

Kleine Anfrage der Fraktion der SPD vom 12. Februar 2019**Welche Aufgaben erfüllen die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland?**

„Bei der Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung: Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vor, die Leistungserbringenden organisieren sich jedoch selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Zu den Einrichtungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gehören die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Sie sind hoheitlich handelnde Körperschaften des öffentlichen Rechts. Deutschland ist in 17 regionale KV-Bezirke unterteilt, die jeweils eine eigene Kassenärztliche Vereinigung haben. Die KVen unterstehen der Aufsicht des für sie zuständigen Gesundheitsministeriums. In Bremen führt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz die Aufsicht über die KV Bremen. Die staatliche Aufsicht beschränkt sich auf die Überprüfung der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben.

Die KVen gehören zu den bedeutendsten Akteurinnen der deutschen Gesundheitspolitik. Ihre wichtigste Aufgabe besteht darin, den Zugang zu einer wohnortnahen, qualitätsgesicherten ambulanten ärztlichen Versorgung für rund 90 Prozent der Bevölkerung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Sie vertreten die Rechte und Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Krankenkassen und der Politik und regeln die Honorarverteilung an die Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Aufgrund ihrer zentralen Position im Gesundheitswesen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrem Wirken quasi eine Monopolstellung, die Angriffsfläche für Kritik bietet. Vorherrschender Kritikpunkt ist der, dass die KVen eher die Belange der Ärztinnen und Ärzte vertreten und dabei die Interessen der Patientinnen und Patienten weniger im Blick haben. Vor dem Hintergrund von Versorgungsengpässen bei wohnortnahen Arztpraxen gibt es die Forderung an die KVen – insbesondere im Land Bremen – unter Nutzung bundesgesetzlicher Spielräume für eine kleinteiligere Verteilung von ärztlichen Angeboten zu sorgen und sozialökonomische Faktoren in die Bedarfsplanung miteinzubeziehen. Auch bei der ambulanten Bereitschafts- und Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung, gibt es im Zuge der überfüllten Notfallambulanzen der Krankenhäuser, Veränderungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

1. Wie findet die Verteilung der kassenärztlichen Zulassungen auf die Orts- und Stadtteile statt?
2. Wie wird dabei sichergestellt, dass zumindest ein hausärztliches Angebot in Wohnortnähe für Kassenpatientinnen/Kassenpatienten vorhanden ist?
3. Wie wird insbesondere in den Nächten und an den Wochenenden in Bremen und Bremerhaven die Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sichergestellt?

4. Wird dabei auch eine fachärztliche Versorgung der Bevölkerung zum Beispiel im Bereich Augenheilkunde, in beiden Städten sichergestellt?
5. Wie hoch waren die Jahresausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung (Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen) der KV Bremen (falls möglich jeweils unterteilt in Bremen und Bremerhaven) in den Jahren 2010 bis 2017?
6. Wie hoch waren die Verwaltungskosten der KV Bremen und die Ausgaben für die Gesamtbezüge des Vorstandes in den Jahren 2010 bis 2017?
7. Wie hat sich die Mitgliederzahl der KV Bremen jeweils unterteilt in Bremen und Bremerhaven in den Jahren 2010 bis 2017 entwickelt?
8. Welche und wie viele Fachärztinnen und Fachärzte waren es jeweils in Bremen und Bremerhaven in den Jahren 2010 bis 2017?
9. Welche Facharzttrichtungen sind im Zulassungsausschuss der KV Bremen vertreten?
10. Welche Qualitätsmerkmale setzt die KV Bremen für die Zuteilung eines Kassenarztsitzes voraus?
11. Findet zwischen der KV Bremen und der Ärztekammer Bremen ein permanenter Informationsaustausch zum Beispiel über die Zuteilung von Kassenarztsitzen und über Aus- und Weiterbildungsberechtigungen von Ärztinnen und Ärzten statt?
12. Die KV Bremen untersteht der Rechtsaufsicht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Welche Entscheidungen, die die KV Bremen betreffen, werden mit der Senatorin abgestimmt? Wie erfolgt die Abstimmung des Sicherstellungsauftrags hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zwischen der KV Bremen und der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz?
13. In der gesundheitspolitischen Diskussion ist zum Teil scharfe Kritik an den Kassenärztlichen Vereinigungen laut geworden. So sehen manche in ihnen „Wettbewerb verhindernde Monopole und Kartelle“. Einige Politiker und Ökonomen sowie Teile der Ärzteschaft plädieren sogar für die vollständige Auflösung der KVen. Wie bewertet der Senat das System der Selbstverwaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und insbesondere die Maßnahmen der KVen zur Erfüllung ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrags?
14. Wie wird überprüft, ob ein Facharzt/eine Fachärztin seine/ihre Praxistätigkeit im vorgeschriebenen Umfang von 25 Stunden wöchentlich ausübt?
15. Haben Ärztinnen und Ärzte mit eingeschränkter Berufstätigkeit eine Befugnis zur Weiterbildung von der Ärztekammer Bremen?“

Bernd Ravens, Stephanie Dehne, Björn Tschöpe
und Fraktion der SPD

D a z u

Antwort des Senats vom 26. März 2019

1. Wie findet die Verteilung der kassenärztlichen Zulassungen auf die Orts- und Stadtteile statt?

Grundlage für die Verteilung sind die einschlägigen Normen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die entsprechenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und die darauf fußenden Feststellungen des Landesausschusses nach § 90 SGB V. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA legt für die verschiedenen Versorgungsebenen Planungsbereiche fest. Für jeden dieser Planungsbereiche sind Verhältniszahlen zwischen einer jeweiligen Arztgruppe im

Verhältnis zur Einwohnerzahl festgelegt. Hieraus ergeben sich die Zulassungsmöglichkeiten für die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte. Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich. Im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KV Bremen) sind dies Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt. Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung sowie für die spezialisierte fachärztliche Versorgung sind ebenfalls Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt. Für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist Planungsbereich der Bezirk der KV Bremen. Die Bremischen Orts- und Stadtteile stellen keine Planungsbereiche dar. Im Übrigen wird zum Thema „kassenärztliche Zulassung“ auf die Beantwortung der Fragen 2 und 12 verwiesen.

2. Wie wird dabei sichergestellt, dass zumindest ein hausärztliches Angebot in Wohnortnähe für Kassenpatientinnen/Kassenpatienten vorhanden ist?

Die jeweiligen Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung sind Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt. Für eine zwingend vorzunehmende kleinräumigere Planung innerhalb dieser Planungsbereiche fehlt es an einer Rechtsgrundlage. Gleichwohl wirken die Partner der Selbstverwaltung im Zulassungsausschuss darauf hin, dass Praxisverlegungen von weniger gut versorgten Regionen in bereits besser versorgte Regionen der Stadt vermieden werden. In dem zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages geschlossenen Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 wurde vereinbart, dass die Länder ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten sollen. Eine entsprechende Regelung ist Gegenstand eines laufenden Gesetzgebungsverfahrens und findet sich im Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Im Übrigen wird zum Thema „kassenärztliche Zulassung“ auf die Beantwortung der Fragen 1 und 12 verwiesen.

3. Wie wird insbesondere in den Nächten und an den Wochenenden in Bremen und Bremerhaven die Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sichergestellt?

Der Notdienst der KV Bremen wird an Standorten in Bremen-Stadt, Bremen-Nord und in Bremerhaven betrieben. Die Dienste sind unter der bundeseinheitlichen Telefonnummer 116117 erreichbar und arbeiten in den sprechstundenfreien Zeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, das heißt, insbesondere nachts und an den Wochenenden.

4. Wird dabei auch eine fachärztliche Versorgung der Bevölkerung zum Beispiel im Bereich Augenheilkunde, in beiden Städten sichergestellt?

Der Notdienst ist ein allgemeiner Bereitschaftsdienst, welcher zu den sprechstundenfreien Zeiten die Versorgungslücke zwischen ambulanter Versorgung am nächsten Tag und stationärer Akutbehandlung im Krankenhaus schließt. Die Vertreterversammlung der KV Bremen, der Hauptausschuss sowie die Bereitschaftsdienstkommission haben sich mehrfach mit der Frage nach der Einrichtung eines speziellen augenärztlichen Notdienstes befasst. Gegeneinander abgewogen wurden hierbei die Möglichkeiten a) wie bisher keinen speziellen augenärztlichen Notdienst anzubieten und b) während der Woche eine telefonische Hintergrundbereitschaft durch Ärztinnen und Ärzte der Augenheilkunde für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst anzubieten sowie eine Sprechstunde mit Anwesenheit einer Ärztin beziehungsweise eines Arztes der Augenheilkunde in der zentralen Bereitschaftspraxis in Bremen-Stadt an Sonnabenden und Sonntagen für etwa 3 Stunden anzubieten. Nach langer und teils kontroverser Diskussion wurde die Einrichtung eines speziellen augenärztlichen Notdienstes verworfen. Maßgeblich hierfür waren aus Sicht der KV Bremen unter anderem die fachlichen Darlegungen des augenärztlichen Mitgliedes der Vertreterversammlung der KV Bremen. Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat mehrere Personen als sachverständige Personen geladen und angehört. Zur Teilnahme an dem Notdienst sind im Übrigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen verpflichtet, das heißt, auch Ärztinnen und

Ärzte der Augenheilkunde. Entscheidungserheblich war aus Sicht der KV Bremen die Überlegung, dass eine stete Anwesenheit aller Fachdisziplinen im Rahmen des Notdienstes nicht darstellbar ist. Im Übrigen ist die Einrichtung eines speziellen augenärztlichen Notdienstes nach Auffassung der KV Bremen auch haushaltsrelevant. In den Städten Bremen und Bremerhaven können Notfallpatientinnen und Notfallpatienten die Notfallambulanz der KV Bremen am Krankenhaus St. Joseph Stift, am Klinikum Bremen-Nord und am AMEOS Klinikum Mitte aufsuchen. Sofern dort in besonders schweren Fällen keine Versorgung gewährleistet werden kann, wird die Patientin beziehungsweise der Patient an eine Augenklinik (in Bremen: Krankenhaus St. Joseph Stift und Klinikum Bremen-Mitte; in Bremerhaven: AMEOS Klinikum Mitte) weitergeleitet.

Die notärztliche Versorgung bleibt freilich unberührt.

5. Wie hoch waren die Jahresausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung (Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen) der KV Bremen (falls möglich jeweils unterteilt in Bremen und Bremerhaven) in den Jahren 2010 bis 2017?

Die Honorarzahlfungen werden in Honorarberichten erfasst. Diese beziehen sich auf den jeweiligen KV-Bezirk und die jeweiligen Arztgruppen in Gänze. Eine aufgeteilte Darstellung des gezahlten Honorars nach Bremen und Bremerhaven ist daher nicht möglich. Honorarberichte sind über die Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter www.kbv.de/html/honorarbericht.php für mehrere Jahre frei abrufbar.

Zu beachten ist dabei, dass ab 2016 die Systematik der Honorarberichte geändert wurde. Die entsprechenden Hinweise der KBV sind daher zu beachten. Zuletzt wurde von der KBV der Honorarbericht für das 4. Quartal 2016 veröffentlicht. Die Entwicklung der Summe der Gesamtvergütung in Millionen Euro im Bezirk der KV Bremen kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 1

Summe der Gesamtvergütung	Jahr						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
in Mio. Euro	227,5	286,2	290,9	303,8	316,2	325,8	344,4

Quelle: Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Betrachtet man jeweils die jährliche Gesamtsumme der Gesamtvergütungen der Jahre 2010 und 2016 lässt sich feststellen, dass die Summe der Gesamtvergütung um circa 24,1 Prozent gestiegen ist. Mit Blick auf alle Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Summe der Gesamtvergütung (Summe der Gesamtvergütung für das Jahr 2010: 30 583,7 Millionen Euro und Summe der Gesamtvergütung für das Jahr 2016: 37 110,2 Millionen Euro; Quelle für die hier nicht im Einzelnen dargestellte Gesamtvergütung der jeweils zu addierenden Quartale: Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) um circa 21,3 Prozent gestiegen. Die Summe der Gesamtvergütung hat sich demnach im Bezirk der KV Bremen, verglichen mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen, vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2016 überdurchschnittlich entwickelt.

6. Wie hoch waren die Verwaltungskosten der KV Bremen und die Ausgaben für die Gesamtbezüge des Vorstandes in den Jahren 2010 bis 2017?

Die Verwaltungskosten der KV Bremen werden im Wesentlichen durch eine Umlage von den Mitgliedern finanziert. Die KV Bremen hat die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung gemäß § 78 Absatz 6 SGB V in Verbindung

mit § 305b SGB V zu veröffentlichen. Verwaltungsausgaben sind gesondert auszuweisen, § 305b Satz 4 SGB V. Zuletzt wurde von der KV Bremen die Höhe des Verwaltungshaushalts für das Haushaltsjahr 2016 veröffentlicht. Die von der KV Bremen veröffentlichte Höhe der jeweiligen Verwaltungshaushalte gesamt in Euro kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 2

	Haushaltsjahr						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verwaltungshaushalt gesamt in EURO	9.565.000	10.422.000	10.479.000	10.063.000	10.962.000	11.379.000	12.244.000

Quelle: KV Bremen

Der Anstieg des Verwaltungshaushalts erfolgt über die betrachteten Haushaltsjahre weitgehend linear und ist nach Auskunft der KV Bremen im Wesentlichen durch Lohnerhöhungen zu erklären.

Gemäß § 79 Absatz 4 Satz 9 SGB V hat die KV Bremen die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer Übersicht jährlich zu veröffentlichen. Zuletzt wurden die Angaben für das Jahr 2017 veröffentlicht. Auf die in den jeweiligen Quellen ebenfalls veröffentlichten Hinweise beziehungsweise Kommentierungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den veröffentlichten Angaben wird hingewiesen. Die von der KV Bremen veröffentlichten Angaben können auszugsweise der folgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 3

Jahr	Vorstandsfunktion	Jahresvergütung			Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis Wochenstunden	Dienstwagen auch zur privaten Nutzung ja / nein	Wesentliche Versorgungsregelungen				
		Grundvergütung	Variable Bestandteile	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit Höhe / Laufzeit			in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ja / nein	berufsständische Versorgung jährlich aufzuwendender Betrag in EURO	Zuschuss zur privaten Versorgung jährlich aufzuwendender Betrag in EURO	vertragliche Sonderregelung der Versorgung Höhe / Laufzeit	
		Höhe gemäß Vorstandsvertrag in EURO	gezahlter Betrag in EURO								
2010	Vorstandsvorsitzender (die Stelle des Vorstandsvorsitzenden war bis zum 16.03.2010 besetzt. Für den Rest des Jahres wurden die Aufgaben vom stellv. Vorsitzenden übernommen, der hierfür eine Ausgleichzahlung von 8.000 EURO pro Monat erhielt.)	45.201,00	17.500,00	8 Stunden	nein	-	nein	1.386,37	-	-	
	Vorstandsmitglied	271.804,00	17.500,00	-	nein	-	ja	-	-	-	
2011	Vorstandsvorsitzender	188.304,00	20.000,00	4 Stunden	nein	-	nein	13.134,00	18.000,00	-	
	Vorstandsmitglied	195.804,00	20.000,00	-	nein	-	ja	-	18.000,00	-	
2012	Vorstandsvorsitzender	194.141,40	18.000,00	4 Stunden	nein	-	nein	6.585,60 nur AG	24.744,00	-	
	Vorstandsmitglied	201.873,84	18.000,00	-	nein	-	ja	-	24.744,00	-	
2013	Vorstandsvorsitzender	200.159,76	bis zu 22.000,00	4 Stunden	nein	-	nein	6.577,20 nur AG	25.511,04	-	
	Vorstandsmitglied	208.131,96	bis zu 22.000,00	-	nein	-	ja	-	25.511,04	-	
2014	Vorstandsvorsitzender	207.145,32	bis zu 22.000,00	4 Stunden	nein	-	nein	6.747,36 nur AG	26.401,32	-	
	Vorstandsmitglied	215.395,80	bis zu 22.000,00	-	nein	-	ja	-	26.401,32	-	

2015	Vorstandsvorsitzender	219.004,96	bis zu 22.000,00	bis zum 31.08.2015: 4 Stunden / Woche; ab 01.09.2015: 4 Stunden / Monat zur Praxisvertretung	nein	-	nein	6.788,16 nur AG	27.547,08	-
	Vorstandsmitglied	224.743,92	bis zu 22.000,00	-	nein	-	ja	-	27.547,08	-
2016	Vorstandsvorsitzender	231.688,56	12.000,00	4 Stunden / Monat zur Praxisvertretung	nein	-	nein	6.956,40 nur AG	28.398,24	-
	Vorstandsmitglied	231.688,56	12.000,00	-	nein	-	ja	-	28.398,24	-
2017	Vorstandsvorsitzender	gezahlter Betrag in EURO: 244.500,96	18.666,67	4 Stunden / Monat zur Praxisvertretung	nein	-	-	7.124,76	29.968,68	-
	Vorstandsmitglied Austritt 31.03.2017	gezahlter Betrag in EURO: 75.460,73 inkl. Urlaubsabgeltung	22.000,00	-	nein	-	ja, jährlich aufzuwendender Betrag in EURO: 1.781,19	-	7.492,17	-
	Vorstandsmitglied Eintritt 16.10.2017	gezahlter Betrag in EURO: 44.791,67	0	-	nein	-	-	1.504,11	5.833,33	-

Quelle: für die Jahre 2010 und 2011 Deutsches Ärzteblatt, für die Jahre 2012 bis 2017 Bundesanzeiger

Ein Vergleich der vorstehenden Angaben erweist sich unter anderem aufgrund von unterschiedlichen Laufzeiten der Verträge und gegebenenfalls unterschiedlichen vertraglichen Regelungen als schwierig.

7. Wie hat sich die Mitgliederzahl der KV Bremen jeweils unterteilt in Bremen und Bremerhaven in den Jahren 2010 bis 2017 entwickelt?

Die Mitgliederzahl der KV Bremen hat sich wie folgt entwickelt:

Tabelle 4

	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Mitgliederzahlen Bremerhaven	302	306	303	303	308	297	293	323
Mitgliederzahlen Bremen	1451	1459	1479	1471	1494	1512	1516	1618

Quelle: KV Bremen

Die Mitgliederanzahl der KV Bremen hat sowohl in der Stadt Bremen als auch in der Stadt Bremerhaven im Verlauf vom 31. Dezember 2010 bis zum 31. Dezember 2017 zumeist zugenommen. Bei einem Vergleich der Mitgliederbestände am 31. Dezember 2010 und am 31. Dezember 2017 lässt sich ein Zuwachs in den Mitgliederzahlen sowohl in der Stadt Bremen als auch in der Stadt Bremerhaven feststellen.

8. Welche und wie viele Fachärztinnen und Fachärzte waren es jeweils in Bremen und Bremerhaven in den Jahren 2010 bis 2017?

Die Größe der jeweiligen Arztgruppe (Zählung nach Köpfen) kann den nachfolgenden Tabellen entnommen werden:

Tabelle 5

Arztgruppen Bremerhaven	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Augenärzte	14	17	15	17	16	17	20	21
Chirurgen	8	7	8	8	7	7	10	10
Frauenärzte	20	21	22	22	22	23	21	23
Hautärzte	8	8	8	8	7	7	6	6
HNO-Ärzte	10	10	10	10	10	10	9	8
Nervenärzte	12	12	12	12	12	12	11	11
Orthopäden	12	13	12	12	12	11	12	13
ärztliche Psychotherapeuten	12	11	11	10	8	7	8	7
Urologen	6	6	6	6	6	6	6	7
Kinderärzte	11	11	12	12	12	13	13	14
Anästhesisten	8	8	8	9	9	9	10	10
Radiologen	7	7	7	8	8	8	8	8
Fachärztl. tätige Internisten	23	24	25	25	25	24	25	27
Kinder- und Jugendpsychiater	3	2	2	2	2	2	2	2
Humangenetiker	0	0	0	0	0	0	0	0
Laborärzte	6	6	5	5	4	4	4	4
Neurochirurgen	5	5	5	5	5	5	6	6
Nuklearmediziner	2	2	3	3	3	3	3	5
Pathologen	3	3	3	3	3	3	3	3
Phys. u. Rehab. Mediziner	0	0	0	0	0	0	0	1
Strahlentherapeuten	1	1	1	1	1	2	2	2
Transfusionsmediziner	0	0	1	1	0	0	0	0
MKG-Chirurgen	5	4	4	4	6	7	6	7
Summe	176	178	180	183	178	180	185	195

Quelle: KV Bremen

Tabelle 6

Arztgruppen Bremen	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Augenärzte	52	53	54	58	60	58	59	60
Chirurgen	29	30	31	31	29	31	30	29
Frauenärzte	103	103	106	110	110	111	113	118
Hautärzte	30	30	33	33	32	34	33	35
HNO-Ärzte	39	39	42	43	42	44	44	44
Nervenärzte	65	67	66	62	63	60	60	59
Orthopäden	52	56	55	59	57	61	64	70
ärztliche Psychotherapeuten	92	92	91	90	89	93	89	85
Urologen	29	28	28	29	27	28	28	29
Kinderärzte	63	63	63	64	62	65	62	67
Anästhesisten	30	30	31	34	34	34	33	34
Radiologen	33	38	37	36	37	37	38	41
Fachärztl. tätige Internisten	88	89	94	93	93	93	98	100
Kinder- und Jugendpsychiater	15	17	19	19	19	18	19	18
Humangenetiker	4	4	4	5	4	4	5	5
Laborärzte	11	13	13	14	15	15	15	13
Neurochirurgen	5	5	6	6	6	6	6	6
Nuklearmediziner	7	8	9	9	9	10	10	11
Pathologen	4	4	4	3	3	3	3	3
Phys. u. Rehab. Mediziner	1	0	0	0	2	2	2	2
Strahlentherapeuten	8	10	11	11	11	10	10	10
Transfusionsmediziner	0	0	1	1	1	2	2	2
MKG-Chirurgen	21	21	21	21	22	21	22	22
Biochemiker	1	1	1	0	0	0	0	0
Herzchirurgie	1	1	1	1	1	1	1	1
Summe	783	802	821	832	828	841	846	864

Quelle: KV Bremen

Den vorstehenden Tabellen lässt sich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Arztgruppen sowohl in der Stadt Bremen als auch in der Stadt Bremerhaven im Verlauf vom 31. Dezember 2010 bis zum 31. Dezember 2017 entnehmen. In den meisten Arztgruppen waren zum Jahresende 2016 mehr Medizinerinnen und Mediziner im Land Bremen tätig gegenüber dem Dezember 2010. Lediglich in vier – Nervenärzte, ärztliche Psychotherapeuten, Pathologen und Biochemiker – von 25 Arztgruppen ist diese Anzahl reduziert im Vergleich der Jahre 2010 und 2017.

9. Welche Facharzttrichtungen sind im Zulassungsausschuss der KV Bremen vertreten?

Folgende Facharzttrichtungen sind im Zulassungsausschuss für Ärzte vertreten:

- Mitglieder: Innere Medizin, Augenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie.
- Stellvertreter: Allgemeinmedizin, Orthopädie, Frauenheilkunde, Radiologie, Nuklearmedizin.
- Folgende Facharzttrichtungen sind im Zulassungsausschuss für Psychotherapeuten vertreten:
- Mitglieder: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Stellvertreter: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

10. Welche Qualitätsmerkmale setzt die KV Bremen für die Zuteilung eines Kassenarztsitzes voraus?

Die Zuteilung eines Kassenarztsitzes erfolgt durch die Erteilung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Zuständig sind die Zulassungsausschüsse. Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden kann nur, wer im Arztregister eingetragen ist. Die Voraussetzungen für die Eintragung sind in § 95a SGB V beziehungsweise § 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt. Darüber hinaus ist Zulassungsvoraussetzung, dass die Ärztin

beziehungsweise der Arzt zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit geeignet ist (§§ 20, 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Existieren Zulassungsbeschränkungen, was in Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt für die meisten Arztgruppen der Fall ist, kommt eine Zulassung nur im Nachbesetzungsverfahren, das heißt eine neue Ärztin beziehungsweise ein neuer Arzt folgt einer ausscheidenden Ärztin beziehungsweise einem ausscheidenden Arzt durch Übernahme der Praxis nach, in Betracht. Die Einzelheiten zur Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens sind in § 103 SGB V geregelt. Sind mehrere Bewerberinnen beziehungsweise Bewerber vorhanden, erfolgt eine Auswahl unter Beachtung der dort normierten folgenden Kriterien:

- die berufliche Eignung,
- das Approbationsalter,
- die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
- eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 SGB V das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
- ob die Bewerberin beziehungsweise der Bewerber Ehegattin beziehungsweise Ehegatte, Lebenspartnerin beziehungsweise Lebenspartner oder ein Kind der bisherigen Vertragsärztin beziehungsweise des bisherigen Vertragsarztes ist,
- ob die Bewerberin beziehungsweise der Bewerber eine angestellte Ärztin beziehungsweise ein angestellter Arzt der bisherigen Vertragsärztin beziehungsweise des bisherigen Vertragsarztes oder eine Vertragsärztin beziehungsweise ein Vertragsarzt ist, mit der/dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
- Belange von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zur Versorgung.

Existieren keine Zulassungsbeschränkungen, ist bei der Auswahl unter mehreren Bewerberinnen beziehungsweise Bewerbern die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes zusätzlich von Bedeutung.

Die KV Bremen bietet eine umfassende und persönliche Beratung für niederlassungswillige und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Diese umfasst unter anderem Fragen zu Zulassungsvoraussetzungen, Ablauf eines Zulassungsverfahrens, Zulassungen und Teilzulassungen, Neugründung sowie Praxisübernahme, Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren, Jobsharing-Zulassungen, Anstellungen ohne/mit Leistungsbeschränkung, Kooperationen örtlich sowie überörtlich, Verlegung des Vertragsarztsitzes, Ruhen der Zulassung, Zweigpraxen, Nebentätigkeiten und zu Medizinischen Versorgungszentren. Zudem kann die KV Bremen gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Lande Bremen (KVHB-Förderrichtlinie) in Bremerhaven niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte finanziell fördern. Dies umfasst Investitionskostenzuschüsse zur Praxisausstattung sowie Umsatzgarantien. Hiervon macht die KV Bremen Gebrauch.

11. Findet zwischen der KV Bremen und der Ärztekammer Bremen ein permanenter Informationsaustausch zum Beispiel über die Zuteilung von Kassenarztsitzen und über Aus- und Weiterbildungsberechtigungen von Ärztinnen und Ärzten statt?

Zwischen der Hausspitze der Ärztekammer Bremen und der KV Bremen findet ein regelmäßiger Austausch statt. Die Zuteilung von Kassenarztsitzen ist nicht Bestandteil der Erörterungen. Die Ärztekammer Bremen erhält von der KV Bremen die Zulassungsmitteilungen. Sie ist aber, mangels Zuständigkeit für die Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, in die Entscheidung selbst nicht eingebunden. Aufgrund der bereits abgeschlossenen Ausbildung

der Ärztinnen und Ärzte beim Erstkontakt mit beiden Häusern ist auch die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten kein Erörterungsthema. Die Weiterbildung ist als Erörterungsthema insofern relevant, als beispielsweise die kammerrechtlich vergebenen Facharztqualifikationen, sowie einzelne Subqualifikationen, rechtliche Relevanz für die im SGB V geregelte Leistungserbringung haben. Die Ärztekammer Bremen wird durch die KV Bremen zudem regelmäßig über die Genehmigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung informiert. Die Weiterbildungsbefugnisse, welche die Ärztekammer Bremen erteilt, einschließlich des konkreten Umfangs, sind tagesaktuell auf der Webseite der Ärztekammer Bremen veröffentlicht. Soweit der Bedarf besteht, gibt es im Einzelfall auch insoweit einen Austausch mit der KV Bremen. Die regelmäßige Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte ist organisatorisch bei der Ärztekammer Bremen verortet, die für jede Ärztin und für jeden Arzt ein Fortbildungskonto führt. Der Nachweis dieser regelmäßigen Fortbildung ist Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

12. Die KV Bremen untersteht der Rechtsaufsicht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Welche Entscheidungen, die die KV Bremen betreffen, werden mit der Senatorin abgestimmt? Wie erfolgt die Abstimmung des Sicherstellungsauftrags hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zwischen der KV Bremen und der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz?

Konsultationen zwischen der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz und der KV Bremen erfolgen regelmäßig, sowohl zwischen den jeweiligen Hausspitzen, als auch auf Arbeitsebene. Neben den themenbezogenen Beratungen sind die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz und die KV Bremen unter anderem auch im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V vertreten. Zentrales Sicherstellungsinstrument ist der Bedarfsplan, der zwischen der KV Bremen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einvernehmlich aufzustellen ist. Der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 99 Absatz 1 Satz 5 SGB V vorzulegen. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz kann den Bedarfsplan nach § 99 Absatz 1 Satz 6 SGB V innerhalb einer Frist von zwei Monaten im Rahmen der Rechtsaufsicht beanstanden. Auch die in § 90 Absatz 6 SGB V genannten Entscheidungen der Landesausschüsse können nach Vorlage im Rahmen der Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden. Im Übrigen wird zum Thema „kassenärztliche Zulassung“ auf die Beantwortung der Fragen 1 und 2 verwiesen.

13. In der gesundheitspolitischen Diskussion ist zum Teil scharfe Kritik an den Kassenärztlichen Vereinigungen laut geworden. So sehen manche in ihnen „Wettbewerb verhindernde Monopole und Kartelle“. Einige Politiker und Ökonomen sowie Teile der Ärzteschaft plädieren sogar für die vollständige Auflösung der KVen. Wie bewertet der Senat das System der Selbstverwaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und insbesondere die Maßnahmen der KVen zur Erfüllung ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrags?

Grundsätzlich ist es den Krankenkassen verwehrt, selbst die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Der besondere Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 SGB V kommt den Kassenärztlichen Vereinigungen zu. Einschränkungen findet dieser, soweit den Krankenkassen etwa der Abschluss von Selektivverträgen gesetzlich ermöglicht wird, vgl. §§ 73b Absatz 4 Satz 6, 140a Absatz 1 Satz 4 SGB. Mit Blick auf die Kassenärztlichen Vereinigungen hält der Senat das Prinzip der Selbstverwaltungskörperschaft sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen grundsätzlich für angemessen und teilt nicht die Auffassung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen vollständig aufzulösen seien.

Anhaltspunkte dafür, dass die KV Bremen ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag gegenwärtig in aufsichtsrechtlich zu beanstandender Weise nicht nachkommt, liegen dem Senat nicht vor.

14. Wie wird überprüft, ob ein Facharzt/eine Fachärztin seine/ihre Praxistätigkeit im vorgeschriebenen Umfang von 25 Stunden wöchentlich ausübt?

Die vertragsärztliche Zulassung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben. Bislang wird weder im SGB V noch in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte näher festgelegt, welcher zeitliche (Mindest-)Umfang mit vollzeitiger Ausübung gemeint ist. Allerdings konkretisiert der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in § 17 Absatz 1 Satz 1 BMV-Ä die Mindestsprechstundenzeiten dahingehend, dass die Vertragsärztin beziehungsweise der Vertragsarzt gehalten ist, an ihrem beziehungsweise seinem Vertragsarztsitz sowie weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen. Nach § 17 Absatz 1a Satz 1 BMV-Ä gilt, dass der sich aus der Zulassung der Vertragsärztin beziehungsweise des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen ist, dass die Vertragsärztin beziehungsweise der Vertragsarzt an ihrem beziehungsweise seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht.

Im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) ist geplant, in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten im Rahmen einer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit auf 25 Stunden festzulegen.

Mit Blick auf die aktuelle Rechtslage stellt sich das Prüfverfahren der KV Bremen bisher wie folgt dar: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hat anknüpfend an die Regelungen in § 17 BMV-Ä eine Methodik zur Prüfung des Versorgungsauftrages entwickelt, die für die Prüfung der Einhaltung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsaufträge in Bremen und Bremerhaven zugrunde gelegt wird. Für die Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages wurde dabei von der KV Bremen auf die in den Quartalen abgerechneten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen abgestellt. Pro zugelassener beziehungsweise zugelassenem und angestellter beziehungsweise angestelltem Ärztin beziehungsweise Arzt oder Psychotherapeutin beziehungsweise Psychotherapeut wurde anhand der lebenslangen Arztnummer und der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) pro Leistung hinterlegten Kalkulationszeiten beziehungsweise dort wo keine Kalkulationszeiten vorhanden sind, anhand der Prüfzeiten ermittelt, in welchem Umfang vertragsärztliche Leistungen erbracht wurden. Berücksichtigt wurden neben den Leistungen des EBM auch Ziffern und Zeiten aus Sonderverträgen (zum Beispiel Ambulantes Operieren). Bei abgerechneten Hausbesuchen wurde eine Wegezeit von 20 Minuten pro Besuch hinzugerechnet. Ebenfalls fanden absolvierte Bereitschaftsdienste von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Überprüfung Berücksichtigung.

Die so ermittelten Zeiten wurden einem vom ZI entwickelten Schwellenwert von 208 Std. pro Quartal für einen vollen Versorgungsauftrag und 104 Stunden pro Quartal für einen halben Versorgungsauftrag gegenübergestellt. Die Schwellenwerte leiten sich aus der Mindestsprechstundenverpflichtung gemäß § 17 Absatz 1a Satz 1 und 2 BMV-Ä ab. Für Feier-, Krankheits- und Urlaubstage wurden pauschale Abschläge getätigt. Im Rahmen einer EDV basierten Abfrage wurden dann diejenigen Ärztinnen beziehungsweise Ärzte und Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten als auffällig festgestellt, die den jeweiligen Schwellenwert unterschritten haben, wo also Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der jeweilige Versorgungsauftrag möglicherweise nicht

hinreichend ausgefüllt worden sein könnte. Nach Vornahme dieser ersten Auswertung wurden dann weitergehende individualisierte Betrachtungen vorgenommen. Soweit es auch nach einer individualisierten Betrachtung bei einer festgestellten Auffälligkeit verblieb, wurde die betreffende Ärztin beziehungsweise der betreffende Arzt oder die betreffende Psychotherapeutin beziehungsweise der betreffende Psychotherapeut schriftlich über die Auffälligkeit informiert und um Stellungnahme gebeten. Sofern eine festgestellte Auffälligkeit durch die Stellungnahme nicht ausgeräumt werden konnte, ergaben sich infolge der Überprüfung folgende Arten von Veränderungen: Wechsel in ein Angestelltenverhältnis mit halbem Versorgungsauftrag, Begründung von Job-sharing Verhältnissen, Abgabe einer halben Zulassung beziehungsweise Beendigung der Zulassung.

15. Haben Ärztinnen und Ärzte mit eingeschränkter Berufstätigkeit eine Befugnis zur Weiterbildung von der Ärztekammer Bremen?

Auch Ärztinnen und Ärzte, die einen reduzierten Versorgungsauftrag wahrnehmen, können weiterbildungsbefugt werden. Da stets eine ganztägige Anleitung der Ärztin beziehungsweise des Arztes in Weiterbildung sichergestellt sein muss, kann die Befugnis in diesen Fällen nur gemeinsam mit einer beziehungsweise einem anderen oder mehreren anderen Ärztinnen und Ärzten erteilt werden. In der Praxis hindert dies allerdings die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen in der Regel nicht, da Ärztinnen und Ärzte mit reduziertem Versorgungsauftrag häufig in Gemeinschaftspraxen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.