Umstellungsosteotomien). Größer sei der Versorgungsbedarf zum Beispiel bei Entzündungen im Zahnbereich oder nach zahnärztlicher Behandlung, die außerhalb der Sprechzeiten von zahnärztlichen Praxen in Bremerhaven nicht versorgt werden können. Gleiches gilt bei der zahnärztlichen Behandlung von Patient:innen mit schwereren Vorerkrankungen oder schlechter Compliance, die ambulant schwer zu führen sind.

13. In welchem Umfang können aktuell Tumorpatienten oder Unfallopfer mit Verletzungen im MKG-Bereich behandelt werden?

Laut des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide werden im zertifizierten Hautkrebszentrum der angeschlossenen Dermatologie Patient:innen mit Hauttumoren im Kopf-Gesichtsbereich versorgt. Aufgrund der Überschneidung der Fächer können viele Tumore im Mund-Rachenbereich, genauso wie Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels, durch die HNO-Klinik behandelt werden.

14. Wie wird die Maximalversorgung und Behandlung polytraumatisierter Patientinnen und Patienten im MKG-Bereich sichergestellt?

Nach Angaben des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide werden polytraumatisierte Patient:innen sekundär zur operativen Versorgung nach Bremen oder Oldenburg verlegt, sollten operationsbedürftige Verletzungen nicht durch die HNO-Klinik des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide versorgt werden können. Da die Versorgung solcher Frakturen selten am Anfang der Polytraumaversorgung durchgeführt wird, können diese Verlegungen geplant und elektiv erfolgen. Dies ist in den letzten zwei Jahren nur in sehr seltenen Einzelfällen notwendig gewesen.

15. In wie vielen Fällen war die Notaufnahme in den vergangenen zwei Jahren gezwungen, an eine andere Klinik zu verweisen, weil die Patientenversorgung durch oder mit einem MKG-Chirurgen zu erfolgen hatte?

Das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide berichtete, dass es häufiger Patient:innen gebe, die mit Entzündungen im Zahnbereich oder nach zahnärztlicher Behandlung die Notaufnahme aufsuchen und einer zahnärztlichen oder oralchirurgischen Behandlung bedürfen. Diese Patient:innen werden zur entsprechenden Behandlung weitergeleitet, jedoch nicht systematisch vom Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide erfasst.

16. Welche Kenntnis hat der Senat, wie sich die Zahl der Patientinnen und Patienten entwickelt hat, die MKG-chirurgisch an Kliniken in Niedersachsen und Hamburg versorgt werden?

Dem Senat liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

17. Wann, wie und mit welchem Ergebnis wurde für Bremerhaven der Versorgungsbedarf im Bereich der MKG-Chirurgie nach Rückgabe des Versorgungsauftrages neu bewertet?

Bei zuletzt kontinuierlich gesunkenen Fallzahlen der MKG-Klinik des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide, die in Tabelle 4 dargestellt sind, und einem erheblichen Ambulantisierungspotential der MKG-Chirurgie, ist laut des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide von einem kontinuierlich sinkenden stationären Versorgungsbedarf für Bremerhaven auszugehen.

Tabelle 4: Fallzahlen der MKG-Klinik des Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, 2015-2022

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Fälle	902	766	787	564	590	428	361	216
Anzahl OP gesamt	741	613	660	505	528	404	335	204

18. Inwieweit bestehen seitens des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide oder anderer relevanter Akteure Pläne oder Bestrebungen, die MKG-Klinik wieder aufzubauen, und welche Unterstützung bietet der Senat in diesem Zusammenhang?

Derzeit liegen hierfür keine Pläne vor. Im Zuge der geplanten Krankenhausreform ist eine Neubewertung der stationären Versorgung der MKG-Chirurgie vorzunehmen.

19. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, durch eine Kooperation mit dem Klinikum Bremen-Mitte wieder eine MKG-Chirurgie aufzubauen?

Nach Einschätzung des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide besteht aufgrund des signifikant ansteigenden Fachkräftemangels und der damit verbundenen knappen Betten- und OP-Kapazitäten derzeit keine Möglichkeit, Ressourcen für eine MKG-Chirurgie in Bremerhaven

zur Verfügung zu stellen, ohne einen anderen Versorgungsbereich zu schwächen. Beide Krankenhäuser stehen einer trägerübergreifenden Kooperation jedoch grundsätzlich offen gegenüber.

Maßnahmen und Planungen Land:

20. Wie bewertet der Senat die ärztliche Versorgungssituation im Bereich der MKG-Chirurgie im stationären Bereich im Land Bremen und welche Handlungsbedarfe werden gesehen?

Gemessen an der Zahl der tatsächlich im Klinikum Bremen-Mitte versorgten Patient:innen, sind die bestehenden Behandlungskapazitäten als ausreichend anzusehen. Für die Zukunft sieht der Senat die Notwendigkeit, ggf. stärker als bislang, sektoren- und trägerübergreifend zusammenzuarbeiten, um die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

21. Welche Kooperationen bestehen bereits zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten MKG-Versorgung und welche Planungen gibt es diesbzgl. für die Zukunft?

Kooperation zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, die über den bestehenden Austausch im Rahmen von Verlegungen im Bereich der MKG-Chirurgie, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen, bestehen derzeit nicht. Eine Neubewertung der Versorgungssituation und der diesbezüglichen Erfordernisse erfolgt im Kontext der geplanten Krankenhausreform.

22. Welcher Austausch besteht mit Kliniken für MKG-Chirurgie in Niedersachsen und Hamburg zur Entwicklung der Behandlungsfälle aus dem Land Bremen und inwiefern bestehen Kooperationen?

Laut des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide und des Klinikums Bremen-Mitte bestehen keine gesonderten formalen Kooperationen mit Kliniken für MKG-Chirurgie in Niedersachsen und Hamburg. Im Fall von Verlegungen erfolgt der hierfür notwendige Austausch von Informationen auf fachlicher Ebene.

23. Welche Ergebnisse und Maßnahmen resultieren aus dem Runden Tisch, der zur Erörterung von Verbesserungen mit den Akteuren im ambulanten und stationären Sektor einberufen wurde?

Der Runde Tisch hat maßgeblich dazu beitragen, dass die unterschiedlichen Akteure Gelegenheit zum Austausch hatten und ihre jeweilige Sicht darstellen konnten. Dabei hat sich abgezeichnet, dass eine schnelle und umfassende Lösung nicht herbeigeführt werden kann. Durch eine exaktere Klärung von Zuständigkeiten und eine noch bessere Zusammenarbeit, auch über Sektorengrenzen hinweg, kann die Versorgungssituation verbessert werden. Das vorhandene Ambulantisierungspotenzial der MKG-Chirurgie soll noch stärker als bisher genutzt werden. Ferner prüfen das Klinikum Bremen-Mitte und das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, wie durch eine Kooperation die Elektivversorgung für die MKG-Chirurgie für betagte und morbid Patient:innen in Bremerhaven sichergestellt werden kann. Grundsätzlich soll es im Land Bremen einen Zentrumsstandort (am Klinikum Bremen-Mitte) geben.

24. Inwiefern bestehen Planungen, um die Zahl an MKG-spezifischen Behandlungskapazitäten insgesamt zu erhöhen?

Anders als im stationären Bereich sind die ambulanten MKG-spezifischen Behandlungskapazitäten Bestandteil der zahnärztlichen Gesamt-Bedarfsplanung. Gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie sind steuernde Maßnahmen der KZV Bremen erst bei vom Landesauschuss festgestellter

drohender zahnärztlicher Unterversorgung in ihrer Gesamtheit geboten. Somit bestehen seitens der KZV Bremen keine Planungen die ambulanten MKG-spezifischen Behandlungskapazitäten zu erhöhen.

Für den stationären Bereich existieren aktuell keine Planungen, um die Zahl an MKG-spezifischen Behandlungskapazitäten zu erhöhen. Die vorhandenen Planbetten werden als ausreichend betrachtet.

25. Wie hat sich die Zahl der Weiterbildungsangebote für den Bereich der MKG-Chirurgie in den vergangenen zehn Jahren entwickelt und welche Herausforderungen sieht der Senat angesichts dieser Entwicklung?

Die statische Erfassung der Weiterbildungsangebote obliegt der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, da diese für die Überprüfung des Weiterbildungskataloges zuständig sind. Der KZV Bremen obliegt die Erfassung der Weiterbildungen u.a. im Bereich der Kieferorthopädie und der Oralchirurgie. Zum Stichtag 31.12.2018 wurden 12, zum 31.12.2020 11 und zum 31.12.2023 14 Weiterbildungsassistent:innen im KZV-Bezirk Bremen beschäftigt. Durch den Wegfall der Hauptfachabteilung der MKG-Chirurgie am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gestaltet sich die ärztliche Weiterbildung als sehr herausfordernd. Aktuell verfügt ausschließlich das Klinikum Bremen-Mitte über eine Weiterbildungsbefugnis für MKG-Chirurgie. Mit der geplanten Einführung von Leistungsgruppen werden sich die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser tendenziell weiter ausdifferenzieren und ggf. fragmentieren, sodass die ärztliche Weiterbildung unter nochmals veränderten Rahmenbedingungen sichergestellt werden muss. Eine Notwendigkeit wird diesbezüglich in der verstärkten Etablierung von Weiterbildungsverbänden gesehen. Siehe auch Beantwortung der Frage 26.

26. Wie bewertet der Senat die Auswirkungen der Rückgabe des Versorgungsauftrages auf die Gewinnung von Nachwuchskräften im Bereich der MKG-Chirurgie für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven jeweils?

Sicherlich besteht bei Vorhaltung einer MKG-Klinik mit Weiterbildungsermächtigung die Chance, dass ausgebildete Ärzt:innen sich vor Ort niederlassen. Allerdings muss zum Erhalt einer Weiterbildungsermächtigung und für die Attraktivität der Ausbildung eine Klinik auch eine gewisse Größe und ein interessantes Behandlungsspektrum vorweisen. Aktuell ist es nach Einschätzung der Krankenhausträger in fast allen stationären Leistungsbereichen schwierig, ausreichend Nachwuchskräfte zu gewinnen, selbst in größeren Fächern als der MKG. Die Gewinnung und das Halten von Nachwuchskräften in der stationären Versorgung gestaltet sich nach Auffassung des Senats somit grundsätzlich als Herausforderung. An der grundsätzlich schwierigen Situation Nachwuchskräfte zu finden, hat sich durch die Schließung in Bremerhaven nichts geändert.

27. Wie plant der Senat, mögliche Versorgungslücken in der MKG-Chirurgie im Rahmen der zukünftigen Krankenhausplanung zu berücksichtigen?

Im Zuge der geplanten Krankenhausreform ist die Versorgungssituation in Bezug auf die MKG-Chirurgie neu zu bewerten. Die geplante Einführung von Leistungsgruppen und dazugehöriger Qualitätskriterien wird die Anforderungen an die MKG-Versorgung – wie auch an die Krankenhausversorgung insgesamt – tendenziell erhöhen, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, wie die MKG-Versorgung im Land Bremen perspektivisch ausgestaltet werden wird. Der Senat ist der Auffassung, dass für die Sicherstellung der Versorgung verstärkte Kooperationsbemühungen erforderlich sind (träger- und sektorenübergreifend), um die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich nutzen zu können.

28. Inwieweit hält der Senat die Mitwirkung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans für sinnvoll bzw. aus welchen Gründen erfolgt keine Einbeziehung?

Bundesrechtlich ist eine enge Zusammenarbeit mit allen an der Krankenhausversorgung Beteiligten vorgegeben (§ 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG), d. h. zentrale Gestaltungsfragen sind im Kreis der Beteiligten abzustimmen. Allerdings legt das Bundesrecht nicht fest, wer zu diesen Beteiligten zählt. Wer in welchem Ausmaß bei der Aufstellung und Fortschreibung von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen beteiligt wird, bleibt den Ländern vorbehalten (§ 7 Absatz 2 KHG). Die Mitwirkung der Beteiligten bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms ist aktuell in § 7 Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG) geregelt. Darüber ist festgelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung, soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, einzubeziehen ist. Auf diesem Wege können auch Fragestellungen der MKG-Chirurgie behandelt werden.

Beschlussempfehlung:

Die Bürgerschaft (Landtag) nimmt von der Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage Kenntnis.