



Ausarbeitung

Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land am Beispiel einiger Bundesländer

Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land am Beispiel einiger Bundesländer

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 017/18
Abschluss der Arbeit: Datum: 7. Mai 2018
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
2.	Bundesrechtliche Grundlagen	8
2.1.	Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	8
2.1.1.	Begriff der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	8
2.1.2.	Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen	9
2.1.3.	Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 105 SGB V	10
2.2.	Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V	14
2.2.1.	Rechtsentwicklung und Normzweck	14
2.2.2.	Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung	15
2.2.3.	Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung	17
2.2.4.	Die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“	17
3.	Bayern	21
3.1.	Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen	21
3.1.1.	Die Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als rechtliche Grundlage der Förderung	21
3.1.2.	Fördermaßnahmen in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat	23
3.1.2.1.	Finanzielle Fördermaßnahmen	23
3.1.2.1.1.	Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt	25
3.1.2.1.2.	Praxisaufbauförderung	26
3.1.2.1.3.	Zuschuss zur Errichtung einer Zweigpraxis	27
3.1.2.1.4.	Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes	27
3.1.2.1.5.	Zuschuss für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes	28
3.1.2.1.6.	Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin	29
3.1.2.1.7.	Zuschuss zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus	30
3.1.2.2.	Betreiben von KVB-Eigeneinrichtungen	30
3.1.2.3.	Überlassung einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte	32

3.1.3.	Fördermaßnahmen unabhängig von Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V	33
3.1.3.1.	Planungsbereichsbezogene finanzielle Fördermaßnahmen	33
3.1.3.1.1.	Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt	34
3.1.3.1.2.	Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes	35
3.1.3.2.	Förderung der Famulatur	35
3.2.	Förderung durch den Freistaat Bayern	36
3.2.1.	Förderung der Niederlassung	36
3.2.2.	Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte	39
3.2.3.	Stipendienprogramm für Medizinstudierende	40
3.3.	Stiftung Bayerischer Hausärzterverband	41
3.3.1.	Förderung der Famulatur	41
3.3.2.	Förderung Medizinstudierender im PJ-Tertial Allgemeinmedizin	42
3.4.	Regionale Förderprogramme	43
3.4.1.	Stipendienprogramm des Bezirks Niederbayern	43
3.4.2.	Stipendienprogramm des Landkreises Coburg	43
4.	Niedersachsen	44
4.1.	Die Gemeinsame Erklärung des Landes Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017	44
4.2.	Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen	46
4.2.1.	Die Strukturfonds-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen als rechtliche Grundlage der Förderung	46
4.2.2.	Förderung der Niederlassung	47
4.2.3.	Förderung der Weiterbildung	50
4.2.4.	Förderung für Medizinstudierende	52
4.3.	Förderung durch das Land Niedersachsen	52
4.3.1.	Das Stipendien-Programm zur Gewinnung von Landärzten	52
4.3.2.	Das Programm zur finanziellen Unterstützung Medizinstudierender bei Absolvierung eines Tertials im Praktischen Jahr in einer Hausarztpraxis	53
4.4.	Weitere landesweite Projekte und Maßnahmen zur Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land	53
4.4.1.	Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“	53
4.4.2.	Förderung von Kommunen als Gründer von Medizinischen Versorgungszentren	55
4.5.	Regionale Förderprogramme der Landkreise	55
4.5.1.	Förderung für Medizinstudierende	55
4.5.2.	Förderung der Weiterbildung	56
4.5.3.	Förderung der Niederlassung	57
5.	Rheinland-Pfalz	57
5.1.	Der Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz	57
5.2.	Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Landesverbände der Krankenkassen	60

5.2.1.	Förderung für Medizinstudierende	60
5.2.2.	Förderung der Weiterbildung	61
5.2.3.	Förderung der Niederlassung	63
5.3.	Förderung durch das Land	65
5.3.1.	Förderung während des Medizinstudiums	65
5.3.2.	Förderung der Niederlassung	66
6.	Thüringen	67
6.1.	Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen	67
6.1.1.	Das Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und die zu ihrer Umsetzung erlassene Richtlinie als rechtliche Grundlage der Förderung	67
6.1.2.	Förderung der Niederlassung	69
6.1.3.	Förderung der Weiterbildung	71
6.2.	Förderung durch das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	72
6.2.1.	Zuwendungszweck	73
6.2.2.	Gegenstand der Förderung	73
6.2.3.	Zuwendungsempfänger	73
6.2.4.	Zuwendungsvoraussetzungen	74
6.2.5.	Art, Umfang und Höhe der Zuwendung	74
6.2.6.	Verfahren	75
6.2.7.	Inanspruchnahme des Landesprogramms zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum	75
6.3.	Förderung durch die „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“	76
6.3.1.	Förderung für Medizinstudierende	77
6.3.2.	Förderung der Weiterbildung	79
6.3.3.	Förderung der Niederlassung	80
7.	Literaturverzeichnis	81

1. Einleitung

Eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ist eine wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen. Auch wenn Deutschland über ein gut ausgebautes System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit einer vergleichsweise hohen Arztdichte und prinzipiell sehr guten Zugänglichkeit verfügt, zeichnen sich aktuell jedoch Ungleichverteilungen und drohende Versorgungspässe ab. Diese betreffen einerseits eine ausgeprägte räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten mit Disparitäten insbesondere zwischen ländlichen und urbanen Räumen, andererseits Ungleichverteilungen in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung¹.

Ein wesentlicher Grund besteht – neben dem demographischen Wandel – in einem sich gesamtgesellschaftlich vollziehenden Prozess der (Re-) Urbanisierung, der sich auch beim ärztlichen Nachwuchs beobachten lässt². Aus den verschiedensten Gründen wollen in einer von allgemeinem Wohlstand geprägten Gesellschaft insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte eher in Ballungsräumen arbeiten, während die Bereitschaft, sich in ländlichen Regionen niederzulassen bzw. dort eine Landarztpraxis zu übernehmen, abnimmt. Lebensräume großer und mittelgroßer Städte werden als attraktiver empfunden³. Befragungen haben wiederholt gezeigt, dass die Infrastruktur, ein familienfreundliches Umfeld, Arbeitsmöglichkeiten für den Partner sowie die Freizeitmöglichkeiten der Umgebung wichtige Kriterien der Ortspräferenz des Ärztenachwuchses sind. Ländliche Regionen werden hier als nachteilig wahrgenommen⁴. Hinzu kommt die Erwartung ungünstigerer Arbeitsbedingungen und -zeiten besonders für Landärzte. So besteht die Befürchtung, als Landarzt kein gesundes Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz im Arzt-Patienten-Verhältnis aufbauen zu können, weil faktisch eine „Rund-um-die-Uhr-Präsenz“ gefordert sei

-
- 1 Vgl. hierzu das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, in: BT-Drs. 18/1940, S. 349.
 - 2 Vgl. hierzu das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, in: BT-Drs. 18/1940, S. 349 sowie Martin/Ziekow, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausgestaltung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2015, S. 13; abrufbar im Internet unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Martini_Ziekow_Gutachten_aerztliche_Versorgung_Online-Fassung.pdf; diese und alle weiteren Quellen wurden zuletzt am 7. Mai 2018 abgerufen.
 - 3 Vgl. Gibis/Heinz/Jacob/Müller, Berufserwartungen von Medizinstudierenden, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, in: Deutsches Ärzteblatt International, 2012, 109 (18), S. 327 ff; abrufbar im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/125217/Berufserwartungen-von-Medizinstudierenden>.
 - 4 Vgl. Herr/Götz, Wie wollen Mediziner heute arbeiten? – Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld, in: GGW 2014, S. 7 ff.; abrufbar im Internet unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0314_herr_goetz.pdf.

und Privates und Berufliches sich schon räumlich nicht trennen ließen⁵. Ein weiteres Problem liegt darin, dass in den nächsten Jahren viele Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden werden, sodass besonders in strukturschwachen ländlichen Räumen die Gefahr droht, eine qualitativ und quantitativ ausreichende medizinische Versorgung nicht überall garantieren zu können.

Angesichts der sich abzeichnenden ärztlichen Unterversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen ist es im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung, dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern⁶. Gesundheitspolitische Akteure auf allen Ebenen – sowohl in der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik als auch in der Selbstverwaltung – haben deshalb vielfältige Maßnahmen ergriffen, um eine angemessene und flächendeckende ambulante vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen, auch und gerade für die Zukunft, zu gewährleisten⁷. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich – im Anschluss an eine Übersicht über die bundesrechtlichen Vorschriften insbesondere zum sog. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung⁸ – auf eine Darstellung verschiedener Programme zur Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen am Beispiel der Bundesländer Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen. Im Rahmen dieser Ausarbeitung sollen die zentralen Maßnahmen dargelegt werden, die die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesregierungen sowie sonstige landesweit agierende Institutionen in diesen Bundesländern ergriffen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

5 Vgl. Schmacke/Niehus/Berger/Stamer, Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte, 2008, S. 42 ff.

6 So der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, in: BT-Drs. 18/1940, S. 349 f.

7 Einen knappen Überblick über die verschiedenen Förderprogramme der Kassenärztlichen Vereinigungen während des Medizinstudiums, in der Weiterbildung und bei der Niederlassung – jeweils unterschieden nach Regionen bzw. Bundesländern – bietet im Rahmen der Kampagne „Lass dich nieder!“, mit der die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen junge Mediziner von dem Weg in die Niederlassung überzeugen wollen, eine im Internet unter : <http://www.lass-dich-nieder.de/angebote/foerdermoeglichkeiten.html>. abrufbare Veröffentlichung. Eine Übersicht über die regionalen Förderprogramme der Kassenärztlichen Vereinigungen und der verschiedenen Landesregierungen sowie weiterer Fördergeber für junge niederlassungswillige Mediziner ist im Internet abrufbar unter: https://www.rebmann-research.de/News_Jahrbuch_PDFs/jahrbuch_2017_5_5_4_3_20170529.pdf. Darüber hinaus ist auf eine Veröffentlichung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. unter dem Titel „Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung in Deutschland“ aus dem Jahr 2014 hinzuweisen, die einen ausführlichen Überblick über die Förderprogramme in den Bundesländern vermittelt und im Internet unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen_web.pdf. abrufbar ist. Ergänzend ist auf eine von der Technischen Universität Berlin herausgegebene Studie aus dem Jahr 2014 unter dem Titel „Review zu den Perspektiven der ländlichen Versorgung – Ein Überblick international bestehende Ansätze“ aufmerksam zu machen. Sie geht der Frage nach, inwieweit international angewandte Maßnahmen zur Rekrutierung von Gesundheitspersonal einem Fachkräftemangel im ländlichen Raum entgegenwirken können und beschreibt außerdem neue Professionen und innovative Strukturen der Versorgung im ländlichen Raum; abrufbar ist die Studie im Internet unter: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/baier_struckmann.pdf.

8 Vgl. hierzu die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.

insbesondere im ländlichen Raum zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Ergänzend wird über diese – der Förderung des Medizinstudiums, der Weiterbildung oder der Niederlassung dienenden – landesweiten Programme hinaus zum Teil auch auf einige regionale Förderprogramme zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum eingegangen. Soweit entsprechende Daten zur Verfügung standen oder über die zuständigen Institutionen ermittelt werden konnten, finden sich im Zusammenhang mit den jeweiligen Fördermaßnahmen auch Ausführungen dazu, in welchem Umfang diese bislang in Anspruch genommen wurden.

2. Bundesrechtliche Grundlagen

2.1. Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

2.1.1. Begriff der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist in den Vorschriften der §§ 72 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)⁹ als Erster Titel des Zweiten Abschnitts über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten¹⁰ und damit nach den allgemeinen Grundsätzen des Ersten Abschnitts (§§ 69 ff SGB V) unmittelbar zu Beginn des Vierten Kapitels des SGB V betreffend die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt. Dieser Standort macht bereits systematisch deutlich, welche Bedeutung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von Gesetzes wegen beigemessen wird, bei der es sich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in sachlicher und finanzieller Hinsicht um einen Gemeinwohlbelang von erheblichem Gewicht handelt¹¹.

Der Begriff der Sicherstellung ist als solcher gesetzlich nicht definiert. Allerdings machen die Regelungen der §§ 72 ff. SGB V in Verbindung mit den in §§ 69 ff SGB V niedergelegten allgemeinen Grundsätzen deutlich, dass es bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ihrem Gegenstand nach im Kern um die Gewährleistung und Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die sie tragenden Personen und Institutionen geht¹², die in § 73 Abs. 2 SGB V als vertragsärztliche Versorgung ihrem Inhalt nach näher beschrieben wird und das gesamte Tätigwerden der Ärzte für die Krankenkassen umfasst¹³. Aus der gesetzlichen Beschreibung der Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung in § 72 Abs. 2 SGB V lässt sich entnehmen, welche Zielsetzungen die

9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214).

10 Sowie Zahnärzten und Psychotherapeuten.

11 Vgl. BSGE 98, 294 (304).

12 Vgl. BSGE 75, 187 (190).

13 Vgl. BSGE 75, 187 (190).

Sicherstellung derselben Genüge zu leisten hat. Nach dieser Bestimmung haben die zur Sicherstellung berufenen Institutionen¹⁴ die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

2.1.2. Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

Mit dem Begriff der Sicherstellungsverantwortung ist im vorliegenden Zusammenhang die Frage angesprochen, wer im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Gewährleistung und Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten zuständig ist¹⁵. Es geht mithin darum, wem die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die auch als allgemeiner Sicherstellungsauftrag bezeichnet wird¹⁶, obliegt. Insoweit sind die Vorschriften der § 72 ff SGB V von Bedeutung.

Ausgangspunkt für die Zuweisung der Sicherstellungsverantwortung ist die Regelung des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Danach wirken die Ärzte¹⁷ auf der einen Seite und die Krankenkassen auf der anderen Seite zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. An dieser gesetzlich festgelegten Vorgabe des Zusammenwirkens von Ärzten und Krankenkassen wird deutlich, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als solche grundsätzlich eine gemeinsame Angelegenheit der Vertragsärzte und der Krankenkassen ist¹⁸. Die in § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthaltene Ermächtigung und Verpflichtung zur grundsätzlich gemeinsamen Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags erklärt sich vor dem Hintergrund der grundlegenden Gestaltung des Leistungssystems der GKV durch das Naturalleistungsprinzip in Verbindung mit dem Prinzip der Leistungserbringung durch Dritte. Hiernach können die gegenüber den Versicherten zur Leistung unter anderem der ambulanten medizinischen Versorgung verpflichteten Krankenkassen mangels eigener Ausstattung und eigenen medizinischen Personals die vertragsärztliche Versorgung nur gemeinsam mit den ärztlichen Leistungserbringern sicherstellen. Die Vorschrift des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V zieht hieraus die Konsequenz und statuiert den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als im Grundsatz gemeinsame Aufgabe

14 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.1.2.

15 Das Bundessozialgericht spricht unter anderem zum Beispiel von der „Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten Versorgung der Versicherten“, vgl. etwa BSGE 77, 188 (192).

16 Vgl. zu Beispiel BSG, SozR 3-2500, § 75 Nr. 11, S. 51. Der Begriff des allgemeinen Sicherstellungsauftrags ist in Abgrenzung zu verstehen zu den in § 75 Abs. 2 bis Abs. 6 SGB V geregelten sog. erweiterten oder besonderen Sicherstellungsaufträgen, mittels derer den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die ärztliche Versorgung für bestimmte Personen bzw. Bereiche jenseits der vertragsärztlichen Versorgung überantwortet worden ist.

17 Sowie Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren.

18 Vgl. aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur BSG, SozR 2200, § 368e Nr. 10, S. 17; SozR 2200, § 368f Nr. 14, S. 47; SozR 3-2500, § 75 Nr. 10, S. 45; SozR 3-2500, § 106 Nr. 29, S. 162; BSGE 69, 154 (157); Funk, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, § 32 Rn. 36.

der ärztlichen Leistungserbringer und insoweit insbesondere der Vertragsärzte und Krankenkassen¹⁹.

In Ergänzung der grundsätzlich gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die damit begründete Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ändert jedoch nichts an dem Grundsatz, dass es sich bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung um eine gemeinsame Angelegenheit von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Vertragsärzten handelt²⁰. Die Zuweisung der Sicherstellungsverantwortung auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist eine Konsequenz des Umstandes, dass für die ambulante medizinische Versorgung der Versicherten der GKV wesentlich auf die freiberuflich selbständig tätigen Ärzte zurückgegriffen wird, die als Vertragsärzte kraft Gesetzes Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind²¹.

2.1.3. Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 105 SGB V

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags dafür Sorge zu tragen, dass die Versicherten der GKV eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausreichende ambulante medizinische Versorgung erhalten, wird durch die Regelungen in § 105 SGB V konkretisiert. Im Einzelnen gilt nach dieser Vorschrift Folgendes:

Nach § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Grundlage hierfür sind die Bedarfspläne, die die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen haben (§ 99 SGB Abs. 1 Satz 1 SGB V). Zu den finanziellen und sonstigen Maßnahmen zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung gehören etwa Landarztzulagen, Umsatzgarantien zur Besetzung verwaister Vertragsarztsitze und Zuschüsse oder Darlehen zur Finanzierung von Praxisneugründungen. Darüber hinaus können auch Assistenten-

19 Vgl. Bristle, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 19 Rn. 8.

20 Vgl. BSGE 69, 154 (157) wonach die in § 72 Abs. 1 SGB V und § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V bezeichneten Pflichtkreise nicht für eine grundsätzliche Alleinkompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Ausschluss der Krankenkassen stehen, sondern für eine grundsätzlich gemeinsame Aufgabenerfüllung.

21 Vgl. Bristle, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 19 Rn. 9.

stellen in Vertragsarztpraxen zum Zwecke der Weiterbildung insbesondere der Ärzte für Allgemeinmedizin gefördert werden²². Durch derartige und ähnliche Strukturmaßnahmen können die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzielle Mittel für Sicherstellungszwecke verwenden, um gezielt Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen zu schaffen²³.

Zu den möglichen Maßnahmen gehört gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen²⁴ nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht bzw. in einem nicht unterversorgten Planungsbereich lokaler Versorgungsbedarf besteht. Diese mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003²⁵ mit Wirkung zum 1. Januar 2004 neu eingefügte Regelung soll klarstellen, dass neben mittelbar finanziell wirksamen Maßnahmen auch unmittelbar wirksame Maßnahmen wie die Zahlung von „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zuschlägen zum Honorar umgesetzt werden können²⁶. Über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen²⁷. Dies folgt aus der Gesetzessystematik, wonach die Sicherstellungszuschläge weiterhin zu den von der Kassenärztlichen Vereinigung zu ergreifenden Maßnahmen gehören²⁸. Allerdings ist die Kassenärztliche Vereinigung dabei an die nach § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V in die Zuständigkeit des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen fallenden Vorgaben gebunden²⁹. Danach entscheidet der Landesausschuss nicht nur über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V, sondern auch über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis. Die Bestimmung des § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG kann deshalb nur so verstanden werden, dass der

22 Vgl. etwa Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 16; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 15; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2.

23 Vgl. etwa Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 16.

24 Nach § 90 Abs. 1 Satz 1 SGB V bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

25 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003, BGBl. I S. 2190.

26 Vgl. den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), in: BT-Drs. 15/1525, S. 112 f. (zu Nr. 81).

27 Vgl. Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 20; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 5.

28 Vgl. Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 20.

29 Vgl. Bristle, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 19 Rn. 23; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 20.

jeweils zuständige Landesausschuss die Kassenärztliche Vereinigung die Krankenkassenverbände verpflichten kann, nach Maßgabe seiner Beschlüsse einen solchen Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Es handelt sich mithin um eine abstrakt normative Regelung und nicht um Einzelfallentscheidungen; diese trifft nach § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V vielmehr nach wie vor die Kassenärztliche Vereinigung, die aber an die normativen Vorgaben des Landesausschusses gebunden ist³⁰. Die vom Landesausschuss festgelegte Zuschlagshöhe wird gemäß § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V grundsätzlich hälftig von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden getragen, wobei der Landesausschuss zu seinem Beschluss auch die Aufteilung der von den Krankenkassen zu tragenden Hälfte auf die einzelnen Krankenkassen zu regeln hat (§ 105 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Reichen finanzielle und sonstige Maßnahmen nicht aus, um den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu erfüllen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V sogar befugt, Einrichtungen zu betreiben oder sich an Einrichtungen zu beteiligen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Hierfür bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Insgesamt sind die vorgenannten Regelungen des § 105 Abs. 1 SGB V als Ausfluss des den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesenen Auftrags zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einzuordnen³¹. Sie lassen vor allem erkennen, welche hohe Bedeutung der Verwirklichung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten der GKV unter Anknüpfung an die Bedarfsplanung nach Maßgabe der §§ 99 ff. SGB V als ganz wesentlichem Inhalt des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V beigemessen wird³².

Insbesondere mit Blick auf die schwierige Situation in unterversorgten Gebieten hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Vorschrift des § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V³³ zudem die Möglichkeit eröffnet, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds einzurichten. Mit dem Strukturfonds ist den Kassenärztlichen Vereinigungen ein neues und flexibles Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung zur eigenverantwortlichen Erfüllung der ihnen durch den Gesetzgeber originär zugewiesenen Aufgaben zur Gewährleistung, Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags an die Hand

30 Vgl. Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn 5; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 17.

31 Vgl. etwa Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht; § 105 SGB V, Rn. 2, der zu Recht darauf hinweist, dass unter systematischen Gesichtspunkten eine Zuordnung der Regelung zu § 75 Abs. 1 SGB V sinnvoll gewesen wäre.

32 Zu Maßnahmen einer ausgewogenen regionalen Verteilung zur Vermeidung von Unterversorgung und Überversorgung vgl. zum Beispiel Klose/Uhlemann, Ärzte besser verteilen – das geht!, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), Zeitschrift, 2006, Nr. 2, S. 16-17; Kühl, Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen, S. 68 ff.

33 Eingefügt durch Art. 1 Nr. 37 Buchstabe b des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

gegeben³⁴. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende verwendet werden. Eine Mitsprache der Krankenkassen hierbei hielt der Gesetzgeber nicht für sachgerecht, auch deshalb, weil damit eine zügige Mittelverwendung erschwert werden könnte³⁵. Denn sein Ziel war es, den Kassenärztlichen Vereinigungen den flexiblen Einsatz finanzieller Anreize zu ermöglichen³⁶.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V lediglich die Möglichkeit zur Bildung eines Strukturfonds eingeräumt, sie werden hierzu jedoch nicht verpflichtet³⁷. Nach der ursprünglichen Fassung der Vorschrift konnten aus dem Strukturfonds nur Fördermaßnahmen in Gebieten finanziert werden konnten, für die Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V getroffen worden waren, in denen also eine ärztliche Unterversorgung eingetreten war oder in absehbarer Zeit drohte oder in denen zwar keine Unterversorgung, aber ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf bestand. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015³⁸ ist diese Bindung in der Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds an eine vorige Beschlussfassung des Landesausschusses zur Feststellung einer Unterversorgung oder eines lokalen Versorgungsbedarfs mit Wirkung vom 23. Juli 2015 aufgegeben worden. Damit sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzt werden, auch ohne solche Entscheidungen Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ergreifen zu können³⁹. Für die Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V bedarf es aber – wie oben dargelegt – auf der Grundlage von § 105 Abs. 4 SGB V einer Beschlussfassung des Landesausschusses. Eine bessere systematische Abgrenzung der in § 105 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 4 SGB V getroffenen Regelungen wäre daher wünschenswert⁴⁰.

34 Vgl. Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 23.

35 Vgl. die Begründung zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe b des GKV-VStG in der Unterrichtung durch die Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) – BT-Drs. 17/6906 – Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung, in: BT-Drs. 17/7274 S. 32.

36 Vgl. die Begründung zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe b des GKV-VStG im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), in: BT-Drs. 17/6906, S. 78.

37 Vgl. nur Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 24.

38 Vgl. Art. 1 Nr. 45 des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015, BGBl. I S. 1211.

39 Vgl. die Begründung zu Art. 1 Nr. 45 des GKV-VSG im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/4095, S. 109.

40 So zu Recht Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2c.

Bildet die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds, hat sie gemäß § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V für diesen einen Betrag in Höhe von 0,1 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung zu stellen. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen solchen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe zu entrichten (§ 105 Abs. 1a Satz 2 SGB V). Die Krankenkassen werden so in die Finanzierung von Fördermaßnahmen eingebunden⁴¹.

2.2. Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V

2.2.1. Rechtsentwicklung und Normzweck

Neben der räumlicher Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten wird – wie oben bereits erwähnt – ein unausgewogenes Verhältnis zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung als zentrale Herausforderung für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung angesehen. Während das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten im Jahr 1993 noch bei etwa 60 Prozent zu 40 Prozent lag, stellen die Fachärzte seit dem Jahr 2005 die Mehrheit dar. Dieser Trend setzt sich fort, sodass mit einer Umkehrung der Verhältnisse aus dem Jahr 1993 innerhalb der nächsten Jahre gerechnet wird⁴². Um dem entgegenzuwirken und zu erreichen, dass sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden, ist bereits mit Art. 8 des GKV- Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998⁴³ mit Wirkung vom 1. Januar 1999⁴⁴ eine Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gesetzlich geregelt und in den folgenden Jahren weiterentwickelt worden⁴⁵. Eine durchgreifende Änderung des angesprochenen Trends konnte bisher nicht erreicht werden. Der Anteil der Allgemeinärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin – Hausärzte) an den ausgesprochenen Facharztanerkennungen stagniert trotz steigender Förderzahlen bei bundesweit knapp 11 Prozent⁴⁶. In dem Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung

41 Vgl. Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 25.

42 Vgl. das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, in: BT-Drs. 18/1940, S. 377 f.

43 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998, BGBl. I S. 3853.

44 Vgl. Art. 26 Abs. 2 GKV-SolG.

45 Zuletzt durch den am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Art. 4a des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008, BGBl. I S. 2426.

46 Bundesärztekammer, Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung, Evaluationsbericht für das Jahr 2015, S. 9; abrufbar im Internet unter: http://www.kbv.de/media/sp/2016_11_15_Evaluationsbericht_Foerderung_Weiterbildung_2015_fin.pdf.

der Entwicklung im Gesundheitswesen⁴⁷ werden Schwachstellen und diverse Umsetzungsprobleme bei der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beschrieben, beispielsweise Blockaden bei der Mittelbereitstellung, kurzfristige Absagen der Stellenförderung und mangelnde Koordination der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Mit der Einführung des § 75a SGB V durch Art. 1 Nr. 30 des GKV-VSG mit Wirkung vom 24. Juli 2015 soll die bisher in Art. 8 GKV-SolG enthaltene Regelung weiterentwickelt werden. Kritik und Änderungsvorschlägen aus dem Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde dabei in Teilen Rechnung getragen. Anders als im Regierungsentwurf des GKV-VSG zunächst vorgesehen⁴⁸, wurde die Förderung auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit⁴⁹ über den Kreis der Ärzte für Allgemeinmedizin hinaus auf „grundversorgende Fachärzte“ erweitert, um einerseits zu erreichen, dass auch in Zukunft ausreichend Bereitschaft zur Niederlassung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung besteht und um andererseits zu gewährleisten, dass die für den ambulanten Bereich benötigten besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden⁵⁰. Dies sei erforderlich, damit sich auch in Zukunft ausreichend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in freier Praxis entscheiden würden⁵¹.

2.2.2. Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Die Vorschrift des § 75a Abs. 1 Satz 1 SGB V begründet die ausdrückliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärztinnen und Ärzte sowie in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren finanziell zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen haben – wie dies bisher bereits Art. 8 Abs. 1 Satz 3 GKV-SolG vorsah – die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte zu tragen (§ 75a Abs. 1 Satz 2 SGB V), wobei sich die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an diesen Kosten nach § 75a Abs. 5 Satz 1 SGB V um die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen geleisteten Zahlungen vermindert.

Die Weiterbildungsstelle ist nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V verpflichtet, die erhaltene Förderung durch Aufstockung auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben. Als üblich wird man

47 Vgl. BT-Drs. 18/1940, S. 395 ff.

48 Vgl. den Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/4095, S. 18.

49 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 18/4095), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/5123, S. 31.

50 Vgl. BT-Drs. 18/5123, S. 124 f.

51 Vgl. BT-Drs. 18/5123, S. 125.

das Gehalt ansehen müssen, das sich aus den für Krankenhausassistenten geltenden tarifvertraglichen Vereinbarungen ergibt⁵². Der Aufstockungsbetrag soll nach dem gesetzgeberischen Willen nur einen geringfügigen Eigenbetrag darstellen, um so eine große Anreizwirkung zur Schaffung von Weiterbildungsplätzen zu entfalten⁵³. Die konkrete Bemessung der an die Weiterbildungsstelle zu zahlenden Fördersumme bestimmt sich nach den Absätzen 4 Satz 2 Nr. 1 und 6 des § 75a SGB V in Verbindung mit der nach § 75a Abs. 4 SGB V abzuschließenden dreiseitigen Fördervereinbarung. Mit der Bestimmung des § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V wird darüber hinaus klargestellt, dass der Praxisinhaber bzw. der Träger des medizinischen Versorgungszentrums zur ungekürzten Auszahlung der erhaltenen und aufgestockten Förderung an den weiterzubildenden Arzt verpflichtet ist. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber auf Fälle reagiert, in denen Mittel zweckwidrig verwendet worden sein sollen⁵⁴.

Die Bestimmung des § 75a Abs. 2 Satz 1 SGB V erstreckt die in Abs. 1 für den ambulanten Bereich geregelte Verpflichtung zur Förderung auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Die Vorschrift gilt – im Gegensatz zu Abs. 1 – nicht entsprechend für die grundversorgende fachärztliche Versorgung. Die Förderung erfolgt allein durch die Krankenkassen und die privaten Versicherungsunternehmen (vgl. § 75a Abs. 5 SGB V). Ebenso wie die Zuschüsse für den ambulanten Bereich gemäß § 75a Abs. 1 Satz 3 SGB V außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt werden, erfolgt die Förderung für die Weiterbildung im stationären Sektor außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets (§ 75a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Normierung einer Aufstockungs- und Auszahlungspflicht, wie sie § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V für den ambulanten Bereich ausspricht, hielt der Gesetzgeber im stationären Bereich offenbar nicht für erforderlich, vermutlich weil er hier die Rechtsbeziehungen in arbeits- und tarifvertraglicher Hinsicht als insgesamt seriöser ausgestaltet ansah⁵⁵.

Die Vorschrift des § 75a Abs. 3 SGB V legt fest, dass bundesweit insgesamt mindestens 7.500 Weiterbildungsstellen gefördert werden sollen und erklärt eine Begrenzung der Anzahl der zu fördernden Stellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für unzulässig. Die Zahl von 7.500 Stellen bezieht sich allein auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Für die Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung bestimmt § 75a Abs. 9 Satz 2 SGB V, dass bundesweit bis zu 1.000 Stellen zu fördern sind. Anders als Art. 8 GKV-SolG für die Jahre 1999 und 2000 sieht § 75a SGB V keine Obergrenze der Zahl der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen vor. Dafür bestand auch kein Bedürfnis, nachdem es unter Geltung des Art. 8 GKV-SolG trotz eines Anstiegs jedenfalls bis in das Jahr 2014 nicht gelungen war, die mit

52 Vgl. Heral, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn. 11.

53 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/4095, S. 90.

54 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/4095, S. 90.

55 Vgl. Heral, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn.17.

dem GKV-OrgWG mit Wirkung vom 1. Januar 2009 für den Regelfall eingeführte Mindestzahl von 5.000 zu fördernden Weiterbildungsstellen zu erreichen⁵⁶.

2.2.3. Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung

Die Vorschrift des § 75a Abs. 9 SGB V erstreckt die bisher – unter Geltung von Art. 8 GKV-SolG – nur für die allgemeinmedizinische Weiterbildung vorgesehene Förderung auf die Weiterbildung „grundversorgender Fachärzte“. Anders als die allgemeinmedizinische Weiterbildung ist die Förderung der grundversorgenden fachärztlichen Weiterbildung auf den ambulanten Bereich (Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren) begrenzt (§ 75a Abs. 9 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 1 SGB V); eine § 75a Abs. 2 SGB V entsprechende Förderung in Krankenhäusern oder in Vor- sorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist nicht vorgesehen. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Probleme beim ärztlichen Nachwuchs in der ambulanten Versorgung nicht auf die hausärztliche Versorgung beschränkt sind⁵⁷, sondern auch insbesondere solche Fachgebiete oder Teile von Fachgebieten umfassen, in denen das Einkommensniveau unter dem Durchschnitt der Vertragsärzte liegt. Deutlich wird das zum Beispiel bei den konservativ tätigen, nicht operierenden Augenärzten⁵⁸. Welche Arztgruppen als „grundversorgende Fachärzte“ in die Förderung einzubeziehen sind, haben die Vertragspartner nach § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V in der Fördervereinbarung festzulegen. Die Zahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen wird – wie bereits erwähnt – für den Bereich der grundversorgenden Fachärzte in § 75a Abs. 9 Satz 2 SGB V auf bundesweit 1.000 begrenzt. Dabei dürfte auch hier von Vollzeitäquivalenten auszugehen sein⁵⁹.

2.2.4. Die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“

Die Selbstverwaltungspartner in Gestalt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben in § 75a Abs. 4 Satz 1 SGB V den bindenden gesetzlichen Auftrag erhalten, bis zum 23. Oktober 2015 das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung der Weiterbildung durch dreiseitigen öffentlich-rechtlichen Vertrag (Normenvertrag) zu vereinbaren. Als verbindlich zu vereinbarenden Inhalt der Fördervereinbarung (sog. „Muss-Inhalte“) hat der Gesetzgeber mit der Bestimmung des § 75a Abs. 4 Satz 2 SGB V im Rahmen einer „insbesondere-Verknüpfung“ insgesamt fünf Punkte vorgegeben, die unter anderem durch die Vorschrift des § 75a Abs. 7 SGB V ergänzt werden, die sog. „Kann-Inhalte“ nennt.

56 Vgl. Bundesärztekammer, Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung, Evaluationsbericht für das Jahr 2015, S. 5.

57 Vgl. die Begründung in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 18/4095), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/5123, S. 124 f.

58 Vgl. Rademacker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 75a Rn. 19.

59 Vgl. Rademacker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 75a Rn. 19.

Nach § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V haben die Selbstverwaltungspartner insbesondere Vereinbarungen über die Höhe der finanziellen Förderung der Weiterbildung zu treffen, wobei die konkretisierenden Vorgaben des § 75a Abs. 6 SGB V zu beachten sind. Danach ist die Höhe der finanziellen Förderung so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in den ambulanten Weiterbildungsstellen im Sinne des § 75a Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit einer nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V erfolgenden Anhebung der Förderung durch die Weiterbildungsstelle eine angemessene Vergütung erhalten (§ 75a Abs. 6 Satz 1 SGB V). Was nach den Vorstellungen des Gesetzgebers unter einer angemessenen Vergütung zu verstehen ist, kann der Gesetzesbegründung entnommen werden⁶⁰. Danach soll der Förderbetrag der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich (Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren) so bemessen sein, dass er annähernd der Summe entspricht, die erforderlich ist, um eine Vergütung entsprechend der tarifvertraglichen Vergütung im Krankenhaus zu erreichen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass der in der Weiterbildung vorgesehene Wechsel von der Klinik in die Praxis nicht mit finanziellen Einschnitten verbunden ist, damit sich junge Medizinerinnen und Mediziner nicht gegen eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden. Für Gebiete, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt hat, wird in § 75a Abs. 6 Satz 2 SGB V darüber hinaus vorgegeben, dass eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden soll. Damit sichergestellt ist, dass der Förderbeitrag nicht statistisch festgeschrieben ist und Tarifsteigerungen nicht einseitig zu Lasten der Weiterbildungsstellen gehen, wird in § 75a Abs. 6 Satz 3 SGB V zudem geregelt, dass die Vertragspartner die Höhe des Förderbeitrags regelmäßig auf ihre Angemessenheit zu überprüfen und den Förderbeitrag gegebenenfalls zu erhöhen haben.

Mit der am 1. Juli 2016 in Kraft getretenen „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ sind die Selbstverwaltungspartner dem in § 75a Abs. 4 SGB V festgeschriebenen Auftrag – wenn auch erst zu einem späteren als dem gesetzlich vorgesehen Zeitpunkt – im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.⁶¹ sowie im Benehmen

60 Vgl. hierzu die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), in: BT-Drs. 18/4095, S. 90 f.

61 Nach § 75a Abs. 5 Satz 2 SGB V ist über die Verträge nach § 75a Abs. 4 SGB V das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben. Ein „Einvernehmen“ setzt eine Willensübereinstimmung zwischen entscheidender und beteiligter Stelle voraus (vgl. BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 – B 6 KA 7/14 R, Gesundheitsrecht, Zeitschrift, 2015, 622 mit weiteren Nachweisen). Zur Herstellung des Einvernehmens wäre deshalb grundsätzlich erforderlich, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung der Fördervereinbarung zustimmt. Da das Einvernehmen jedoch nur anzustreben ist, kommt der Vertrag nach § 75a Abs. 4 SGB V auch zustande, wenn die Übereinstimmung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung nicht erzielt wird. Im Ergebnis entspricht das nach § 75a Abs. 5 Satz 2 SGB V „anzustrebende“ Einvernehmen damit im Wesentlichen der Herstellung des Benehmens (vgl. Rademacker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 75 a Rn. 11).

mit der Bundesärztekammer⁶² nachgekommen⁶³. Die Fördervereinbarung ist gemäß § 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Satzung für die Mitglieder der Kassenärzten Vereinigungen⁶⁴ bindend und begründet Rechtsansprüche zugunsten der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren sowie auch der Weiterzubildenden⁶⁵. Im vorliegenden Zusammenhang wesentlich erscheinen die in § 1 (Vertragszweck), § 2 (Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung), und § 3 (Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen) sowie die in § 5 (Finanzieller Förderumfang) getroffenen Regelungen der Fördervereinbarung. Danach gilt Folgendes:

Nach § 1 Abs. 1 der Fördervereinbarung wird zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragsärztinnen und zugelassener Medizinischer Versorgungszentren, in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, gefördert. Gemäß § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V wird als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfes der patientennahen ambulanten fachärztlichen Versorgung darüber hinaus auch die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener Medizinischer Versorgungszentren unter bestimmten Voraussetzungen gefördert (§ 1 Abs. 2 der Fördervereinbarung). Nach § 1 Abs. 3 der Fördervereinbarung regeln die Vertragspartner unter anderem das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen und des PKV-Verbandes nach Maßgabe des § 12 Abs. 2 der Fördervereinbarung (im Folgenden: Kostenträger), die Verteilung der Weiterbildungsstellen auf die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Bezirke), den finanziellen Ausgleich von Mehr- und Minderförderung in den KV-Bezirken, die Sicherstellung einer durchgehenden Förderung bei Wechsel des KV-Bezirks während der Weiterbildung, das Monitoring und die Evaluation dieser Maßnahmen sowie die Förderung von Qualität und Effizienz der Maßnahmen nach dem Vertrag.

Die Regelungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung in § 2 des Vertrages sehen – entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in 75a Abs. 3 SGB V – vor, dass die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich insgesamt mindestens 7.500 Stellen pro Jahr beträgt (§ 2

62 Nach § 75a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist für die Fördervereinbarung das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen. Der Begriff des „Benehmens“ ist zwischen dem des Einvernehmens, also der Herbeiführung einer Willensübereinstimmung und der Anhörung im Sinne einer Gelegenheit zur Stellungnahme einzuordnen (vgl. BSG, Urteil vom 24. August 1994 – 6 RKa 15/93, BSGE 75, 37, 40). Die Herstellung des Benehmens im Sinne des § 75a Abs. 4 Satz 3 SGB V erfordert, dass die Bundesärztekammer über den Inhalt der vorgesehenen Vereinbarung informiert wird, ihr die Möglichkeit der Stellungnahme gegeben wird und dass erhobene Einwände oder Bedenken zur Kenntnis genommen und gegebenenfalls berücksichtigt werden (vgl. Rademacker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 75a Rn. 9).

63 Die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit der Bundesärztekammer getroffene „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ ist im Internet abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf.

64 Vgl. dazu § 77 Abs. 3 SGB V.

65 Vgl. Hersal, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn. 25.

Abs. 1 Satz 1 des Vertrages). Die Zählung der Stellen wird dabei auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. Die Förderung erfolgt für jede besetzte Stelle. Stellenbegrenzungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht zulässig. Die Mindestdauer der zu fördernden Weiterbildungsabschnitte bei ganztägiger Beschäftigung beträgt nach § 2 Abs. 3 Satz 1 des Vertrages drei Monate. Eine Teilzeitstelle mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit wird ebenfalls gefördert (§ 2 Abs. 4 Satz 1 des Vertrages). Die maximale Förderdauer einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung richtet sich nach den Vorgaben der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung (§ 2 Abs. 5 Satz 1 Vertrages). Die Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung soll gemäß § 2 Abs. 6 des Vertrages insbesondere eine kontinuierliche und zügige Weiterbildung unterstützen.

Die in § 3 des Vertrages geregelte Förderung der Weiterbildung weiterer Facharztgruppen erfolgt nach § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V. Sie soll einen Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten leisten (§ 3 Abs. 1 des Vertrages). Die Anzahl der von den Kostenträgern zu fördernden Weiterbildungsstellen in weiteren Fächern nach § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V beträgt bundesweit maximal 1.000 Stellen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages). Die Förderung erfolgt dabei für jede besetzte Stelle (Vollzeitäquivalent). Eine Teilzeitstelle mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit wird ebenfalls gefördert. Die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses beträgt nach § 3 Abs. 3 des Vertrages grundsätzlich mindestens zwölf zusammenhängende Monate in einer Weiterbildungspraxis, wobei nur Facharztgruppen gefördert werden können, für die die (Muster-) Weiterbildungsordnung eine fakultative Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten in der ambulanten Versorgung vorsieht. Die Förderung in den ausgewählten Fachgebieten unterliegt nach § 3 Abs. 5 Satz 1 des Vertrages der Voraussetzung, dass die beantragende Praxis überwiegend konservativ und nicht spezialisiert tätig ist. Zur Feststellung eines Förderbedarfs einzelner Facharztgruppen ist mindestens eines der in § 3 Abs. 7 des Vertrages aufgeführten regionalen Kriterien zu berücksichtigen:

- Es wurde in einem KV-Bezirk eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB V für eine Facharztgruppe festgestellt.
- Es bestehen innerhalb des jeweiligen Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung flächendeckende, langfristige Probleme bei der Nachbesetzung von frei werdenden Arztsitzen, die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährden.
- Es liegt eine facharztgruppenspezifische Altersstruktur vor, die erwarten lässt, dass mittelfristig mit der Feststellung einer Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung in bestimmten Planungsbereichen zu rechnen ist.

Anhand der vorgenannten Kriterien ist insbesondere der Bedarf an pädiatrischer, gynäkologischer und augenheilkundlicher Weiterbildung zu prüfen. Die Feststellung der Förderfähigkeit von Facharztgruppen erfolgt nach § 3 Abs. 8 Satz 1 des Vertrages auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen.

Der finanzielle Förderumfang ist in § 5 des Vertrages geregelt. Der Förderbetrag der Kostenträger je besetzter Stelle beträgt für den ambulanten Bereich gemäß den §§ 2 und 3 der Vereinbarung

monatlich 2.400 Euro (§ 5 Abs. 2 des Vertrages). Für den ambulanten Bereich wird der Förderbetrag je besetzter Stelle nach den §§ 2 und 3 der Vereinbarung durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf monatlich 4.800 Euro erhöht (§ 5 Abs. 3 des Vertrages). Der Förderbetrag im ambulanten Bereich orientiert sich dabei an der im Krankenhaus üblichen Vergütung (§ 5 Abs. 4 Satz 1 Vertrages). Der Förderbetrag je besetzter Teilzeitstelle ist entsprechend des Umfangs der Teilzeittätigkeit anteilig zu bemessen (§ 5 Abs. 5 des Vertrages). Soweit der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, sieht § 5 Abs. 6 des Vertrages eine höhere finanzielle Förderung im vertragsärztlichen Bereich vor. Der Erhöhungsbetrag der Förderung je besetzter Stelle in unterversorgten Gebieten beträgt monatlich 500 Euro, in Gebieten mit drohender Unterversorgung monatlich 250 Euro. Die Beträge werden von den Kostenträgern und der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils hälftig getragen. Der Förderbetrag je besetzter Teilzeitstelle ist entsprechend des Umfangs der Teilzeittätigkeit anteilig zu bemessen. Nach der Regelung in § 5 Abs. 7 des Vertrages handelt es sich bei den vorgenannten Förderbeträgen jeweils um einen Zuschuss zum Bruttogehalt des Arztes bzw. Ärztin in Weiterbildung, der als Anteil der Vergütung in voller Höhe an ihn bzw. sie weitergegeben werden muss. In § 5 Abs. 11 des Vertrages wird schließlich festgelegt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit dem PKV-Verband abweichend von § 5 Abs. 2 und 3 des Vertrages höhere Förderbeträge vereinbaren können.

3. Bayern

3.1. Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

3.1.1. Die Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als rechtliche Grundlage der Förderung

In Wahrnehmung der in § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V normierten Verpflichtung, entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 24. März 2012 einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V gebildet. Mit den Mitteln dieses Strukturfonds, für den die KVB und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 105 Abs. 1a Satz 2 SGB V zu gleichen Teilen Finanzmittel zur Verfügung stellen, können Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Verbesserung der Versorgungssituation in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten Bayerns finanziert werden. Die Verwendung und Verteilung der in den Strukturfonds eingestellten Mittel im Bezirk der KVB sind in der „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Ver-

einigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds (Sicherstellungsrichtlinie)“ vom 15. Juni 2016 festgelegt, die zuletzt durch Beschluss der Vertreterversammlung der KVB vom 10. März 2018 mit Wirkung zum 17. März 2018 geändert wurde⁶⁶.

Die Richtlinie regelt geeignete finanzielle und sonstige Maßnahmen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KVB zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern (Fördermaßnahmen) und trifft hierzu konkretisierende Vorgaben zu Zweck, Inhalt, Voraussetzungen, Umfang sowie Finanzierung der einzelnen Fördermaßnahmen⁶⁷. Dabei differenziert die Richtlinie zwischen Fördermaßnahmen für Planungsbereiche, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat⁶⁸ sowie Fördermaßnahmen, die unabhängig von Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V ergriffen werden können⁶⁹. Vorrangiges Ziel der Richtlinie ist es, eine vom Landesausschuss festgestellte eingetretene oder drohende Unterversorgung im Sinne des § 100 Abs. 1 SGB V zu beseitigen bzw. abzuwenden sowie einen vom Landesausschuss in einem Teilgebiet eines Planungsbereichs festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im Sinne des § 100 Abs. 3 SGB V zu decken. Dabei hinaus wurde mit der Sicherstellungsrichtlinie eine Grundlage für Fördermaßnahmen geschaffen, um in den gemäß den Bestimmungen der Richtlinie förderungsfähigen Planungsbereichen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Ein Anspruch auf Förderung nach der Richtlinie besteht nicht⁷⁰.

Für die aus den Mitteln des Strukturfonds zu finanzieren Fördermaßnahmen stellt der Vorstand der KVB jährlich einen Finanzplan zur Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung auf, der die voraussichtlichen Ausgaben der Mittel des Strukturfonds nach Maßgabe der in Teil 1 Abschnitt B der Richtlinie getroffenen Regelungen enthält. Danach sind in dem Finanzplan entsprechend der zuvor erläuterten Abgrenzung zwei Fördertöpfe auszuweisen: Ein Fördertopf mit den Mitteln zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat („Fördertopf 1“) und ein zweiter Fördertopf mit Mitteln zur Finanzierung von Fördermaßnahmen unabhängig von

66 „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds (Sicherstellungsrichtlinie)“ vom 15. Juni 2016, in Kraft getreten am 2. Juli 2016 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 26 vom 1. Juli 2016), zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung der KVB vom 10. März 2018 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 11 vom 16. März 2018); abrufbar im Internet unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Rechtsquellen/S-Z/KVB-RQ-Sicherstellungsrichtlinie-der-KVB.pdf>. In ihrer zuletzt geänderten Fassung ist diese Richtlinie am 17. März 2018 in Kraft getreten. Sie ersetzt die Sicherstellungsrichtlinie der KVB vom 5. Juni 2013, in Kraft getreten am 22. Juni 2013 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 25 vom 21. Juni 2013), die zuletzt durch Beschluss der Vertreterversammlung der KVB vom 12. März 2016 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 11 vom 18. März 2016) geändert worden war.

67 Vgl. hierzu Teil 1 der Sicherstellungsrichtlinie: Allgemeine Grundsätze und Bestimmungen zur Finanzierung und Mittelverwendung, Abschnitt A: Regelungszweck und Regelungsgegenstand, S. 3.

68 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. der Sicherstellungsrichtlinie, S. 6 ff.

69 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt B. der Sicherstellungsrichtlinie, S. 18 ff.

70 Vgl. Teil 1 der Sicherstellungsrichtlinie: Allgemeine Grundsätze und Bestimmungen zur Finanzierung und Mittelverwendung, Abschnitt A: Regelungszweck und Regelungsgegenstand, S. 3f.

Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 GB V („Fördertopf 2“). Der Finanzplan regelt die Verteilung der Mittel des Strukturfonds auf die beiden Fördertöpfe⁷¹.

3.1.2. Fördermaßnahmen in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat

Die Fördermaßnahmen der KVB in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, sind in Teil 2 Abschnitt A der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Unterschieden wird insoweit zwischen finanziellen Fördermaßnahmen⁷², KVB-Eigeneinrichtungen⁷³ und KVB-Arztpraxen zur Nutzung durch Vertragsärzte⁷⁴.

3.1.2.1. Finanzielle Fördermaßnahmen

In Teil 2 Abschnitt A. I. der Richtlinie werden zunächst einige allgemeine Grundsätze für die Gewährung finanzieller Zuwendungen durch die KVB festgelegt, die unter anderem den Zweck und Gegenstand der finanziellen Fördermaßnahmen (Ziffer 1), den förderfähigen Planungsbereich (Ziffer 2), die Förderungsempfänger (Ziffer 3) sowie die für alle finanziellen Fördermaßnahmen geltenden Voraussetzungen (Ziffer 4) betreffen. Das Nähere zu den einzelnen finanziellen Fördermaßnahmen ist sodann in den Anhängen 1 bis 6 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt.

Gefördert werden nach Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 1 der Richtlinie mittels einer finanziellen Zuwendung (Zuschuss) die

- Niederlassung als Vertragsarzt (Anhänge 1 und 1a),
- Einrichtung einer Zweigpraxis im Sinne von § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV (Anhang 2),
- Beschäftigung eines angestellten Arztes (Anhänge 3 und 3a),
- Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin (Anhang 4),
- Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus (Anhang 5),
- Beschäftigung eines Arztes zum Zwecke der Weiterbildung zum Erwerb der Facharztbezeichnung in einem Gebiet, das den Arztgruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung bzw. der spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach § 12 bzw. § 13 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ärzte zugeordnet ist, sowie die Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Ausbildung zur Erlangung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Anhang 6).

Neben der Beseitigung einer eingetretenen Unterversorgung bzw. Abwendung einer drohenden Unterversorgung sowie der Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist es Ziel der

71 Zu den Grundsätzen der Finanzierung und Mittelverwendung vgl. im Einzelnen Teil 1 Abschnitt B der Sicherstellungsrichtlinie, S. 4 f.

72 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. I., S. 6 ff. der Sicherstellungsrichtlinie.

73 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. II., S. 11 ff. der Sicherstellungsrichtlinie.

74 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. III., S. 15 ff. der Sicherstellungsrichtlinie.

vorgenannten Fördermaßnahmen, im förderungsfähigen Planungsbereich den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ärzte zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Ein förderungsfähiger Planungsbereich in diesem Sinne ist nach Ziffer 2 ein Planungsbereich, für den der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht (§ 100 Abs. 1 SGB V) oder ein Teilgebiet innerhalb eines Planungsbereichs, für das der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (§ 100 Abs. 3 SGB V). Förderungsempfänger können gemäß Ziffer 3 alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren sein, die die in der Sicherstellungsrichtlinie geregelten Förderungsvoraussetzungen für die beantragte Fördermaßnahmen erfüllen.

Ein Zuschuss nach Ziffer 1 für einen förderungsfähigen Planungsbereich kann auf Antrag bei Vorliegen der in Ziffer 4 näher geregelten Voraussetzungen gewährt werden, wobei ein Anspruch auf Förderung nicht besteht. Danach muss für den förderungsfähigen Planungsbereich im Sinne der Ziffer 2 vor allem ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm bestehen⁷⁵. Bei einem planungsbereichsbezogenen Förderprogramm handelt es sich um ein vom Vorstand der KVB beschlossenes Maßnahmenpaket, das die für einen im Sinne von Ziffer 2 förderungsfähigen Planungsbereich beabsichtigten Fördermaßnahmen insbesondere nach förderfähiger Arztgruppe, Zweck, Umfang und Voraussetzungen konkretisiert. Für planungsbereichsbezogene Förderprogramme dürfen maximal die im Finanzplan eingestellten und tatsächlich vorhandenen Mittel veranschlagt werden. In einem planungsbereichsbezogenen Förderprogramm, das in geeigneter Weise bekannt zu machen ist⁷⁶, legt der Vorstand der KVB insbesondere fest,

- welche konkreten Förderziele erreicht werden sollen (zum Beispiel Erhöhung des Versorgungsgrades durch Neuniederlassungen, Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Versorgung durch Zuschüsse für bereits niedergelassene Vertragsärzte),
- welche konkreten Fördermaßnahmen im Sinne der Ziffer 1 zur Erreichung der Förderziele ergriffen werden sollen,
- ob bestimmte Fördermaßnahmen vorrangig in Betracht kommen,
- ob einzelne Fördermaßnahmen nur für ein bestimmtes Teilgebiet eines förderungsfähigen Planungsbereichs in Betracht kommen,
- in welcher Höhe Fördermittel gemäß dem Finanzplan zur Umsetzung der vorgesehenen Fördermaßnahmen zur Verfügung gestellt werden und
- nach welchen Kriterien eine Auswahl unter mehreren Bewerbern für die vorgesehenen Fördermaßnahmen erfolgt, wenn die für das jeweilige planungsbereichsbezogene Förderprogramm veranschlagten Finanzmittel nicht ausreichen, um alle Anträge auf Gewährung eines Zuschusses nach Ziffer 1 zu bewilligen.

Die besonderen Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses nach Ziffer 1 sowie Umfang und Höhe der jeweiligen Zuwendung ergeben sich – wie bereits erwähnt – aus den Anhängen 1 bis 6 der Sicherstellungsrichtlinie⁷⁷. Ein Zuschuss nach Ziffer 1 kann nur gewährt werden,

75 Vgl. hierzu im Einzelnen die Regelungen in Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 4.1 der Sicherstellungsrichtlinie.

76 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 4.1.4 der Sicherstellungsrichtlinie.

77 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 4.2 der Sicherstellungsrichtlinie.

wenn nach Maßgabe der Regelungen des Finanzplans ausreichend Fördermittel zur Verfügung stehen⁷⁸.

3.1.2.1.1. Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt

Der Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt gemäß Teil 2 Abschnitt A. I. Anhang 1 der Sicherstellungsrichtlinie soll einen Anreiz setzen, in einem förderungsfähigen Planungsbereich eine Vertragsarztpraxis zu gründen und aufzubauen. Er dient dazu, die finanziellen Belastungen zu reduzieren, die im Rahmen der Gründung und des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis anfallen und unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort in unmittelbarem Zusammenhang mit der Aufnahme der vertragsärztlichen Versorgung stehen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung.

Die Höhe des Zuschusses für die Niederlassung als Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag beträgt

- 90.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine Unterversorgung festgestellt hat,
- 60.000 Euro für eine Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine drohende Unterversorgung festgestellt hat und
- 60.000 Euro für die Niederlassung in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss um bis zu 25 Prozent erhöhen, sodass für die Niederlassung als Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag ein finanzieller Zuschuss von bis zu 112.500 Euro gewährt werden kann. Besondere Zuschussregelungen bestehen daneben für die Niederlassung als Vertragspsychotherapeut mit vollem Versorgungsauftrag.

Die Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 1 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Danach muss der Antragsteller einer Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Darüber hinaus muss er in dem Planungsbereich oder in dem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für den diese Feststellung getroffen wurde, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden sein. Diese Zulassung darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen und die KVB für den jeweiligen förderungsfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe des Antragstellers ein Förderprogramm im Sinne von Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 4.1 aufgestellt hat. Außerdem hat sich der Antragsteller gegenüber der KVB zu verpflichten, in dem förderungsfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde,

78 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt A. I. Ziffer 4.3 der Sicherstellungsrichtlinie.

mindestens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein und bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten sowie der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen⁷⁹.

3.1.2.1.2. Praxisaufbauförderung

Die Praxisaufbauförderung gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 1a der Sicherstellungsrichtlinie soll neben dem Investitionskostenzuschuss nach Anhang 1 einen weiteren Anreiz setzen, in einem unterversorgten Planungsbereich oder in einem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 3 SGB V getroffen hat, eine Vertragsarztpraxis zu gründen und aufzubauen. Bei der Praxisaufbauförderung handelt es sich um eine Fördermaßnahme, die insbesondere mit Blick auf die Praxiskosten in der Aufbauphase einer Vertragsarztpraxis zu mehr Planungssicherheit beitragen soll. Sie erfolgt über die quartalsweise Gewährung eines finanziellen Zuschusses zum Honorar.

Die Höhe des finanziellen Zuschusses ergibt sich für jedes förderungsfähige Abrechnungsquartal gesondert aus der Differenz des Honorars des Förderungsempfängers für dessen vertragsärztliche Tätigkeit (individueller Honorarumsatz) und 85 Prozent des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt der Fachgruppe des Förderungsempfängers (Referenzwert). Die Auszahlung des Zuschusses erfolgt für die Förderdauer von zwei Jahren (acht aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale) von dem Zeitpunkt an, ab dem der Förderungsempfänger seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem förderungsfähigen Planungsbereich aufgenommen hat.

Die Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 1a der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Danach muss der Antragsteller einer Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass eine Unterversorgung eingetreten ist oder für die der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Darüber hinaus muss er in dem Planungsbereich oder in dem Teilgebiet des Planungsbereichs, für den diese Feststellung getroffen wurde, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden sein. Diese Zulassung darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat und die KVB für den jeweiligen nach Anhang 1a förderungsfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe des Antragstellers ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm im Sinne von Teil 2 Abschnitt A I. Ziffer 4.1 aufgestellt hat. Außerdem hat sich der Antragsteller gegenüber der KVB zu verpflichten, in dem nach Anhang 1a förderungsfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde, wenigstens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein und bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten und der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss der Förderungsempfänger in dem Abrechnungsquartal, für den ein finanzieller Zuschuss gewährt werden soll, in dem nach An-

79 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen zu Ziffer 3 des Anhangs 1 der Sicherstellungsrichtlinie.

hang 1a förderungsfähigen Planungsbereich in seiner Vertragsarztpraxis eine dem jeweiligen Honorarbescheid zugrundeliegende Mindestanzahl an Patientenbehandlungen durchgeführt haben⁸⁰.

3.1.2.1.3. Zuschuss zur Errichtung einer Zweigpraxis

Der Zuschuss zur Gründung einer Zweigpraxis gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 2 der Sicherstellungsrichtlinie soll einen Anreiz setzen, in einem förderungsfähigen Planungsbereich eine Zweigpraxis Sinne von § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zu errichten. Er dient dazu, die finanziellen Belastungen zu reduzieren, die im Rahmen der Errichtung einer Zweigpraxis anfallen und unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort in unmittelbarem Zusammenhang mit der Aufnahme der vertragsärztlichen Versorgung in dieser Zweigpraxis stehen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung.

Die Höhe des Zuschusses für die Errichtung einer vertragsärztlichen Zweigpraxis beträgt

- 22.500 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine Unterversorgung festgestellt hat
- 15.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine drohende Unterversorgung festgestellt hat und
- 15.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss bis zu 25 Prozent erhöhen, sodass für die Errichtung einer vertragsärztlichen Zweigpraxis ein Zuschuss von bis zu 28.125 Euro gewährt werden kann. Zuschussmöglichkeiten gibt es daneben auch für die Errichtung einer vertragspsychotherapeutischen Zweigpraxis.

Die einzelnen Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 2 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt, darunter unter anderem die Verpflichtung, in der geförderten Zweigpraxis mindestens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein und dort eine bestimmte Mindestanzahl von Sprechstunden pro Woche anzubieten⁸¹.

3.1.2.1.4. Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes

Der Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 3 der Sicherstellungsrichtlinie soll einen Anreiz setzen, einen Arzt in einem förderungsfähigen Pla-

80 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen zu Ziffer 3 des Anhangs 1a der Sicherstellungsrichtlinie.

81 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen zu Ziffer 3 des Anhangs 2 der Sicherstellungsrichtlinie.

nungsbereich anzustellen. Er dient dazu, die damit für den anstellenden Vertragsarzt verbundenen finanziellen Belastungen zu reduzieren. Die Förderung erfolgt über die quartalsweise Gewährung einer finanziellen Zuwendung.

Die Höhe des finanziellen Zuschusses beträgt 4.000 Euro pro Quartal für die Anstellung eines in Vollzeit beschäftigten Arztes, wobei die Förderung unabhängig von der Anzahl der angestellten Ärzte auf 4.000 Euro pro Quartal beschränkt ist. Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss um bis zu 25 Prozent erhöhen, sodass im Einzelfall ein finanzieller Zuschuss von bis zu 5.000 Euro möglich ist. Die Förderung ist auf zwei Jahre begrenzt.

Die einzelnen Voraussetzungen der Förderung ergeben sich aus Ziffer 3 des Anhangs 3 der Sicherstellungsrichtlinie, darunter unter anderem die Verpflichtung, den angestellten Arzt mindestens zwei Jahre zu beschäftigen⁸².

3.1.2.1.5. Zuschuss für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes

Der Zuschuss für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 3a der Sicherstellungsrichtlinie soll – unabhängig von der zuvor genannten Förderung für die Beschäftigung eines angestellten Arztes – einen zusätzlichen Anreiz setzen, einen Arzt in einem förderungsfähigen Planungsbereich anzustellen. Er dient dazu, die für den anstellenden Vertragsarzt im Zusammenhang mit der Anstellung eines Arztes entstehenden Investitionskosten zu reduzieren. Bei dieser Förderung handelt es sich um einen einmaligen Zuschuss für tatsächlich entstandene und nachgewiesene Investitionskosten.

Die Höhe der einmalig gewährten finanziellen Zuwendung für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes (Zuschuss) beträgt grundsätzlich maximal 15.000 Euro. Investitionskosten im Sinne des Anhangs 3a der Sicherstellungsrichtlinie sind Kosten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses zwischen dem niedergelassenen Vertragsarzt und dem angestellten Arzt stehen, wie insbesondere Kosten für Stellensuche, Umbaumaßnahmen in Räumlichkeiten der Praxis oder Zweigpraxis und die Erweiterung der Praxisausstattung sowie der Praxiseinrichtung. Der maximale Förderbetrag von 15.000 Euro wird für die Anstellung eines in Vollzeit beschäftigten Arztes oder mehrerer insgesamt in diesem Umfang beschäftigter Ärzte gewährt. Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss auch hier um bis zu 25 Prozent erhöhen, sodass im Einzelfall ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 18.750 Euro möglich ist.

Die in Ziffer 3 des Anhangs 3a geregelten Voraussetzungen für die Förderung stimmen im Wesentlichen mit denen überein, die für einen Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß Teil 2 Abschnitt A I. der Sicherstellungsrichtlinie erfüllt sein müssen.

82 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen zu Ziffer 3 des Anhangs 3 der Sicherstellungsrichtlinie.

3.1.2.1.6. Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin

Der Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin⁸³, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin⁸⁴ oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin⁸⁵ gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 4 der Sicherstellungsrichtlinie dient dazu, den in einem förderungsfähigen Planungsbereich tätigen Haus- oder Facharzt durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten und es ihm so zu ermöglichen, seine hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgungstätigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu steigern. Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung und soll die finanziellen Belastungen, die mit der Beschäftigung einer derartigen „Assistentin“ in der Arztpraxis verbunden sind, für den anstellenden Vertragsarzt reduzieren.

Die Höhe der einmaligen finanziellen Zuwendung für die Anstellung einer in Vollzeit beschäftigten hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin beträgt 1.500 Euro. Im Falle der Beschäftigung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin muss diese mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Arztpraxis angestellt sein. Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss auch hier bis zu 25 Prozent erhöhen, sodass im Einzelfall ein Zuschuss von bis zu 1.875 Euro möglich ist.

Die Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 4 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Den Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin können danach mit Ausnahme der Kinderärzte nur zugelassene Vertragsärzte beantragen, die gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Den Zuschuss zur Beschäftigung einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin können nur zugelassene Kinderärzte beantragen. Den Zuschuss zur Beschäftigung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin können demgegenüber sowohl Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, als auch solche beantragen, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, sofern sie bestimmte weitere Voraussetzungen erfüllen. Weitere Voraussetzung für die Förderung ist unter anderem, dass sich der Antragsteller gegenüber der KVB verpflichtet, die Assistentin mindestens zwei Jahre in der eigenen Vertragsarztpraxis zu beschäftigen.

83 Eine hausärztliche Versorgungsassistentin im Sinne der Richtlinie ist eine Arzthelferin bzw. Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Fortbildung durchlaufen hat, die mindestens dem Fortbildungscurriculum „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH“ des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband e. V. entspricht.

84 Eine Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne der Richtlinie ist eine Arzthelferin bzw. Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Fortbildung durchlaufen hat, die mindestens dem Fortbildungscurriculum „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ der Bundesärztekammer entspricht.

85 Eine nicht-ärztliche Praxisassistentin im Sinne der Richtlinie ist eine Arzthelferin bzw. Medizinische Fachangestellte, die die Anforderungen nach § 6 der Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) erfüllt.

3.1.2.1.7. Zuschuss zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus

Der Zuschuss zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus gemäß Teil 2 Abschnitt A I. Anhang 5 der Sicherstellungsrichtlinie dient dazu, in einem förderungsfähigen Planungsbereich eine altersbedingte Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch Zulassungsverzicht und Praxisaufgabe von Vertragsärzten, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, zu verhindern, um so die vertragsärztliche Versorgung zumindest im Rahmen der bestehenden Strukturen aufrechtzuerhalten.

Die Höhe des Zuschusses zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus beträgt 4.500 Euro pro Quartal. Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss um bis zu 25 Prozent erhöhen. Damit kann im Einzelfall ein Zuschuss von bis zu 5.612,50 Euro je Quartal gewährt werden. Die Förderung ist grundsätzlich auf maximal zwei Jahre begrenzt. Besteht die Feststellung des Landesausschusses, dass Unterversorgung in dem förderungsfähigen Planungsbereich eingetreten ist, auch nach Ablauf des Förderzeitraums fort, wird die Förderung unter Berücksichtigung der Versorgungssituation und der Förderziele um jeweils maximal ein weiteres Jahr verlängert.

Die Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 5 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Danach muss der Antragsteller das 63. Lebensjahr vollendet haben und in einem förderungsfähigen Planungsbereich zugelassen sein. Außerdem muss sich die Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V auf die Arztgruppe des Antragstellers beziehen. Darüber hinaus hat der Antragsteller gegenüber der KVB den Nachweis darüber zu erbringen, dass er innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung, jedoch nicht kurzfristiger als drei Monate vor Antragstellung aktiv nach einem Praxisnachfolger gesucht hat und diese Suche erfolglos geblieben ist. Außerdem hat sich der Antragsteller gegenüber der KVB unter anderem zu verpflichten, den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn er während des bewilligten Förderzeitraums nicht mindestens 50 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl seiner Fachgruppe erbracht hat. Die Vergleichswerte werden einmalig ermittelt und ergeben sich jeweils aus den letzten vier vor der Bewilligung der Förderung verfügbaren Quartalen. Erbringt der Förderungsempfänger in den ersten beiden Abrechnungsquartalen des bewilligten Förderzeitraums im Durchschnitt nicht mindestens 50 Prozent der durchschnittlichen Fallzahlen seiner Fallgruppe, endet die Förderung mit dem Ablauf des zweiten auf den Beginn des Förderzeitraums folgenden Abrechnungsquartals.

3.1.2.2. Betreiben von KVB-Eigeneinrichtungen

Im Zusammenhang mit der Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Vorschrift des § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V unter anderem das Recht eingeräumt, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Die KVB hat von diesem Recht Gebrauch gemacht und fördert derartige Eigeneinrichtungen nach Maßgabe der in Teil 2 Abschnitt A. II. der Sicherstellungsrichtlinie getroffenen Regelungen. Nach der Richtlinie handelt es sich bei einer KVB-Eigeneinrichtung um eine Arztpraxis, die von der KVB mit bei ihr angestellten Ärzten zur Erbringung vertragsärztlicher Behandlungsleistungen errichtet und betrieben wird. Sie zeichnet

sich dadurch aus, dass die KVB mit eigenen Mitteln die sächlichen und personellen Voraussetzungen für eine ambulante medizinische Versorgung gesetzlich Versicherter schafft und die Einrichtung in eigener Verantwortung unter Beachtung der vertragsärztlichen Vorgaben führt⁸⁶.

Der Richtlinie zufolge soll mit einer Eigeneinrichtung in unterversorgten Planungsbereichen oder in Teilgebieten eines nicht unterversorgten Planungsbereichs, für die der Landesausschuss einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, die vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden, soweit und solange der Landesausschuss nicht festgestellt hat, dass die eingetretene Unterversorgung beseitigt oder der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf gedeckt ist. Dabei wird nicht nur das Ziel verfolgt, entsprechend dem Sicherstellungsauftrag in der erforderlichen Weise auf bestehende Versorgungsprobleme zu reagieren. Mit der Eigeneinrichtung soll darüber hinaus auch ein Beitrag zur Stärkung der Freiberuflichkeit geleistet werden. Nach der Richtlinie ist eine von der KVB betriebene Eigeneinrichtung neben ihrer Sicherstellungsfunktion immer auch mit der Zielsetzung verbunden, die dort angestellten Ärzte mit der Tätigkeit eines freiberuflich tätigen Vertragsarztes vertraut zu machen und sie nach einer gewissen „Eingewöhnungsphase“ für eine Zulassung als Vertragsarzt zu gewinnen, um dadurch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nachhaltig zu gewährleisten⁸⁷.

Unter welchen Voraussetzungen eine KVB-Eigeneinrichtung betrieben werden kann, ist in Teil 2 Abschnitt A II. Ziffer 3 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Danach muss der Landesausschuss für den Planungsbereich, für den die KVB-Eigeneinrichtung betrieben werden soll, festgestellt haben, dass Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V eingetreten ist. Soweit die KVB-Eigeneinrichtung in einem nicht unterversorgten Planungsbereich betrieben werden soll, kommt dies nur für das Teilgebiet des nicht unterversorgten Planungsbereichs in Betracht, für das der Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Voraussetzung für den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung ist darüber hinaus, dass für den Planungsbereich bzw. das Teilgebiet des Planungsbereichs im vorgenannten Sinne für die Arztgruppe, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm im Sinne von I. Ziffer 4. 1 der Richtlinie aufgestellt wurde, das aber erfolglos geblieben ist. Voraussetzung für den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung ist außerdem, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V ihr Benehmen mit der geplanten KVB-Eigeneinrichtung erteilt haben.

Liegen die Voraussetzungen für den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung vor, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und inwieweit eine solche Einrichtung betrieben wird. Ihm obliegt auch die Aufgabe, in gesonderten Durchführungsbestimmungen zu der Sicherstellungsrichtlinie das Nähere zum Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung, insbesondere zur

86 Zur Begriffsdefinition der KVB-Eigeneinrichtungen vgl. Teil 2 Abschnitt A II. Ziffer 1 der Sicherstellungsrichtlinie.

87 Zu Sinn und Zweck einer KVB-Eigeneinrichtung vgl. Teil 2 Abschnitt A II. Ziffer 2 der Sicherstellungsrichtlinie.

Errichtung entsprechend ausgestatteter Praxisräume, zur Anstellung des in der KVB-Eigeneinrichtung tätigen ärztlichen und nichtärztlichen Personals und einer etwaigen Übernahme der KVB-Eigeneinrichtung durch den dort angestellten Arzt, zu regeln⁸⁸.

3.1.2.3. Überlassung einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte

Zu den Fördermaßnahmen der KVB in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, gehört auch die Überlassung einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte nach Maßgabe der in Teil 2 Abschnitt A III. der Sicherstellungsrichtlinie getroffenen Regelungen. Bei einer KVB-Arztpraxis im Sinne der Richtlinie handelt es sich um eine von der KVB zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen mit entsprechenden medizinischen Untersuchungsgeräten, IT-Infrastruktur und Mobiliar ausgestattete Arztpraxis, die einem Vertragsarzt zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen zur Verfügung gestellt wird. Neben dem Bereitstellen entsprechend ausgestatteter Räumlichkeiten kann die Überlassung einer KVB-Arztpraxis auch das Stellen nichtärztlichen Personals zum Inhalt haben⁸⁹.

Das Überlassen einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte stellt eine eigenständige Fördermaßnahme dar, mit der ein Anreiz gesetzt werden soll, sich in einem Planungsbereich bzw. einem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss Unterversorgung bzw. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, als Vertragsarzt niederzulassen. Der Richtlinie zufolge besteht die Förderung darin, dass der niederlassungswillige Arzt ganz oder zumindest teilweise von organisatorischen Aufgaben und finanziellen Belastungen befreit wird, die im Rahmen der Gründung und des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis anfallen. Neben ihrer Funktion als Fördermaßnahme zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist die Nutzungsüberlassung einer KVB-Arztpraxis immer auch mit der Zielsetzung verbunden, dass der die KVB-Arztpraxis nutzende Vertragsarzt diese nach einer gewissen „Eingewöhnungszeit“ übernimmt und die KVB von ihren im Zusammenhang mit der Errichtung und dem laufenden Betrieb der KVB-Arztpraxis eingegangenen Verpflichtungen befreit bzw. entscheidend entschädigt⁹⁰. Für die Nutzung der KVB-Arztpraxis durch Vertragsarzt ist von diesem ein kostendeckendes Nutzungsentgelt zu erheben.

Die in Teil 2 Abschnitt A III. Ziffer 4 der Sicherstellungsrichtlinie geregelten Voraussetzungen für den Betrieb einer KVB-Arztpraxis entsprechen im Wesentlichen denen, die für das Betreiben von KVB-Eigeneinrichtungen erfüllt sein müssen⁹¹. Eine zusätzliche Voraussetzung für den Betrieb einer KVB-Arztpraxis besteht vor allem darin, dass der Vertragsarzt, der die KVB-Arztpraxis nutzen möchte, sich gegenüber der KVB verpflichten muss, in der KVB-Praxis, die ihm zur Nutzung überlassen werden soll, wenigstens zwei Jahre vertragsärztlich tätig zu sein. Darüber hinaus muss

88 Vgl. hierzu näher Teil 2 Abschnitt A II. Ziffer 5 der Sicherstellungsrichtlinie.

89 Zur Begriffsdefinition einer KVB-Arztpraxis vgl. Teil 2 Abschnitt A III. Ziffer 1 der Sicherstellungsrichtlinie.

90 Zu Sinn und Zweck einer KVB-Arztpraxis vgl. Teil 2 Abschnitt A III. Ziffer 2 der Sicherstellungsrichtlinie.

91 Zu den Voraussetzungen für den Betrieb einer KVB-Arztpraxis vgl. im Einzelnen die Regelungen in Teil 2 Abschnitt A III. Ziffer 4 der Sicherstellungsrichtlinie.

er sich verpflichten, bei der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der KVB-Arztpraxis im besonderen Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und dabei insbesondere die Sprechstunden nach dem tatsächlichen Versorgungsbedarf auszurichten.

Liegen die Voraussetzungen für den Betrieb einer KVB-Arztpraxis vor, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und inwieweit eine solche Praxis betrieben wird. Ihm obliegt auch die Aufgabe, in gesonderten Durchführungsbestimmungen zu der Sicherstellungsrichtlinie das Nähere zum Betrieb einer KVB-Arztpraxis, insbesondere zur Errichtung entsprechend ausgestatteter Praxisräume, zur Anstellung des in der KVB-Arztpraxis tätigen nicht-ärztlichen Personals und zur konkreten Ausgestaltung des Nutzungsverhältnisses mit dem in der KVB-Arztpraxis tätigen Vertragsarzt, zu regeln⁹².

3.1.3. Fördermaßnahmen unabhängig von Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V

Die Fördermaßnahmen der KVB in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss keine Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, sind in Teil 2 Abschnitt B der Sicherstellungsrichtlinie geregelt. Von den dort vorgesehenen Maßnahmen sind im vorliegenden Zusammenhang nur die planungsbereichsbezogenen finanziellen Fördermaßnahmen⁹³ und die Nachwuchsförderung in Form einer Förderung der Famulatur⁹⁴ von Bedeutung.

3.1.3.1. Planungsbereichsbezogene finanzielle Fördermaßnahmen

In Teil 2 Abschnitt B I. der Sicherstellungsrichtlinie werden zunächst einige allgemeine Grundsätze für die Gewährung finanzieller Zuwendungen durch die KVB festgelegt, die sich auf die förderungsfähigen Planungsbereiche (Ziffer 1), den Zweck und Gegenstand der finanziellen Fördermaßnahmen (Ziffer 2), die Förderungsempfänger (Ziffer 3) und die Förderungsvoraussetzungen beziehen.

Nach Teil 2 Abschnitt B I. Ziffer 1 der Richtlinie ist ein Planungsbereich, für den der Landesausschuss keine Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, dann als förderungsfähig einzustufen, wenn die Ermittlung und Prüfung objektiver versorgungsrelevanter Umstände ergibt, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in dem betreffenden Planungsbereich gefährdet ist. Eine Gefährdung wird dabei vermutet, wenn in einem Prognosezeitraum von drei Jahren der Versorgungsgrad unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung, der Altersstruktur der niedergelassenen Vertragsärzte und der zu erwartenden Nachbesetzungen von Vertragsarztsitzen aller Voraussicht nach bei den Hausärzten unter 85 Prozent und bei Fachärzten unter 65 Prozent liegen wird. Die Entscheidung darüber, ob ein Planungsbereich in diesem Sinne als förderungsfähig einzustufen ist, trifft der Vorstand der KVB nach Maßgabe der in Ziffer 1.3 im Einzelnen beschriebenen Kriterien.

92 Vgl. hierzu näher Teil 2 Abschnitt A III. Ziffer 7 der Sicherstellungsrichtlinie.

93 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt B I., S. 18 ff der Sicherstellungsrichtlinie.

94 Vgl. hierzu Teil 2 Abschnitt B IV., S. 27 ff der Sicherstellungsrichtlinie.

Gefördert werden nach Teil 2 Abschnitt B I. Ziffer 2 der Richtlinie mittels einer finanziellen Zuwendung (Zuschuss) die Niederlassung als Vertragsarzt und die Beschäftigung eines angestellten Arztes. Ziel dieser beiden Fördermaßnahmen ist es, im förderungsfähigen Planungsbereich den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ärzte zu erreichen sowie nachhaltig zu sichern. Förderungsempfänger können nach Ziffer 3 alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren sein, die die in der Richtlinie geregelten Förderungsvoraussetzungen für die beantragte Fördermaßnahme erfüllen.

Ein Zuschuss nach Ziffer 2 für einen förderungsfähigen Planungsbereich kann auf Antrag bei Vorliegen der in Ziffer 4 näher geregelten allgemeinen Voraussetzungen gewährt werden. Danach muss für den förderungsfähigen Planungsbereich insbesondere ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm bestehen, für dessen Aufstellung die – oben bereits erläuterten – Regelungen in Abschnitt A I. Ziffer 4.1.1. bis 4.1.4. der Sicherstellungsrichtlinie entsprechend gelten⁹⁵. Die besonderen Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses für die Niederlassung als Vertragsarzt und die Beschäftigung eines angestellten Arztes sowie Umfang und Höhe der jeweiligen Zuwendung ergeben sich aus den Anhängen 7 und 8 der Richtlinie.

3.1.3.1.1. Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt

Der Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt gemäß Teil 2 Abschnitt B I. Anhang 7 der Sicherstellungsrichtlinie soll einen Anreiz setzen, in einem im Sinne von Ziffer 1 förderungsfähigen Planungsbereich eine Vertragsarztpraxis zu gründen und aufzubauen. Er dient – ebenso wie der Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt gemäß Teil 2 Abschnitt A Anhang 1 der Sicherstellungsrichtlinie⁹⁶ – dazu, die finanziellen Belastungen zu reduzieren, die im Rahmen der Gründung und des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis anfallen und unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort in unmittelbarem Zusammenhang mit der Aufnahme der vertragsärztlichen Versorgung stehen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung. Die Höhe des Zuschusses für die Niederlassung als Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag beträgt 60.000 Euro. Für die Niederlassung als Vertragspsychotherapeut mit vollem Versorgungsauftrag beträgt die Höhe des Zuschusses 20.000 Euro.

Die einzelnen Voraussetzungen der Förderung sind in Ziffer 3 des Anhangs 7 der Sicherstellungsrichtlinie geregelt, darunter unter anderem die Verpflichtung, in dem förderungsfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde, wenigstens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein und bei der Festlegung der Sprechstundenzeiten und der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen⁹⁷.

95 Vgl. hierzu oben unter Gliederungspunkt 3.1.2.1.

96 Vgl. hierzu oben unter Gliederungspunkt 3.1.2.1.1.

97 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen in Ziffer 3 des Anhangs 7 der Sicherstellungsrichtlinie.

3.1.3.1.2. Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes

Der Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes gemäß Teil 2 Abschnitt B I. Anhang 8 der Sicherstellungsrichtlinie soll einen Anreiz setzen, einen Arzt in einem im Sinne von Ziffer 1 förderungsfähigen Planungsbereich anzustellen. Er dient dazu, die damit für den anstellenden Vertragsarzt verbundenen finanziellen Belastungen zu reduzieren. Die Förderung erfolgt über die quartalsweise Gewährung einer finanziellen Zuwendung.

Die Höhe der Förderung beträgt 4.000 Euro pro Quartal für die Anstellung eines in Vollzeit beschäftigten Arztes, wobei die Förderung unabhängig von der Anzahl der angestellten Ärzte auf 4.000 Euro pro Quartal beschränkt ist. Die Förderung ist grundsätzlich auf zwei Jahre begrenzt. Stellt die KVB für den Planungsbereich die Förderungsfähigkeit nach Teil 2 Abschnitt B I. Ziffer 1 auch nach Ablauf des Förderzeitraums fest, kann der Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der Versorgungssituation und der Förderziele die Förderdauer jedoch jeweils um maximal ein weiteres Jahr verlängern. Die einzelnen Voraussetzungen der Förderung ergeben sich aus Ziffer 3 des Anhangs 8 der Sicherstellungsrichtlinie, darunter unter anderem die Verpflichtung, den angestellten Arzt mindestens zwei Jahre in dem förderungsfähigen Planungsbereich zu beschäftigen⁹⁸.

3.1.3.2. Förderung der Famulatur

Seit dem 1. Januar 2018 fördert die KVB nach Maßgabe von Teil 2 Abschnitt B. IV. der Sicherstellungsrichtlinie den medizinischen Nachwuchs durch eine Förderung der Famulatur. Das Interesse an einem Studium der Humanmedizin sei – so wird zur Begründung dieser neuen Fördermaßnahme ausgeführt – nach wie vor sehr hoch. Allerdings würden sich immer mehr Studienabgänger dazu entscheiden, nach Abschluss ihrer Ausbildung in städtischen Bereichen ärztlich tätig zu werden. Hierdurch werde die KVB in nicht unerheblichen Maße in ihrem Sicherstellungsauftrag, der auch eine ausreichende flächendeckende Versorgung zum Inhalt habe, tangiert. Mit der Förderung der Famulatur soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Medizinstudierende sollen frühzeitig für eine spätere vertragsärztliche Tätigkeit in ländlich geprägten Regionen gewonnen werden. Zu diesem Zweck wird ein finanzieller Anreiz gesetzt, die Famulatur in einer in einem ländlichen Gebiet gelegenen Vertragsarztpraxis abzuleisten. Auf diese Weise könnten sich – so heißt es in der Richtlinie – Medizinstudierende bereits in einer frühen Phase ihrer Ausbildung mit der ambulanten Patientenversorgung auf dem Lande vertraut machen und auch die Vorzüge einer ärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum kennenlernen⁹⁹.

Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung in Höhe von 500 Euro für die Ableistung der Famulatur in einer Vertragsarztpraxis, die sich im ländlichen Raum befindet. Diese Förderung erhöht sich um 100 Euro, wenn sich die Vertragsarztpraxis, in der die Famulatur abgeleistet wird, in einem Planungsbereich befindet, für den der Landesausschuss bezogen auf das Fachgebiet der ausbildenden Vertragsarztpraxis nach § 100 Abs. 1 SGB V drohende Unterversorgung festgestellt hat. Befindet sich die Vertragsarztpraxis, in

98 Zu weiteren Voraussetzungen der Förderung vgl. die Regelungen in Ziffer 3 des Anhangs 8 der Sicherstellungsrichtlinie.

99 Zu Zweck und Gegenstand der Förderung der Famulatur vgl. Abschnitt B. IV. Ziffer 1 der Sicherstellungsrichtlinie.

der die Famulatur abgeleistet wird, in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss bezogen auf das Fachgebiet der ausbildenden Vertragsarztpraxis nach § 100 Abs. 1 SGB V Unterver-sorgung oder nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, erhöht sich die Förderung um 200 Euro. Ist die Vertragsarztpraxis, in der die Famulatur abge-leistet wird, mehr als 60 Fahrkilometer von der nächsten Hochschule für Humanmedizin ent-fernt, erhöht sich die Förderung um einen Zuschuss in Höhe von 150 Euro. Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan zur Verfügung stehenden Fördermittel die vor-ge-nannten finanziellen Zuwendungen um bis zu 25 Prozent erhöhen, soweit dies unter Berück-sichtigung der Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist. Pro Jahr wird im Verwaltungsbezirk der KVB grundsätzlich die Ableistung von 140 Famulaturen gefördert¹⁰⁰.

Förderungsempfänger können alle Studierenden sein, die an einer deutschen Hochschule im Fach Humanmedizin eingeschrieben sind, wenn sie gemäß den jeweils maßgeblichen ausbil-dungsrechtlichen Vorschriften zur Ableistung der Famulatur berechtigt sind und die in der Richtlinie unter Ziffer 4 näher geregelten Förderungsvoraussetzungen erfüllt sind. Danach sind nur solche Famulaturen förderungsfähig, die nach den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtli-chen Vorschriften anererkennungsfähig sind und sich mindestens über einen Monat erstrecken. Außerdem ist die Famulatur, für die ein Antrag auf Förderung gestellt wurde, in einer Vertrags-arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum abzuleisten, die bzw. das sich im ländlichen Raum befindet. Im Sinne der Richtlinie befindet sich für den Bereich der hausärztli-chen Versorgung eine Vertragsarztpraxis bzw. ein Medizinisches Versorgungszentrum dann im ländlichen Raum, wenn der jeweilige Vertragsarztsitz in einer Gemeinde mit nicht mehr als 20.000 Einwohnern gelegen ist. Wird die Famulatur im Bereich der fachärztlichen Versorgung abgeleistet, befindet sich die jeweilige Vertragsarztpraxis bzw. das jeweilige Medizinische Versor-gungszentrum im ländlichen Raum, wenn der jeweilige Vertragsarztsitz in einer Gemeinde mit nicht mehr als 40.000 Einwohnern gelegen ist.

3.2. Förderung durch den Freistaat Bayern

Dem Strukturwandel im Gesundheitswesen begegnet der Freistaat Bayern mit drei „Fördersäu-len“, die auch zukünftig für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Ver-sorgung in allen Landesteilen sorgen sollen:

- der Niederlassungsförderung im ländlichen Raum,
- der Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte und
- dem Stipendienprogramm für Medizinstudierende zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen.

3.2.1. Förderung der Niederlassung

Zentrales Ziel der Bayerischen Staatsregierung ist es, allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von Alter, Einkommen und sozialer Herkunft eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige me-dizinische Versorgung zu gewährleisten. Nach Einschätzung der Staatsregierung werden in den nächsten Jahren jedoch viele Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis altersbedingt aufgeben und sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung im ländlichen Raum entscheiden. Es

100 Zu Umfang und Höhe der Förderung der Famulatur vgl. Abschnitt B. IV. Ziffer 2 der Sicherstellungsrichtlinie.

müssten deshalb zusätzliche Anreize geschaffen werden, damit sich mehr Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dort niederlassen. Bereits im Jahr 2012 hat die Bayerische Staatsregierung daher ein Förderprogramm für die Niederlassung und Filialbildung von Hausärztinnen und Hausärzten auf dem Land aufgelegt. Im Dezember 2014 und Dezember 2015 wurde diese Unterstützung auf weitere familiennahe Arztgruppen, zum Beispiel Kinder- und Frauenärzte, ausgeweitet¹⁰¹.

Maßgebliche rechtliche Grundlage für die Niederlassungsförderung ist derzeit die „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Raum“ vom 2. Oktober 2013¹⁰². Gemäß Ziffer 1 dieser Richtlinie fördert der Freistaat Bayern die Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten nach § 11 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, von Ärztinnen und Ärzten, die an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach § 12 der Bedarfsplanungs-Richtlinie teilnehmen sowie von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiatern nach § 13 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie im ländlichen Raum. Ziel des Förderprogramms ist es, die Entscheidung für eine der vorgenannten Arztgruppen im ländlichen Raum zu forcieren und Praxisgründungen und -übernahmen zu erleichtern, um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten zu können¹⁰³. Der Bayerische Landtag hat im Doppelhaushalt 2017/2018 hierfür 11,2 Millionen Euro zur Verfügung gestellt¹⁰⁴.

Gefördert wird die Niederlassung als ambulant vertragsärztlich tätige Ärztin bzw. als ambulant vertragsärztlich tätiger Arzt im Fördergebiet, sofern diese Ärztinnen bzw. Ärzte einer der in Ziffer 2 Abs. 1 Satz 1 der Richtlinie abschließend aufgeführten Arztgruppen angehören¹⁰⁵. Bei besonderer Bedeutung für den ländlichen Raum kann auch die Filialbildung gefördert werden. Fördergebiet ist jeder Planungsbereich in Bayern, für den vom Landesausschuss keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 SGB V angeordnet sind. Zum Fördergebiet gehören darüber hin-

101 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Niederlassung von Ärzten und Psychotherapeuten im ländlichen Raum; abrufbar im Internet unter: <https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/niederlassung-von-hausaerztinnen-und-aerzten/>.

102 Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Raum, Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit vom 2. Oktober 2013 (AllMBl. 2013, S. 420), Az.: 31e-G8060-2011/18-462, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 9. November 2015 (AllMBl. Nr. 11/2015, S. 529), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2013; abrufbar im Internet unter: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVwV277604>true>.

103 Zum Zweck der Zuwendung vgl. Ziffer 1 der Richtlinie.

104 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.), Zukunftssichere ärztliche Versorgung im ländlichen Raum: Förderung der Niederlassung von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Broschüre, München, Stand: 31. Juli 2017; abrufbar im Internet unter: [https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000006?SID=838357607&ACTIONxSESSxSHOWPIC\(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_021%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\)](https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000006?SID=838357607&ACTIONxSESSxSHOWPIC(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_021%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27)).

105 Genannt werden in Ziffer 2 Abs. 1 Satz 1 der Richtlinie folgende Arztgruppen: Hausärztin/Hausarzt, Frauenärztin/Frauenarzt, Kinderärztin/Kinderarzt, Augenärztin/Augenarzt, Chirurgin/Chirurg, Hautärztin/Hautarzt, HNO-Ärztin/HNO-Arzt, Nervenärztin/Nervenarzt, Orthopädin/Orthopäde, Urologin/Urologe, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychiaterin/Kinder und Jugendpsychiater.

aus auch Planungsbereiche, für die Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 SGB V festgestellt worden sind, wenn die in Ziffer 2 Abs. 2 Satz 2 der Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind. In allen anderen Fällen, in denen für einen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, kann eine Praxisnachfolge nach § 103 Abs. 3a und 4 SGB V nur gefördert werden, wenn ohne diese Praxisnachfolge ein unmittelbares schwerwiegendes lokales Versorgungsdefizit entstünde und eine ausreichende Mitversorgung der lokalen Bevölkerung durch andere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nicht möglich oder nicht zumutbar wäre. Zuwendungsempfänger sind nach Ziffer 3 der Richtlinie ausschließlich Ärztinnen und Ärzte der in Ziffer 2 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen, die sich im Fördergebiet im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung niederlassen oder eine Filiale bilden.

Die Zuwendungsvoraussetzungen sind in Ziffer 4 der Richtlinie geregelt. Danach setzt die Förderung voraus, dass sich Ärztinnen oder Ärzte der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater in einer bayerischen Gemeinde mit höchstens 40.000 Einwohnern bzw. sich Ärztinnen oder Ärzte der anderen in Ziffer 2 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen in einer bayerischen Gemeinde mit höchstens 20.000 Einwohnern niederlassen oder dort eine Filiale bilden. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass die Niederlassung bzw. Filialbildung mit der ärztlichen Bedarfsplanung in Übereinstimmung steht und die zulassungsrechtliche Entscheidung erfolgt ist. Außerdem muss sich der Zuwendungsempfänger verpflichten, die Niederlassung bzw. Filialbildung für mindestens fünf Jahre aufrechtzuerhalten und dort die ärztliche Tätigkeit in diesem Zeitraum auch tatsächlich auszuüben.

Die Niederlassung bzw. Filialbildung wird in Form eines zweckgebundenen Zuschusses als Projektförderung im Wege der Festbetragsfinanzierung gefördert. Zuwendungsfähig sind Ausgaben, die im direkten Zusammenhang mit der Gründung, dem Aufbau bzw. der Erweiterung einer Praxis oder einer Filiale stehen¹⁰⁶. Die Höhe der Zuwendung für eine Niederlassung von Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten beträgt bis zu 20.000 Euro, bei Bildung einer Filiale bis zu 5.000 Euro. Die Höhe der Zuwendung für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten einer anderen in Ziffer 2 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppe beträgt bis zu 60.000 Euro, bei Bildung einer Filiale bis zu 15.000 Euro¹⁰⁷. Bei gleichzeitiger Förderung auf der Grundlage der Sicherstellungsrichtlinie der KVB verringern sich die Fördersätze nach Maßgabe der in Ziffer 5.2 Abs. 5 der Richtlinie getroffenen Regelungen. Bewilligungsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Seit dem Start der Initiative im Jahr 2012 haben 386 Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten von dem Förderprogramm der

106 Zu den zuwendungsfähigen Ausgaben vgl. Ziffer 5.1 der Richtlinie.

107 Zur Höhe der Zuwendung vgl. Ziffer 5.2 Abs. 1 und 2 der Richtlinie.

Bayerischen Staatsregierung profitiert. Die meisten Förderungen, nämlich 313, gingen an Hausärztinnen bzw. Hausärzte¹⁰⁸.

3.2.2. Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte

Nach Maßgabe der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen „Richtlinie zur Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte (IMVR)“ vom 29. November 2017¹⁰⁹ und der allgemeinen haushaltsrechtlichen Bestimmungen gewährt der Freistaat Bayern im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel Zuwendungen für innovative medizinische Versorgungskonzepte. Ziel dieser Zuwendungen ist es, innovative medizinische Versorgungsformen zu fördern, damit angesichts der unterschiedlichen Versorgungssituation in Ballungsräumen, in strukturschwachen und in ländlichen Regionen auch zukünftig für alle Patientinnen und Patienten eine flächendeckende und gut erreichbare, bedarfsgerechte Versorgung auf hohem Niveau erhalten und gestärkt werden kann¹¹⁰.

Gefördert werden die Umsetzung von innovativen Konzepten zum Erhalt und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und/oder zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie die begleitende Evaluation der Konzepte. Die Umsetzung umfasst Entwicklungstätigkeiten und die Erprobung dieser innovativen Konzepte. Der Hauptgegenstand der Versorgungskonzepte muss einen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung haben. Die innovativen Konzepte müssen zudem hinreichend Potenzial aufweisen, um dauerhaft in die Versorgung (kollektiv- oder selektivvertragliche Versorgung) und/oder in die Pflege aufgenommen zu werden. Zu den Schwerpunkten dieser Förderung gehören insbesondere auch Projekte zum Erhalt und zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung im ländlichen Raum einschließlich der Delegation von Leistungen an Gesundheitsfachberufe¹¹¹.

Zuwendungsempfänger können alle natürlichen und juristischen Personen sein. Neben der Einhaltung der allgemeinen haushalts- und förderrechtlichen Bestimmungen setzt die Förderung eines Projekts unter anderem voraus, dass das Projekt innovativ und geeignet ist, die Versorgungsqualität und/oder die Versorgungseffizienz zu verbessern, Versorgungsdefizite zu beheben und/oder die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versor-

108 Vgl. den Beitrag „Ärztmangel: Was in den Bundesländern getan wird“, in: Deutsches Ärzteblatt vom 27. Dezember 2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87233/Aerztmangel-Was-in-den-Bundeslaendern-getan-wird>.

109 Richtlinie zur Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte (IMVR), Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 29. November 2017, Az. 31d-G8060-2017/21-7 (AllMBl. S. 585), in Kraft getreten am 1. Januar 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVV_2126_0_G_098/true.

110 Zum Zweck und Ziel der Zuwendung vgl. im Einzelnen Ziffer 1.1 der Richtlinie.

111 Zum Gegenstand der Förderung vgl. im Einzelnen Ziffer 1.2. der Richtlinie.

gungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren und/oder interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle durchgeführt werden. Darüber hinaus müssen die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse auf andere bayerische Regionen übertragen werden können¹¹².

Art und Umfang der Zuwendung orientieren sich an dem zu fördernden Projekt. Die Zuwendung wird als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung als zweckgebundener Zuschuss bzw. zweckgebundene Zuweisung gewährt. Der Durchführungszeitraum liegt bei höchstens 36 Monaten. Die Zuwendung beträgt bis zu 50 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, höchstens jedoch 500.000 Euro. Der Zuwendungsempfänger muss einen Eigenanteil von mindestens 30 Prozent erbringen und die zuwendungsfähigen Ausgaben müssen mindestens 25.000 Euro betragen¹¹³.

Der Antrag ist bei der Förderstelle „Innovative medizinische Versorgungskonzepte (IMV)“ des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit als Bewilligungsbehörde zu stellen, die potenzielle Antragstellende bei der Erstellung von schlüssigen und qualitativ hochwertigen Projektanträge unterstützt¹¹⁴.

3.2.3. Stipendienprogramm für Medizinstudierende

Seit dem 1. Oktober 2013 gewährt der Freistaat Bayern nach Maßgabe der „Richtlinie über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern (Medizinstipendienrichtlinie – MedStipR)“¹¹⁵ im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel Stipendien für Medizinstudierende, die bereit sind, nach dem Studium als Ärztin oder Arzt im ländlichen Raum tätig zu sein. Ziel des Förderprogramms ist es, Medizinstudierende frühzeitig für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum zu motivieren, um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten zu können. Fördergebiet ist der ländliche Raum im Sinne von Nr. 2.2.1 (Z) in Verbindung mit Anhang 2 der Anlage zur Verordnung über das Landesentwicklungsprogramm Bayern (LEP) vom 22. August 2013¹¹⁶ in der jeweils geltenden Fassung¹¹⁷.

112 Zu den Zuwendungsvoraussetzungen vgl. im Einzelnen Ziffer 1.4 der Richtlinie.

113 Zu Art und Umfang der Zuwendung vgl. im Einzelnen Ziffer 1.5 der Richtlinie.

114 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Förderung von innovativen medizinischen Versorgungskonzepten (MV) – Allgemeines, Stand: 21. Februar 2018; abrufbar im Internet unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/imv/index.htm>.

115 Richtlinie über die Vergabe von Stipendien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern (Medizinstipendienrichtlinie – MedStipR), Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit vom 2. Oktober 2013, Az. 31e-G8060-2011/18-462 (AllMBl. S. 419), zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 15. Januar 2018 (AllMBl. S. 64); abrufbar im Internet unter: <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVwV277603>true>.

116 GVBl. S. 550, BayRS 230-1-5-F.

117 Zum Zweck der Zuwendung vgl. Ziffer 1. der Medizinstipendienrichtlinie.

Gefördert wird das Absolvieren eines Studiums der Humanmedizin an einer deutschen Hochschule nach Maßgabe der in Ziffer 4 MedStipR geregelten Zuwendungsvoraussetzungen. Danach setzt die Förderung – neben der Berücksichtigung von Zweck, Gegenstand und Fördergebiet – zunächst voraus, dass die bzw. der Medizinstudierende als Studierende bzw. Studierender der Humanmedizin ab dem dritten Studienjahr an einer Hochschule in Deutschland eingeschrieben ist und den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte bestanden hat. Neben der Verpflichtung, das Studium ordnungsgemäß durchzuführen und abzuschließen, muss sich die bzw. der Medizinstudierende verpflichten, die fachärztliche Weiterbildung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen und die fachärztliche Weiterbildung im Fördergebiet zu absolvieren. Die bzw. der Medizinstudierende muss sich außerdem verpflichten, innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung eine ärztliche Tätigkeit im Fördergebiet aufzunehmen und diese mindestens 60 Monate im Fördergebiet aufrechtzuerhalten.

Die bzw. der Medizinstudierende wird mit einem Festbetrag in Form eines zweckgebundenen Zuschusses (Stipendium) gefördert. Das Stipendium kann nur ein einziges Mal beantragt werden und wird bis zum Ende des Medizinstudiums, längstens jedoch für 48 Monate gewährt. Die Höhe der Zuwendung beträgt 600 Euro pro Monat¹¹⁸. Bewilligungsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Im Rahmen des Stipendienprogramms des Freistaates Bayern sind bislang 117 Medizinstudierende mit einem Stipendium unterstützt worden¹¹⁹.

3.3. Stiftung Bayerischer Hausärzteverband

Die gemeinnützige Stiftung Bayerischer Hausärzteverband wurde Ende 2013 vom Bayerischen Hausärzteverband ins Leben gerufen. Hauptanliegen ist die Förderung der medizinischen Berufsbildung im hausärztlichen Bereich.

3.3.1. Förderung der Famulatur

Im Rahmen eines gemeinsamen Projekts fördern die Stiftung Bayerischer Hausarztverband und die Techniker Krankenkasse Landesvertretung Bayern hausärztliche Famulaturen im ländlichen Raum in Bayern. Das bereits seit dem Jahr 2015 bestehende Förderprogramm soll Medizinstudierende motivieren, ihre Famulatur in einer bayerischen Landarztpraxis zu absolvieren, um deren Interesse am Hausarztberuf zu wecken und so den Grundstein für eine spätere hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zu legen. Medizinstudierenden, die ihre Famulatur in einer Landarztpraxis in Bayern absolvieren, werden im Rahmen des Projekts Reise- und Unterbringungskosten für tatsächlich anfallende Kosten bis zu einem Betrag in Höhe von 500 Euro erstattet. Die Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Projekt zur Famulaturförderung sind in der Förder-Richtlinie

118 Zu Art und Umfang der Zuwendung vgl. Ziffer 5. der Medizinstipendienrichtlinie.

119 Vgl. den Beitrag „Ärztmangel: Was in den Bundesländern getan wird“, in: Deutsches Ärzteblatt vom 27. Dezember 2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87233/Aerztmangel-Was-in-den-Bundeslaendern-gegan-wird>.

„Hausärztliche Famulaturen im ländlichen Raum in Bayern“ geregelt¹²⁰. Den Angaben der Stiftung zufolge¹²¹ wurden den Jahren 2015 bis 2017 jährlich ca. 25 Studierende finanziell gefördert. Aufgrund der positiven Resonanz der bisherigen Teilnehmer an dem gemeinsamen Projekt wird die Förderung im Jahr 2018 mit insgesamt 20 Famulaturplätzen fortgesetzt¹²².

3.3.2. Förderung Medizinstudierender im PJ-Tertial Allgemeinmedizin

Darüber hinaus fördert die Stiftung Bayerischer Hausärzteverband in den Jahren 2016 bis 2018 im Rahmen eines Pilotprojektes 40 Studierende der Humanmedizin, die im Praktischen Jahr (PJ) das Wahlfach Allgemeinmedizin wählen und einen Abschnitt ihrer Ausbildung in einer Praxis für Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen absolvieren, die als akademische Lehrpraxis im Freistaat Bayern akkreditiert ist und ihren Patientinnen und Patienten eine Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) anbietet (HzV-Lehrpraxis). Förderungswürdig sind grundsätzlich Praxen mit Hauptsitz in Städten oder Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern und regelmäßig mehr als 250 eingeschriebenen HzV-Versicherten pro Quartal. Die Konditionen der Förderung sind in der „Förder-Richtlinie der Stiftung des Bayerischen Hausärzteverbandes für die Förderung Medizinstudierende PJ-Tertial Allgemeinmedizin“ geregelt¹²³.

Die Förderung der Studierenden dient der ärztlichen Ausbildung und soll einen gewissen finanziellen Ausgleich des Mehraufwandes für Unterhalt und Lebensführung am Ausbildungsort schaffen. Darüber hinaus dient die Förderung der Schaffung und Stärkung des Bewusstseins für die Chancen einer Niederlassung in der ambulanten Versorgung in Bayern, speziell in ländlichen Regionen Bayerns. Die Förderung der HzV-Lehrpraxis bietet für die ausbildenden Hausärztinnen und Hausärzte einen gewissen finanziellen Ausgleich für den durch die Betreuung der Studierenden in der Praxis anfallenden Mehraufwand und soll einen Anreiz schaffen, sich als HzV-Lehrpraxis in der Ausbildung der Studierenden zu engagieren.

-
- 120 Gemeinsames Förderprojekt der Stiftung Bayerischer Hausärzteverband und Techniker Krankenkasse Landesvertretung Bayern „Hausärztliche Famulaturen im ländlichen Raum in Bayern“ – Förder-Richtlinien, Stand: 1. Januar 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.hausaerzte-bayern.de/images/Stiftung/Famulaturf%C3%B6rderp%C3%BCrojekt/2018-01-10_Gemeinsames_F%C3%B6rderprojekt_Richtlinie.pdf.
- 121 Schriftliche Mitteilung der Stiftung Bayerischer Hausärzteverband gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 25. April 2018.
- 122 Vgl. die gemeinsame Pressemitteilung des Bayerischen Hausärzteverbandes und der Techniker Krankenkasse vom 24. Januar 2018 unter dem Titel: „Stiftung Bayerischer Hausärzteverband und Techniker Krankenkasse bringen wieder Medizinstudierende aufs Land – Gemeinsames Förderprojekt für Famulaturen in Landarztpraxen geht 2018 in die vierte Runde“; abrufbar im Internet unter: http://www.hausaerzte-bayern.de/images/presse/Pressemitteilungen/2018-01-24_PM_Fortsetzung_Famulaturprojekt_Stiftung_Bayerischer_Haus%C3%A4rzteverband-Techniker_Krankenkasse.pdf.
- 123 Stiftung Bayerischer Hausärzteverband, Förder-Richtlinie des Bayerischen Hausärzteverbandes für die Förderung Medizinstudierende PJ-Tertial Allgemeinmedizin, Stand: 1. April 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.hausaerzte-bayern.de/images/Stiftung/PJ-F%C3%B6rderprojekt/2018-03-12_F%C3%B6rderrichtlinien_PJ_neu_final.pdf.

Die Fördersumme beläuft sich auf insgesamt 80.000 Euro und beträgt pro Studierender/Studierendem maximal 2.400 Euro pro Terial sowie für die jeweils ausbildende HzV-Lehrpraxis maximal 1.600 Euro pro Terial. Die Förderung wird direkt an die/den Studierende/n bzw. die HzV-Lehrpraxis gezahlt. Die Fördermittel stellt die Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes aus ihren Stiftungsmitteln zur Verfügung. Den Angaben der Stiftung zufolge¹²⁴ stehen jährlich Fördermittel für 20 Studierende zur Verfügung. Bis Ende 2017 sind danach 45 Förderanträge eingegangen, wovon 29 bewilligt und nur 15 Anträge abgelehnt wurden, da die Voraussetzungen nach der Förder-Richtlinie nicht vorlagen. Für das Jahr 2018 konnten bereits fünf weitere Zusagen erteilt werden.

3.4. Regionale Förderprogramme

Über die zuvor beschriebenen landesweiten Förderprogramme der KVB, des Freistaates Bayern und der Stiftung des Bayerischen Hausärzterverbandes hinaus, gibt es in Bayern auch auf regionaler Ebene Programme zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Beispielhaft sei insoweit auf die Stipendienprogramme des Bezirks Niederbayern und des Landkreises Coburg hingewiesen.

3.4.1. Stipendienprogramm des Bezirks Niederbayern

Um ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen, vergibt der Bezirk Niederbayern jährlich bis zu fünf Stipendien zur Förderung von Studenten der Humanmedizin an der Karl Landsteiner Privatuniversität in Krems an der Donau (Österreich). Maßgebliche rechtliche Grundlage für diese finanzielle Förderung ist die am 1. März 2017 in Kraft getretene „Richtlinie des Bezirks-Niederbayern zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin (Medizin Stipendium)“¹²⁵. Als Gegenleistung für das gewährte Stipendium müssen sich die begünstigten Stipendiaten und anderen verpflichten, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums für einen Zeitraum von in der Regel sechs Jahren – je nach Dauer der in Anspruch genommenen Stipendienförderung – als Assistenzarzt in einem der Krankenhäuser des Bezirks Niederbayern ärztlich tätig zu werden. Die bzw. der Studierende erhält ab dem ersten Studienjahr eine Zuwendung in Höhe von 550 Euro monatlich. Das Stipendium wird als grundsätzlich nicht zurückzahlbarer Zuschuss für die Dauer des Studiums, längstens jedoch für maximal 78 Monate gewährt. Eine Verlängerung der Förderung kann im Einzelfall gewährt werden, wenn ein zeitnahe Abschluss des Studiums zu erwarten ist.

3.4.2. Stipendienprogramm des Landkreises Coburg

Der Landkreis Coburg vergibt jährlich fünf Stipendien für Studierende der Humanmedizin, um Menschen, die eine Begabung für den Hausarztberuf aufweisen und die sich schon frühzeitig für

124 Schriftliche Mitteilung der Stiftung Bayerischer Hausärzterverband gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 25. April 2018.

125 Richtlinie des Bezirks-Niederbayern zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin (Medizin-Stipendium) vom Februar 2017, in Kraft getreten am 1. März 2017; abrufbar im Internet unter: https://www.bezirk-niederbayern.de/fileadmin/user_upload/bezirk/Dateien/Gesundheit/medizinstipendium_richtlinie_maerz-2017.pdf.

eine hausärztliche Tätigkeit im Landkreis Coburg entscheiden, zu fördern. Damit will der Landkreis Coburg dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung des Kreises perspektivisch sicherzustellen. Die Förderung erfolgt auf der Grundlage der „Richtlinie zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin“ des Landkreises Coburg¹²⁶.

Die Stipendiatin bzw. der Stipendiat erhält ab dem ersten Studienjahr bis zur Approbation eine Zuwendung in Höhe von monatlich regelmäßig bis zu 300 Euro für die Dauer von höchstens 60 Monaten. Diese Studienförderung wird grundsätzlich als nicht zurückzahlbarer Zuschuss betrachtet. Als Gegenleistung für das in Anspruch genommene Stipendium verpflichtet sich die Stipendiatin/der Stipendiat, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums die fachärztliche Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin im Weiterbildungsverbund Coburg zu absolvieren und anschließend für einen Zeitraum von 24 Monaten in einer Kommune des Landkreises Coburg hausärztlich tätig zu sein.

4. Niedersachsen

4.1. Die Gemeinsame Erklärung des Landes Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017

Am 15. Mai 2017 haben die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) und die Niedersächsische Landesregierung eine „Gemeinsame Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land“ unterzeichnet, mit der eine langfristig angelegte „Strategische Partnerschaft“ begründet wurde¹²⁷. Eine flächendeckende ärztliche Versorgung sei – so heißt es in der gemeinsamen Erklärung – eine wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen. Sie sicherzustellen, gehöre daher zu den wichtigsten Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge. Auch wenn Niedersachsen derzeit noch über eine gut ausgebaute vertragsärztliche Versorgung verfüge, zeichneten sich aktuell jedoch Ungleichverteilungen und drohende Versorgungspässe mit großen Unterschieden zwischen ländlichen und städtischen Räumen ab. Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen bestehe wegen des demografischen Wandels die Gefahr, eine qualitativ und quantitativ ausreichende medizinische Versorgung nicht überall garantieren zu können. Da junge Ärztinnen und Ärzte eher in Ballungsräumen als auf dem Land arbeiten wollten, müssten gerade im ländlichen Raum große Anstrengungen unternommen werden, um Landarztpraxen vor Ort zu erhalten.

Die Vereinbarung basiert auf einem gemeinsam erarbeiteten Konzept, das verschiedene Schnittstellen zwischen dem der KVN nach § 75 SGB V obliegenden Sicherstellungsauftrag und den

126 Landkreis Coburg, Richtlinie zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin, Stand: 13. November 2017; abrufbar im Internet unter: <http://gesundheitsregionplus.coburg-stadt-landkreis.de/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/20171113-Richtlinie.pdf>.

127 Vgl. die „Gemeinsame Erklärung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land“ zwischen dem Land Niedersachsen, vertreten durch die Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, von 15. Mai 2017.

Aufgaben der Niedersächsischen Landesregierung beschreibt und darüber hinaus die erforderlichen ersten Verfahrensschritte zur Umsetzung der strategischen Partnerschaft aufzeigt¹²⁸. Ziel der gemeinsamen Anstrengungen soll die zukunftssichere Ausgestaltung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bis zum Jahr 2030 sein. Ausgangspunkt für die Erstellung eines gemeinsamen Konzepts war eine von der KVN Ende 2014 beim Niedersächsischen Institut für Wirtschaftsforschung (NIW) in Auftrag gegebene Modellrechnung zur Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich bis 2030¹²⁹. Diese kommt zu dem Ergebnis, dass im betrachteten Zeitraum der Bedarf an vertragsärztlicher – insbesondere hausärztlicher – Versorgung zunehmend höher wird. Der Studie des NIW zufolge wird die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte in einem gemittelten Szenario bis zum Jahre 2030 um ca. 18 Prozent abnehmen und das Angebot an solchen Ärztinnen und Ärzten im Jahre 2030 um ca. 20 Prozent hinter dem tatsächlichen Bedarf zurückbleiben. Unter Einbeziehung des demografischen Wandels entspreche dies – so die Studie – einem benötigten zusätzlichen Bedarf von ca. 1.050 Hausärztinnen und -ärzten im Jahre 2030, um einen Versorgungsgrad von 100 Prozent zu sichern¹³⁰.

Um angesichts dieser Entwicklungen die Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahrzehnten zu gewährleisten, sollen über die bisher getroffenen Maßnahmen hinaus weitere Initiativen entwickelt werden. Diese sollen vorrangig auf Bereiche abzielen, für die das Land Niedersachsen die Verantwortung trägt. Dazu gehörten insbesondere die Regionalentwicklung und Raumordnung, die Mobilität auf dem Land, die Krankenhausplanung und die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses in Niedersachsen. Um die aus den jeweiligen Verantwortlichkeiten erwachsenden Maßnahmen zu bündeln, soll eine regelmäßige Abstimmung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung mit der KVN eingerichtet werden. Die KVN und das Land Niedersachsen gehen übereinstimmend davon aus, dass die zwischen ihnen vereinbarte strategische Partnerschaft und die Bündelung von Maßnahmen zu einer Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im ländlichen Raum führen werden.

Der Schwerpunkt der vereinbarten strategischen Partnerschaft liegt in der Zusammenarbeit der KVN mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bei der Förderung der vertragsärztlichen Versorgung¹³¹. Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen steht deshalb die Frage, welche Maßnahmen die KVN und das Sozialministerium bisher

128 Vgl. das „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS).

129 Vgl. hierzu das „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017 zwischen der KVN und dem MS, S. 3.

130 Vgl. hierzu das „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017, S. 3.

131 Vgl. hierzu den Überblick in dem „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, S. 4 ff.

ergriffen haben, um die ambulante ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu stärken und inwieweit diese Fördermaßnahmen auch in Anspruch genommen werden.

4.2. Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

Die KVN hat zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen umgesetzt. Verschiedene finanzielle Anreize sollen Ärztinnen und Ärzte dazu bewegen, sich in von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederzulassen und damit für eine Entschärfung der Versorgungsprobleme auf dem Land sorgen¹³². Zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nutzt die KVN die Fördermöglichkeiten ihres Sicherstellungsfonds und des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V. Pro Jahr stehen dafür ca. fünf Millionen Euro zur Verfügung. Die Ergebnisse der oben genannten Prognose des NIW sind bereits Grundlage für zielgerichtete Maßnahmen¹³³. Alle diese Maßnahmen hat die KVN unter dem Motto „Niederlassen für die Menschen in Niedersachsen“ in einer Broschüre zusammengefasst¹³⁴. Sie sind nach Auffassung der KVN dazu geeignet, die vertragsärztliche Versorgung der Menschen auf dem Land zu stabilisieren. Ob diese auch dazu führen würden, die Versorgung langfristig sicherzustellen oder gar zu verbessern, müsse sich allerdings noch zeigen¹³⁵.

4.2.1. Die Strukturfonds-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen als rechtliche Grundlage der Förderung

In Wahrnehmung der in § 105 Abs. 1 festgelegten Verpflichtung, auf der Grundlage der Bedarfsplanung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, hat die KVN zum 1. April 2014 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V gebildet¹³⁶. Mit den Mitteln des Strukturfonds in Höhe von mehr als vier Millionen Euro jährlich¹³⁷ können Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der

132 Hierzu gehört unter anderem auch die Zahlung einer Erschwerniszulage für die auf den niedersächsischen Nordseeinseln zugelassenen Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren.

133 Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030, Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017 zwischen der KVN und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, S. 4.

134 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (Hrsg.), Niederlassen für die Menschen in Niedersachsen, Hannover, abrufbar im Internet unter: <http://www.niederlasseninniedersachsen.de/Die-Initiative/binarywriterserv-let?imgUId=01a22ff0-86f7-1615-dc5e-fd70b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>.

135 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (Hrsg.), Niederlassen für die Menschen in Niedersachsen, S. 5.

136 Der Bildung dieses Strukturfonds lag ein entsprechender Beschluss der Vertreterversammlung der KVN vom 15. Februar 2014 zu Grunde.

137 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Förderregionen für Hausarztpraxen neu ausgeschrieben – Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und Krankenkassen setzen Niederlassungsförderung für Hausärzte 2017 fort; abrufbar im Internet unter: <http://www.kvn.de/Medien/broker.jsp?uMen=e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&uCon=b5740a44-e04f-d951-8e1d-8a560b8ff6bc&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042>.

vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land finanziert werden. Die Grundsätze zur Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds werden in der am 1. April 2014 in Kraft getreten „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds-Richtlinie)“ festgelegt, die zuletzt am 21. November 2015 mit Wirkung zum 1. Januar 2016 neu gefasst wurde¹³⁸. Ein Anspruch auf Gewährung einer Förderung nach der Strukturfonds-Richtlinie besteht nicht. Vielmehr entscheidet die KVN über Fördermaßnahmen nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds¹³⁹.

4.2.2. Förderung der Niederlassung

Um die ärztliche Versorgung speziell in ländlichen Gebieten zu fördern, hat die KVN ein Förderprogramm durch Investitionskostenzuschüsse aufgelegt, mit dem über den Strukturfonds in ausgewiesenen Fördergebieten die Niederlassung und Anstellung von Ärztinnen und Ärzten finanziell unterstützt wird. Die Voraussetzungen und Modalitäten dieser Niederlassungsförderung durch die KVN sind in den §§ 2 ff der Strukturfonds-Richtlinie geregelt. Im Einzelnen gilt danach Folgendes:

Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 der Strukturfonds-Richtlinie erfolgt aus dem Strukturfonds eine Niederlassungsförderung im ländlichen Raum in Form eines Investitionskostenzuschusses in Höhe von maximal 60.000 Euro für eine Neuniederlassung oder eine Anstellung im Umfang eines vollen Sitzes im Sinne der Bedarfsplanung. Zuwendungsempfänger sind Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die in nach Maßgabe der Vorgaben des § 2 Abs.2 bis 5 förderungsfähigen Planungsbereichen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden bzw. Ärzte oder Psychotherapeuten in einem Anstellungsverhältnis erstmalig beschäftigen¹⁴⁰. Gefördert werden Aufwendungen (Investitionskosten) für den Erwerb und die Ausstattung, die mit dem Betrieb einer Praxis oder der Anstellung eines Arztes zusammenhängen¹⁴¹.

Unter welchen Voraussetzungen es sich grundsätzlich um einen förderungsfähigen Planungsbereich handelt, ist in § 2 Abs. 2 der Strukturfonds-Richtlinie geregelt. Danach werden die förderungsfähigen Planungsbereiche von der KVN auf der Grundlage des jeweils in Niedersachsen gültigen Bedarfsplans ermittelt. Für die Planungsbereiche wird zu einem jährlich festgesetzten Stichtag ein fiktiver Versorgungsgrad ermittelt, der Ärzte, die zum Stichtag das 63. Lebensjahr vollendet haben, bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Bei diesen Ärzten wird für die Berechnung eine Wiederbesetzungsquote von 30 Prozent angenommen. Sofern der solchermaßen ermittelte Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 75 Prozent und bei Fachärzten unter 50 Prozent liegt, handelt es sich grundsätzlich um einen förderungsfähigen Planungsbereich. Ein nach Maßgabe

138 Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds-Richtlinie), in Kraft getreten am 1. April 2014, neu gefasst am 21. November 2015; abrufbar im Internet unter: <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/binary-writerservlet?imgUid=261153a5-7a54-051e-581f-ee3b8ff6bcbb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>.

139 Vgl. § 1 Abs. 2 der Strukturfonds-Richtlinie.

140 Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 der Strukturfonds-Richtlinie.

141 Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 4 der Strukturfonds-Richtlinie.

dieser Vorgaben grundsätzlich förderungsfähiger Planungsbereich ist gemäß § 2 Abs. 3 der Strukturfonds-Richtlinie aber nur dann förderungsfähig, wenn zur Vermeidung einer rechnerischen Unterversorgung – also eines fiktiven Versorgungsgrades von 75 bzw. 50 Prozent – mindestens ein voller Vertragsarztsitz erforderlich ist, für den Planungsbereich zum jährlichen Stichtag keine Zulassungsbeschränkung wegen Überversorgung angeordnet ist oder im Falle eines hausärztlichen Planungsbereichs im Planungsbereich keine Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern liegt.

In jedem Planungsbereich werden jährlich maximal nur zwei Sitze im Sinne der Bedarfsplanung gefördert, wobei eine Förderung davon abhängig gemacht werden kann, dass ein Vertragsarztsitz in einem vorgegebenen Ort im Planungsbereich gewählt wird. Für Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung gemäß § 14 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁴² ist eine Förderung ausgeschlossen¹⁴³. Die Zulassung und Anstellung wird im Übrigen nur dann gefördert, wenn sie bedarfsplanungsrelevant ist und der Umfang der Anstellung mindestens zwanzig Stunden wöchentlich beträgt¹⁴⁴.

Die Gewährung eines Investitionskostenzuschusses ist gemäß § 2 Abs. 6 Satz 1 der Strukturfonds-Richtlinie mit der Auflage verbunden, dass die Betreffenden ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Planungsbereich mindestens fünf Jahre ausüben. Sofern die vertragsärztliche Tätigkeit im Planungsbereich vor Ablauf von fünf Jahren aus dem Zuwendungsempfänger zuzurechnenden Gründen endet, ist der Investitionskostenzuschuss zurückzuzahlen¹⁴⁵.

In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Niedersachsen Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V über eine bestehende oder drohende Unterversorgung oder das Bestehen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf getroffen hat, erfolgt gemäß § 3 Abs. 1 der Strukturfonds-Richtlinie eine Niederlassungsförderung in Form eines Investitionskostenzuschusses in Höhe von maximal 75.000 Euro für eine Neuniederlassung oder Anstellung im Umfang eines vollen Sitzes im Sinne der Bedarfsplanung. Für eine Niederlassungsförderung in einem dieser Gebiete kommen die zuvor dargestellten Vorgaben des § 2 der Richtlinie entsprechend zur Anwendung¹⁴⁶. In Gebieten, für die der Landesausschuss einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Fall 1 SGB V über die Feststellung einer bestehenden Unterversorgung getroffen hat, werden maximal so viele Sitze im Sinne der Bedarfsplanung gefördert, bis durch die zusätzlichen Sitze ein rechnerischer Versorgungsgrad von 75 Prozent bei Hausärzten und von

142 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT B3 vom 21. Dezember 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018; abrufbar im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1522/BPL-RL_2017-11-17_iK-2018-01-01.pdf.

143 Vgl. § 2 Abs. 4 der Strukturfonds-Richtlinie.

144 Vgl. § 2 Abs. 5 Satz 3 und 4 der Strukturfonds-Richtlinie.

145 Vgl. § 2 Abs. 6 Satz 2 und 3 der Strukturfonds-Richtlinie.

146 Vgl. § 3 Abs. 2 der Strukturfonds-Richtlinie.

50 Prozent bei Fachärzten überschritten wird. In Gebieten, für die der Landesausschuss einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Fall 2 SGB V über die Feststellung einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung oder einen Beschluss nach § 100 Abs. 3 SGB V über die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf getroffen hat, werden dagegen maximal zwei Sitze im Sinne der Bedarfsplanung gefördert. Eine weitere Förderung für jeweils maximal einen Sitz ist dann möglich, wenn der Landesausschuss seinen Feststellungsbeschluss trotz der Besetzung der maximalen Anzahl an geförderten zusätzlichen Sitzen nicht aufhebt¹⁴⁷.

In Gebieten, für die eine Förderungsfähigkeit nach den vorgenannten Bestimmungen des § 2 oder § 3 der Strukturfonds-Richtlinie besteht, wird gemäß § 4 der Richtlinie außerdem die Gründung einer Zweigpraxis in Form eines Investitionskostenzuschusses gefördert. Für die Gründung einer Zweigpraxis in einem der Gebiete nach § 2 kann ein Investitionskostenzuschuss in Höhe von maximal 30.000 Euro und in Gebieten nach § 3 ein Zuschuss von maximal 37.500 Euro gewährt werden.

Zusätzlich zum Investitionskostenzuschuss nach § 3 oder § 2 der Richtlinie gewährt die KVN nach Maßgabe des § 5 der Richtlinie als weitere Niederlassungsförderung für Praxisneugründungen oder Anstellungen eine Umsatzgarantie¹⁴⁸. Die Umsatzgarantie wird längstens für die ersten zwei Jahre nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bewilligt. Auf die Umsatzgarantie werden die aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielten Honorare angerechnet. Die Gewährung der Umsatzgarantie ist mit der Auflage verbunden, dass der die Umsatzgarantie in Anspruch nehmende Vertragsarzt bzw. der angestellte Arzt seine vertragsärztliche Tätigkeit im Umfang des Versorgungsauftrags ausübt. Sofern die vertragsärztliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz vor Ablauf von fünf Jahren aus dem Vertragsarzt zuzurechnenden Gründen endet, ist die Umsatzgarantie zurückzuzahlen¹⁴⁹.

Die auf den niedersächsischen Nordseeinseln zugelassenen Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren sind durch eine starke Heranziehung zum allgemeinen Bereitschaftsdienst in den Abendstunden, an Wochenenden und Feiertagen besonderen Belastungen ausgesetzt. Hierfür erhalten sie von der KVN gemäß § 6 der Strukturfonds-Richtlinie quartalsweise eine Erschwerniszulage, deren Höhe pro voller Arztstelle im Sinne der Bedarfsplanung nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 der Richtlinie gestaffelt ist.

Darüber hinaus sieht die Strukturfonds-Richtlinie in § 7 die Gewährung einer Erschwerniszulage in unterversorgten Gebieten vor. Danach erhalten zugelassene Vertragsärzte und bei Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte der entsprechenden Fachgruppe in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Niedersachsen gemäß § 100 Abs. 1 und 3 SGB V eine bestehende oder drohende Unterversorgung oder das Bestehen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs festgestellt hat, eine Erschwerniszulage in Höhe von 6.000 Euro pro Quartal. Die Erschwerniszulage wird von der KVN antragsunabhängig ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Landesausschusses über eine bestehende oder drohende Unterversorgung

147 Vgl. § 3 Abs. 3 Der Strukturfonds-Richtlinie.

148 Vgl. § 5 Abs. 1 der Strukturfonds-Richtlinie.

149 Vgl. § 5 Abs. 2 bis 5 der Strukturfonds-Richtlinie.

oder das Bestehen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs gewährt und endet mit Aufhebung des entsprechenden Feststellungsbeschlusses des Landesausschusses.

Angaben der KVN zufolge¹⁵⁰ zahlt sich die Förderung von Niederlassungen über den Strukturfonds aus. Danach wurden im Jahr 2016 Investitionskostenzuschüsse für 22 Niederlassungen bzw. Anstellungen von Hausärzten in Regionen mit erhöhtem Nachbesetzungsbedarf vergeben, während für fünf ausgeschriebene Förderungen kein Antragsteller gefunden werden konnte. Besonders profitiert von den Neuniederlassungen oder Anstellungen im Jahr 2016 haben die Bürgerinnen und Bürger im Umland von Bremerhaven. Dort haben sich vier Hausärzte niedergelassen. Je zwei Hausärzte konnten mit der Niederlassungsförderung für die Regionen Buxtehude, Cloppenburg, Meppen, Nienburg, Nordenham und Sulingen gewonnen werden. Jeweils ein Hausarzt hat sich in Harburg Nord, Walsrode und im Wolfsburger Umland niedergelassen, ein Kinder- und Jugendpsychiater im Emsland. Für elf dieser Praxen wurde zusätzlich für zwei Jahre eine Umsatzgarantie gezahlt¹⁵¹. Im Jahr 2017 wurden Investitionskostenzuschüsse für 26 Niederlassungen bzw. Anstellungen von Hausärzten in Regionen mit erhöhtem Nachbesetzungsbedarf vergeben. Für sieben ausgeschriebene Förderungen konnte im Jahr 2017 dagegen kein Antragsteller gefunden werden. Im Jahr 2018 konnten nach Angaben der KVN bislang bereits Investitionskostenzuschüsse für elf Niederlassungen bzw. Anstellungen von Hausärzten in Regionen mit erhöhtem Nachbesetzungsbedarf vergeben werden.

4.2.3. Förderung der Weiterbildung

In Wahrnehmung der in § 75a SGB V ausdrücklich normierten Verpflichtung, zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu fördern, hat die KVN – auf der Grundlage der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“¹⁵² – die „Richtlinie zur Förderung der ambulanten Weiterbildung“ beschlossen, die zuletzt in der Vertreterversammlung der KVN vom 17. und 18. Juni 2016 geändert wurde¹⁵³. Die Richtlinie re-

150 Schriftliche Mitteilung der KVN gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 29. März 2018.

151 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Förderregionen für Hausarztpraxen neu ausgeschrieben, Presseartikel vom 13. Februar 2017; abrufbar im Internet unter: <http://www.kvn.de/Medien/broker.jsp?uMen=e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&uCon=b5740a44-e04f-d951-8e1d-8a560b8ff6bc&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042>.

152 Zu der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.2.4.

153 Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Förderung der ambulanten Weiterbildung in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der KVN vom 17. und 18. Juni 2016, in Kraft getreten am 1. Juli 2016; abrufbar im Internet unter: <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Aufgaben/Recht-der-Selbstverwaltung/binarywriterservlet?imgUId=a110415a-237e-921f-8867-f2600eb1ae43&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>. Diese Richtlinie ersetzt die Richtlinie der KVN zur Förderung der ambulanten Weiterbildung in der Fassung vom 20. Februar 2010.

gelt die finanzielle Förderung der Weiterbildung von Ärzten zum Erwerb zulassungsfähiger Gebietsbezeichnungen und Facharztkompetenzen in den Praxen niedergelassener Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Medizinischen Versorgungszentren¹⁵⁴.

Nach § 5 Abs. 1 der Richtlinie fördert die KVN die Weiterbildung in Gebieten und Facharztkompetenzen mit einem monatlichen Förderbetrag je Weiterbildungsverhältnis von 2.400 Euro bei ganztägiger Beschäftigung. Der Förderbetrag erhöht sich auf 2.525 Euro, sofern die Weiterbildung in einem Planungsbereich erfolgt, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Niedersachsen drohende Unterversorgung festgestellt hat bzw. auf 2.650 Euro, wenn der Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat. Die maximal zulässige Förderdauer eines Weiterbildungsverhältnisses bemisst sich gemäß § 5 Abs. 2 der Richtlinie nach den in der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung anrechenbaren ambulanten Weiterbildungsabschnitten sowie der Dauer der bestehenden Weiterbildungsermächtigung des Vertragsarztes.

Eine Anspruchsberechtigung besteht unbeschadet weiterer Regelungen der Richtlinie ausschließlich für in Niedersachsen niedergelassene Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt der Antragstellung über eine Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen verfügen. Gefördert werden ausschließlich ambulante Weiterbildungsabschnitte zum Erwerb von Gebietsbezeichnungen und Facharztkompetenzen¹⁵⁵. Der Förderbetrag ist ein Zuschuss zum Bruttogehalt und muss vom weiterbildenden Vertragsarzt in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten weitergeleitet werden. Darüber hinaus sind die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung vom Arbeitgeber zu tragen¹⁵⁶. Finanziert werden die nach den Regelungen der Richtlinie beschlossenen Fördermaßnahmen aus dem bei der KVN zentral gebildeten Sicherstellungsfonds¹⁵⁷.

In Gebieten, in denen eine Förderung nach den §§ 2 bis 7 der Strukturfonds-Richtlinie gewährt wird, die KVN also einen besonderen Besetzungsbedarf ermittelt hat, kann einem bei Vertragsärzten oder einem Medizinischen Versorgungszentrum beschäftigten Weiterbildungsassistenten nach § 8 der Strukturfonds-Richtlinie eine zusätzliche Förderung von 1.000 Euro monatlich für die Zeit der ambulanten Weiterbildung gewährt werden. Voraussetzung für eine solche zusätzliche Weiterbildungsförderung ist, dass sich der Weiterbildungsassistent verpflichtet, nach Abschluss der Weiterbildung mindestens fünf Jahre im maßgeblichen Gebiet im Rahmen einer Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag oder einer ganztägigen Anstellung vertragsärztlich tätig zu sein. Eine Förderung ist auf den Zeitraum der Mindestweiterbildungszeiten nach der Weiterbildungsordnung beschränkt. Sofern die vertragsärztliche Tätigkeit im Planungsbereich vor Ablauf von fünf Jahren aus dem Zuwendungsempfänger zuzurechnenden Gründen endet, ist die gewährte zusätzliche Weiterbildungsförderung zurückzuzahlen.

154 Vgl. hierzu die Präambel der Richtlinie der KVN zur Förderung der ambulanten Weiterbildung.

155 Vgl. § 3 der Richtlinie.

156 Vgl. § 4 der Richtlinie.

157 Vgl. § 7 der Richtlinie.

4.2.4. Förderung für Medizinstudierende

Studierende der Humanmedizin, die ihre Famulatur in der Praxis eines zugelassenen Vertragsarztes oder einem Medizinischen Versorgungszentrum absolvieren, können hierfür nach Maßgabe des § 9 der Strukturfonds-Richtlinie eine finanzielle Unterstützung in Höhe von einmalig 400 Euro erhalten. Voraussetzung für eine solche Förderung der Famulatur ist allerdings, dass die Praxis oder das Medizinische Versorgungszentrum in einem Gebiet liegt, für das die KVN einen besonderen Besetzungsbedarf ermittelt hat.

4.3. Förderung durch das Land Niedersachsen

Dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung obliegt in erster Linie die Rechtsaufsicht über die KVN, die sich auf die Beachtung gesetzlicher Vorschriften und sonstigen Rechts erstreckt. Aufgrund der dem Land obliegenden Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge unterstützt das Ministerium die KVN aber auch mit eigenen Maßnahmen, die Einfluss auf die vertragsärztliche Versorgung haben. Um dem medizinischen Nachwuchs bereits während des Studiums die Vorteile der ambulanten ärztlichen Versorgung nahe zu bringen und mehr Medizinstudierende für eine spätere Niederlassung als Hausärztin bzw. Hausarzt in Niedersachsen zu gewinnen, hat das Land zwei Förderprogramme aufgelegt.

4.3.1. Das Stipendien-Programm zur Gewinnung von Landärzten

Die Niedersächsische Landesregierung unterstützt seit November 2016 mit einem Förderprogramm die Ausbildung zukünftiger Hausärzte für Niedersachsen mit einem sog. „Hausarztstipendium“. Die Abwicklung des Programms erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der KVN und dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Die Förderung richtet sich an Medizinstudentinnen und -studenten, die an einer deutschen Hochschule in einem Studiengang der Humanmedizin eingeschrieben sind. Die geförderten Studentinnen und Studenten erhalten während ihres Studiums eine monatliche Beihilfe in Höhe von 400 Euro für maximal vier Jahre im klinischen Teil des Studiums oder in einem vergleichbaren Studienabschnitt und verpflichten sich im Gegenzug, nach abgeschlossenem Medizinstudium eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum Niedersachsens außerhalb von Städten ab 100.000 Einwohnern aufzunehmen. Außerdem müssen die entsprechenden Prüfungen in der Regelstudienzeit plus zwei Semester abgelegt werden. Die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist innerhalb von neun Monaten nach Beendigung des Medizinstudiums aufzunehmen und in Niedersachsen zu absolvieren¹⁵⁸.

158 Zu den Voraussetzungen und Modalitäten des „Hausarztstipendiums“ vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Land startet Stipendien-Programm zur Landärzte -Gewinnung, abrufbar im Internet unter: <http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/land-startet-stipendien-programm-zur-landaerzte-gewinnung-149185.html>; Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), Stipendienprogramm des Landes Niedersachsen, abrufbar im Internet unter: <http://www.niederlassenniedersachsen.de/Fuer-Studierende-Assistenzaerzte/Stipendien/>.

4.3.2. Das Programm zur finanziellen Unterstützung Medizinstudierender bei Absolvierung eines Tertials im Praktischen Jahr in einer Hausarztpraxis

Bestandteil des Maßnahmenpakets ist seit dem Jahr 2010 darüber hinaus eine finanzielle Unterstützung von Medizinstudenten, die sich im Praktischen Jahr ihrer Ausbildung für ein Tertial bei einem Hausarzt entscheiden, also das sog. Wahlfach „Allgemeinmedizin“ wählen¹⁵⁹. Studierende der Humanmedizin, die ihre Hochschulzugangsberechtigung in Niedersachsen erworben haben und ihr Wahltertial im Praktischen Jahr in einer zugelassenen niedersächsischen Hausarztpraxis absolvieren, können hierfür – je nach hausärztlichem Versorgungsgrad im Planungsbezirk der Ausbildungsstelle – eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 1.600 Euro oder 2.400 Euro erhalten. Die Studierenden bekommen damit bereits während des Studiums einen vertieften Einblick in die Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt. Das Antragsverfahren wird von der KVN abgewickelt. Seit Einführung des Förderprogramms im Jahr 2010 hat sich die Zahl derjenigen, die sich für das Wahlfach „Allgemeinmedizin“ im Praktischen Jahr entscheiden und damit die Vorzüge einer hausärztlichen Tätigkeit unmittelbar erleben, erhöht.

4.4. Weitere landesweite Projekte und Maßnahmen zur Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land

4.4.1. Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“

Mit dem Ende 2014 von der Landesregierung initiierten Projekt der „Gesundheitsregionen Niedersachsen“, das einen breiten Ansatz verfolgt, werden die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte dabei unterstützt, neue Konzepte in der örtlichen Gesundheitsversorgung zu entwickeln und umzusetzen¹⁶⁰. In den Jahren 2014 bis 2017 hat die Landesregierung gemeinsam mit der KVN, der AOK Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK-Landesverband Mitte im Rahmen dieses Projekts die Etablierung bestimmter kommunaler Strukturen sowie die Entwicklung und Umsetzung innovativer Projekte gefördert, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Dazu gehören nicht zuletzt auch die Fachkräftegewinnung im ärztlichen Bereich und hier besonders der Hausärztinnen und Hausärzte für

159 Vgl. hierzu: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.), Land startet Stipendien-Programm für Landärzte-Gewinnung, abrufbar im Internet unter: <http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/land-startet-stipendien-programm-zur-landaerzte-gewinnung-149185.html>; Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), PJ-Förderung, abrufbar im Internet unter: <http://www.niederlasseninniedersachsen.de/Fuer-Studierende-Assistenzaerzte/PJ-Foerderung/>.

160 Zu dem Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ vgl. das „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, S. 10 (Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017 zwischen der KVN und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung); Rede der (ehemaligen) Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Cornelia Rundt, im Niedersächsischen Landtag am 15. Juni 2017 zu Frage 1: „Maßnahmen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum“, in: Niedersächsischer Landtag, 17. Wahlperiode, Plenarprotokoll der 133. Sitzung am 15. Juni 2017, S. 13426; Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.), Gesundheitsregionen Niedersachsen – Förderprogramme und Finanzhilfen für Projekte, Hannover, Januar 2016, abrufbar im Internet unter: http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/Foerderungsmoeglichkeiten_120216.pdf; Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.), Gesundheitsregionen Niedersachsen – Leitfaden, Hannover, November 2014, abrufbar im Internet unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/GR-Leitfaden_web.pdf.

ländliche Regionen. Ziel ist eine regional koordinierte und gesteuerte Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege) im Blick hat.

Für die Gesundheitsregionen hat das Land im Zeitraum von 2014 bis 2017 pro Jahr 600.000 Euro zur Verfügung gestellt. Hinzu kamen durch die Beteiligung der KVN, der AOK Niedersachsen, der Ersatzkassen sowie des BKK-Landesverbandes Mitte pro Jahr weitere 430.000 Euro. Auch die Ärztekammer Niedersachsen unterstützt das Projekt. Insgesamt sind mittlerweile 35 Landkreise und kreisfreie Städte als „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ anerkannt, die zum Aufbau der erforderlichen Arbeitsstrukturen zunächst jeweils bis zu 25.000 Euro Anschubförderung erhalten haben. Bei insgesamt 47 möglichen Gebietskörperschaften entspricht dies einer Teilnahmequote von ca. 75 Prozent.

Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ wird seit Anfang 2018 in modifizierter Form mit einer dreijährigen Förderphase bis 2020 fortgeführt. Maßgebliche Rechtsgrundlage hierfür ist die vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung erlassene „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen) vom 20. November 2017, die am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist und mit Ablauf des 31. Dezember 2020 außer Kraft tritt¹⁶¹. Nach Maßgabe dieser Richtlinie gewährt das Land Niedersachsen Zuwendungen für den Aufbau neuer sowie für die Stärkung bereits bestehender Gesundheitsregionen¹⁶².

Zuwendungsfähig sind nach Ziffer 2.3 der Richtlinie unter anderem auch die Entwicklung und Umsetzung – für die betreffenden Regionen – neuer Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte in Niedersachsen, möglichst mit überregionalem Bezug. Der Richtlinie zufolge sollen hierbei insbesondere die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Ansiedlung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten – insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten – in ländlichen Regionen sowie die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Nachwuchsgewinnung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum berücksichtigt werden¹⁶³. Die Zuwendung für Maßnahmen nach Ziffer 2.3 der Richtlinie wird im Rahmen einer Projektförderung als nicht rückzahlbarer Zuschuss in Form einer Anteilfinanzierung bis zur Höhe von 90 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben gewährt. Die Höhe der Zuwendung darf 80.000 Euro nicht überschreiten. Der Bewilligungszeitraum beträgt maximal zwei Jahre¹⁶⁴.

161 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Richtlinie Gesundheitsregionen) vom 20. November 2017, in: Niedersächsisches Ministerialblatt (Nds. MBl.) 2017, S. 1570; abrufbar im Internet unter: <http://www.voris.niedersachsen.de/jportal/?quelle=jlink&query=VVND-210610-MS-20171120-SF&psml=bsvorisprod.psml&max=true>.

162 Vgl. Ziffer 1.1 der Richtlinie Gesundheitsregionen.

163 Vgl. die Ziffern 2.3.2 und 2.3.4 der Richtlinie Gesundheitsregionen.

164 Vgl. Ziffer 5.2 der Richtlinie Gesundheitsregionen.

4.4.2. Förderung von Kommunen als Gründer von Medizinischen Versorgungszentren

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG)¹⁶⁵ am 23. Juli 2015¹⁶⁶ können nach § 95 Abs. 1a SGB V auch Kommunen als Gründer von Medizinischen Versorgungszentren auftreten und damit aktiv die Versorgung in ihrer Region beeinflussen und verbessern. Seit Ende 2016 besteht für interessierte Kommunen, die die neue Möglichkeit zur Errichtung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren nutzen wollen, eine Fördermöglichkeit mit Landesmitteln. Aus Sicht der Landesregierung entspricht dieses Instrument damit genau den Bedürfnissen nach Anstellung und Teamarbeit vieler Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner. Vorrangig ist hier die Förderung von niedersächsischen Kommunen mit einer Einwohnerzahl von unter 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern vorgesehen. Die Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums mit hausärztlicher Ausrichtung wird von der Landesregierung mit einem einmaligen Investitionskostenzuschuss in Höhe von bis zu 50.000 Euro unterstützt. Sie verpflichten sich im Gegenzug die hausärztliche Tätigkeit mindestens drei Jahre am Standort aufrecht zu erhalten. Die zusätzliche Gründung einer Zweigpraxis wird mit einem weiteren Zuschuss von bis zu 25.000 Euro gefördert¹⁶⁷.

4.5. Regionale Förderprogramme der Landkreise

Da in den nächsten Jahren viele Landkreise in Niedersachsen von Unterversorgung im ambulanten Bereich bedroht sind, haben einige Landkreise – über die oben beschriebenen Förderprogramme der KVN und der Landesregierung sowie die sonstigen landesweiten Projekte hinaus – auf regionaler Ebene zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum getroffen.

4.5.1. Förderung für Medizinstudierende

Für Medizinstudierende, die sich bereits während des Studiums für eine spätere Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in einem unterversorgten Bereich eines Landkreises in Niedersachsen entscheiden, bieten einige Landkreise Stipendienprogramme an, so etwa

165 Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015, BGBl. I S. 1211.

166 Vgl. Art. 20 Abs. 1 des GKV-VSG.

167 Zur Förderung von Kommunen als Gründer von Medizinischen Versorgungszentren vgl. die Rede der (ehemaligen) Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Cornelia Rundt, anlässlich der Tagung der Allianz ländlicher Raum zum Thema „Wege zur Innenentwicklung in ländlichen Räumen“ am 13. Februar 2017 in Hannover, abrufbar im Internet unter: http://www.alr-niedersachsen.de/pdf/2017_H_01_Rundt.pdf, S. 8 f sowie ihre Rede im Niedersächsischen Landtag am 15. Juni 2017 zu Frage 1: „Maßnahmen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum“, in: Niedersächsischer Landtag, 17. Wahlperiode, Plenarprotokoll der 133. Sitzung am 15. Juni 2017, S. 13425; vgl. hierzu auch das „Konzept zur Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung 2030“, S. 10 (Anlage zur gemeinsamen Erklärung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Land vom 15. Mai 2017 zwischen der KVN und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung).

- der Landkreis Diepholz nach Maßgabe der „Richtlinien zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin des Landkreises Diepholz (Medizin-Stipendium)“ in der Fassung vom 20. August 2017¹⁶⁸,
- der Landkreis Emsland nach Maßgabe der „Richtlinie zur Vergabe von Stipendien des Landkreises Emsland für Studierende der Humanmedizin“ vom 1. Oktober 2014¹⁶⁹
- der Landkreis Nienburg/Weser nach Maßgabe der „Richtlinie zur Vergabe von Stipendien für Studierende der Humanmedizin des Landkreises Nienburg/Weser (Medizin-Stipendium)“ in der Fassung vom 20. Februar 2015¹⁷⁰,
- der Landkreis Leer nach Maßgabe der „Vergabe-Richtlinie von Stipendien des Landkreises Leer für Studierende der Humanmedizin“ aus dem Jahr 2016¹⁷¹ und
- der Landkreis Grafschaft Bentheim nach Maßgabe des „Stipendienprogramms des Landkreises Grafschaft Bentheim für Studierende der Humanmedizin“¹⁷².

4.5.2. Förderung der Weiterbildung

Im Emsland wurde im November 2010 die Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein für Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland gegründet, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die hausärztliche Versorgung im Landkreis Emsland zukunftsgerichtet sicherzustellen. Um einen Anreiz für junge Ärztinnen und Ärzte während ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu schaffen, wurde ein Förderprogramm für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten entwickelt, die sich verpflichten, nach Absolvierung ihrer zweijährigen ambulanten Weiterbildungszeit eine mindestens dreijährige vertragsärztliche Tätigkeit als Allgemeinmediziner im Landkreis Emsland aufzunehmen¹⁷³. Finanziell gefördert werden Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten während ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin beispielsweise auch durch den Landkreis Grafschaft Bentheim¹⁷⁴.

-
- 168 Abrufbar im Internet unter: <https://www.diepholz.de/portal/seiten/stipendienprogramm-des-landkreises-diepholz-fuer-studierende-der-humanmedizin-1001561-21750.html>.
- 169 Abrufbar im Internet unter: http://www.meilenstein-emsland.de/pdf_files/foerderung/richtlinie-stipendien-vergabe.pdf.
- 170 Abrufbar im Internet unter: <https://www.lk-nienburg.de/portal/seiten/stipendienprogramm-des-landkreises-nienburg-weser-fuer-studierende-der-humanmedizin-901000610-21500.html>.
- 171 Abrufbar im Internet unter: https://www.landkreis-leer.de/media/custom/13_843_1.PDF?1405499827.
- 172 Abrufbar im Internet unter: <http://www.niederlasseninniedersachsen.de/Startseite/binarywriterservlet?imgUid=2f320f27-513d-ea41-5bdf-6ab3b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>.
- 173 Nähere Informationen zu diesem Förderprogramm sind im Internet abrufbar unter: http://www.meilenstein-emsland.de/foerderung/foerderung_von_nachwuchsmedizinerinnen_und_-mediziner.html.
- 174 Nähere Informationen hierzu sind im Internet abrufbar unter: https://www.grafschaft-bentheim.de/verwaltung/dienstleistungen/dienstleistung_druck.php?id=790.

4.5.3. Förderung der Niederlassung

Der Landkreis Emsland hat mit Wirkung zum 1. November 2014 ein Programm zur Förderung von Niederlassungen/Anstellungen von vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzten in der Region aufgelegt. Rechtsgrundlage für diese Niederlassungsförderung ist die „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Hausärzten im Landkreis Emsland“¹⁷⁵. Ziel des Förderprogramms ist es, die Entscheidung für eine hausärztliche Niederlassung im ländlichen Raum zu forcieren, freiwerdende Hausarztsitze nachzubesetzen und Praxisgründungen zu erleichtern. Die Niederlassung und Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Fachbereichen, die von einer Unterversorgung bedroht sind, werden darüber hinaus beispielsweise auch von der Stadt Wolfsburg gefördert¹⁷⁶.

5. Rheinland-Pfalz

5.1. Der Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz

Rheinland-Pfalz verfügt aus Sicht der Landesregierung über eine gute ambulante vertragsärztliche Versorgung. Dennoch habe sich gezeigt, dass es in einigen ländlichen Regionen des Landes schwieriger werde, frei werdende Arztsitze zeitnah wieder zu besetzen. Die Gründe hierfür seien vielschichtig¹⁷⁷.

Vor diesem Hintergrund hat sich das damalige Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen und Rheinland-Pfalz bereits im Oktober 2007 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, dem Hausärzterverband Rheinland-Pfalz und der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz darauf verständigt, mit einem Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung Maßnahmen zu ergreifen, die helfen sollen, die flächendeckende Versorgung – insbesondere mit Hausärztinnen und Hausärzten – auch in Zukunft sicherzustellen¹⁷⁸. Der Masterplan aus dem Jahr 2007, mit dem nach übereinstimmender Auffassung aller Partner insbesondere in ländlichen Regionen

175 Abrufbar im Internet unter: http://www.meilenstein-emsland.de/pdf_files/foerderung/richtlinie-niederlassungs-foerderung-hausaerzte--ab01012018.pdf.

176 Nähere Informationen hierzu sind im Internet abrufbar unter: <https://www.wolfsburg.de/news-room/2015/12/28/10/28/aerztefoerderung>.

177 Landesregierung Rheinland-Pfalz, Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz, abrufbar im Internet unter: <https://hausarzt.rlp.de/de/masterplan/>.

178 Vgl. die Vereinbarung eines Masterplanes zur „Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“, zwischen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und dem Hausärzterverband Rheinland-Pfalz vom 24. Oktober 2007, abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Masterplan_2007_Langfassung.pdf.

wichtige Impulse zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung gesetzt werden konnten, wurde im März 2011 durch die Vereinbarung ergänzender Maßnahmen weiterentwickelt¹⁷⁹. Kernstück dieser Vereinbarung ist ein Förderprogramm des Landes, mit dem finanzielle Anreize für die Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen Gebieten geschaffen wurden¹⁸⁰. Für das erstmals im Jahr 2011 aufgelegte und seitdem fortgeführte Programm, das sich nach Angaben der Landesregierung bewährt hat und immer stärker nachgefragt wird, stellt das Land Fördergelder in Höhe von jährlich bis zu 400.000 Euro zur Verfügung.

In dem aktuellen Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 17. Mai 2016 unter dem Titel „Sozial gerecht – wirtschaftlich stark – ökologisch verantwortlich: Rheinland-Pfalz auf dem Weg ins nächste Jahrzehnt“¹⁸¹ haben sich die Koalitionspartner darauf geeinigt, Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu treffen und den „Masterplan zur Stärkung der ambulanten hausärztlichen Versorgung“ gemeinsam mit den Partnern des Masterplans weiter fortzuführen und durch neue Maßnahmen zu ergänzen¹⁸².

In Abstimmung mit den Partnern im Gesundheitswesen sollen zielgerichtete Maßnahmen ergriffen werden, die es für jüngere Hausärztinnen und Hausärzte attraktiver machen, in Rheinland-Pfalz tätig zu werden. Auch die Situation der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte, gerade im ländlichen Raum, wollen die Koalitionspartner im Blick behalten. Um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu sichern, wurde vereinbart, die Förderung der ärztlichen Niederlassung in ländlichen Gebieten mit Landesmitteln fortzusetzen. Dadurch sollen Ärztinnen und Ärzte unterstützt und es ihnen erleichtert werden, dort zu arbeiten, wo die Menschen auf eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung angewiesen sind. Als Grundlage soll eine Versorgungsanalyse erhoben werden, die den stationären und ambulanten Sektor einschließt und aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten die Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit aller Bereiche der Gesundheitsversorgung berücksichtigt. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz habe ihren Sicherstellungsauftrag insbesondere durch eigene Anreize und Fördermöglichkeiten vorrangig zu erfüllen. Weitere Konzepte zur besseren Erreichbarkeit

179 Vgl. die Vereinbarung ergänzender Maßnahmen zum Masterplan „Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“, Stand: 9. März 2011, abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Vereinbarung>Weiterentwicklung_Masterplan_2011.pdf.

180 Vgl. hierzu näher die Vereinbarung ergänzender Maßnahmen zum Masterplan „Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“, Stand: 9. März 2011, S. 3, abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Vereinbarung>Weiterentwicklung_Masterplan_2011.pdf.

181 Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sozial gerecht – wirtschaftlich stark – ökologisch verantwortlich: Rheinland-Pfalz auf dem Weg ins nächste Jahrzehnt, Rheinland-Pfalz 2016-2021“, Mainz, 17. Mai 2016, abrufbar im Internet unter: https://www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag_RLP.pdf.

182 Vgl. den Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sozial gerecht – wirtschaftlich stark – ökologisch verantwortlich: Rheinland-Pfalz auf dem Weg ins nächste Jahrzehnt, Rheinland-Pfalz 2016-2021“, S. 105.

der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum wie Transportdienste für Patienten, mobile Praxisteams und telemedizinische Angebote kämen als weitere Elemente regionaler Versorgungslösung in Betracht¹⁸³.

Um den medizinischen Nachwuchs zu sichern, soll dem Koalitionsvertrag zufolge geprüft werden, inwieweit jene Medizinstudierende bevorzugt zum Studium zugelassen und während des Studiums gefördert werden können, die sich verpflichten, nach ihrem Studium eine Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin in einer von Unterversorgung betroffenen oder bedrohten Region des Landes Rheinland-Pfalz aufzunehmen. In den ländlichen Regionen soll darüber hinaus die Gründung allgemeinmedizinischer Weiterbildungszentren in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer unterstützt werden, die die Weiterbildung junger Hausärztinnen und Hausärzte aus einer Hand organisieren und anbieten. Um diese regionalen Weiterbildungsstandorte, mit denen die notwendigen stationären und ambulanten Module der Weiterbildung vernetzt würden, zu fördern, soll neben einer finanziellen Förderung auch die Beratung für den Aufbau dieser regionalen Zentren bereitgestellt werden¹⁸⁴.

In Umsetzung der vorgenannten Vereinbarungen in dem Koalitionsvertrag vom 17. Mai 2016 und vor dem Hintergrund der bestehenden Herausforderungen bei der Sicherung der ärztlichen Grundversorgung und den neuen Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung sowie beim ärztlichen Nachwuchs haben sich die Partner des Masterplans Ende 2017 darauf verständigt, weitere Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu vereinbaren¹⁸⁵. Die Fortschreibung des Masterplans erfolgte in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, dem Hausärzterverband Rheinland-Pfalz und der Universitätsmedizin Mainz gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und dem Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur. Zudem waren in die Beratungen auch der Landkreistag Rheinland-Pfalz, der Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz und die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz einbezogen. Zahlreiche Einzelmaßnahmen wurden bereits im Laufe der Gespräche in den Jahren 2016 und 2017 auf den Weg gebracht¹⁸⁶. Die Weiterentwicklung des Masterplans umfasst mit der ärztlichen Ausbildung, der ärztlichen Weiter- und Fortbildung und der ärztlichen Berufsausübung sowie mit sonstigen Maßnahmen auf Landesebene und weiteren Maßnahmen auf regionaler bzw. kommunaler Ebene

183 Vgl. den Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sozial gerecht – wirtschaftlich stark – ökologisch verantwortlich: Rheinland-Pfalz auf dem Weg ins nächste Jahrzehnt, Rheinland-Pfalz 2016-2021“, S. 105.

184 Vgl. den Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Sozial gerecht – wirtschaftlich stark – ökologisch verantwortlich: Rheinland-Pfalz auf dem Weg ins nächste Jahrzehnt, Rheinland-Pfalz 2016-2021“, S. 107.

185 Vgl. hierzu die vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz herausgegebene Langfassung des Masterplans 2017/2018 mit dem Titel: „Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan“, Mainz 2017, abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Endversion_Langfassung.pdf sowie die Kurzfassung dieses Masterplans, abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Endversion_Flyer.pdf.

186 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan, S. 3.

insgesamt fünf Handlungsfelder¹⁸⁷. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich – auftragsgemäß – auf Maßnahmen und Förderprogramme der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und des Landes Rheinland-Pfalz, mit denen Medizinstudierende oder freiberuflich tätige Ärzte finanziell unterstützt werden, um die ambulante ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu stärken und auch künftig sicherzustellen.

5.2. Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Landesverbände der Krankenkassen

5.2.1. Förderung für Medizinstudierende

Hausärztlichen Nachwuchs zu gewinnen, ist ein wesentliches Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP). Deshalb wurde bereits im Jahr 2013 ein Förderprogramm für Medizinstudierende („Förderprogramm Famulatur“) ins Leben gerufen, das Famulanten in Hausarztpraxen finanziell unterstützt. Mit der finanziellen Förderung der Famulaturen in hausärztlichen Praxen will die KV RLP einen Anreiz für Medizinstudierende schaffen, sich ein Bild über die vielfältigen Aufgaben eines Hausarztes, vor allem in ländlichen Gebieten, zu machen. Die Förderung soll dem Famulus einen finanziellen Ausgleich für entstandene Aufwendungen (Fahrkosten, gegebenenfalls Unterkunft) ermöglichen.

Maßgebliche Rechtsgrundlage der Förderung ist derzeit die am 1. Januar 2018 in Kraft getretene „Richtlinie zur finanziellen Unterstützung für die Tätigkeit als Famulus“, die zuletzt in der Vertreterversammlung der KV RLP am 15. November 2017 geändert wurde¹⁸⁸. Danach fördert die KV RLP die Famulatur von Studierenden der Medizin gemäß § 7 Abs. 2 Approbationsordnung¹⁸⁹ in hausärztlichen Praxen ihrer Mitglieder nach § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 3, 4 und 5 SGB V¹⁹⁰. Antragsberechtigt sind Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz¹⁹¹. Nach der Richtlinie können bis zu zwei Famulaturmonate mit jeweils 500 Euro gefördert werden¹⁹². Die Auszahlung der Famulaturförderung erfolgt nach Absolvierung der Famulatur auf das Honorarkonto der Praxis des ausbildenden Arztes, der die erhaltenen Fördergelder an den Famulus in voller Höhe weiterzuleiten hat¹⁹³. Die Vergabe der Förderzusagen erfolgt nach der Reihenfolge der Antragsingänge bis zur Ausschöpfung des im Haushalt zur Verfügung stehenden För-

187 Vgl. hierzu näher: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan, S. 4 ff.

188 Abrufbar im Internet unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Service/KV-Normen/KVRLP_Richtlinie_Unterstuetzung_Famulus.pdf.

189 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581).

190 Vgl. § 1 der Richtlinie.

191 Vgl. § 2 der Richtlinie.

192 Vgl. die §§ 4 und 5 der Richtlinie.

193 Vgl. § 6 der Richtlinie.

dervolumens. Können aufgrund der Ausschöpfung der Fördermittel nicht alle Anträge positiv entschieden werden, werden vorrangig Anträge in Planungsbereichen berücksichtigt, in denen gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine ärztliche Unterversorgung bereits eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht¹⁹⁴.

Seit dem Jahr 2013 wurden von der KV RLP über 500 Famulanten gefördert und dabei mehr als 250.000 Euro an Fördermitteln vergeben. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme des Förderprogramms wurde die im Haushalt der KV RLP vorgesehene Fördersumme von anfänglich 40.000 Euro auf 100.000 Euro jährlich erhöht¹⁹⁵. Famulaturbörsen ergänzen das Förderprogramm und geben Auskunft über die aktuell freien Famulaturplätze.

5.2.2. Förderung der Weiterbildung

Zur Sicherstellung der hausärztlichen und patientennahen fachärztlichen Versorgung fördert die KV RLP gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu gleichen Teilen die Weiterbildung. Die Vertreterversammlung der KV RLP hat hierzu die „Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ beschlossen, die am 1. Oktober 2016 in Kraft getreten ist¹⁹⁶. Soweit diese Richtlinie keine abweichenden Bestimmungen enthält, gelten die Vorgaben der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V¹⁹⁷. Die Richtlinie sieht vor, dass Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz, deren Praxen von der zuständigen Ärztekammer als Weiterbildungsstätte anerkannt sind, ein Zuschuss für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gezahlt werden kann¹⁹⁸. Der Förderzuschuss soll dazu beitragen, den personellen und zeitlichen Aufwand abzudecken, der dem weiterbildenden Arzt aus der Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung entsteht. Die Förderung beträgt bei einer Vollzeitbeschäftigung monatlich 4.800 Euro¹⁹⁹.

Gefördert wird zum einen – mit einer maximalen Förderdauer von 42 Monaten – die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern es sich um einen anererkennungsfähigen Weiterbildungsabschnitt nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung handelt²⁰⁰. Soweit der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine

194 Vgl. § 8 der Richtlinie.

195 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan, Mainz 2017, S. 4.

196 KV RLP, Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, abrufbar im Internet unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Service/KV-Normen/KVRLP_Richtlinie_Weiterbildung_Foerderung.pdf.

197 Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, abrufbar im Internet unter: http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf.

198 Vgl. § 1 Abs. 1 der Richtlinie.

199 Vgl. § 4 Abs. 1 der Richtlinie.

200 Vgl. hierzu im Einzelnen die Regelungen in § 7 der Richtlinie.

ärztliche Unterversorgung eingetreten ist und in absehbarer Zeit droht, wird eine höhere finanzielle Förderung im vertragsärztlichen Bereich gezahlt. Der Erhöhungsbetrag der Förderung je besetzter Stelle in unterversorgten Gebieten beträgt monatlich 500 Euro, in drohend unterversorgten Gebieten monatlich 250 Euro²⁰¹. Zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung werden seit dem 1. Oktober 2016 weitere fachärztliche Weiterbildungen gefördert. Zu den derzeit förderfähigen Facharztgruppen gehören unter anderem die Augenheilkunde, die Kinder- und Jugendmedizin, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie²⁰². In diesen Fachgebieten beträgt die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses grundsätzlich mindestens zwölf zusammenhängende Monate in einer Weiterbildungspraxis. Es können nur Facharztgruppen gefördert werden, für die die rheinland-pfälzische Weiterbildungsordnung eine fakultative Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten in der ambulanten Versorgung vorsieht²⁰³. Zur Vermeidung von unbilligen Härten kann der Vorstand der KV RLP in besonders gelagerten Einzelfällen eine abweichende Entscheidung von den Regelungen der Richtlinie treffen²⁰⁴.

Um die fachärztliche Versorgung zu gewährleisten und Anreize zu schaffen, die Weiterbildung im ambulanten Bereich zu absolvieren, wurde am 15. November 2017 mit der „Richtlinie zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz“ eine weitere Richtlinie beschlossen, die am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist²⁰⁵. Sie ergänzt die vorgenannte „Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ und unterscheidet sich von dieser dadurch, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an dieser Weiterbildungsförderung nicht beteiligt sind, die Finanzierung der Fördermaßnahmen also ausschließlich durch die KV RLP erfolgt.

Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz kann nach Maßgabe der in der Richtlinie festgelegten Kriterien ein Zuschuss für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung gezahlt werden, wenn deren Praxen von der zuständigen Ärztekammer als Weiterbildungsstätte anerkannt sind und eine gültige Weiterbildungsbefugnis vorhanden ist²⁰⁶. Gefördert werden nach der Richtlinie alle Weiterbildungen zum Erwerb einer Facharztkompetenz. Hiervon ausgenommen ist lediglich die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Eine finanzielle Förderung nach den Bestimmungen der Richtlinie ist ausgeschlossen, wenn eine finanzielle Förderung nach der „Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“

201 Vgl. § 8 Abs. 1 der Richtlinie.

202 Vgl. § 9 Abs. 1 der Richtlinie in Verbindung mit dem Anhang zu dieser Richtlinie (Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V – Auswahl der förderwürdigen Fachgruppen in Rheinland-Pfalz).

203 Vgl. § 11 Abs. 1 der Richtlinie.

204 Vgl. § 12 der Richtlinie.

205 KV RLP, Richtlinie zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz vom 15. November 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018, abrufbar im Internet unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Service/KV-Normen/KVRLP_Richtlinie_fachaerztliche_Weiterbildung_Foerderung.pdf.

206 Vgl. § 1 Abs. 1 der Richtlinie.

erfolgt²⁰⁷. Die Förderung beträgt bei einer Vollzeitbeschäftigung 2.400 Euro²⁰⁸. Die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses muss mindestens sechs zusammenhängende Monate in einer Weiterbildungspraxis betragen.

5.2.3. Förderung der Niederlassung

Zu Beginn des Jahres 2016 hat die KV RLP einen Strukturfonds gebildet, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt und in den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 105 Abs. 1a Satz 2 SGB V zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe zu entrichten haben. Mit einem Gesamtvolumen von jährlich bis zu 2,5 Millionen Euro²⁰⁹ wird über diesen Strukturfonds in ausgewiesenen Fördergebieten die Niederlassung und Anstellung von Hausärzten und Fachärzten in Rheinland-Pfalz finanziell unterstützt.

Maßgebliche Rechtsgrundlage für diese Förderung ist die am 1. Januar 2016 in Kraft getretene „Förderrichtlinie Strukturfonds“²¹⁰. Ziel dieser Förderung ist es, die Niederlassung freiberuflicher Ärzte, sei es in der Einzelpraxis oder in der Kooperation sowie die Tätigkeit angestellter Ärzte in Praxen, Kooperationen und Nebenbetriebsstätten in ausgewiesenen Fördergebieten finanziell zu unterstützen und zu fördern²¹¹. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für Vertragsärzte/Kooperationen weist die KV RLP Fördergebiete aus, die grundsätzlich zum 1. Januar eines jeden Jahres festgelegt werden und zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Städten und im ländlichen Raum beitragen sollen²¹². Gefördert wird die Niederlassung bei Praxisneugründung oder Praxisübernahme und bei der Errichtung von Nebenbetriebsstätten durch Vertragsärzte bzw. deren Kooperationen sowie die Anstellung von Ärzten durch Vertragsärzte/Kooperationen in den ausgewiesenen Fördergebieten²¹³. Förderberechtigt sind niederlassungswillige Vertragsärzte/Kooperationen, die das besondere wirtschaftliche Risiko freiberuflicher vertragsärztlicher Tätigkeit auf sich nehmen und im Fördergebiet vertragsärztlich, auch in Nebenbetriebsstätten, tätig werden wollen und/oder in diesen Gebieten für die vertragsärztliche Tätigkeit Ärzte

207 Vgl. § 2 Abs. 1 und 2 der Richtlinie.

208 Vgl. § 5 Abs. 1 der Richtlinie.

209 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan, S. 10.

210 Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Förderung der Sicherstellung durch niedergelassene Vertragsärzte und angestellte Ärzte in ausgewiesenen Fördergebieten (Förderrichtlinie Strukturfonds), zuletzt geändert mit Beschluss der Vertreterversammlung der KV RLP vom 14. Juni 2017 mit Wirkung zum 1. Juli 2017; abrufbar im Internet unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Service/KV-Normen/Strukturfonds/KVRLP_Foerderrichtlinie_Strukturfonds.pdf.

211 Vgl. hierzu die Präambel der Förderrichtlinie Strukturfonds.

212 Vgl. § 1 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

213 Vgl. § 2 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

anstellen²¹⁴. Die Förderkonstellationen ergeben sich aus den §§ 5 bis 7 der Förderrichtlinie Strukturfonds. Danach gilt Folgendes:

Die Förderung von Vertragsärzten/Kooperationen bei Neugründung/Übernahme einer Praxis erfolgt einmalig mit einem Betrag in Höhe von bis zu 60.000 Euro je Praxis im Fördergebiet. Mit dem gewährten Förderbeitrag sollen insbesondere Anschaffungs- und Instandsetzungskosten abgedeckt werden²¹⁵. Die Förderberechtigten müssen nach dem Beginn der Förderung fünf Jahre im Fördergebiet vertragsärztlich tätig sein (Bindungsfrist). Geben sie ihre Zulassung im Fördergebiet vorzeitig auf, sind sie nach Maßgabe des § 5 Ziffer 3 der Förderrichtlinie zur Rückzahlung der Fördersumme verpflichtet.

Die Förderung von Nebenbetriebsstätten, die Vertragsärzten/Kooperationen genehmigt wurden, erfolgt mit einem Betrag in Höhe von bis zu 20.000 Euro je Nebenbetriebsstätte im Fördergebiet²¹⁶. Auch dieser Förderbetrag dient der Abdeckung der Anschaffungs- und Instandsetzungskosten und ist von den Förderberechtigten nach Beginn der Förderung der Nebenbetriebsstätte nach Maßgabe des § 6 Ziffer 3 der Förderrichtlinie zurückzuzahlen, wenn sie im Fördergebiet nicht zumindest fünf Jahre vertragsärztlich tätig sind.

Darüber hinaus fördert die KV RLP die Anstellung von Ärzten gemäß § 95 Abs. 9 SGB V, die im Fördergebiet tätig werden, mit einem Betrag in Höhe von 1.000 Euro je Monat und Angestellten bei einem vollen Versorgungsauftrag²¹⁷. Auch der angestellte Arzt muss nach dem Beginn der Förderung fünf Jahre im Fördergebiet vertragsärztlich tätig sein. Wird das Angestelltenverhältnis innerhalb dieses Zeitraumes vorzeitig beendet, kann eine weitere Anstellung unter den gleichen Voraussetzungen gefördert werden, allerdings nur bis zu fünf Jahren nach Beginn der ersten Anstellung²¹⁸.

Seit der Gründung des Strukturfonds und dem Inkrafttreten der Förderrichtlinie Strukturfonds zu Beginn des Jahres 2016 hat sich die finanzielle Unterstützung für Praxisneugründungen und Praxisübernahmen sowie für die Einrichtung von Nebenbetriebsstätten und die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in den ausgewiesenen Fördergebieten bewährt²¹⁹. Dass dieses Förderprogramm gut angenommen wird und bereits die gewünschten Effekte zeigt, lässt sich daraus ableiten, dass es mittlerweile zu einer Vielzahl von Niederlassungen und Anstellungen gekommen ist, wodurch sich auch die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte verjüngt hat und der Nachbesetzungsbedarf zurückgegangen ist. So konnten zum Beispiel im Planungsbereich Germersheim, in

214 Vgl. § 3 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

215 Vgl. § 5 Ziffer 1 und 2 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

216 Vgl. § 6 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

217 Vgl. § 7 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

218 Vgl. § 7 Ziffer 3 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

219 Vgl. die Ausführungen der KV RLP zu den Auswirkungen der Gründung des Strukturfonds und des Inkrafttretens der Förderrichtlinie Strukturfonds zum 1. Januar 2016, abrufbar im Internet unter: <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/service/kv-normen/>

dem bislang nur zwei HNO-Ärzte tätig waren, drei weitere HNO-Ärzte durch die Förderungen für die Zulassung gewonnen werden. Der Versorgungsgrad stieg dadurch in diesem Planungsbereich von 54,47 Prozent auf aktuell 122,56 Prozent. Zudem wurde von weiteren Ärztinnen und Ärzten zurückgemeldet, dass eine Niederlassung sowie eine Beschäftigung eines angestellten Arztes bzw. einer angestellten Ärztin für sie ohne die finanzielle Unterstützung nicht in Frage gekommen wäre²²⁰.

5.3. Förderung durch das Land

5.3.1. Förderung während des Medizinstudiums

Nach Einschätzung der Landesregierung wird es – trotz der in Rheinland-Pfalz insgesamt guten Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten – zunehmend schwieriger, in ländlichen und in strukturschwachen Regionen freiwerdende Arztsitze – besonders Hausarztsitze – wieder zu besetzen. Mit dem Förderprogramm „PJ-Tertial Allgemeinmedizin“ des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie für Medizinstudierende, die im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) das Wahlfachtertial „Allgemeinmedizin“ absolvieren²²¹, soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Ziel des Förderprogramms ist die Stärkung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Das Förderprogramm soll dazu beitragen, dass sich die angehenden Ärztinnen und Ärzte mehr als bisher mit dem Fach Allgemeinmedizin beschäftigen. Damit soll das Interesse der Studierenden am Hausarztberuf geweckt und erreicht werden, dass sich nach Abschluss des Studiums mehr Absolventen für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden und später für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen.

Voraussetzung für eine Förderung ist, dass sich die Studierenden im Wahlfachtertial des Praktischen Jahres für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden. Studierende, die im Praktischen Jahr ein Tertial im Wahlfach Allgemeinmedizin in einer rheinland-pfälzischen Lehrpraxis absolvieren, können während dieses Tertials eine finanzielle Förderung in Höhe von monatlich 600 Euro – und damit maximal 2.400 Euro für die gesamte Dauer des Wahl-Tertials – erhalten. Die finanziellen Mittel für das Förderprogramm stellt das Land zur Verfügung. Die Förderung ist eine freiwillige Leistung des Landes und steht unter Haushaltsvorbehalt. Bewilligungsbehörde ist das rheinland-pfälzische Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, das über die Förderanträge nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel entscheidet. Einzelheiten zur Beantragung der Fördermaßnahme und zu den weiteren Förderbedingungen können dem Förderprogramm „PJ-Tertial Allgemeinmedizin“ entnommen werden.

220 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung – Ein Masterplan, S. 10.

221 Vgl. die „Bedingungen (Förderkonditionen) des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz zur Förderung von Medizinstudierenden, die im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) das Wahlfach Allgemeinmedizin absolvieren (Förderprogramm PJ-Tertial Allgemeinmedizin)“, Stand: 1. Januar 2018, abrufbar im Internet unter: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/Zukunftsprogramm_Dokumente/Foerderbedingungen_Stand18.PDF.

5.3.2. Förderung der Niederlassung

In Umsetzung des Masterplans zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung hat das Land Rheinland-Pfalz bereits im Jahr 2011 ein Förderprogramm aufgelegt, mit dem finanzielle Anreize für die Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen Gebieten gesetzt werden. Der Fokus liegt auf Verbandsgemeinden und verbandsfreien Gemeinden, in denen in absehbarer Zeit Hausärztinnen und Hausärzte aus Altersgründen ausscheiden und damit eine Verschlechterung der Versorgungslage droht. Mit der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen „Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen (Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung)“ vom 1. Januar 2017²²² hat das Land dieses Förderprogramm ausgeweitet. Durch eine Änderung der Förderkriterien können Hausärztinnen und Hausärzte seitdem in deutlich mehr Regionen das Förderprogramm hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen.

Die derzeit geltende Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung sieht vor, dass das Land Rheinland-Pfalz zur Förderung der hausärztlichen Versorgung nach Maßgabe dieser Richtlinie in Verbindung mit § 44 Abs. 1 der Landeshaushaltsordnung (LHO) und den Bestimmungen zu § 44 Abs. 1 der Verwaltungsvorschrift zum Vollzug der Landeshaushaltsordnung (VV-LHO) Zuwendungen zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen gewährt. Die Förderung erstreckt sich auf Planungsbereiche, für die vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen wurde oder auf die nach dem in Anlage 1 der Richtlinie beschriebenen Maßstab ermittelten²²³ in Anlage 2 aufgeführten kommunalen Gebietskörperschaften (Fördergebiete)²²⁴ zum Zeitpunkt der Antragstellung²²⁵.

Gefördert wird die Zulassung als Hausärztin oder Hausarzt im Sinne des § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V (Praxisneugründung oder Praxisübernahme) und die Anstellung einer entsprechenden Hausärztin oder eines entsprechenden Hausarztes in einem der Fördergebiete. Da sich eine vollwertige Praxis in dünnbesiedelten Räumen nicht immer trägt, wird darüber hinaus die Einrichtung einer hausärztlichen Zweigpraxis, auch im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in einer der Förderregionen finanziell unterstützt²²⁶. Eine Förderung nach der „Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung“ ist ausgeschlossen, wenn die Maßnahme in einem Fördergebiet des „Förderprogramms der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Förderung der Sicherstellung durch niedergelassene Vertragsärzte und angestellte Ärzte in

222 Abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Richtlinie_01.01.2017.pdf.

223 Vgl. die Anlage 1 der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung: Maßstab zur Beurteilung der Förderfähigkeit (Stand: 1. Januar 2018), abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Anlage_1_Foerdermassstab.pdf.

224 Vgl. die Anlage 2 der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung: Liste der Förderregionen nach Ziffer 1.1 der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung (Stand: 1. Januar 2018), abrufbar im Internet unter: https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Foerderliste_Januar_2018.pdf.

225 Vgl. Ziffer 1.1 der Förderrichtlinie.

226 Vgl. Ziffer. 1.2 der Förderrichtlinie.

ausgewiesenen Fördergebieten“ (Förderrichtlinie Strukturfonds) durchgeführt werden soll²²⁷. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht. Das rheinland-pfälzische Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung entscheidet als Bewilligungsbehörde vielmehr nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel²²⁸.

Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfänger können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Versorgungszentren sein, die eine förderfähige Maßnahme im vorgenannten Sinne durchführen. Eine Zuwendung wird insbesondere zu Ausgaben für den materiellen Erwerb oder die Einrichtung der Praxis und zu Ausgaben für die Ausstattung einer Praxis gewährt²²⁹. Die Zuwendungen werden im Rahmen einer Projektförderung als Festbetragsfinanzierung zu den angemessenen Ausgaben gewährt²³⁰. Die Höhe der Zuwendung beträgt einmalig je förderfähiger Maßnahme, durch die die hausärztliche Versorgung im Fördergebiet verbessert wird, bis zu 15.000 Euro²³¹. Die genauen Zuwendungsvoraussetzungen und das Verfahren der Förderung ergeben sich im Einzelnen aus den Ziffern 3 und 5 der Förderrichtlinie hausärztliche Versorgung.

6. Thüringen

6.1. Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

6.1.1. Das Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und die zu ihrer Umsetzung erlassene Richtlinie als rechtliche Grundlage der Förderung

In Wahrnehmung der in § 105 Abs. 1 SGB V festgelegten Verpflichtung, auf der Grundlage der Bedarfsplanung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KV Thüringen) ein sog. „Sicherstellungsstatut“ beschlossen, das zuletzt am 8. November 2017 geändert wurde. Mit diesem Sicherstellungsstatut, das mit Wirkung zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten und damit an die Stelle des bisher geltenden Sicherstellungsstatuts getreten ist, sind – über die bisher getroffe-

227 Vgl. Ziffer 1.2 der Förderrichtlinie.

228 Vgl. Ziffer 1.3 der Förderrichtlinie.

229 Vgl. Ziffer 2 der Förderrichtlinie.

230 Vgl. Ziffer 4.1 der Förderrichtlinie.

231 Vgl. Ziffer 4.2 der Förderrichtlinie.

nen Maßnahmen hinaus – weitere Maßnahmen für regionale Projekte zur Förderung der Sicherstellung und Nachwuchsgewinnung in der vertragsärztlichen Versorgung mit der Bedingung der Aufnahme der ambulanten Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten beschlossen worden²³².

In Teil I §§ 1 bis 13 des Sicherstellungsstatuts finden sich Regelungen zur Bildung und Verwendung eines Strukturfonds sowie verschiedene Fördermaßnahmen, mit denen die KV Thüringen die vertragsärztliche Versorgung in Thüringen sicherstellen und zur Gewinnung ärztlichen Nachwuchses beitragen will. Auf der Grundlage von Teil I § 1 des Sicherstellungsstatuts hat sie einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V gebildet, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt und in den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe zu entrichten haben. Dieser Strukturfonds wird gemäß Teil I § 2 des Sicherstellungsstatuts zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet und dient zudem der Finanzierung weiterer Projekte für die Gewinnung ärztlichen Nachwuchses in der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen. Hierzu kommen die in Teil I §§ 3 bis 11 des Sicherstellungsstatuts aufgeführten Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung²³³ und Weiterbildung²³⁴ sowie zur Förderung der Ausbildung und Vergabe von Stipendien²³⁵ zur Anwendung.

In Teil II §§ 1 bis 4 des Sicherstellungsstatuts werden Regelungen zur Bildung und Verwendung eines Weiterbildungsfonds²³⁶ sowie zur Förderung der allgemeinmedizinischen und sonstigen Facharztweiterbildung²³⁷ getroffen. Nach Teil II § 1 des Sicherstellungsstatuts finanziert die KV Thüringen die sich aus der gesetzlichen Aufgabe des § 75a SGB V ergebende Förderung der Weiterbildung aus dem Verwaltungshaushalt (Sonderposten für Weiterbildungsmaßnahmen). Der Sonderposten für Weiterbildungsmaßnahmen wird unter anderem zur Finanzierung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung und der fachärztlichen Weiterbildung gemäß § 75a SGB V verwendet.

Die Regelung in Teil V Abs. 1 des Sicherstellungsstatuts ermächtigt den Vorstand der KV Thüringen, Richtlinien zur konkreten Umsetzung der unter den Punkten I und II aufgeführten Förder-

232 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, „Sicherstellungsstatut: Maßnahmen zur Sicherstellung und Nachwuchsgewinnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen“ vom 8. November 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/recht/rechtsquellen/rechtsquellen_kv/55_KVT_Sicherstellungsstatut_Lesefassung.pdf.

233 Vgl. Teil I §§ 3 bis 7 des Sicherstellungsstatuts.

234 Vgl. Teil I §§ 8 bis 10 des Sicherstellungsstatuts.

235 Vgl. Teil I § 11 des Sicherstellungsstatuts.

236 Vgl. Teil II § 1 des Sicherstellungsstatuts.

237 Vgl. Teil II §§ 2 ff des Sicherstellungsstatuts.

maßnahmen zu erlassen. Mit der „Richtlinie zum Sicherstellungsstatut“, die zuletzt am 25. Oktober 2017 geändert wurde und deren Änderungen im Wesentlichen am 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind, hat der Vorstand von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht²³⁸.

In Teil I der Richtlinie werden zunächst einige allgemeine Grundsätze für die Gewährung von Fördermitteln durch die KV Thüringen festgelegt. Danach entscheidet der Vorstand der KV Thüringen auf Antrag über die Gewährung der Fördermittel im Rahmen der zur Verfügung stehenden begrenzten Mittel. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Fördermitteln durch die KV Thüringen besteht daher nicht. Stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen für einen Bereich Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung bzw. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf fest, und beschließt Maßnahmen, die denen der Richtlinie entsprechen, sind die vom Landesausschuss beschlossenen Maßnahmen vorrangig aus dem Strukturfonds zu finanzieren. Sofern für ein Gebiet im Einzelfall kein aktueller Beschluss des Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V vorliegt, eine Förderung nach der Richtlinie aus Sicherstellungsgründen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles aber geboten ist, kann der Vorstand auf Antrag des Arztes ausnahmsweise die Gewährung von Fördermitteln beschließen.

In Teil II der Richtlinie (Strukturfonds) werden sodann konkretisierende Regelungen zur Förderung der Niederlassung von Ärzten (§§ 1 bis 5 der Richtlinie) und zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 2. November 2011 und vom 9. September 2017 (§ 6 der Richtlinie) getroffen. Die Bestimmungen in Teil III §§ 1 und 2 der Richtlinie (Weiterbildungsfonds) dienen schließlich der Umsetzung der in der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ enthaltenen Maßnahmen.

6.1.2. Förderung der Niederlassung

Die Voraussetzungen und Modalitäten, nach denen die KV Thüringen die Niederlassung von Ärzten in bestimmten Gebieten im Freistaat Thüringen fördern kann, sind in Teil II §§ 1 bis 5 der Richtlinie zum Sicherstellungsstatut geregelt. Hierzu wurden bereits in den vorangegangenen Jahren durch den zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen Beschlüsse gefasst, die für einzelne Facharztbereiche und bestimmte Gebiete Fördermöglichkeiten unter anderem bei Praxisneugründungen, Übernahmen bestehender Praxen oder der Gründung einer Zweigpraxis vorsahen²³⁹. Am 3. November 2017 hat der Landesausschuss für das Jahr 2018 erneut ein umfangreiches Förderpaket für niedergelassene und niederlassungsinteressierte Ärzte

238 Richtlinie des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KV Thüringen) zum Sicherstellungsstatut, zuletzt geändert am 25. Oktober 2017; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/recht/rechtsquellen/rechtsquellen_kv/56_KVT_Richtlinie-zum-Sicherstellungsstatut.pdf.

239 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Abteilung Sicherstellung, Aktuelle Fördermaßnahmen über den Landesausschuss in Thüringen; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/sicherstellung/016_Foerderung/index.html.

in Thüringen beschlossen²⁴⁰. Mit dem „Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2018“ soll einerseits mit finanziellen Anreizen weiterhin drohender Unterversorgung in bestimmten Gebieten entgegengewirkt und andererseits dem sich bereits jetzt abzeichnenden zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden. Hierzu hat der Landesausschuss in seinem Beschluss vom 3. November 2017 bestimmte – vor allem ländliche – Förderregionen ermittelt, in denen in absehbarer Zeit eine solche Unterversorgung droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Nach dem Beschluss des Landesausschusses können die Fördermaßnahmen in diesen Gebieten im Jahr 2018 von Hausärzten, Augenärzten und Nervenärzten in Anspruch genommen werden²⁴¹. Für die verschiedenen Fördermaßnahmen sowie deren Voraussetzungen und Modalitäten gilt nach derzeitiger Rechtslage Folgendes:

Bis zum Erreichen eines aktuellen Versorgungsgrades von 100 Prozent können Praxisneugründungen von Ärzten der betroffenen Arztgruppen durch die Gewährung von Investitionspauschalen nach Teil II § 1 der Richtlinie gefördert werden. Die Investitionspauschale beträgt maximal 60.000 Euro, wobei bei Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes 3.000 Euro pro Quartal gezahlt werden. Die Laufzeit der Förderung beträgt maximal fünf Jahre. Die Gewährung des Investitionskostenzuschusses setzt voraus, dass der Antragsteller bei der Antragstellung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Förderung von Praxisneugründungen ist außerdem an die Bedingung geknüpft, dass mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für eine Vollzeittätigkeit vorgehalten werden.

Auch die Übernahmen von bestehenden Praxen durch Ärzte der betroffenen Arztgruppen können durch die Gewährung von Investitionspauschalen gefördert werden. Die Voraussetzungen und Modalitäten dieser Förderung werden in Teil II § 2 der Richtlinie geregelt. Die Investitionspauschale beträgt maximal 60.000 Euro, wobei auch hier bei Erreichen eines bestimmten Schwellenwertes 3.000 Euro pro Quartal bezahlt werden können. Die Laufzeit der Förderung beträgt maximal fünf Jahre. Die Übernahme bestehender Vertragsarztsitze wird nur dann durch die Gewährung von Investitionskostenzuschüssen gefördert, wenn der Antragsteller bei der Antragstellung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für eine Vollzeittätigkeit vorgehalten werden.

In sog. „Sicherstellungsbrennpunkten“ können Praxisneugründungen und Praxisübernahmen nach Maßgabe von Teil II § 3 der Richtlinie durch die Gewährung von Investitionspauschalen unabhängig vom Versorgungsgrad gefördert werden. Diese Fördermaßnahmen sind deshalb nicht an die Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 100 Abs. 1 und 3 SGB V gebunden²⁴². Ein Sicherstellungsbrennpunkt kann insbesondere vorliegen, wenn lokale

240 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Abteilung Sicherstellung, Thüringer Förderpaket für Haus- und Fachärzte für das Jahr 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/beratungsservice/010_beratungsservice_a_z/f/foerdermassnahmen/2018_01_Foerdermassnahmen_in_TH.pdf.

241 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Abteilung Sicherstellung, Förderregionen für Haus- und Fachärzte für 2018 – Übersicht der Beschlüsse des Landesausschusses für das Jahr 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/beratungsservice/010_beratungsservice_a_z/f/foerdermassnahmen/2018_Beschluesse-des-Landesausschusses.pdf.

242 Vgl. Teil II Abs. 2 der Richtlinie.

Defizite in der Versorgung festgestellt wurden, eine Häufung von Patientenbeschwerden bzw. Vermittlungen durch die Terminservicestelle vorliegen oder ein Vertragsarzt alters- oder krankheitsbedingt ausfällt²⁴³. Die Investitionspauschale beträgt bei Praxisneugründungen und Praxisübernahmen maximal 40.000 Euro, wobei bei Erreichen des Schwellenwertes nach Teil I § 1 Abs. 3 der Richtlinie 2.000 Euro pro Quartal gezahlt werden. Die Laufzeit der Förderung beträgt maximal 20 Quartale. Die Förderung einer Praxisübernahme ist unter anderem daran gebunden, dass der abgebende Vertragsarzt über 60 Jahre alt ist oder krankheitsbedingt die Praxis aufgeben muss und die Fallzahlen des abgebenden Vertragsarztes mindestens 75 Prozent des Landesdurchschnittes der Fachgruppe entsprechen. Zur Gewährung der Förderung in Sicherstellungsbrennpunkten ist weitere Voraussetzung, dass sich der Praxisinhaber verpflichtet, mindestens fünf Jahre die Praxistätigkeit am Vertragsarztsitz auszuüben.

Gründungen von Zweigpraxen durch Ärzte der betroffenen Arztgruppen können durch die Gewährung von Investitionspauschalen nach Teil II § 4 der Richtlinie gefördert werden. Voraussetzung für die Förderung von Zweigpraxen ist zunächst, dass die Zweigpraxis in einem Gebiet liegt, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss gemäß § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V gefasst hat. Die Hauptpraxis des Arztes darf dagegen nicht in einem Planungsbereich liegen, für den eine bestehende oder in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung bzw. zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Die Zahlung der Investitionspauschale ist darüber hinaus an einen Mindestumfang der wöchentlich angebotenen Sprechstunden in der Zweigpraxis von 10 Stunden und 25 Stunden in der Hauptpraxis gebunden. Die Tätigkeit in der Zweigpraxis darf grundsätzlich 13 Wochenstunden nicht überschreiten. Die Investitionspauschale beträgt maximal 15.000 Euro, wobei maximal 1.500 Euro pro Quartal gezahlt werden. Die Laufzeit der Förderung ist auf maximal 10 Quartale begrenzt.

Soweit Vertragsärzte über das 65. Lebensjahr hinaus bereit sind, die vertragsärztliche Tätigkeit auszuüben, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen pro Quartal mit maximal 1.500 Euro gefördert werden. Die Voraussetzungen und Modalitäten dieser Fördermaßnahme sind im Einzelnen in Teil II § 5 der Richtlinie zum Sicherstellungsstatut geregelt.

6.1.3. Förderung der Weiterbildung

Die Bestimmung in Teil II § 6 der Richtlinie regelt – wie oben bereits erwähnt – die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung gemäß dem Beschluss der Vertreterversammlung der KV Thüringen vom 2. November 2011 und vom 9. September 2017. Danach kann Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren, die über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und die eine Genehmigung der KV Thüringen zur Beschäftigung einer Ärztin bzw. eines Arztes in der fachärztlichen Weiterbildung erhalten haben, auf Antrag eine finanzielle Förderung gewährt werden. Dabei sind nur Weiterbildungsabschnitte förderfähig, die für die Weiterbildung zum Facharzt nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen benötigt werden. Förderfähig sind zudem nur die Antragsteller, die nicht bereits über § 75a SGB V in Verbindung

243 Vgl. Teil II Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie.

mit den regionalen Festlegungen nach § 3 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V erfasst sind²⁴⁴. Die Förderung erfolgt jedoch mit dem Ziel, dass nach Abschluss der Facharztprüfung die ambulante Tätigkeit in Thüringen aufgenommen wird, vorrangig in den Gebieten, für die der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung bzw. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat²⁴⁵.

Bei ganztägiger Beschäftigung beträgt die Förderhöhe monatlich 4800 Euro. Bei einer Beschäftigung in Teilzeit erfolgt die Förderung dagegen anteilig entsprechend dem Beschäftigungsumfang²⁴⁶. Die maximal zulässige Förderdauer einer Ärztin bzw. eines Arztes in Weiterbildung in der gleichen Praxis und mit derselben Ärztin bzw. demselben Arzt in Weiterbildung beträgt im vertragsärztlichen Bereich höchstens 24 Monate, wobei die Förderung für den gesamten Zeitraum der Weiterbildung gewährt wird²⁴⁷. Der Förderbeitrag wird von der KV Thüringen monatlich an den Praxisinhaber überwiesen. Da die Förderbeträge als laufender Arbeitslohn, der von dritter Stelle gezahlt wird, zu betrachten sind, unterliegen sie dem Einkommensteuergesetz. Voraussetzung ist, dass die Förderung an die Ärztin bzw. den Arzt in Weiterbildung weitergeleitet wird²⁴⁸. Die Vergabe der Fördermittel erfolgt bis zur Ausschöpfung der jahresbezogenen zweckgebundenen Finanzmittel aus den Strukturfonds²⁴⁹.

6.2. Förderung durch das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Zentrales Ziel der Thüringer Landesregierung ist es, allen Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau zu gewährleisten. Der Landesregierung zufolge werden in den nächsten Jahren jedoch viele Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis altersbedingt aufgeben und sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung im ländlichen Raum entscheiden. Es müssten deshalb zusätzliche Anreize geschaffen werden, damit sich mehr Ärztinnen und Ärzte dort niederlassen. Seit Juli 2014 fördert der Freistaat Thüringen daher die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum. Das damalige Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat hierzu am 16. Mai 2014 die „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärzten im ländlichen Raum“ erlassen²⁵⁰, die zuletzt am 5. Dezember 2016 geändert und am 31.

244 Vgl. Teil II § 6 Abs. 1 der Richtlinie.

245 Vgl. Teil II § 6 Abs. 7 der Richtlinie.

246 Vgl. Teil II § 6 Abs. 4 der Richtlinie

247 Vgl. Teil II § 6 Abs. 5 der Richtlinie.

248 Vgl. Teil II § 6 Abs. 6 der Richtlinie.

249 Vgl. Teil II § 6 Abs. 8 der Richtlinie.

250 Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärzten im ländlichen Raum“ vom 16. Mai 2014; abrufbar im Internet unter: http://kv-thuerin-gesund.de/presse/00_pm/13_GesundP/Richtlinie_zur_Foerderung_imaendlRaum.pdf.

Dezember 2016 in Kraft getreten ist²⁵¹. Als ländlicher Raum im Sinne dieser Richtlinie gelten Gemeinden mit einer Einwohnerzahl unter 25.000 Einwohnern.

6.2.1. Zuwendungszweck

Zuwendungszweck ist eine Niederlassung als ambulant vertragsärztlich tätige Ärztin oder tätiger Arzt durch Neugründung oder Übernahme einer Praxis und/oder eine Neugründung oder Übernahme einer Zweig- bzw. Filialpraxis durch eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt oder durch ein Medizinisches Versorgungszentrum für mindestens 60 Monate. Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht. Eine Förderung erfolgt vielmehr nach Maßgabe pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel²⁵².

6.2.2. Gegenstand der Förderung

Gefördert wird zum einen die Niederlassung eines an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes im Fördergebiet in einem zum Zeitpunkt der Neugründung oder Praxisübernahme nicht von der KV Thüringen für die ärztliche Niederlassung „gesperrten Planungsbereich“. Darüber hinaus wird auch die Niederlassung in einem von der KV Thüringen für die ärztliche Niederlassung „gesperrten Planungsbereich“ gefördert, sofern der Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 SGB V festgestellt hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht oder gemäß § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Die Förderung umfasst auch die Neugründung oder Übernahme einer Zweig- bzw. Filialpraxis durch ein Medizinisches Versorgungszentrum²⁵³.

6.2.3. Zuwendungsempfänger

Zuwendungsempfänger sind Ärztinnen und Ärzte als natürliche Personen, die sich im Fördergebiet im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung niederlassen und/oder eine Zweig- bzw. Filialpraxis gründen bzw. übernehmen. Zuwendungsempfänger sind darüber hinaus Träger von Medizinischen Versorgungszentren, die im Fördergebiet im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Zweig- bzw. Filialpraxis gründen bzw. übernehmen²⁵⁴.

251 Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, „Richtlinie zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum“ vom 5. Dezember 2016, in Kraft getreten am 31. Dezember 2016; abrufbar im Internet unter: <http://www.savth.de/index.php/Foerderung-im-laendlichen-raum.html>.

252 Vgl. Ziffer 1 der Förderrichtlinie.

253 Vgl. Ziffer 2 der Förderrichtlinie.

254 Vgl. Ziffer 3 der Förderrichtlinie.

6.2.4. Zuwendungsvoraussetzungen

Nach der Richtlinie ist die Förderung der Niederlassung von Ärzten im ländlichen Raum an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft. Die Förderung setzt unter anderem voraus, dass eine Niederlassung als ambulant vertragsärztlich tätiger Arzt durch Neugründung oder Übernahme einer Praxis in einer Thüringer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl unter 25.000 erfolgt und/oder eine Neugründung oder Übernahme einer Zweig- bzw. Filialpraxis durch einen niedergelassenen Arzt oder durch ein Medizinisches Versorgungszentrum in einer Thüringer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl von unter 10.000 erfolgt. Voraussetzung einer Förderung ist darüber hinaus, dass diese Gemeinde zum Zeitpunkt der Neugründung oder Praxisübernahme nicht in einem von der KV Vereinigung Thüringen für die ärztliche Niederlassung gesperrten Planungsbereich liegt oder für diesen Planungsbereich Beschlüsse auf der Grundlage des § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V vorliegen. Außerdem muss sich der Zuwendungsempfänger verpflichten, die ärztliche Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung aufzunehmen, die Niederlassung für mindestens 60 Monate aufrechtzuerhalten und dort die ärztliche Tätigkeit in diesem Zeitraum auch tatsächlich auszuüben. Eine Zuwendung wird nicht gewährt, sofern bereits eine Förderung zum gleichen Fördergegenstand nach der Förderrichtlinie oder durch Dritte – zum Beispiel durch den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen – erfolgt oder erfolgt ist²⁵⁵.

6.2.5. Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

Die Niederlassung wird im Wege der Projektförderung in Form eines nicht rückzahlbaren Zuschusses gefördert. Die Zuwendung wird als Festbetragsfinanzierung gewährt. Zuwendungsfähigen Ausgaben sind Investitionskosten, insbesondere die Renovierung bzw. der Umbau der Praxisräume, der Kauf von medizinischen Gerätschaften und der Kauf von Büro- und Geschäftsausstattung sowie Maßnahmen zur Schaffung von Barrierefreiheit²⁵⁶.

Die Höhe der Zuwendung ist zum einen davon abhängig, ob es sich um Hausärzte und Fachärzte mit Ausnahme der Augenärzte oder um Augenärzte handelt. Darüber hinaus wird in der Förderrichtlinie danach differenziert, ob die Neugründung bzw. Übernahme einer Praxis oder die Neugründung bzw. Übernahme einer Zweig- bzw. Filialpraxis angestrebt wird. Die Höhe der maximal möglichen Zuwendung hängt außerdem von der Einwohnerzahl der Thüringer Gemeinde ab, in der sich die Mediziner niederlassen wollen. Im Einzelnen sieht die Richtlinie unter Ziffer 5.3 hinsichtlich der Höhe der Zuwendung folgende Regelungen vor:

Bei Neugründung oder Übernahme einer Praxis durch Hausärzte und Fachärzte mit Ausnahme der Augenärzte beträgt die Höhe der Zuwendung in einer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl unter 15.000 bis zu 15.000 Euro für Investitionskosten je vollem Vertragsarztsitz. In einer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl von 15.000 bis unter 25.000 beträgt die Höhe der Zuwendung für diese

255 Vgl. Ziffer 4 der Förderrichtlinie.

256 Vgl. die Ziffern 5.1 und 5.2 der Förderrichtlinie.

Ärztegruppe dagegen bis zu 10.000 Euro für Investitionskosten je vollem Vertragsarztsitz. Für einen Vertragsarztsitz mit einem hälftigen Versorgungsauftrag erfolgt die Förderung für Investitionskosten anteilig.

Für konservativ tätige Augenärztinnen und Augenärzte beträgt die Höhe der Zuwendung bei Neugründung oder Übernahme einer Praxis bis zu 15.000 Euro für Investitionskosten und bis zu 5.000 Euro für Maßnahmen zur Schaffung von Barrierefreiheit in einer Thüringer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl von unter 25.000. Bei Neugründung oder Übernahme einer Zweig- bzw. Filialpraxis durch eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt oder durch ein Medizinisches Versorgungszentrum in einer Thüringer Gemeinde mit einer Einwohnerzahl von unter 10.000 beträgt die Zuwendung bis zu 10.000 Euro für Investitionskosten und bis zu 5.000 Euro für Maßnahmen zur Schaffung von Barrierefreiheit.

6.2.6. Verfahren

Die Prüfung des Antrags und die Bewilligung der Zuwendung erfolgen durch die „Thüringer Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“²⁵⁷. Die Stiftung entscheidet über die Bewilligung der Förderung auf der Grundlage der Richtlinie und der Verwaltungsvorschriften zu § 44 der Thüringer Landeshaushaltsordnung (ThürLHO)²⁵⁸ selbstständig. Liegen alle Voraussetzungen vor, zahlt die Stiftung die Fördermittel an die Fördermittelpfänger aus.

6.2.7. Inanspruchnahme des Landesprogramms zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum

Das Thüringer Landesprogramm zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum wurde im Jahr 2017 stärker in Anspruch genommen als in den drei Vorjahren. Nach Angaben des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie²⁵⁹ wurden im Förderjahr 2017 an niederlassungswillige Hausärzte und Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Innere Medizin, Augenheilkunde und Dermatologie insgesamt 220.000 Euro an Fördermitteln ausgezahlt. Diese Mittel wurden von zusammen 14 Praxen in Anspruch genommen. Im Förderjahr 2016 waren es nach Angaben des Ministeriums dagegen lediglich 4 Praxen, denen Fördermittel in Höhe von insgesamt 80.000 Euro zur Verfügung gestellt wurden. Dabei handelte es sich um die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Demgegenüber waren im Förderjahr 2015 noch insgesamt 8 Praxen der Fachrichtungen Innere Medizin, hausärztliche Medizin, Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Fördervolumen von zusammen 144.333,43 Euro gefördert wor-

257 Zur Thüringer Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen vgl. näher unten zu Gliederungspunkt...

258 Thüringer Landeshaushaltsordnung (ThürLHO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. September 2000 (GVBl. S. 282), zuletzt geändert durch Art. 7 des Änderungsgesetzes vom 13. März 2014 (GVBl. S. 92).

259 Schriftliche Mitteilung des Ministeriums gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 8. April 2018.

den. Im ersten Jahr des Förderprogramms, dem Jahr 2014, hatte die Thüringer Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen Fördermittel in Höhe von insgesamt lediglich 73.333,34 Euro an 5 Fördermittelempfänger der Fachrichtungen Innere Medizin, hausärztliche Medizin, Allgemeinmedizin und Augenheilkunde ausgezahlt. Die im Landeshaushalt bereitgestellte maximale Summe von 290.000 Euro pro Jahr wurde damit bislang in keinem der Förderjahre ausgeschöpft²⁶⁰.

6.3. Förderung durch die „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“

Die seit dem Jahr 2009 in Thüringen existierende „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“ ist eine rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts mit Sitz in Weimar, die gemeinsam vom Freistaat Thüringen und der KV Thüringen mit dem Ziel gegründet wurde, die wohnortnahe, flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung im Freistaat zu unterstützen²⁶¹. Der Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs, insbesondere in ländlichen Regionen, gilt dabei ein besonderes Augenmerk. Die Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung²⁶², ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke²⁶³. Die Mittel der Stiftung dürfen nur für satzungsmäßige Zwecke verwendet werden²⁶⁴. Das Vermögen der Stiftung bestand zum Zeitpunkt der Errichtung aus 20.000,00 Euro in bar durch den Freistaat Thüringen und 151.000,00 Euro in bar durch die KV Thüringen²⁶⁵. Stiftungsorgane der Stiftung sind der Beirat und der Geschäftsführer²⁶⁶. Entsprechend ihrem Stiftungszweck²⁶⁷ unterstützt die Stiftung die ambulante ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen Thüringens insbesondere durch folgende Fördermaßnahmen:

260 Vgl. hierzu auch den Beitrag im Deutschen Ärzteblatt vom 17. Dezember 2017 unter dem Titel „Ärztemangel: Was in den Bundesländern getan wird“, abrufbar im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87233/Aerztemangel-Was-in-den-Bundeslaendern-getan-wird>.

261 Vgl. hierzu die §§ 1 und 2 der „Stiftungssatzung der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“, zuletzt geändert am 17. September 2014, abrufbar im Internet unter: <http://www.savth.de/index.php/stiftungssatzung.html>.

262 Abgabenordnung (AO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3866; 2003 I S. 61), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745).

263 Vgl. § 3 Abs. 1 und 2 der Stiftungssatzung.

264 Vgl. § 3 Abs. 3 Satz 1 der Stiftungssatzung.

265 Vgl. § 4 Abs. 1 der Stiftungssatzung.

266 Vgl. hierzu im Einzelnen die Regelungen in den §§ 6 ff der Stiftungssatzung.

267 Vgl. hierzu im Einzelnen die Regelungen in § 2 der Stiftungssatzung.

6.3.1. Förderung für Medizinstudierende

Um dem medizinischen Nachwuchs die Vorteile der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen nahe zu bringen, fördert die Stiftung seit dem 1. Juli 2014 Famulaturen. Damit sollen Medizinstudierende motiviert werden, ihre Famulaturen im Freistaat Thüringen zu absolvieren und so einen ersten Einblick in die ambulante medizinische Versorgung in Thüringen zu erhalten. Grundsätzlich soll angestrebt werden, mehr Medizinstudierende für die Niederlassung in Thüringen zu gewinnen.

Maßgebliche Rechtsgrundlage der Förderung von Famulaturen durch die Stiftung ist das vom Stiftungsbeirat in seiner Sitzung am 30. April 2014 beschlossene und am 1. Juli 2014 Kraft getretene „Statut zur Förderung von Famulaturen durch die Stiftung ambulante Versorgung Thüringen“²⁶⁸. Gefördert werden danach die Famulatur-Abschnitte, die in einer ärztlichen Praxis oder in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen absolviert werden. Die Förderung wird als Unterstützung bei eventuell anfallenden Fahrtkosten oder Kosten der Unterkunft angesehen. Voraussetzung für die Förderung ist – abgesehen von einem entsprechend der Richtlinie ausgefüllten Antrag – lediglich die Ableistung der genannten Famulatur-Abschnitte im Freistaat Thüringen.²⁶⁹ Die Förderhöhe beträgt 250,00 Euro pro Monat und wird nach Ableistung der Famulatur als Einmalzahlung an den Famulus ausgezahlt²⁷⁰. Sie kann für maximal zwei Monate je Famulus gewährt werden²⁷¹. Ein Rechtsanspruch auf die jeweilige Förderung besteht nicht, vielmehr entscheidet die Stiftung im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel über die Vergabe der Fördermittel²⁷².

Darüber hinaus ist es Ziel der Stiftung, Studierende für ein Blockpraktikum Allgemeinmedizin im ländlichen Raum zu begeistern, um den Studierenden einen Einblick in die ambulante Versorgungslandschaft zu verschaffen und somit die Entscheidung, sich in ländlichen Regionen niederzulassen, zu unterstützen. Im Rahmen ihres Studiums der Humanmedizin sind Studierende der Friedrich-Schiller-Universität Jena nach der Studienordnung verpflichtet, ein Blockpraktikum zu absolvieren. Die Stiftung fördert im Rahmen ihrer Satzung Blockpraktika im Bereich Allgemeinmedizin, sofern sich Studierende dazu bereit erklären, ihr Blockpraktikum in einer Lehrpraxis im ländlichen Raum zu absolvieren. Die Voraussetzungen für eine Förderung der Studierenden durch die Stiftung regelt die „Richtlinie zur Förderung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin im ländlichen Raum“, die am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist²⁷³. Als ländlicher Raum

268 Abrufbar im Internet unter: <http://www.savth.de/index.php/Famulaturen.html>.

269 Vgl. hierzu die Ziffer 2 des Statuts.

270 Vgl. hierzu die Ziffer 3 des Statuts.

271 Vgl. hierzu die Ziffer 2 des Statuts.

272 Vgl. hierzu Ziffer 4. des Statuts.

273 Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen, Richtlinie zur Förderung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin im ländlichen Raum, abrufbar im Internet unter: <http://www.savth.de/index.php/blockpraktikum-im-laendlichen-raum.html>.

im Sinne dieser Richtlinie gelten Gemeinden mit einer Einwohnerzahl von unter 25.000 Einwohnern²⁷⁴.

Zuwendungsempfänger sind ausschließlich Studierende des 8. Semesters des Universitätsklinikums Jena als natürliche Person, die das Blockpraktikum Allgemeinmedizin, in einer akkreditierten Lehrpraxis im ländlichen Raum im Freistaat Thüringen, absolvieren²⁷⁵. Nach der Richtlinie werden seitens der Stiftung bis zu 20 Plätze zur Unterstützung des Blockpraktikums im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im ländlichen Raum Thüringens mit einem Betrag von bis zu 200 Euro je Studierenden gefördert. Erstattet werden Kosten, die zur Anfahrt in eine entlegene Praxis anfallen, als Maßstab ca. 60 Straßenkilometer pro Strecke. Der Zuschuss wird nach vollständiger Absolvierung des Blockpraktikums direkt an den Studierenden ausgezahlt. Die Zuwendung ist auf eine Gesamtsumme von 4.000 Euro im Jahr begrenzt. Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht²⁷⁶.

Um dem medizinischen Nachwuchs die Vorteile der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen nahe zu bringen, fördert die Stiftung außerdem das allgemeinmedizinische Wahl-Tertial im Praktischen Jahr. Die Voraussetzungen dieser Förderung sind in dem „Statut zur Förderung des Praktischen Jahres durch die Stiftung ambulante Versorgung Thüringen“ geregelt, das am 1. Juli 2014 in Kraft getreten ist²⁷⁷. Gefördert wird das allgemeinmedizinische Wahl-Tertial des Praktischen Jahres nach der Richtlinie nur, sofern es in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Städten und Gemeinden mit weniger als 25.000 Einwohnern im Freistaat Thüringen absolviert wird. Auch diese Förderung wird als Unterstützung bei eventuell anfallenden Fahrtkosten oder Kosten der Unterkunft angesehen. Voraussetzung für die Förderung ist neben einem entsprechenden Antrag die Durchführung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials im Freistaat Thüringen²⁷⁸. Die Förderung wird für einen Zeitraum von maximal 16 Wochen gewährt²⁷⁹. Die Förderhöhe beträgt 250,00 Euro pro Monat und beläuft sich auf maximal 1.000 Euro für die gesamte Dauer des Wahl-Tertials. Ausgezahlt wird die Förderung nach Ableistung des Tertials als Einmalzahlung²⁸⁰. Auch die Förderung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials im Praktischen

274 Vgl. die Ziffer 2 der Richtlinie.

275 Vgl. die Ziffer 3 der Richtlinie.

276 Vgl. hierzu die Ziffer 4 der Richtlinie.

277 Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen, Statut zur Förderung des Praktischen Jahres durch die Stiftung ambulante Versorgung Thüringen vom 30. April 2014; abrufbar im Internet unter: http://www.savth.de/index.php/Praktisches_Jahr.html.

278 Vgl. die Ziffer 1 des Statuts.

279 Vgl. die Ziffer 2 des Statuts.

280 Vgl. die Ziffer 3 des Statuts.

schen Jahr steht unter Finanzierungsvorbehalt, sodass ein Rechtsanspruch auf die jeweilige Förderung nicht besteht und die Stiftung im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel über die Vergabe der Fördermittel entscheidet²⁸¹.

6.3.2. Förderung der Weiterbildung

Mit dem vom Stiftungsbeirat bereits im Jahr 2010 beschlossenen und zuletzt im März 2012 geänderten „Statut zur Vergabe von Thüringen-Stipendien“²⁸² hat die Stiftung die Möglichkeit geschaffen, dass junge Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt befinden, eine monatliche Zuwendung erhalten, wenn sie sich verpflichten, im Anschluss an ihre Weiterbildung in Thüringen ambulant tätig zu werden. Mit dieser Fördermaßnahme soll dem Ärztemangel insgesamt sowie einer bestehenden oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – entgegengewirkt und die KV Thüringen bei der Erfüllung bzw. Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags gemäß § 75 SGB V unterstützt werden²⁸³.

Nach Maßgabe des vorgenannten Statuts können zum einen solche Ärzte eine Förderung erhalten, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder Allgemeinmedizin im Freistaat Thüringen befinden²⁸⁴. Darüber hinaus können auch Ärzte, die in einem anderen vom Arztmangel betroffenen Fachgebiet ihre Weiterbildung absolvieren, eine Förderung für die Zeit der Weiterbildung erhalten. Die Weiterbildung muss in einer Praxis im Freistaat Thüringen absolviert werden.

Die Förderung wird als monatliche Zuwendung an die Ärzte in Weiterbildung für den Zeitraum der Weiterbildung gewährt. Auch die Einmalzahlung des gesamten Förderbetrags ist möglich. Ein Stipendiat in Vollzeit erhält eine Förderung in Höhe von maximal 250 Euro monatlich, wenn er sich verpflichtet, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung für die Dauer von mindestens vier Jahren als Arzt bzw. Ärztin an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teilzunehmen. Bei Teilzeitbeschäftigung wird die Förderung anteilig gewährt. Die maximal zulässige Förderungsdauer eines Weiterbildungsassistenten beträgt 60 Monate²⁸⁵. Ein Rechtsanspruch auf die jeweilige Förderung besteht nicht. Vielmehr entscheidet die Stiftung im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel über die Vergabe der Fördermittel²⁸⁶.

281 Vgl. hierzu die Ziffer 4 des Statuts.

282 Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen, Statut zur Vergabe von Thüringen-Stipendien, zuletzt geändert durch Beschluss des Stiftungsbeirats in seiner Sitzung am 16. März 2012, abrufbar im Internet unter: http://www.savth.de/files/content/Thueringen%20Stipendium/20120316_Statut_Thueringen_Stipendium_endgueltig.pdf.

283 Vgl. hierzu die Vormerkung im Statut zur Vergabe von Thüringen-Stipendien.

284 Vgl. die Ziffer 1 des Statuts.

285 Vgl. die Ziffern 2, 4 und 5 des Statuts.

286 Vgl. die Ziffer 3 des Statuts

Nach Angaben der Stiftung²⁸⁷ wurden seit Einführung dieser Fördermaßnahme im Jahr 2010 Thüringen-Stipendien in folgendem Umfang vergeben bzw. in Anspruch genommen:

- Förderjahr 2010: 141.375 Euro für 13 Stipendiaten (hausärztlich)
- Förderjahr 2011: 236.500 Euro für 25 Stipendiaten (hausärztlich)
- Förderjahr 2012: 335.337 Euro für 28 Stipendiaten (hausärztlich) und zwei weitere Stipendiaten (augenärztlich)
- Förderjahr 2013: 291.375 Euro für 25 Stipendiaten (hausärztlich) und drei weitere Stipendiaten (augenärztlich)
- Förderjahr 2014: 174.332 Euro für 18 Stipendiaten (hausärztlich) und einen weiteren Stipendiaten (augenärztlich)
- Förderjahr 2015: 399.175 Euro für 41 Stipendiaten (hausärztlich)
- Förderjahr 2016: 384.925 Euro für 40 Stipendiaten (hausärztlich) und zwei weitere Stipendiaten (augenärztlich)
- Förderjahr 2017: 177.425 Euro für 20 Stipendiaten (hausärztlich) und einen weiteren Stipendiaten (augenärztlich) sowie im
- Förderjahr 2018 bisher 88.600 Euro für 9 Stipendiaten (hausärztlich).

6.3.3. Förderung der Niederlassung

Um die vertragsärztliche Versorgung in Thüringen auch zukünftig sicherstellen zu können, werden von der Stiftung in ambulant unterversorgten Gebieten des Freistaates mit Unterstützung der jeweiligen Städte und Gemeinden Hausarzt- oder Facharztpraxen als Einzel- oder Gemeinschaftspraxen errichtet und auf dem neuesten Stand der Technik ausgestattet. Die Festlegung der Standorte richtet sich dabei nach dem Bedarfsplan der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen. Bei diesen sog. "Stiftungspraxen" übernimmt die Stiftung die gesamten Investitionen und stellt sowohl die Ärzte als auch das medizinische Fachpersonal an. Die Anstellung mit leistungsorientierter Vergütung kann sowohl in Teilzeit als auch in Vollzeit geschehen. Eine spätere Übernahme der Praxis ist gewünscht, aber nicht zwingend erforderlich. Dies bedeutet, dass die Stiftung zunächst das volle Investitionsrisiko übernimmt, sodass sich interessierte Medizinerinnen und Mediziner – ohne finanzielle Belastungen und Risiken – auf ihre ärztliche Tätigkeit konzentrieren und sich langsam in die mögliche Niederlassung einarbeiten können. Die Stiftungspraxen bringen damit für Berufseinsteiger und/oder niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte viele Vorteile mit sich²⁸⁸.

287 Schriftliche Mitteilung der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 8. April 2018.

288 Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen (Hrsg.), Wir fördern die ambulante Versorgung in Thüringen, S. 6 ff; abrufbar im Internet unter: <http://www.savth.de/files/content/Download/SAVTH-Image-Final-Web.pdf>.

Nach Angaben der Stiftung²⁸⁹ wurden bisher insgesamt sieben solcher Stiftungspraxen durch die Stiftung errichtet. Von diesen Stiftungspraxen wurden mittlerweile vier Praxen an die zuvor angestellten Ärztinnen bzw. Ärzte verkauft. Hierzu gehören zwei Stiftungs-Praxen in Gotha mit einem Fördervolumen von 67.319,46 Euro bzw. 56.972,27 Euro sowie die Stiftungs-Praxis Gera mit einem Fördervolumen von 87.462,94 Euro. Die Stiftungs-Praxis Gräfenthal mit einem Fördervolumen von 58.894,28 Euro wurde zum 30. Juni 2018 an die angestellte Ärztin veräußert. Die Stiftungs-Praxis Weida mit einem Fördervolumen von 76.584,74 musste dagegen geschlossen werden. Zwei Stiftungs-Praxen in Ilmenau mit einem Fördervolumen von 82.456,15 Euro bzw. 94.630,25 Euro befinden sich derzeit noch im Bestand der Stiftung.

7. Literaturverzeichnis

Baier, Natalie/Struckmann, Verena, Review zu den Perspektiven der ländlichen Versorgung: Ein Überblick international bestehender Ansätze, herausgegeben von Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, Working papers in health policy management, Volume 9, Universitätsverlag der TU Berlin, Berlin 2014; abrufbar im Internet unter: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/baier_struckmann.pdf.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.), Zukunftssichere ärztliche Versorgung im ländlichen Raum – Förderung der Niederlassung von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, München 2017; abrufbar im Internet unter: [https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000003?SID=1576779864&ACTIONxSESSx-SHOWPIC\(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_021%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\)](https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000003?SID=1576779864&ACTIONxSESSx-SHOWPIC(BILDxKEY:%27stmgp_gesund_021%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27)).

Bundesärztekammer (Hrsg.), Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung, Evaluationsbericht für das Jahr 2015; abrufbar im Internet unter: http://http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/EvB_2015.pdf.

Gibis, Bernhard/Heinz, Andreas/Jacob, Rüdiger/Müller, Karl-Heinz, Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung in: Deutsches Ärzteblatt International, 2012, 109 (18), S. 327-332; abrufbar im Internet unter: <https://img.aerzteblatt.de/pdf/109/18/m327.pdf?ts=26%2E04%2E2012+16%3A29%3A23>.

Hauck/Noftz, Wolfgang, SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: 01/18, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG, Berlin 2018.

Herr, David/Götz, Katja, Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G),

289 Schriftliche Mitteilung der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen gegenüber den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages (Fachbereich WD 9) vom 8. April 2018.

Zeitschrift, Beilage 2014, Wissenschaft, Jahrgang 14, Heft 3, S. 7-15; abrufbar im Internet unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0314_herr_goetz.pdf.

juris PraxisKommentar SGB V, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung, herausgegeben von Klaus Engelmann und Rainer Schlegel, 3. Auflage, juris GmbH, Saarbrücken 2016.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (Hrsg.), Niederlassen für die Menschen in Niedersachsen, Hannover; abrufbar im Internet unter: <http://www.niederlasseninniedersachsen.de/Die-Initiative/binarywriterservlet?imgUid=01a22ff0-86f7-1615-dc5e-fd70b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>.

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, herausgegeben von Anne Körner, Stephan Leithe-
rer, Bernd Mutschler, Loseblattwerk, Stand: 97. Ergänzungslieferung, 1. Dezember 2017, Verlag C.
H. Beck, München 2018.

Klose, Joachim/Uhlemann, Thomas, Ärzte besser verteilen – das geht!, in: Gesundheit und Ge-
sellschaft (G+G), Zeitschrift, 2006, Nr. 2, S. 16-17; abrufbar im Internet unter:
[http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorgung/wido_amb_bedarfspla-
nung_0306.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorgung/wido_amb_bedarfspla-nung_0306.pdf).

Kühl, Kristina, Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen: Be-
wältigung medizinischer Unterversorgung am Maßstab und mit den Mitteln des Rechts, Nomos
Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2012.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.),
Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung in Deutschland, Hannover 2014; abrufbar im
Internet unter: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen_web.pdf.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.),
Gesundheitsregionen Niedersachsen: Leitfaden, Hannover 2014; abrufbar im Internet unter:
http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/GR-Leitfaden_web.pdf.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.),
Gesundheitsregionen Niedersachsen: Förderprogramme und Finanzhilfen für Projekte, Hannover
2016; abrufbar im Internet unter: http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/Foerderungsmoeglichkeiten_120216.pdf.

Martini, Mario/Ziekow, Jan, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausge-
staltung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländli-
chen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium, Gutachten im Auftrag des Bundesministeri-
ums für Gesundheit, 2015; abrufbar im Internet unter: [https://www.bundesgesundheitsministe-
rium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Martini_Ziekow_Gutach-
ten_aerztliche_Versorgung_Online-Fassung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Martini_Ziekow_Gutach-ten_aerztliche_Versorgung_Online-Fassung.pdf).

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Stärkung
der ambulanten ärztlichen Versorgung: Ein Masterplan, Mainz 2017; abrufbar im Internet unter:
https://hausarzt.rlp.de/fileadmin/hausarzt/Hausarzt_Dokumente/Endversion_Langfassung.pdf.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, in: BT-Drs. 18/1940 vom 26. Juni 2014.

Schmacke, Norbert/Niehus, Heidi/Berger, Bettina/Stamer, Maren, Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte, Bremen 2008.

Schulin, Bertram (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, Verlag C. H. Beck, München 1994.

Sodan, Helge (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2018.

Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen (Hrsg.), Wir fördern die ambulante Versorgung in Thüringen, Weimar 2014; abrufbar im Internet unter: <https://www.savth.de/files/content/Download/SAVTH-Image-Final-Web.pdf>.

Was in den Bundesländern getan wird, in: Deutsches Ärzteblatt vom 27. Dezember 2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87233/Aerztmangel-Was-in-den-Bundeslaendern-getan-wird>.
