



Ausarbeitung

Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 084/18
Abschluss der Arbeit: Datum: 12. Dezember 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	5
2.	Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen	7
2.1.	Begriff der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	7
2.2.	Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen	8
3.	Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 SGB V	9
3.1.	Allgemeine Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V)	10
3.2.	Zahlung von Sicherstellungszuschlägen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Abs. 4 SGB V)	11
3.2.1.	Derzeitige Rechtslage	11
3.2.2.	Reformpläne	14
3.3.	Betreiben von oder Beteiligung an Einrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V)	16
3.3.1.	Derzeitige Rechtslage	16
3.3.2.	Reformpläne	18
3.4.	Bildung eines Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V)	21
3.4.1.	Derzeitige Rechtslage	21
3.4.2.	Reformpläne	23
3.5.	Instrumente zum Abbau bzw. zur Vermeidung von Überversorgung (§ 105 Abs. 3 SGB V)	25
3.5.1.	Derzeitige Rechtslage	25
3.5.2.	Reformpläne	28
3.6.	Eigene Einrichtungen der Kommunen (§ 105 Abs. 5 SGB V)	28
4.	Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach § 75a SGB V	32
4.1.	Rechtsentwicklung und Normzweck	32
4.2.	Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung	33
4.3.	Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung	34
4.4.	Die „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“	35
5.	Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben zum Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen	38
5.1.	Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	39

5.1.1.	Die Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als rechtliche Grundlage der Förderung	39
5.1.2.	Fördermaßnahmen in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat	40
5.1.2.1.	Finanzielle Fördermaßnahmen	41
5.1.2.1.1.	Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt	42
5.1.2.1.2.	Praxisaufbauförderung	43
5.1.2.1.3.	Zuschuss zur Errichtung einer Zweigpraxis	44
5.1.2.1.4.	Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes	44
5.1.2.1.5.	Zuschuss für die Investitionskosten im Rahmen der Anstellung eines Arztes	45
5.1.2.1.6.	Zuschuss zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus	45
5.1.2.2.	Betreiben von KVB-Eigeneinrichtungen	46
5.1.2.3.	Überlassung einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte	47
5.1.3.	Fördermaßnahmen unabhängig von Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V	48
5.1.3.1.	Planungsbereichsbezogene finanzielle Fördermaßnahmen	49
5.1.3.1.1.	Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt	50
5.1.3.1.2.	Zuschuss zur Beschäftigung eines angestellten Arztes	50
5.1.3.2.	Förderung der Famulatur	50
5.2.	Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen	51
5.2.1.	Die Strukturfonds-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen als rechtliche Grundlage der Förderung	52
5.2.2.	Förderung der Niederlassung	53
5.2.3.	Förderung der Weiterbildung	56
5.2.4.	Förderung für Medizinstudierende	57
5.3.	Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz	57
5.3.1.	Förderung für Medizinstudierende	57
5.3.2.	Förderung der Weiterbildung	58
5.3.3.	Förderung der Niederlassung	60
5.4.	Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	62
5.4.1.	Das Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und die zu ihrer Umsetzung erlassene Richtlinie als rechtliche Grundlage der Förderung	62
5.4.2.	Förderung der Niederlassung	63
5.4.3.	Förderung der Weiterbildung	65
6.	Literaturverzeichnis	66

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 26. November 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. Im Rahmen dieser Ausarbeitung geht es allerdings nicht um eine umfassende Bestandsaufnahme aller von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren hierzu entwickelten Maßnahmen. Vielmehr beschränken sich die Ausführungen – auftragsgemäß – auf die Frage, welche Rolle und Bedeutung den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bei der Gewährleistung einer ausreichenden ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zukommt.

-
- 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 bestehender 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.

Nachfolgend wird deshalb zunächst der Frage nachgegangen, wem im System der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufgabe der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung obliegt, die auch als allgemeiner Sicherstellungsauftrag bezeichnet wird. Dabei zeigt sich, dass es sich bei dieser Aufgabe nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)⁸ im Grundsatz zwar um eine gemeinsame Angelegenheit der Vertragsärzte bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen handelt, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V aber verpflichtet sind, 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 haben, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Vor dem Hintergrund dieses den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrags werden sodann die verschiedenen Förder- und Sicherstellungsinstrumente sowie deren Voraussetzungen dargelegt, die der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt hat, um die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Im Anschluss hieran wird – am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen – der Frage nachgegangen, ob, und gegebenenfalls in welchem Umfang die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Förder- und Sicherstellungsinstrumenten Gebrauch gemacht haben.

2. Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

2.1. Begriff der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist in den Vorschriften der §§ 72 ff. SGB V als Erster Titel des Zweiten Abschnitts über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten⁹ 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 handelt¹⁰.

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

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

9 Sowie Zahnärzten und Psychotherapeuten.

10 Vgl. Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSGE) 98, 294 (304).

tragenden Personen und Institutionen geht¹¹, 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 umfasst¹². Aus der gesetzlichen Beschreibung der Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung in § 72 Abs. 2 SGB V lässt sich entnehmen, welche Zielsetzungen die Sicherstellung derselben Genüge zu leisten hat. Nach dieser Bestimmung haben die zur Sicherstellung berufenen Institutionen¹³ 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.

2.2. 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 ist¹⁴. Es geht mithin darum, wem die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die auch als allgemeiner Sicherstellungsauftrag bezeichnet wird¹⁵, obliegt.

Ausgangspunkt für die Zuweisung der Sicherstellungsverantwortung ist die Regelung des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Danach wirken die Ärzte¹⁶ 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 ist¹⁷. 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 grundle-

11 Vgl. BSGE 75, 187 (190).

12 Vgl. BSGE 75, 187 (190).

13 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.1.2.

14 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).

15 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.

16 Sowie Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren.

17 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.

genden 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.

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 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 sind¹⁸.

3. Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen 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 in § 105 SGB V geregelten Förder- und Sicherstellungsinstrumente konkretisiert. Mit dem „Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“ vom 12. Oktober 2018¹⁹ hat die Bundesregierung jüngst einen Gesetzentwurf vorgelegt, der unter anderem darauf abzielt, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärzten Vereinigungen nach § 105 SGB V erweitert werden²⁰. Der Entwurfsbegründung zufolge sollen mit diesem Gesetz die bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011²¹ und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015²² eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen Versorgungsangebots in der

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

19 BR-Drs. 504/18.

20 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 56.

21 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

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

gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten erweitert werden²³. Für eine zukunftsfeste ambulante ärztliche Versorgung bedürfe es – über die in diesen Gesetzen getroffenen Maßnahmen hinaus – weiterer Maßnahmen, um die Versorgung in allen Regionen, insbesondere in unterversorgten ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern und zukunftstauglich zu machen²⁴. Die nachfolgenden Ausführungen tragen diesem aktuellen Gesetzesvorhaben Rechnung, indem die verschiedenen in § 105 Abs. 1, 1a, 3, 4 und 5 SGB V normierten Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst jeweils unter Zugrundelegung der derzeit geltenden Rechtslage dargestellt werden und im unmittelbaren Anschluss hieran – bezogen auf das jeweilige Steuerungsinstrument – erörtert wird, welche Änderungen in dem Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vorgesehen sind.

3.1. Allgemeine Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V)

In Konkretisierung des nach § 75 Abs. 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrags für die vertragsärztliche Versorgung verpflichtet § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V 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 V Abs. 1 Satz 1 SGB V)²⁵. Im Rahmen dieser Pflichtaufgabe ist den Kassenärztlichen Vereinigungen ein sich aus der Komplexität der Versorgungssituation ergebender planungsspezifischer Beurteilungsspielraum zuzugestehen, der sich zum einen darauf bezieht, ob die Versorgungssituation überhaupt Maßnahmen erforderlich macht, und zum anderen darauf, welche Maßnahmen als zur Lösung von Versorgungsproblemen geeignet zu ergreifen sind²⁶. Bei der Auswahl sicherstellender Maßnahmen ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht begrenzt, da sich weder dem Wortlaut des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V noch dessen Sinn und Zweck eine Beschränkung auf einzelne Fördermaßnahmen entnehmen lässt. Vielmehr liegt die Auswahl und Ausgestaltung der jeweiligen Maßnahme im – rechtlich gebundenen – pflichtgemäßen Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Versorgungsstand zu prüfen und festzustellen hat, ob und welcher Förderungsbedarf besteht, um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten²⁷.

23 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 56.

24 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 59.

25 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 13.

26 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 13.

27 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 3; Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 5.

In Abhängigkeit vom Ausmaß des Versorgungsdefizits und der verfügbaren Instrumente kann sich das den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumte Ermessen allerdings erheblich reduzieren²⁸.

Zu den finanziellen Maßnahmen zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung gehören etwa Landarztzulagen, Umsatzgarantien zur Besetzung verwaister Vertragsarztsitze, Vergabe zinsloser oder zinsgünstiger Darlehen zur Finanzierung von Praxisneugründungen, Anmietung oder Bau von Ärztehäusern sowie die Subventionierung einer Praxisausstattung²⁹. Durch derartige und ähnliche Strukturmaßnahmen können die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzielle Mittel für Sicherstellungszwecke verwenden, um gezielt Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen oder sonstigen strukturschwachen Gebieten zu schaffen³⁰. Darüber hinaus kommt auf der Grundlage des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V die Förderung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Betracht, wobei hinsichtlich der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung die durch das GKV-VSG neu geschaffene Regelung in § 75a SGB V spezielle Förderungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen vorsieht. Schließlich sind noch Maßnahmen zur Förderung der Notdienstversorgung zu nennen, wie das Schaffen spezieller Notdiensteinrichtungen (Notfallambulanzen, Arztnotrufzentrale, ärztlicher Bereitschaftsdienst), wobei auch diesbezüglich seit dem GKV-VSG mit der Neuregelung in § 75 Abs. 1b SGB V eine speziellere Regelung existiert, die den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Maßnahmen als Pflichtaufgabe zuweist³¹. Eine knappe Übersicht über die in der Praxis von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V ergriffenen Maßnahmen liefert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem bereits oben genannten Gutachten 2014: „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“³².

3.2. Zahlung von Sicherstellungszuschlägen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Abs. 4 SGB V)

3.2.1. Derzeitige Rechtslage

Zu den möglichen Maßnahmen gehört gemäß § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen zum ärztlichen Honorar an Vertragsärzte in Gebieten oder

28 Berner, in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, § 105 Rn. 3.

29 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 16; Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 3; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2; Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGBV, § 105 Rn. 2; Berner, in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, § 105 Rn. 4.

30 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 16.

31 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 3; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 16.

32 Vgl. BT-Drs. 18/1940, S. 367 ff.

Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen³³ 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 zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Mit dieser durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003³⁴ mit Wirkung zum 1. Januar 2004 neu eingefügten Regelung³⁵, die durch das am 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22. Dezember 2006³⁶ ergänzt wurde³⁷, sollte klargestellt werden, dass neben den mittelbar finanziell wirksamen Maßnahmen wie zum Beispiel der Subventionierung einer für die Versorgung in einer bestimmten Region notwendigen Praxisausstattung auch unmittelbar wirksame Maßnahmen wie die Zahlung von „Sicherstellungsprämien“ in Form von Zuschlägen zum Honorar umgesetzt werden können, um eine bestehende Unterversorgung abzubauen³⁸. Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte kann auf kleinräumige Gebiete begrenzt werden, die in den Gebieten liegen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 100 Abs. 1 SGB V eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Damit kann nach Auffassung des Gesetzgebers die gemeinsame Selbstverwaltung auch vermeiden, zusätzliche finanzielle Mittel pauschal für die Versorgung in einem Planungsbereich zu investieren, in dem diese nicht zur Behebung von Unterversorgung benötigt werden³⁹. Aufgrund der Änderung des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V durch das VÄndG ist die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte nunmehr auch schon dann möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zwar keine Unterversorgung im Sinne des § 100 Abs.

33 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.

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

35 Vgl. Art. 1 Nr. 81 GMG.

36 Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) vom 22. Dezember 2006, BGBl. I S. 3439.

37 Vgl. Art. 1 Nr. 11 VÄndG.

38 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 Buchstabe a).

39 Vgl. die Begründung im 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 Art. 1 Nr. 81 Buchstabe a.

1 SGB V festgestellt hat, er aber nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V⁴⁰ die Feststellung getroffen hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (vgl. § 100 Abs. 3 SGB V). Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen kann damit selbst in überversorgten Gebieten in Betracht kommen und stellt eine Ergänzung des bereits bestehenden Instruments der Sonderbedarfszulassung dar⁴¹. Durch Sicherstellungszuschläge ausgeglichen werden sollen die mit der Niederlassung in entsprechen Gebieten verbundenen Erschwernisse und Nachteile⁴².

Über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen⁴³. Dies folgt aus der Gesetzessystematik, wonach die Sicherstellungszuschläge weiterhin zu den von der Kassenärztlichen Vereinigung zu ergreifenden Maßnahmen gehören⁴⁴. Im Gegensatz zu den übrigen Fördermaßnahmen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bei ihrer Entscheidungsfindung allerdings an die nach § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V in die Zuständigkeit des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen fallenden Vorgaben gebunden⁴⁵. Danach „entscheidet“ der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 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. Hieraus folgt, dass ohne eine Entscheidung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen unzulässig ist⁴⁶. Ob umgekehrt mit einer positiven Entscheidung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auch eine Ver-

40 Vgl. die 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 zur vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31. Dezember 2012 B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 15. Februar 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 11. Mai 2018 B3 vom 11. Mai 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018, abrufbar im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1624/BPL-RL_2018-02-15_iK-2018-05-12.pdf.

41 Vgl. Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG), in: BT-Drs. 16/2474, S. 25 zu Art. 1 Nr. 11 (§ 105 SGB V).

42 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 5; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 16.

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

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

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

46 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 4; Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 7.

pflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Gewährung von Sicherstellungszuschlägen einhergeht, ist umstritten⁴⁷. Da in § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des GMG von der „Entscheidung“ der Landesausschüsse die Rede ist, spricht viel dafür, diese Bestimmung so zu verstehen, dass der jeweils zuständige Landesausschuss die Kassenärztliche Vereinigung im Sinne einer normativen Vorgabe verpflichten kann, nach Maßgabe seiner Beschlüsse einen solchen Sicherstellungszuschlag zu zahlen⁴⁸. Inhaltlich handelt es sich bei den Vorgaben des Landesausschusses mithin um generell-abstrakt normative Regelungen 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 ist⁴⁹.

Zu finanzieren sind die Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V jeweils zur Hälfte von der für den Vertragsarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen. Die Krankenkassen entrichten ihren Anteil dabei zusätzlich zur Vergütung nach Maßgabe der Gesamtverträge (§ 83 SGB V). Die weitere Inbezugnahme des § 87a SGB V durch das GKV-WSG in § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist eine Folgeänderung zur Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2009. Über die Aufteilung der von den Krankenkassen insgesamt zu tragenden Finanzierungsbeiträge auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 105 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Eine Begrenzung der Aufwendungen der Krankenkassen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen sieht die Vorschrift des § 105 Abs. 4 SGB V nach dem Ersetzen des alten, bis Ende 2006 geltenden Satzes 4 durch das GKV-WSG nicht mehr vor⁵⁰.

3.2.2. Reformpläne

Zur Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Gebieten mit eingetretener und drohender Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sieht der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG-E) in Art. 1

47 Dafür Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 5 und Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 17. Dagegen Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 7, der unter Bezugnahme auf die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VStG in: BT-Drs. 17/6906, S. 78 zu Art. 1 Nr. 37 (§ 105 SGB V) darauf hinweist, dass durch § 105 SGB V die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen – wie die Systematik und die Ratio dieser Vorschrift zeigten – nicht eingeschränkt, sondern gestärkt werden sollte. Sicherstellungszuschläge setzten deshalb einen entsprechenden Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung an den Landesausschuss voraus. Die Kassenärztliche Vereinigung sei aber auch dann nicht verpflichtet, das nach § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V entschiedene Konzept des Landesausschusses umzusetzen, sie sei aber, wenn Sicherstellungszuschläge gewährt würden, an dieses Konzept insgesamt gebunden.

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

49 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 5; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 17; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 23.

50 Bogan, in: BeckOk, Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 5; vgl. hierzu näher Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 5 und 22

Nr. 56 Buchstabe e⁵¹ eine Änderung des § 105 Abs. 4 SGB V vor, nach der zukünftig obligatorisch Sicherstellungszuschläge an ärztliche Leistungserbringer zu zahlen sind, die in diesen Gebieten tätig sind⁵². Nach bisherigem Recht liege – so wird in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt – die Entscheidung über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Ermessen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Mit der Änderung in § 105 Abs. 4 SGB V werde nunmehr geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer Sicherstellungszuschläge zu zahlen haben (vgl. § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des TSVG-E)⁵³. Über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Leistungserbringer und über die Anforderungen an den berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringerkreis soll – wie nach geltendem Recht bereits in § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V festgelegt – weiterhin der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheiden (§ 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des TDVG-E). Die bisher in § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Festlegung der Dauer der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen soll entfallen, da sich die Dauer zukünftig nach dem Andauern der eingetretenen oder drohenden Unterversorgung sowie des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs richten soll. Wie nach geltendem Recht bereits in § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V festgelegt, sollen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen sowie die Ersatzkassen die Sicherstellungszuschläge auch weiterhin je zur Hälfte tragen⁵⁴.

In der Begründung des Gesetzentwurfs zur Neufassung des § 105 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V durch Art. 1 Nr. 56 Buchstabe e) TSVG-E wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unabhängig hiervon die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 105 Abs. 1 SGB V auch weiterhin alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, verbessern oder zu fördern⁵⁵.

Als Folgeänderung zur vorgenannten Neufassung des § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V, mit der die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig verpflichtet werden sollen, im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung

51 Vgl. BR-Drs. 504/18 S. 27.

52 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 59 und 144 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe e.

53 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 144 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe e.

54 Vgl. Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 144 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe e.

55 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSGV), in: BR-Drs. 504/18 S. 144 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe e.

sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen Ärztinnen und Ärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen, sieht der Gesetzentwurf in Art. 1 Nr. 56 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) vor, die Bestimmung des § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V aufzuheben⁵⁶.

3.3. Betreiben von oder Beteiligung an Einrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V)

3.3.1. Derzeitige Rechtslage

Reichen finanzielle und sonstige Maßnahmen im Sinne des § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht aus, um Versorgungslücken in ambulant nicht ausreichend versorgten Gebieten zu schließen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V befugt, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eigene Einrichtungen zu betreiben oder sich an Einrichtungen zu beteiligen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Hierfür bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach derzeitiger Rechtslage allerdings des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Herstellung des Benehmens erfordert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme geben und deren Äußerungen in ihren Entscheidungsprozess einbeziehen und berücksichtigen⁵⁷; eine bloße Unterrichtung der Krankenkassen genügt nicht⁵⁸. Ein Einvernehmen oder eine Genehmigung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist hingegen nicht erforderlich⁵⁹. Ebenso wenig bedarf es einer statusbegründenden Entscheidung, etwa des jeweiligen Zulassungsausschusses⁶⁰.

Möglich ist auf der Grundlage von § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Einrichtung von oder Beteiligung an Einrichtungen außerhalb des Zulassungsrechts⁶¹. In Betracht kommt insbesondere die Unterhaltung von Notarztpraxen, Notfallambulanz im Zusammenhang mit Arzttrufzentralen und mobilen Diensten zur Versorgung von Arztpraxen mit bestimmten technischen Leistungen,

56 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 141 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa.

57 Vgl. BSG vom 24. August 1994 – 6 RKa 15/93 – juris Rn. 19 ff. – BSGE 75, 37 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 7; BSG vom 7. Februar 1996 – 6 RKa 68/94 – juris Rn. 14 – BSGE 77, 288 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 11; Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGB V, § 105 Rn. 5; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 26, Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 26; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 19; Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 105 SGB V Rn. 8.

58 BSGE 29, 111; Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGB V, § 105 Rn. 5.

59 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 105 SGB V Rn. 8; Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 7; Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGB V, § 105 Rn. 5; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 19.

60 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 7.

61 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 20.

soweit dies jeweils erforderlich ist, um die Versorgung der Versicherten in der GKV sicherzustellen⁶². Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst betriebenen Einrichtungen müssen grundsätzlich mit eigenen Betriebsmitteln und eigenem angestellten ärztlichen und nichtärztlichen Personal geführt werden und der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen⁶³. Ob danach auch Einrichtungen allein zum Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte zulässig sind, ist umstritten⁶⁴. Die freiberuflich tätigen Ärzten zur Nutzung zur Verfügung gestellten oder aber auch mit angestellten Ärzten geführten Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden meist mit dem Ziel gegründet, Ärzte nach einer Übergangszeit zur Niederlassung oder Übernahme der Eigeneinrichtung als eigene Vertragsarztpraxis bewegen zu können⁶⁵.

Die in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte sind bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V). Das Gleiche gilt für Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, wenn sie mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind (§ 77 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V). Damit sind sie den anderen Leistungserbringern wie einem Medizinischen Versorgungszentrum und einer ermächtigten Einrichtung vollumfänglich gleichgestellt, unterliegen aber nicht den Kompetenzen der Zulassungsgremien (vgl. § 95 Abs. 6 SGB V). Es fehlt also weiterhin an einem förmlichen Zulassungsstatus der Einrichtung im Sinne des § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V, der nur vom Zulassungsausschuss zertifizierte Leistungserbringer kennt. Die Selbsterrichtung der Einrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung ersetzt einen solchen Statusakt⁶⁶.

Hervorzuheben ist, dass die Schaffung einer der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienenden Eigeneinrichtung oder die Beteiligung an einer entsprechenden Einrichtung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach derzeitiger Rechtslage unter Sicherheitsaspekten nur als letztes Mittel in Betracht kommt, also nur subsidiär zulässig ist. Dies ergibt sich aus der Konzeption des Kassenarztrechts, nach der die vertragsärztliche Versorgung grundsätzlich den zugelassenen Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie den ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen vorbehalten ist (vgl. § 95 Abs. 1

62 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2a; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 20; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 26.

63 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 7; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 26; Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGB V, § 105 Rn. 4.

64 Dafür Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2a und Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 20; dagegen Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 8 unter Hinweis darauf, dass die Vorschrift des § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur Einrichtungen betreffe, die der „unmittelbaren“ Versorgung der Versicherten dienen, sie deshalb eng auszulegen sei, so dass etwa Serviceeinrichtungen für Vertragsärzte zur Gewährleistung teurer Großgeräte nicht in Betracht kämen.

65 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 26; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 2a; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 20.

66 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 27.

Satz 1 SGB V)⁶⁷. Zuvor muss deshalb versucht werden, die Versorgungslücken durch finanzielle und sonstige Maßnahmen im Sinne des § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V anderweitig zu beheben⁶⁸.

Die in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erbrachten ärztlichen Leistungen sind nach der Bestimmung des § 105 Abs. 1 Satz 3 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Mit dieser durch das GKV-VStG mit Wirkung vom 1. Januar 2012 neu eingefügten Regelung⁶⁹ zur Finanzierung der Mittel hat der Gesetzgeber klarstellen wollen, dass diese Leistungen nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern aus der Gesamtvergütung zu finanzieren sind⁷⁰, wobei auch insoweit zugunsten einer Förderung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Planungsbereichen § 87b Abs. 3 SGB V in der Fassung des GKV-VStG greifen muss⁷¹. Die Gesetzesbegründung verweist insoweit generell auf die Anwendbarkeit der in den §§ 87a und 87b SGB V enthaltenen Vergütungsregelungen und auf die Notwendigkeit einer Aufteilung in die aus der morbiditätsgebundenen Gesamtvergütung oder zusätzlich von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen⁷². Aus der Gesetzesbegründung ist zu schließen, dass die Einrichtungen bei der Honorarverteilung den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt werden sollen. Zwingend vorgeschrieben ist aber nicht die Teilnahme an der Honorarverteilung (§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V), sondern nur die Vergütung aus der Gesamtvergütung, sodass auch andere Regelungen im Rahmen des Satzungsermessens der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V) zulässig sein dürften⁷³.

3.3.2. Reformpläne

Der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG-E) sieht in Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c)⁷⁴ vor, die bislang in § 105 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V geregelte Möglichkeit der Kassenärzten Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung

67 Murawski, in: Hänlein/Schuler (Hrsg.), LPK-SGB V, § 105 Rn. 5; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 29; Bogan, in: BeckOK, SGB V, § 105 Rn. 8.

68 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 29.

69 Eingefügt durch Art. 1 Nr. 37 Buchstabe a des GKV-VStG.

70 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe a.

71 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 105 SGB V Rn. 2a.

72 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe a.

73 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 32.

74 Vgl. BR-Drs. 504/18, S. 26.

der Versicherten dienen, in einem neuen Absatz 1b des § 105 SGB V zu erweitern und zu flexibilisieren⁷⁵. Damit soll die Option der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eigene Versorgungskapazitäten insbesondere in ländlichen/oder strukturschwachen schlechter versorgten Regionen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen, oder sich an entsprechenden Einrichtungen zu beteiligen, noch attraktiver werden⁷⁶. Die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen seien dabei – so wird in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt – recht vielfältig: Neben der Gründung einer ganz normalen Praxis mit von der Kassenärztlichen Vereinigung angestellten Ärztinnen und Ärzten komme beispielsweise auch der Betrieb von sogenannten Portalpraxen an Krankenhäusern in Betracht, die während der Sprechstundenzeiten geöffnet haben⁷⁷. Die Entwurfsbegründung weist insoweit ausdrücklich darauf hin, dass die Vorgaben des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)⁷⁸ auch bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, unberührt blieben⁷⁹. Im Einzelnen sieht der neue Absatz 1b TSVG-E folgende Regelungen vor:

Nach § 105 Abs. 1b Satz 1 SGB V in der Fassung des TSVG-E können die Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die bisherige Regelung in § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen des Benehmens der Kassenseite bedürfen, wird damit gestrichen. Um die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen, soll zugleich gesetzlich klargestellt werden, dass dieses Sicherungsinstrument zukünftig gleichrangig neben anderen Maßnahmen besteht⁸⁰.

Die Vorschrift des § 105 Abs. 1b Satz 2 SGB V in der Fassung des TSVG-E sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben können. Mit diesen Regelungen soll erreicht werden, dass die

-
- 75 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 60 und 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.
- 76 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.
- 77 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 f. zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.
- 78 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), zuletzt geändert durch Art. 10 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151).
- 79 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.
- 80 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 60 und 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.

Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen zur Verfügung stehenden flexiblen Versorgungsmöglichkeiten nutzen und dadurch die Versorgung verbessert wird. Die Kassenärztliche Vereinigung könne Versorgungsleistungen für die Versicherten beispielsweise durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (zum Beispiel durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen erbringen, wobei allerdings die berufsrechtlichen Regelungen zu beachten seien⁸¹. Ergänzt werde der Versorgungsbeitrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Eigeneinrichtungen erbringen, durch die schon bisher in § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V verpflichtend vorgegebenen Sicherstellungsmaßnahmen. So werde von Kassenärztlichen Vereinigungen zum Beispiel schon heute teilweise ein Patiententransport zu Ärztinnen und Ärzten übernommen⁸².

Mit der Regelung des § 105 Abs. 1b Satz 3 SGB V in der Fassung des TSVG-E werden die Kassenärztlichen Vereinigungen schließlich verpflichtet, in Gebieten eines Zulassungsbezirks, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine ärztliche Unterversorgung oder eine in absehbarer Zeit drohende ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, nach Ablauf der vom Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung zu setzenden angemessenen Frist, spätestens jedoch nach sechs Monaten, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen⁸³.

Für die Vergütung der in den Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erbrachten ärztlichen Leistungen sieht die Bestimmung des § 105 Abs. 1b Satz 4 SGB V in der Fassung des TSVG-E die uneingeschränkte Anwendung der Regelungen der §§ 87 bis 87c SGB V vor. Nach der Entwurfsbegründung soll hiermit klargestellt werden, dass zwischen Leistungen zu differenzieren ist, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden oder die als extrabudgetäre Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Klargestellt werden soll mit dieser Neuregelung außerdem, dass Einrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind. Daraus folge, dass unter anderem auch für Einrichtungen in Gebieten, in denen eine Unterversorgung und eine drohende Unterversorgung festgestellt wurde, keine Maßnahmen zur

81 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.

82 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.

83 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 60 und 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.

Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs anzuwenden seien⁸⁴.

3.4. Bildung eines Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V)

3.4.1. Derzeitige Rechtslage

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 V⁸⁵ 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 gegeben⁸⁶. 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. Damit wird gesetzlich zwar eine Förderleitlinie als Sollregelung vorgeben; abschließend sind diese Beispiele allerdings nicht, sodass grundsätzlich alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherstellung aus Strukturfondsmitteln gefördert werden können⁸⁷. Über die konkrete Verwendung der Mittel entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung⁸⁸. Eine Mitsprache der Krankenkassen hierbei hielt der Gesetzgeber nicht für sachgerecht, auch deshalb, weil damit eine zügige Mittelverwendung

84 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 143 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe c.

85 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.

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

87 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 12.

88 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe b.

erschwert werden könnte⁸⁹. Denn sein Ziel war es, den Kassenärztlichen Vereinigungen den flexiblen Einsatz finanzieller Anreize zu ermöglichen⁹⁰. Den Strukturfonds verwaltet die Kassenärztliche Vereinigung⁹¹.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach derzeitiger Rechtslage lediglich die Möglichkeit zur Bildung eines Strukturfonds eingeräumt, sie werden hierzu jedoch nicht verpflichtet⁹². Nach der ursprünglichen Fassung der Vorschrift⁹³ konnten aus dem Strukturfonds nur Fördermaßnahmen in Gebieten finanziert werden, 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 2015⁹⁴ ist diese Bindung in der Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds an eine vorige Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung einer Unterversorgung oder eines lokalen Versorgungsbedarfs mit Wirkung vom 23. Juli 2015⁹⁵ aufgegeben worden. Der Gesetzgeber hat den Verzicht auf diese Voraussetzung damit begründet, dass bislang bundesweit nur wenige dieser Beschlüsse getroffen worden seien und es den Kassenärztlichen Vereinigungen erleichtert werden solle, entsprechende Fördermaßnahmen zu ergreifen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben damit die Möglichkeit erhalten, auch ohne Vorliegen entsprechender Beschlüsse des Landesausschusses zur Finanzierung von geeigneten Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden⁹⁶. 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

89 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.

90 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.

91 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 12.

92 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 24; Sproll, in: Krauskopf, soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 12.

93 Vgl. § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V in der Fassung von Art. 1 Nr. 37 Buchstabe b des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011.

94 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.

95 Vgl. Art. 20 Abs. 1 GKV-VSG.

96 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.

SGB V nach wie vor einer Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Eine bessere systematische Abgrenzung der in § 105 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 4 SGB V getroffenen Regelungen wäre daher wünschenswert⁹⁷.

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 eingebunden⁹⁸. Dass die Krankenkassen in diesem wichtigen Bereich der Versorgungssteuerung auf die Rolle des Zahlers reduziert werden, wird mancherorts allerdings als kritisch angesehen⁹⁹.

3.4.2. Reformpläne

Der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG-E) sieht in Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b¹⁰⁰ Änderungen im Absatz 1a des § 105 SGB V vor, mit denen die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verbindlicher ausgestaltet, die bereitzustellenden Mittel erhöht und die Verwendungszwecke der Mittel ergänzt werden sollen¹⁰¹. Im Einzelnen sollen in § 105 Abs. 1a SGB V folgende Änderungen vorgenommen werden:

Nach der Regelung des § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V in der Fassung des TSVG-E wird die Bildung eines Strukturfonds künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend. Gleichzeitig wird vorgesehen, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils bereit zu stellenden Mittel des Strukturfonds mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen betragen und damit verdoppelt werden¹⁰². Die bereits

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

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

99 Vgl. Kaltenborn/Völger, Die Neuordnung des Bedarfsplanungsrechts durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, in: Gesundheitsrecht (GesR), 2012, S. 129 ff.

100 Vgl. BR-Drs. 504/18, S. 26.

101 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 59 und 141 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b.

102 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 59 und 141 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa.

nach geltendem Recht gemäß § 105 Abs. 1a Satz 2 SGB V bestehende Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, zusätzlich einen Betrag in entsprechend gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten, bleibt unverändert¹⁰³.

Mit der in Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) TSVG-E vorgesehenen Neufassung des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V wird die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke der Mittel des Strukturfonds ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen (Nr. 1), die Förderung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem neuen Absatz 1b des § 105 SGB V (Nr. 4), die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung (Nr. 4) und die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (Nr. 5). Für die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach dem neuen Absatz 1b des § 105 SGB V und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung gilt, dass grundsätzlich jeweils nur die Errichtung, nicht hingegen der Betrieb der Einrichtung bzw. des lokalen Gesundheitszentrums über den Strukturfonds gefördert werden kann¹⁰⁴. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, wird in dem neuen Absatz 1b des § 105 SGB V – wie oben bereits dargelegt – die Anwendung der Regelungen nach §§ 87 bis 87s SGB V vorgegeben, um eine Gleichbehandlung mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu gewährleisten¹⁰⁵.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf in § 105 Abs. 1a SGB V einen neuen Satz 4 vor, mit dem gewährleistet werden soll, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Im begründeten Einzelfall können Mittel, die im vorgesehenen Verwendungszeitraum nicht ausgezahlt werden, in den darauf folgenden Verwendungszeitraum übertragen werden¹⁰⁶.

Um Transparenz über die mit Mitteln des Strukturfonds finanzierten Fördermaßnahmen herzustellen, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen in einem neuen Satz 5 des § 105 Abs. 1a SGB V schließlich verpflichtet werden, jährlich einen Bericht zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen. Darin sind die mit den Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen und die hierfür jeweils eingesetzten Finanzvolumina näher darzustellen¹⁰⁷.

103 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 59 und 141 f. zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb.

104 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc.

105 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc.

106 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc.

107 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc.

3.5. Instrumente zum Abbau bzw. zur Vermeidung von Überversorgung (§ 105 Abs. 3 SGB V)

3.5.1. Derzeitige Rechtslage

Nach der Bestimmung des § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die auf der bereits zum 1. Januar 1987 in Kraft getretenen Vorschrift des Bedarfsplanungsgesetzes basiert, umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Maßnahmen zur finanziellen Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, wie sie von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits vor Inkrafttreten dieser gesetzlichen Regelung durchgeführt wurden¹⁰⁸. Damit soll den mit der Zunahme der Arztzahlen verbundenen Problemen auf freiwilliger Basis begegnet werden¹⁰⁹. Die konkrete Ausgestaltung sowohl des zu fördernden Personenkreises als auch der Fördermaßnahmen liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigung¹¹⁰. Die finanzielle Förderung kann in der einmaligen Zahlung eines Ausgleichsbetrages oder einem zeitlich befristeten Übergangsgeld für den Einkommensverlust aufgrund der Praxisaufgabe bestehen¹¹¹. Im Gegenzug ist im Rahmen einer Vereinbarung mit dem betreffenden Vertragsarzt bzw. als Nebenbestimmung im Bewilligungsbescheid sicherzustellen, dass bei erneuter Zulassung kein Anspruch auf die geleistete finanzielle Förderung besteht bzw. diese in einem derartigen Fall zurückgefordert werden kann¹¹². Die Zahlung von Altersruhegeldern kann dagegen nicht auf § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB V gestützt werden¹¹³. Neben Ausgleichszahlungen an ausscheidende Ärzte für eingetretene Einkommensverluste kommt als Fördermaßnahme auch die Gewährung von Zuschüssen an Berufsausübungsgemeinschaften zum Zwecke der Übertragung von Arztpraxen an jüngere Ärzte in Betracht¹¹⁴. Die Fördermittel für die Maßnahmen nach § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind allein von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Verwaltungskosten zu tragen und können nur auf Satzungsgrundlage vergeben werden¹¹⁵.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber die bisherige Beschränkung der Förderung auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die mindestens 62 Jahre alt sind,

108 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 4.

109 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung, in: BT-Drs. 10/5630, S. 11.

110 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 12; Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 19.

111 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 42; Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 12; Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 4; Berner, in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner (Hrsg.), SGB V, § 105 Rn. 9; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 30.

112 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 12; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 42.

113 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 42.

114 Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, SGB V, § 105 Rn. 4; Berner, in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner (Hrsg.), SGB V, § 105 Rn. 9; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 30.

115 Vgl. Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 42 in Verbindung mit Rn. 33 ff.

gestrichen¹¹⁶. Zweck dieser Änderung war es, die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur finanziellen Förderung des freiwilligen Zulassungsverzichts zu erweitern, um sie verstärkt dafür zu nutzen, Überversorgung abzubauen¹¹⁷. Die Vorschrift verfolgt somit Steuerungszwecke im Zusammenhang mit der Bewältigung von Überversorgung¹¹⁸. Nur wenn der Zulassungsverzicht eine Strukturverbesserung im Sinne der Vermeidung des Eintritts von Überversorgung oder von deren Abbau bewirkt, ist der Einsatz von Finanzmitteln der Kassenärztlichen Vereinigung gerechtfertigt.

Dieses Förderinstrument kann damit etwa für Vertragsärzte in Betracht kommen, die nach kurzer Tätigkeit erkennen, dass sich ihre Erwartungen in der konkreten Praxis nicht erfüllen oder für Praxen, die keine wirtschaftliche Stabilität erreichen. Die finanzielle Förderung kann in diesen Fällen wirtschaftliche Nachteile ausgleichen, da eine Verwertung der Praxis diese meist nicht kompensieren wird. Durch eine Kombination mit einer Ansiedlungsförderung für unterversorgte Gebiete lässt sich der Struktureffekt gegebenenfalls kumulieren¹¹⁹. Das den Kassenärztlichen Vereinigungen durch § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB V zur Verfügung gestellte Steuerungsinstrument dient dagegen nicht der Existenzsicherung niederlassungswilliger junger Ärzte¹²⁰, da die Überversorgung mit dieser Förderungsrichtung gerade verfestigt würde; für Planungsbereiche, in denen Überversorgung auch nicht droht, ist ein Bedarf für eine so geartete Förderung nicht ersichtlich. Solche Zwecke können jedoch bei der Auswahlentscheidung im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 4 SGB V zur Geltung gebracht oder im Rahmen des § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V verfolgt werden¹²¹. Da der Einsatz dieses Förderinstruments nicht in der freien Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung steht, sondern – wie bereits erwähnt – der pflichtgemäßen Ermessensausübung bedarf, muss die Förderung insbesondere geeignet sein, den Struktureffekt zu erreichen. Dies wäre grundsätzlich nicht der Fall, wenn der verzichtende Vertragsarzt ein Nachbesetzungsverfahren betreiben würde¹²².

116 Vgl. Art. 1 Nr. 37 Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa GKV-VStG.

117 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe c.

118 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 19; Murawski, in: Hänlein/Schuler, LPK-SGB V, § 105 Rn. 10; Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 12; Ossege, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, § 105 SGB V, Rn. 18; Jäger, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, § 105 Rn. 1.

119 Vgl. Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 19.

120 So aber Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 28 f.

121 Vgl. Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 19.

122 Vgl. Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 19.

Durch die im Rahmen des GKV-VStG neu eingeführte Regelung in § 105 Abs. 3 Satz 2 SGB V¹²³ wird klargestellt, dass die finanzielle Förderung zum Verzicht auf eine Zulassung in einem Planungsbereich, für den wegen Überversorgung Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auch in dem Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung liegen kann, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V verzichtet wird. Diese Handlungsmöglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen dient dazu, gezielte Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung zu ergreifen¹²⁴. Unter „Aufkauf der Arztpraxis“ im Sinne des § 105 Abs. 3 Satz 2 SGB V ist die Zahlung eines potentiellen Kaufpreises zu verstehen. Die Praxis soll also weder im Bestand noch mit ihrer Ausstattung gekauft werden. Vielmehr soll der Arzt bewegt werden, mit dem Verzicht die Praxis zu schließen, ohne dass die Praxis an einen Nachfolger verkauft wird¹²⁵. Der Aufkauf erfolgt durch einen Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Vertragsarzt, kann also nicht einseitig von der Kassenärztlichen Vereinigung durchgesetzt werden. Zum Inhalt dieses Vertrages gehört der Verzicht des Arztes auf ein Nachbesetzungsverfahren. Der Kaufpreis wird zwischen den Vertragsparteien ausgehandelt, wobei der Nachbesetzungsverzicht – auch mit Blick auf § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB V – gewichtet werden darf¹²⁶. Auch der Aufkauf von Arztpraxen ist allein aus den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzieren. Eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten eines solchen Aufkaufs ist nicht vorgesehen¹²⁷. Die von der Bundesregierung mit dem Entwurf des GKV-VStG zunächst verfolgten weitergehenden Pläne (Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen im Nachbesetzungsverfahren und Stilllegung von Arztpraxen gegen Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts¹²⁸) sind nicht Gesetz geworden.

In der Praxis förderten im Jahr 2014 lediglich die Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und Bremen den freiwilligen Zulassungsverzicht nach § 105 Abs. 3 Satz 1 SGB 2 V; bis zu diesem Zeitpunkt sind hierdurch jedoch bundesweit keine Arztsitze, sondern lediglich in Bremen elf Sitze von psychologischen Psychotherapeuten abgebaut worden. Im Sinne

123 Vgl. Art. 1 Nr. 37 Buchstabe c, Doppelbuchstabe bb GKV-VStG.

124 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe c.

125 Pawlita, in: jurisPK-SGB V, § 105 Rn. 44.

126 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 20; anderer Ansicht Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 31, der die Höhe des Verkehrswerts der Arztpraxis als maßgeblich ansieht, weil ein Aufkauf unterhalb dieses Wertes mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben der Eigentumsgarantie nach Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz nicht vereinbar sei.

127 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe c.

128 Vgl. hierzu Art. 1 Nr. 36 Buchstabe d des Gesetzentwurfs, in: BT-Drs. 17/6906, S. 23.

des § 105 Abs. 3 Satz 2 SGB V „aufgekauft“ wurde bundesweit bis dahin lediglich ein Arztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein¹²⁹.

3.5.2. Reformpläne

Der Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG-E) sieht in Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc¹³⁰ vor, den Regelungsinhalt des bisherigen § 105 Abs. 3 SGB V als Nummer 6 in die geplante Neufassung des § 105 Abs. 1a Satz 3¹³¹ zu übernehmen und ihn um die vorgenannten Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V zu ergänzen. Die Bestimmung des § 105 Abs. 1a Satz 3 Nr. 6 SGB V in der Fassung des TSVG-E legt hierzu fest, dass die Mittel des Strukturfonds insbesondere auch für die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Abs. 3a Satz 1 SGB V und für Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V verwendet werden sollen. Möglich ist danach künftig eine Förderung des freiwilligen Verzichts sowohl in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkungen, als auch in Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen, wenn der Vertragsarzt auf einen Nachbesetzungsantrag verzichtet. Nach dieser Regelung ist es künftig darüber hinaus auch möglich, in Fällen, in denen der Zulassungsausschusses einen Antrag auf Nachbesetzung ablehnt, die nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V bisher allein von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Entschädigungen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V zu finanzieren¹³². Als Folgeänderung zu § 105 Abs. 1a Satz 3 Nr. 6 SGB V in der Fassung des TSVG-E sollen die bisherigen Regelungen in § 105 Abs. 3 SGB V durch Art. 1 Nr. 56 Buchstabe d TSVG-E aufgehoben werden¹³³.

3.6. Eigene Einrichtungen der Kommunen (§ 105 Abs. 5 SGB V)

Die Vorschrift des § 105 Abs. 5 SGB V, die durch das GKV-VStG eingefügt wurde¹³⁴, ermöglicht es erstmals auch Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten zu betreiben.

129 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. 368 f.

130 Vgl. BR-Drs. 504/18, S. 26.

131 Zur geplanten Neufassung des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V durch Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 3.4.2.

132 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 142 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc.

133 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), in: BR-Drs. 504/18, S. 144 zu Art. 1 Nr. 56 Buchstabe d.

134 Vgl. Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e in Verbindung mit Art. 15 Abs. 1 GKV-VStG.

Die Voraussetzungen für die Gründung bzw. den Betrieb dieser kommunalen Eigeneinrichtungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung sind in § 105 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V geregelt. Betreiber solcher Einrichtungen können nach § 105 Abs. 5 Satz 1 SGB V die „Kommunen“ sein. Mit dieser allein an die politische Organisationsstruktur (Städte, Gemeinden und Landkreise) anknüpfenden Begriffsbildung sollte – in Abänderung der ursprünglichen Formulierung „kommunale Träger“ im Gesetzentwurf der Bundesregierung¹³⁵ – klargestellt werden, dass Kommunen auch dann angesprochen werden, wenn eine Trägerschaft noch nicht besteht. Gleichzeitig sollte vermieden werden, dass die Definition des Begriffs „Kommunale Träger“ aus dem Recht der Grundsicherung für Arbeitssuchende (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Zweites Buch¹³⁶) irrtümlich auf die vorliegende Konstellation übertragen wird¹³⁷. Letztlich wird mit dem Begriff der „Kommunen“ zum Ausdruck gebracht, dass die Organisationsverantwortung bei den Kommunen liegt, die selbst entscheiden können, in welcher konkreten Organisationsform solche Einrichtungen betrieben werden. In Betracht kommen dabei neben organisatorisch verselbständigten Eigenbetrieben auch öffentlich-rechtlich (beispielsweise kommunale Anstalten) oder privatrechtlich organisierte Träger. Bei entsprechendem Bedarf können solche Einrichtungen auch von mehreren Kommunen gemeinsam betrieben werden¹³⁸.

Der Betrieb einer kommunalen Einrichtung zur medizinischen Versorgung ist nach § 105 Abs. 5 Satz 1 SGB V auf „begründete Ausnahmefälle“ beschränkt. Damit hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass kommunale Eigeneinrichtungen als vertragsärztliche Leistungserbringer eine Notlösung sein sollen, streng subsidiär zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenwirken mit den Krankenkassen. Ein „Ausfallbürge“ sollen sie nicht sein¹³⁹. Ein begründeter Ausnahmefall kann gemäß § 105 Abs. 5 Satz 2 SGB V insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Dies kann der Gesetzesbegründung zufolge beispielsweise dann der Fall sein, wenn die von der Kassenärztlichen Vereinigung zuvor ergriffenen Sicherstellungsmaßnahmen nicht gegriffen haben¹⁴⁰.

135 Vgl. Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e des Gesetzentwurfs, in: BT-Drs. 17/6906, S. 24.

136 Zweites Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl I S. 850, 2094), zuletzt geändert durch Art. 20 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541).

137 Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 17/6906, 17/7274 –, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), in: BT-Drs. 17/8005, S. 114 zu Art. 37 Buchstabe e.

138 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 26; vgl. auch Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 33.

139 Vgl. die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des GKV-VStG, in: BR-Drs. 456/11 (B), S. 52.

140 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e.

Voraussetzung für die Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung ist nach § 105 Abs. 5 Satz 1 SGB V zudem, dass die Kassenärztliche Vereinigung, deren Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V hiervon unberührt bleibt¹⁴¹, zuvor der Gründung einer solchen Einrichtung zustimmt. Dieses Zustimmungserfordernis bringt nach der Gesetzesbegründung ebenfalls zum Ausdruck, dass der Betrieb einer Eigeneinrichtung durch kommunale Träger gegenüber Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung subsidiär ist¹⁴². Liegt ein Versorgungsnotstand vor, hat die Kassenärztliche Vereinigung deshalb in Ausübung ihrer Sicherstellungsverantwortung zu prüfen, ob die Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung in Betracht kommt. Dabei wird nicht nur das Gründungskonzept von Bedeutung sein, sondern auch die Frage der Abwicklung, wenn der Bedarf für die Einrichtung entfällt. Weigert sich die Kassenärztliche Vereinigung, die Zustimmung zu erteilen, so bleibt die Kommune auf den Aufsichtsweg verwiesen; eine Verpflichtungsklage nach § 42 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO)¹⁴³ scheidet angesichts fehlender Betroffenheit in eigenen Rechtspositionen aus¹⁴⁴.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen zum Betrieb einer kommunalen Eigeneinrichtung vor, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung nach § 105 Abs. 5 Satz 3 SGB V auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. Der Zulassungsausschuss hat diese Ermächtigung zu erteilen, da das Gesetz insoweit ausdrücklich eine gebundene Entscheidung vorsieht¹⁴⁵. Aus der Verweisung des § 105 Abs. 5 Satz 4 SGB V auf die Regelung in § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V folgt, dass die Anstellung von Ärzten in der kommunalen Einrichtung – ebenso wie in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren – der Genehmigung des Zulassungsausschusses bedarf. Diese ist zu erteilen, wenn die Ärzte in das Arztregister eingetragen sind (§ 105 Abs. 5 Satz 4 in Verbindung mit § 95 Abs. 2 Satz 8 und 5 SGB V). Aus der in § 105 Abs. 5 Satz 4 SGB V festgelegten entsprechenden Anwendung auch des § 95 Abs. 1 Satz 9 SGB V folgt, dass die Genehmigung zu versagen ist, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind¹⁴⁶. Da die kommunale Einrichtung aber

141 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e.

142 Vgl. die Begründung 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 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e.

143 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. März 1991 (BGBl. I S. 686), zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151).

144 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 28.

145 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 37; Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 17; Sproll, in: Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 29.

146 Vgl. hierzu auch die Begründung 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 f. zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e.

gerade einen Versorgungsnotstand ausgleichen soll, sind derartige Konstellationen nicht ersichtlich¹⁴⁷.

Die in ermächtigten kommunalen Eigeneinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet (§ 120 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V). Die Vergütung wird von dem kommunalen Träger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet¹⁴⁸. Dies verdeutlicht, dass kommunale Eigeneinrichtungen als vertragsärztliche Leistungserbringer einzuordnen sind. Sie sind hingegen kein öffentliches Gesundheitsamt, das außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung steht¹⁴⁹. Dies unterstreichen auch die in § 77 Abs. 3 SGB V und § 95d Abs. 5 SGB V getroffenen Regelungen¹⁵⁰. Danach sind die in einer kommunalen Eigeneinrichtung angestellten Ärzte Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, wenn sie mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind (§ 77 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V), und es gilt die Pflicht zur Fortbildung auch für sie (§ 95d Abs. 5 SGB V). Wie sich aus einem Umkehrschluss aus § 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V ergibt, werden sie aber – anders als die in Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte¹⁵¹ – bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich nicht entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig berücksichtigt, in die Bedarfsplanung also nicht einbezogen¹⁵². Vor dem Hintergrund, dass kommunale Eigeneinrichtungen ohnehin nur als eine Art „Nothelfer“ für die Fälle gedacht sind, in denen die Versorgung anders nicht sichergestellt werden kann, erscheint das konsequent. Das Bedarfsplanungssystem hat dann ohnehin mit seinen intendierten steuernden Wirkungen versagt¹⁵³. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch nachvollziehbar, dass jedenfalls bis zum Jahr 2014 noch keine kommunale Einrichtung nach § 105 Abs. 5 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden ist¹⁵⁴.

147 Sproll, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, § 105 Rn. 29.

148 Vgl. die Begründung 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. 79 zu Art. 1 Nr. 37 Buchstabe e.

149 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 39; vgl. auch Axer, Kooperationen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus verfassungsrechtlicher Seite, in: GesR 2012, 714, 719.

150 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 40.

151 Zu den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 3.3.

152 Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 105 Rn. 17; Pawlita, in: jurisPK-SGB V, §105 Rn. 46; Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 105 Rn. 40.

153 Geiger, in: Hauck/Noftz, SGB V, §105 Rn. 40.

154 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. 368.

4. Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach § 75a SGB V

4.1. 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 wird¹⁵⁵. 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 1998¹⁵⁶ eine Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gesetzlich geregelt und in den folgenden Jahren weiterentwickelt worden¹⁵⁷. 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 Prozent¹⁵⁸. In dem Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen¹⁵⁹ 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

155 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.

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

157 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.

158 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.

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

Entwicklung im Gesundheitswesen wurde dabei in Teilen Rechnung getragen. Anders als im Regierungsentwurf des GKV-VSG zunächst vorgesehen¹⁶⁰, wurde die Förderung auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit¹⁶¹ 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 werden¹⁶². Dies sei erforderlich, damit sich auch in Zukunft ausreichend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in freier Praxis entscheiden würden¹⁶³.

4.2. 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 das Gehalt ansehen müssen, das sich aus den für Krankenhausassistentenärzte geltenden tarifvertraglichen Vereinbarungen ergibt¹⁶⁴. Der Aufstockungsbetrag soll nach dem gesetzgeberischen Willen nur einen geringfügigen Eigenbetrag darstellen, um so eine große Anreizwirkung zur Schaffung von Weiterbildungsplätzen zu entfalten¹⁶⁵.

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

160 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.

161 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.

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

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

164 Vgl. Hesral, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn. 11.

165 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.

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 ansah¹⁶⁶.

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 dem GKV-OrgWG mit Wirkung vom 1. Januar 2009 für den Regelfall eingeführte Mindestzahl von 5.000 zu fördernden Weiterbildungsstellen zu erreichen¹⁶⁷.

4.3. 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). Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Probleme beim ärztlichen Nachwuchs in der ambulanten Versorgung nicht auf die hausärztliche Versorgung beschränkt sind¹⁶⁸, sondern auch insbesondere solche Fachgebiete oder Teile von Fachgebieten umfassen, in denen das Einkommensniveau unter dem Durchschnitt der Vertragsärzte liegt. Dies ist zum Beispiel bei den konservativ tätigen, nicht operierenden Augenärzten der Fall¹⁶⁹. Welche Arztgruppen als „grundversorgende Fachärzte“ in die Förderung einzubeziehen sind, haben die Vertragspartner

166 Vgl. Hersal, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn.17.

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

168 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.

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

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.

4.4. 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 hatten 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“) hatte 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.

Nach § 75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V hatten die Selbstverwaltungspartner insbesondere Vereinbarungen über die Höhe der finanziellen Förderung der Weiterbildung zu treffen. 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 werden¹⁷⁰. 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

170 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.

Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.¹⁷¹ sowie im Benehmen mit der Bundesärztekammer¹⁷² nachgekommen¹⁷³. Die Fördervereinbarung ist gemäß § 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Satzung für die Mitglieder der Kassenärzten Vereinigungen¹⁷⁴ bindend und begründet Rechtsansprüche zugunsten der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren sowie auch der Weiterzubildenden¹⁷⁵. 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).

-
- 171 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).
- 172 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).
- 173 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.
- 174 Vgl. dazu § 77 Abs. 3 SGB V.
- 175 Vgl. Hersal, in: jurisPK-SGB V, § 75a Rn. 25.

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 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.

5. Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben zum Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen nach den §§ 105 und 75a SGB V zur Verfügung stehenden Förder- und Sicherstellungsinstrumente genutzt bzw. umgesetzt haben, soll – wie einleitend bereits erwähnt – am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen erläutert werden. Dabei sollen die zentralen – vor allem die der Förderung des Medizinstudiums, der Weiterbildung und der Niederlassung dienenden – Maßnahmen dargelegt werden, die die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen in diesen Bundesländern ergriffen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Soweit entsprechende aktuelle 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. Eine Übersicht über die in der Praxis von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum Jahr 2013 ergriffenen Maßnahmen gegen Unter- und Überversorgung liefert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2014: „Bedarfsgerechte Versorgung

– Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche¹⁷⁶, auf dessen Ausführungen ergänzend verwiesen wird¹⁷⁷.

5.1. Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

5.1.1. 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 Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds (Sicherstellungsrichtlinie)“ vom 15. Juni 2016 festgelegt¹⁷⁸.

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 Fördermaßnahmen¹⁷⁹. Dabei differenziert die Richtlinie zwischen Fördermaßnahmen für Planungsbereiche, für die der Landesausschuss der

176 Vgl. die Unterrichtung durch die Bundesregierung, 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. 367 ff.

177 Vgl. darüber hinaus die Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2018: „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, in: BT-Drs. 19/3180, S. 93 zu Ziffer 84.

178 „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.

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

Ärzte und Krankenkassen in Bayern Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat¹⁸⁰ sowie Fördermaßnahmen, die unabhängig von Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V ergriffen werden können¹⁸¹. 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. Darüber 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 aber nicht¹⁸².

Für die aus den Mitteln des Strukturfonds zu finanzierenden 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 Feststellungen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V („Fördertopf 2“). Der Finanzplan regelt die Verteilung der Mittel des Strukturfonds auf die beiden Fördertöpfe¹⁸³.

5.1.2. 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 Fördermaßnahmen¹⁸⁴, KVB-Eigeneinrichtungen¹⁸⁵ und KVB-Arztpraxen zur Nutzung durch Vertragsärzte¹⁸⁶.

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

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

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

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

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

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

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

5.1.2.1. 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 vorgenannten Fördermaßnahmen, im förderungsfähigen Planungsbereich den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie 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 bestehen¹⁸⁷. Bei einem planungsbereichsbezogenen Förderprogramm handelt es sich um ein vom Vorstand der KVB be-

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

schlossenes 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 ist¹⁸⁸, 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 Sicherstellungsrichtlinie¹⁸⁹. Ein Zuschuss nach Ziffer 1 kann nur gewährt werden, wenn nach Maßgabe der Regelungen des Finanzplans ausreichend Fördermittel zur Verfügung stehen¹⁹⁰.

5.1.2.1.1. 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

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

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

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

- 90.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss ein 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.

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. Außerdem hat sich der Antragsteller gegenüber der KVB zu verpflichten, in dem förderungsfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde, 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 berücksichtigen¹⁹¹.

5.1.2.1.2. 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. Außerdem hat sich der Antragsteller gegenüber der KVB zu verpflichten, in dem

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

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 Anhang 1a förderungsfähigen Planungsbereich in seiner Vertragsarztpraxis eine dem jeweiligen Honorarbescheid zugrundeliegende Mindestanzahl an Patientenbehandlungen durchgeführt haben¹⁹².

5.1.2.1.3. 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.

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 anzubieten¹⁹³.

5.1.2.1.4. 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 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 des finanziellen Zuschusses beträgt 4.000 Euro pro

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

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

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 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 beschäftigen¹⁹⁴.

5.1.2.1.5. 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 Stellengesuche, 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.

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.

5.1.2.1.6. 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. 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

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

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 Praxismachfolger 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.

5.1.2.2. 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 vertragsarztrechtlichen Vorgaben führt¹⁹⁵.

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 freiberuf-

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

lich 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 gewährleisten¹⁹⁶.

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 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 regeln¹⁹⁷.

5.1.2.3. 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 haben¹⁹⁸.

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

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

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

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 entschädigt¹⁹⁹. Für die Nutzung der KVB-Arztpraxis durch einen 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 müssen²⁰⁰. 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 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 regeln²⁰¹.

5.1.3. 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

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

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

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

Zusammenhang nur die planungsbereichsbezogenen finanziellen Fördermaßnahmen²⁰² und die Nachwuchsförderung in Form einer Förderung der Famulatur²⁰³ von Bedeutung.

5.1.3.1. 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.

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 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 gelten. 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.

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

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

5.1.3.1.1. 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 Sicherstellungsrichtlinie – 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.

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 berücksichtigen²⁰⁴.

5.1.3.1.2. 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. 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 beschäftigen²⁰⁵.

5.1.3.2. 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 Studienab-

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

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

gänger 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 kennenlernen²⁰⁶.

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 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 Unterversorgung oder nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, erhöht sich die Förderung um 200 Euro. Pro Jahr wird im Verwaltungsbezirk der KVB grundsätzlich die Ableistung von 140 Famulaturen gefördert²⁰⁷.

Förderungsempfänger können alle Studierenden sein, die an einer deutschen Hochschule im Fach Humanmedizin eingeschrieben sind, wenn sie gemäß den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtlichen 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 ausbildungsrechtlichen Vorschriften anerkennungsfähig sind und sich mindestens über einen Monat erstrecken. Außerdem ist die Famulatur, für die ein Antrag auf Förderung gestellt wurde, in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum abzuleisten, die bzw. das sich im ländlichen Raum befindet.

5.2. Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (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 sorgen²⁰⁸. Zur

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

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

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

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. Alle diese Maßnahmen hat die KVN unter dem Motto „Niederlassen für die Menschen in Niedersachsen“ in einer Broschüre zusammengefasst²⁰⁹. 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 zeigen²¹⁰.

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

In Wahrnehmung der in § 105 Abs. 1 Satz 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 KVN zum 1. April 2014 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V gebildet²¹¹. Mit den Mitteln des Strukturfonds in Höhe von mehr als vier Millionen Euro jährlich²¹² können Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf dem Land finanziert werden. Die Grundsätze zur Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds werden in der „Strukturfonds-Richtlinie“ festgelegt²¹³. 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 Strukturfonds²¹⁴.

209 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>.

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

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

212 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>.

213 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 mit Wirkung zum 1. Januar 2016; abrufbar im Internet unter: <http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/binarywriterservlet?imgUid=261153a5-7a54-051e-581f-ee3b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>.

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

5.2.2. 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 beschäftigen²¹⁵. Gefördert werden Aufwendungen (Investitionskosten) für den Erwerb und die Ausstattung, die mit dem Betrieb einer Praxis oder der Anstellung eines Arztes zusammenhängen²¹⁶.

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 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

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

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

fachärztlichen Versorgung gemäß § 14 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine Förderung ausgeschlossen²¹⁷. Die Zulassung und Anstellung wird im Übrigen nur dann gefördert, wenn sie bedarfsplanungsrelevant ist und der Umfang der Anstellung mindestens zwanzig Stunden wöchentlich beträgt²¹⁸.

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 zurückzuzahlen²¹⁹.

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 Anwendung²²⁰.

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 Umsatzgarantie²²¹. 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

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

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

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

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

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

von fünf Jahren aus dem Vertragsarzt zuzurechnenden Gründen endet, ist die Umsatzgarantie zurückzuzahlen²²².

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.

Angaben der KVN zufolge²²³ 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 gezahlt²²⁴. 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.

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

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

224 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>.

5.2.3. 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“ – die „Richtlinie zur Förderung der ambulanten Weiterbildung“ beschlossen²²⁵. Die Richtlinie regelt die finanzielle Förderung der Weiterbildung von Ärzten zum Erwerb zulassungsfähiger Gebietsbezeichnungen und Facharztkompetenzen in den Praxen niedergelassener Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Medizinischen Versorgungszentren²²⁶.

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 Facharztkompetenzen²²⁷. 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 tragen²²⁸. Finanziert werden die nach den Regelungen der Richtlinie beschlossenen Fördermaßnahmen aus dem bei der KVN zentral gebildeten Sicherstellungsfonds²²⁹.

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

225 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.

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

227 Vgl. § 3 der Richtlinie.

228 Vgl. § 4 der Richtlinie.

229 Vgl. § 7 der Richtlinie.

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.

5.2.4. 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.

5.3. Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung 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.

5.3.1. 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, 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“²³⁰. Danach fördert die KV RLP die Famulatur von Studierenden der Medizin gemäß § 7 Abs. 2 Approbationsordnung²³¹

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

231 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).

in hausärztlichen Praxen ihrer Mitglieder nach § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 3, 4 und 5 SGB V²³². Antragsberechtigt sind Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren in Rheinland-Pfalz²³³. Nach der Richtlinie können bis zu zwei Famulaturmonate mit jeweils 500 Euro gefördert werden²³⁴. Die Vergabe der Förderzusagen erfolgt nach der Reihenfolge der Antragseingänge bis zur Ausschöpfung des im Haushalt zur Verfügung stehenden Fördervolumens.

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 erhöht²³⁵. Famulaturbörsen ergänzen das Förderprogramm und geben Auskunft über die aktuell freien Famulaturplätze.

5.3.2. 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 ist²³⁶. Soweit diese Richtlinie keine abweichenden Bestimmungen enthält, gelten die Vorgaben der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V²³⁷. 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 kann²³⁸. 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 Euro²³⁹.

232 Vgl. § 1 der Richtlinie.

233 Vgl. § 2 der Richtlinie.

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

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

236 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.

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

238 Vgl. § 1 Abs. 1 der Richtlinie.

239 Vgl. § 4 Abs. 1 der Richtlinie.

Gefördert wird zum einen – mit einer maximalen Förderdauer von 42 Monaten – die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern es sich um einen aner kennungsfähigen Weiterbildungsabschnitt nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung handelt²⁴⁰. Soweit der Landesaus schuss 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, wird eine höhere finanzielle Förderung im vertragsärztlichen Bereich gezahlt. Der Erhöhungsbetrag der Förderung je be setzter Stelle in unterversorgten Gebieten beträgt monatlich 500 Euro, in drohend unterversorgten Gebieten monatlich 250 Euro²⁴¹. 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 Ju gendmedizin, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie²⁴². In diesen Fachgebieten beträgt die Förder dauer des Weiterbildungsverhältnisses grundsätzlich mindestens zwölf zusammenhängende Mo nate 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 vorsieht²⁴³.

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 beschlossen²⁴⁴. Sie ergänzt die vorgenannte „Richtlinie zur Förde rung 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 Weiter bildungsstätte anerkannt sind und eine gültige Weiterbildungsbefugnis vorhanden ist²⁴⁵. Geför dert werden nach der Richtlinie alle Weiterbildungen zum Erwerb einer Facharztkompetenz.

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

241 Vgl. § 8 Abs. 1 der Richtlinie.

242 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).

243 Vgl. § 11 Abs. 1 der Richtlinie.

244 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.

245 Vgl. § 1 Abs. 1 der Richtlinie.

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“ erfolgt²⁴⁶. Die Förderung beträgt bei einer Vollzeitbeschäftigung 2.400 Euro²⁴⁷. Die Förderdauer des Weiterbildungsverhältnisses muss mindestens sechs zusammenhängende Monate in einer Weiterbildungspraxis betragen.

5.3.3. 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 Euro²⁴⁸ 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“²⁴⁹. 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 fördern²⁵⁰. 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 sollen²⁵¹. 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 Fördergebieten²⁵². Förderberechtigt sind niederlassungswillige Vertragsärzte/Kooperationen, die das besondere wirtschaftliche Risiko freiberuflicher vertrags-

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

247 Vgl. § 5 Abs. 1 der Richtlinie.

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

249 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.

250 Vgl. hierzu die Präambel der Förderrichtlinie Strukturfonds.

251 Vgl. § 1 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

252 Vgl. § 2 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

ärztlicher Tätigkeit auf sich nehmen und im Fördergebiet vertragsärztlich, auch in Nebenbetriebsstätten, tätig werden wollen und/oder in diesen Gebieten für die vertragsärztliche Tätigkeit Ärzte anstellen²⁵³. 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 werden²⁵⁴. 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 Fördergebiet²⁵⁵. 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 Versorgungsauftrag²⁵⁶. Auch der angestellte Arzt muss nach dem Beginn der Förderung fünf Jahre im Fördergebiet vertragsärztlich tätig sein.

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 bewährt²⁵⁷. 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 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

253 Vgl. § 3 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

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

255 Vgl. § 6 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

256 Vgl. § 7 Ziffer 1 der Förderrichtlinie Strukturfonds.

257 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/>

zurückgemeldet, dass eine Niederlassung sowie eine Beschäftigung eines angestellten Arztes bzw. einer angestellten Ärztin für sie ohne die finanzielle Unterstützung nicht in Frage gekommen wären²⁵⁸.

5.4. Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

5.4.1. 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 Satz 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 sind 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 worden²⁵⁹.

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 Niederlassung²⁶⁰ und Weiterbildung²⁶¹ sowie zur Förderung der Ausbildung und Vergabe von Stipendien²⁶² zur Anwendung.

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

259 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.

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

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

262 Vgl. Teil I § 11 des Sicherstellungsstatuts.

In Teil II §§ 1 bis 4 des Sicherstellungsstatuts werden Regelungen zur Bildung und Verwendung eines Weiterbildungsfonds²⁶³ sowie zur Förderung der allgemeinmedizinischen und sonstigen Facharztweiterbildung²⁶⁴ 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 Fördermaßnahmen zu erlassen. Mit der „Richtlinie zum Sicherstellungsstatut“, die zuletzt am 25. Oktober 2017 geändert wurde, hat der Vorstand von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht²⁶⁵.

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 Landesausschusses 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 (§ 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.

5.4.2. 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

263 Vgl. Teil II § 1 des Sicherstellungsstatuts.

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

265 Richtlinie des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KV Thüringen) zum Sicherstellungsstatut, zuletzt geändert am 25. Oktober 2017, in Kraft getreten im Wesentlichen am 1. Januar 2018; abrufbar im Internet unter: http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/recht/rechtsquellen/rechtsquellen_kv/56_KVT_Richtlinie-zum-Sicherstellungsstatut.pdf.

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 vorsahen²⁶⁶. Am 3. November 2017 hat der Landesausschuss für das Jahr 2018 erneut ein umfangreiches Förderpaket für niedergelassene und niederlassungsinteressierte Ärzte in Thüringen beschlossen²⁶⁷. 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 werden²⁶⁸. 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. 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. 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.

266 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.

267 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.

268 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.

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 gebunden²⁶⁹. Ein Sicherstellungsbrennpunkt kann insbesondere vorliegen, wenn lokale Defizite in der Versorgung festgestellt wurden, eine Häufung von Patientenbeschwerden bzw. Vermittlungen durch die Terminservicestelle vorliegen oder ein Vertragsarzt alters- oder krankheitsbedingt ausfällt²⁷⁰. Die Investitionspauschale beträgt bei Praxisneugründungen und Praxisübernahmen maximal 40.000 Euro. 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.

5.4.3. 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.

269 Vgl. Teil II Abs. 2 der Richtlinie.

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

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 mit den regionalen Festlegungen nach § 3 Abs. 7 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V erfasst sind²⁷¹. 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 hat²⁷².

Bei ganztägiger Beschäftigung beträgt die Förderhöhe monatlich 4800 Euro. Bei einer Beschäftigung in Teilzeit erfolgt die Förderung dagegen anteilig entsprechend dem Beschäftigungsumfang²⁷³. 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 wird²⁷⁴. 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 wird²⁷⁵. Die Vergabe der Fördermittel erfolgt bis zur Ausschöpfung der jahresbezogenen zweckgebundenen Finanzmittel aus den Strukturfonds²⁷⁶.

6. Literaturverzeichnis

Axer, Peter, Kooperationen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: Gesundheitsrecht (GesR), Zeitschrift, 2012, 714-723.

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.

BeckOK Sozialrecht, herausgegeben von Richard Giesen, Ralf Kreikebohm, Christian Rolfs und Peter Udsching, 50. Edition, Stand: 1. September 2018, Verlag C. H. Beck, München.

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

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

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

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

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

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

Berchtold, Josef/Huster, Stefan/Reborn, Martin (Hrsg.), Gesundheitsrecht: SGB V/SGB XI, 2. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2018.

Bogan, Aaron, Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen – Zugleich eine Analyse der Auswirkungen selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen auf die vertragsärztliche Sicherstellungsarchitektur, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2012.

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

Eichenhofer, Eberhard/von Koppenfels-Spies, Katharina/Wenner, Ulrich (Hrsg.), Kommentar zum Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage, Luchterhand Verlag, Köln 2018.

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>.

Hänlein, Andreas/Schuler, Rolf (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2016.

Hauck/Noftz, Wolfgang, SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: 11/18, 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), 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.

Kaltenborn, Markus/Völger, Jessica, Die Neuordnung des Bedarfsplanungsrechts durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, in: Gesundheitsrecht (GesR), Zeitschrift, 2012, 129-135.

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 Leitheer, Bernd Mutschler, Loseblattwerk, Stand: 100. Ergänzungslieferung, Juni 2018, Verlag C. H. Beck, München 2018.

Klose, Joachim/Uhlemann, Thomas, Ärzte besser verteilen – das geht!, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), Zeitschrift, 2006, Nr. 2, S. 16-17; abrufbar im Internet unter: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulanten_versorg/wido_amb_bedarfsplanung_0306.pdf.

Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Loseblattwerk, Stand: 99. Ergänzungslieferung, Juni 2018, Verlag C. H. Beck, München 2018.

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

Martini, Mario/Ziekow, Jan, 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; abrufbar im Internet unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Martini_Ziekow_Gutachten_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, Unterrichtung durch die Bundesregierung, in: BT-Drs. 18/1940 vom 26. Juni 2014.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Unterrichtung durch die Bundesregierung, in: BT-Drs. 19/3180 vom 4. Juli 2018.

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.

Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Auflage, Verlag C. H. Beck, München 2018.

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