

Richtlinie des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg Vorpommern (KVMV) gemäß § 105 Abs. 1 a SGB V in Verbindung mit § 9 Ziffer 5 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Mitteln aus dem Strukturfonds

Präambel

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg Vorpommern (KVMV) hat gemäß § 9 Ziffer 5 HVM die Bildung eines einheitlichen Strukturfonds beschlossen. Gemäß § 105 Abs. 1a SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sollen Mittel des Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Nach Maßgabe des HVM ist der Vorstand der KVMV ermächtigt, über die Höhe der Zuführung bzw. Entnahme zu entscheiden. Basierend auf diesen Grundlagen sind in der vorliegenden Richtlinie die Grundsätze zur Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds der KVMV niedergelegt.

Kapitel I

Maßnahmen in Gebieten, in denen der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Absatz 1 SGB V getroffen hat

§ 1 Gewährung von Investitionskostenzuschüssen

1. Gewährung von Investitionskostenzuschüssen bei Neuniederlassung bzw. Praxisübernahme

Vertragsärzten, denen eine Zulassung in einem Gebiet mit festgestellter bzw. drohender Unterversorgung erteilt wird, kann auf Antrag ein Investitionskostenzuschuss gewährt werden.

Der Zuschuss beträgt für Niederlassungen oder Praxisübernahmen in von Unterversorgung bedrohten Bereichen im Regelfall 25.000,- Euro. Bei Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs kann ein höherer Zuschuss gewährt werden. Darüber hinaus wird ein Zuschlag zur Förderung von hausärztlichen Niederlassungen bzw. Praxisübernahmen von weiteren 25.000,- Euro gewährt, wenn in einem Umkreis von 10 km um den Praxissitz herum mehr als 25 Prozent der Hausärzte 60 Jahre und älter sind oder die auf diesen eingegrenzten Bereich berechnete Arzt-Einwohner-Verhältniszahl größer als 1.425 ist. Bei Niederlassungen oder Praxisübernahmen in Planungsbereichen, in denen Unterversorgung eingetreten ist, beträgt die Förderung im Regelfall 50.000 Euro. Diese wird bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen nach Satz 3 dieses Absatzes auf insgesamt 75.000 Euro erhöht. Bei hälftigen Zulassungen ist eine anteilige Förderung möglich.

Maßgeblich für das Vorliegen der Förderungsvoraussetzungen ist jeweils der Zeitpunkt der Entscheidung über den Zulassungsantrag.

Die Gewährung der Zuschüsse wird an folgende Bedingungen geknüpft:

a) Der Vertragsarzt verpflichtet sich, seine Tätigkeit mindestens 5 Jahre am Zulassungsort auszuüben.

b) Bei der Übernahme von Arztpraxen müssen im 2. Abrechnungsquartal mindestens 50 Prozent der durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen der jeweiligen Arztgruppe erreicht werden. Bei neugegründeten Arztpraxen müssen im 4. Abrechnungsquartal mindestens 50 Prozent der durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen der jeweiligen Arztgruppe erreicht werden.

c) Bei der Übernahme von Arztpraxen müssen spätestens im 8. Abrechnungsquartal mindestens 85 Prozent der durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen der jeweiligen Arztgruppe erreicht werden. Bei neugegründeten Arztpraxen müssen spätestens im 12. Abrechnungsquartal mindestens 85 Prozent der durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen der jeweiligen Arztgruppe erreicht werden.

d) Der Vertragsarzt soll zum Zeitpunkt der Zulassung grundsätzlich nicht älter als 50 Jahre sein. Förderungen von Vertragsärzten, die zum Zeitpunkt der Zulassung älter als 55 Jahre sind, sind ausgeschlossen.

e) Bei dem Vertragsarzt dürfen keine Umstände vorliegen, die eine volle vertragsärztliche Tätigkeit einschränken.

f) Sprechstunden sind in ausreichender Zahl abzuhalten und die erforderliche Besuchspraxis ist durchzuführen.

g) Bei einem Verstoß gegen die unter a)-f) genannten Bedingungen kann der gezahlte Förderbetrag ganz oder teilweise zurückgefordert werden. Bei der in Bezug auf die Rückzahlung der Fördergelder zu treffenden Entscheidungen des Vorstands der KVMV sind insbesondere der Grad der Erfüllung der vorgenannten Bedingungen und die Erfüllung besonderer zusätzlicher Versorgungsaufgaben in der vertragsärztlichen Versorgung zu berücksichtigen.

Beispielsweise kommt dies in Betracht,

- wenn am geplanten Praxisstandort zwar ein dringender Versorgungs- / Sicherstellungsbedarf besteht, eine Fallzahl von 50 bzw. 85 Prozent des Fachgruppendurchschnittes jedoch voraussichtlich nicht im vorgegebenen Zeitraum erreicht werden kann

oder

- Die Fallzahlvorgaben aufgrund der Übernahme besonderer Versorgungsaufgaben (z.B. aufwändige Pflegeheimbetreuung) nicht erreicht werden können

oder

- der niederlassungswillige Arzt älter als 50 Jahre ist, aber gleichwohl die Gewähr für eine mittelfristige Versorgung am geplanten Praxisstandort gewährleisten kann.

Unbeschadet der vorstehenden Regelungen bleibt die Gewährung des Zuschusses im Übrigen an die Einhaltung der aufgestellten Voraussetzungen und die Unterzeichnung eines entsprechenden Vertrages durch den Arzt geknüpft.

2. Investitionskostenzuschuss bei Gründung von Zweigpraxen

Für die Gründung von Zweigpraxen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten kann auf Antrag ein Zuschuss in Höhe von 5.000 Euro gewährt werden. Dieser Betrag kann auf Antrag und auf Nachweis der tatsächlich entstandenen Investitionskosten um bis zu 5.000 Euro erhöht werden, ohne dass diese auf den pauschalen Zuschuss aus Satz 1 dieses Absatzes angerechnet werden. Wenn bei Gründung einer hausärztlichen Zweigpraxis in einem Umkreis von 10 km um den Standort der Zweigpraxis herum mehr als 25 Prozent der Hausärzte älter als 60 Jahre sind oder die auf diesen eingegrenzten Bereich berechnete Arzt-Einwohner-Verhältniszahl größer als 1.425 ist, ist auf Antrag ein investitionskostenabhängiger Zuschlag von weiteren 10.000 Euro möglich, ohne dass diese auf den pauschalen Zuschuss aus Satz 1 dieses Absatzes angerechnet werden.

Unabhängig von der Höhe des Zuschusses ist Voraussetzung für die Gewährung,

- dass der Vorstand eine Genehmigung zum Betrieb der Zweigpraxis gemäß § 24 ÄrzteZV erteilt hat,
- dass in dieser Zweigpraxis an mindestens zwei Tagen pro Woche Sprechstunden abgehalten werden, die bezüglich ihres Umfangs und ihrer Verteilung dem bestehenden Versorgungsbedarf ausreichend Rechnung tragen,
- dass die Zweigpraxis mindestens für eine Dauer von zwei Jahren betrieben wird
- und dass der Arzt sich zur vollständigen oder teilweisen Rückzahlung des Zuschusses verpflichtet, wenn die dargestellten Voraussetzungen in wesentlichen Punkten nicht eingehalten werden.

§ 2 Bezuschussung der Beschäftigung von Ärzten

1. Bedarfsplanungsrelevante Anstellung von Ärzten

Die erstmalige bedarfsplanungsrelevante Anstellung eines Arztes in einem unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich bei einem bereits zugelassenen Vertragsarzt oder einem Medizinischen Versorgungszentrum kann auf Antrag mit bis zu 20.000,- Euro bei Vollzeittätigkeit (40 Wochenstunden) bezuschusst werden. Bei Anstellungen, die nicht einer Vollzeittätigkeit (40 Wochenstunden) entsprechen, ist eine differenzierte Förderung möglich, sofern die Arbeitszeit mindestens 5 Wochenstunden beträgt. Die Höhe der Förderung richtet sich nach der Formel:

$$\text{Höhe des Zuschusses} = \frac{\text{Anzahl Wochenstunden} \times 20.000 \text{ Euro}}{40}$$

Weitere Voraussetzung ist die dauerhafte Beschäftigung eines Arztes auf der geförderten Stelle für mindestens zwei Jahre sowie das Erreichen von mindestens der Hälfte (bei Vollzeitbeschäftigung) der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe ab dem 4. Quartal der Anstellung. Bei Anstellungen, die nicht einer Vollzeittätigkeit entsprechen, wird die Vergleichsfallzahl entsprechend des tatsächlichen Beschäftigungsumfanges angepasst. Eine Nachbesetzung der geförderten Arztstelle ist nicht erneut förderungsfähig. Ebenfalls nicht förderungsfähig ist der Verzicht eines zugelassenen Vertragsarztes auf seine Zulassung zugunsten

einer Anstellung bei einem Arzt oder MVZ. Im Fall von Teilzeitanstellungen erfolgt bei einer nachträglichen Erhöhung der Stundenzahl keine zusätzliche Förderung.

2. Anstellung von Ärzten zum Zwecke der Praxisübernahme, Entlastungsassistenten und Vertretern

a) Die Anstellung eines Arztes in der Praxis eines anderen Vertragsarztes in einem unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich kann mit einem Gehaltskostenzuschuss in Höhe von 2.000,- Euro monatlich längstens für eine Dauer von zwölf Monaten bezuschusst werden, wenn die Beschäftigung mit dem Ziel erfolgt, den angestellten Arzt auf die Übernahme der Vertragsarztpraxis vorzubereiten. Voraussetzung für die Gewährung der Förderung ist ferner, dass

- der Praxisinhaber älter als 60 Jahre ist,
- der Praxisinhaber die Weitergabe seiner Praxis innerhalb der Frist eines Jahres plant
- die Übernahme der Praxis in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Beschäftigung des angestellten Arztes erfolgt (in der Regel soll die Praxisübernahme innerhalb von 18 Monaten nach Beginn der Anstellung abgeschlossen sein).

Der angestellte Arzt soll in der Regel nicht älter als 50 Jahre sein und muss schriftlich erklären, dass er die Übernahme der Praxis anstrebt. Er darf bislang nicht in Mecklenburg-Vorpommern vertragsärztlich tätig gewesen sein. Sofern es nicht zu einer Praxisübernahme kommen sollte, behält sich die KVMV vor, vom Praxisinhaber und vom angestellten Arzt eine Stellungnahme zu den Gründen anzufordern.

Der Tatbestand der Anstellung eines Arztes zum Zwecke der Praxisübernahme ist nur einmal pro Praxisinhaber förderungsfähig. Die wiederholte Anstellung von Ärzten zum Zwecke der Praxisübernahme bei demselben Praxisinhaber kann nicht erneut gefördert werden.

b) Darüber hinaus kann in einem unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich die Beschäftigung von Entlastungsassistenten oder Vertretern im gleichen Umfang unterstützt werden, wenn ein Vertragsarzt aufgrund nachgewiesener schwerer Erkrankung oder aus Gründen der Kindererziehung vorübergehend an der (vollen) Wahrnehmung seines Versorgungsauftrages gehindert ist.

§ 3 Sonstige Förderungstatbestände

1. Übernahme der Kosten für die Betreuung von Kindern

Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren nach der Entbindung besteht für niedergelassene Vertragsärztinnen in einem unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich die Möglichkeit, die Übernahme der Kosten für die Kinderbetreuung für insgesamt maximal 12 Monate in Höhe der tatsächlich angefallenen, nachzuweisenden Kosten, maximal jedoch bis zu einem Betrag von 250,- Euro je Monat zu beantragen. Voraussetzung ist eine Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Tätigkeit während des Förderungszeitraumes.

2. Übernahme von Umzugskosten

Ärzte, die nach einer ärztlichen Tätigkeit im Ausland oder in anderen Bundesländern eine vertragsärztliche Tätigkeit in freier Niederlassung in Mecklenburg Vorpommern in einem förderungsfähigen Gebiet aufnehmen, können auf Antrag einen Zuschuss zu den tatsächlich angefallenen, notwendigen privaten Umzugskosten in Höhe von bis zu 2.500 Euro nach Vorlage entsprechender Nachweise erhalten. Eine Übernahme der notwendigen Kosten für einen Praxisumzug in Höhe von bis zu 10.000,- Euro kann gewährt werden, wenn ein bereits niedergelassener Vertragsarzt seinen Praxissitz aus einem nicht unterversorgten bzw. nicht von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich in einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich verlegt.

3. Förderung der freiwilligen Teilnahme am Bereitschaftsdienst

Ärzte, die freiwillig am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in einem von Unterversorgung bedrohten oder unterversorgten Planungsbereich teilnehmen und zu einer relevanten Entlastung der in dem jeweiligen Planungsbereich / Bereitschaftsdienstbereich tätigen Ärzte beitragen, erhalten Zuschüsse zu den für die Anreise zum jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich entstandenen Fahrtkosten in Höhe von 0,30 € pro Kilometer sowie einen Zuschuss zu nachweislich entstandenen notwendigen Übernachtungskosten in Höhe von bis zu 65,- € pro Übernachtung. Voraussetzung für die Gewährung der Zuschüsse ist, dass der Arzt weder einen Wohnsitz noch eine Praxis in dem jeweiligen Notdienstbereich hat und dass auf Beschluss des Vorstandes ein Unterstützungsbedarf für den jeweiligen Bereich ausgewiesen worden ist.

Kapitel II

Förderung besonderer Versorgungsbedürfnisse

Sofern im Einzelfall für die Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse eine Förderung beantragt wird, kann diese nur gewährt werden, wenn der konkrete Versorgungsauftrag und der Ort der Niederlassung vorher entsprechend § 103 Absatz 4 Nummer 7 SGB V ausgeschrieben wurden. Dies gilt analog für die Erfüllung von besonderen Versorgungsbedürfnissen in Bereichen, für die der Landesausschuss keine Feststellung nach § 103 Absatz 1 SGB V getroffen hat.

Darüber hinaus können Förderungen gewährt werden, wenn der Landesausschuss Feststellungen nach § 100 Absatz 3 SGB V getroffen hat.

Der Umfang der jeweiligen Förderung richtet sich in entsprechender Anwendung des Kapitels I nach den weiteren Regelungen dieser Richtlinie.

Kapitel III

Sicherstellungsmaßnahmen zur Förderung des vertragsärztlichen Nachwuchses

1. Erstattung von Lohnnebenkosten in der ambulanten Weiterbildung

a) Niedergelassene Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren, die gemäß Abschnitt I., Ziffern 1., 2. und 4. des Sicherstellungsstatuts der KVMV eine finanzielle Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung erhalten, können auf Antrag einen Zuschuss für die Aufwendungen der tatsächlich entstandenen

Lohnnebenkosten für die ersten drei Beschäftigungsmonate in Höhe von maximal 1.000 € monatlich bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen erhalten:

- aa. Der Arzt in Weiterbildung absolviert erstmals einen mindestens dreimonatigen in der Weiterbildungsordnung festgelegten Weiterbildungsabschnitt einer Fachrichtung.
- bb. Zum Nachweis der Höhe der entstandenen Lohnnebenkosten wird eine Bescheinigung des Steuerberaters vorgelegt.
- cc. Der Antrag kann frühestens nach Ablauf der ersten drei Weiterbildungsmonate und muss spätestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Aufnahme der Weiterbildung bei der KVMV eingereicht werden.

Wird die Weiterbildung in derselben Fachrichtung bei einem oder mehreren weiterbildungsbefugten Ärzten/MVZ absolviert, kann jeweils nur der erste ambulante Weiterbilder der weiterzubildenden Fachrichtung die entstandenen Lohnnebenkosten erhalten.

b) Darüber hinaus können die tatsächlich entstandenen Lohnnebenkosten für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung bis zu maximal 1.000 € monatlich bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen vorübergehend übernommen werden:

- aa. Der Arzt in Weiterbildung wird während des laufenden Anstellungsvertrages vorübergehend nicht in der Praxis des weiterbildenden Arztes, sondern im Wege der Delegation bzw. Hospitation an einer anderen Weiterbildungsstätte der unmittelbaren Patientenversorgung oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der zwölfmonatigen freien Weiterbildungszeit tätig.
- bb. Die Tätigkeit in der anderen Weiterbildungsstätte ist selbst nicht förderungsfähig.
- cc. Die Dauer der Weiterbildung beim delegierenden Vertragsarzt beträgt mindestens zwölf Monate.
- dd. Die Delegation bzw. Hospitation an der anderen Weiterbildungsstätte ist vor Antritt der Tätigkeit von der KVMV genehmigt worden.
- ee. Zum Nachweis der Höhe der entstandenen Lohnnebenkosten wird eine Bescheinigung des Steuerberaters vorgelegt.

Die Delegation an eine andere Weiterbildungsstätte darf drei Monate nicht überschreiten. Insgesamt ist für jeden Arzt in Weiterbildung eine Übernahme der Lohnnebenkosten längstens für sechs Monaten möglich.

2. Aufwandspauschale Beteiligung an der ambulanten Weiterbildung

- Vertragsärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis bzw. deren Verlängerung nach 5 Jahren erhalten, um sich an der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem der förderfähigen Fachgebiete der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu beteiligen, werden für den damit einhergehenden administrativen und organisatorischen Aufwand auf Antrag mit einer Pauschale in Höhe von 1.000,- € gefördert.

Darüber hinaus kann im Einzelfall insbesondere unter Berücksichtigung der Situation des ärztlichen Nachwuchses, der Warteliste nach § 103 Abs. 4 SGB V und der regionalen Versorgungslage auch für Ärzte anderer Fachgebiete eine Förderung nach Satz 1 gewährt werden. Dazu ist durch den Arzt ein begründeter Antrag zu stellen.

3. Weiterbildung 80-Stunden-Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“

a.) Fachärzte für Allgemeinmedizin erhalten auf Antrag nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern eine Erstattung der Aufwendungen, die durch die Teilnahme an Kursen von insgesamt 80 Stunden Dauer entsprechend der Weiterbildungsordnung M-V für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin entstanden sind, bis zur Höhe von 800 €. Voraussetzung für die Zahlungen ist die Niederlassung in eigener Praxis bzw. die Anstellung in einer Vertragsarztpraxis oder im MVZ als Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Erstattung der Kosten ist ausgeschlossen, wenn der Kursnachweis bei Antragstellung älter als sechs Jahre ist oder das Datum der Niederlassung (Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit) bei Antragstellung mehr als vier Jahre zurückliegt.

b.) Niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (mit Ausnahme von Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Fachärzte für Humangenetik) erhalten auf Antrag eine Erstattung der Aufwendungen, die durch die Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ entstanden sind, bis zur Höhe von 800 €.

Die Erstattung der Kosten ist ausgeschlossen, wenn der Kursnachweis bei Antragstellung älter als sechs Jahre ist.

4. Lehrpraxen für Allgemeinmedizin

Für den zusätzlichen Aufwand in der praktischen studentischen Ausbildung im Lehrfach Allgemeinmedizin werden Lehrpraxen niedergelassener Fachärzte für Allgemeinmedizin finanziell unterstützt. Dafür werden insgesamt 18.000 € jährlich zur Verfügung gestellt, die hälftig zwischen den Lehrpraxen der Universitäten Rostock und Greifswald aufzuteilen sind.

5. Unterstützung von Famuli/Studenten

a) Die Kassenärztliche Vereinigung gewährt Vertragsärzten und angestellten Ärzten in Vertragsarztpraxen und MVZs für die Beschäftigung von Famuli in ihren Praxen auf Antrag mit Wirkung für die Zukunft einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 200 €. Der Zuschuss ist als Taschengeld für den Famulus bestimmt und kann an ihn unmittelbar ausgezahlt werden. Der Antrag muss grundsätzlich vor Antritt der Famulatur, spätestens jedoch bis zum Ende des Famulaturzeitraumes bei der KVMV vorliegen. Nach Ablauf der Famulatur gestellte Anträge können nicht berücksichtigt werden.

b) Zusätzlich wird bei Famulaturen in Praxen, die außerhalb der Universitätsstädte des Landes M-V absolviert werden, ein Lenkungszuschlag in Höhe von 100 € je vollen Monat an den Studenten gezahlt. Der Zuschuss wird längstens für die Dauer von zwei Monaten gewährt. Bei kürzeren Famulaturzeiten (nach lit. a) wird der Betrag anteilmäßig gezahlt, wobei jedoch ein zusammenhängender Famulaturabschnitt von min. 15 Tagen absolviert werden muss (Vorgaben Approbationsordnung). Bei Zahlung des Zuschusses für Kinder und Schwiegerkinder des Vertragsarztes ist der Famulus verpflichtet, gegebenenfalls nach Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung über seine Famulaturzeit Bericht zu erstatten.

c) Die Kassenärztliche Vereinigung MV gewährt Studenten der Universitäten Rostock und Greifswald auf Antrag Fahrkostenzuschüsse in Höhe von 20 Cent/km, wenn diese ihr gefordertes Kleingruppenseminar und Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin außerhalb der jeweiligen Universitätsstädte absolvieren.

6. Unterstützung von Hospitationen in der ambulanten Versorgung

Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (mit Ausnahme von Fachärzten für Allgemeinmedizin), die bislang nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, erhalten die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu 5 Werktagen in einer Vertragsarztpraxis zu hospitieren, um einen Einblick in die vertragsärztliche Tätigkeit zu erhalten. Für den dadurch entstehenden Aufwand erhält der hospitationsgebende Arzt eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,- € pro Hospitationstag, maximal für drei Hospitationen im Jahr. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass der Vertragsarzt von der KVMV als hospitationsgebender Arzt anerkannt ist und der Hospitant erklärt, dass er Interesse an einer vertragsärztlichen Tätigkeit in seinem Fachgebiet hat.

7. Mentoringprogramm für neu niedergelassene Vertragsärzte

Neu niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung, die eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben und in eigener Praxis tätig sind, können innerhalb der ersten 3 Monate der Niederlassung bei Bedarf für die Dauer von 6 Monaten einen zugelassenen Vertragsarzt als Mentor zur Seite gestellt bekommen, der sie in Fragen der Praxisführung, administrativ-organisatorischen Fragen etc. unterstützt. Der Mentor erhält hierfür auf Antrag eine Aufwandspauschale in Höhe von 1.000,- € je Mentee, insgesamt maximal 3.000,-€ pro Jahr. Voraussetzung für die Gewährung der Aufwandspauschale ist, dass der teilnehmende Vertragsarzt als Mentor von der KVMV anerkannt ist.

8. Weiterbildung Gruppenpsychotherapie

Niedergelassene Fachärzte für psychosomatische Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten auf Antrag eine Erstattung der Aufwendungen bis zur Höhe von 800 €, die durch den Erwerb der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Psychotherapien in Gruppen nach Abschnitt 35.2.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) entstanden sind, sofern die 20. gruppenpsychotherapeutische Leistung durch den jeweiligen Antragsteller abgerechnet wurde.

Die Erstattung der Kosten ist ausgeschlossen, wenn der Kursnachweis bei Antragstellung älter als sechs Jahre ist.

9. Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung

Niedergelassenen Vertragsärzten kann mit Wirkung ab 01.10.2019 zwecks Erlangens der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung und nachfolgender Behandlung von entsprechenden Krankheitsbildern auf Antrag eine einmalige Förderung dieser Weiterbildung in Höhe von 1.000,- € gewährt werden.

Kapitel IV

Maßnahmen zur Sicherstellung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes

1. Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes auf Hiddensee

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst auf der Insel Hiddensee wird anstelle der stundenbezogenen Bereitschaftspauschale ab dem 01.04.2020 eine Quartalspauschale in Höhe von insgesamt 50.000 € für alle auf der Insel Hiddensee am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Vertragsärzte gewährt. Aus dieser Pauschale ist auch der Einsatz von Vertretern sowie die Vergütung von weiteren am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten zu gewährleisten. Der Vorstand wird ermächtigt, mit den auf der Insel zugelassenen Ärzten das Nähere über die Zahlung der Quartalspauschale und deren Verwendung zu vereinbaren. Für die Abrechnung der Leistungen gelten die Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung.

2. Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes in unterbesetzten Bereichen

In Dienstbereichen, in denen unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 der Ärztlichen Bereitschaftsdienstordnung eine Unterbesetzung (weniger als zehn teilnehmende Ärzte) dauerhaft oder vorübergehend (z.B. aufgrund von Erkrankungen der dem Bereich zugehörigen Ärzte) besteht, übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag der Kreisstelle die Übernachtungskosten, die für eine Hinzuziehung freiwillig am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmender, nicht im jeweiligen Dienstbereich beheimateter Ärzte entstehen. Die Auswahl der Unterbringung durch die Kreisstellen soll die Gesichtspunkte der Angemessenheit sowie der Wirtschaftlichkeit berücksichtigen. Eine Kostenübernahme ist ausgeschlossen, wenn die Unterbesetzung aus organisatorischen Gründen aufgrund entsprechender Entscheidungen des Bereitschaftsdienstausschusses besteht.

3. Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Bereitschaftsdienstes

Soweit die im jeweiligen Verwendungszeitraum des Strukturfonds zur Verfügung stehenden Mittel durch die nach dieser Richtlinie zu finanzierenden Maßnahmen nicht ausgeschöpft werden, dienen die verbleibenden Mittel der Finanzierung von Strukturen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in folgender Reihenfolge:

1. Finanzierung der Kosten für vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxen nach Maßgabe der Richtlinie des Vorstandes in der jeweils gültigen Fassung;
2. Finanzierung der Kosten für die Einrichtung und den Betrieb der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 (soweit diese nicht Kosten für den Betrieb der Terminservicestelle gemäß Kapitel VI. sind) einschließlich der Kosten für die Anrufweiterleitung auf das Telefon des diensthabenden Arztes sowie der entsprechenden Dienstplanung.

Die Regelung gilt für alle Kosten, die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) ab dem 11. Mai 2019 angefallen sind.

Kapitel V

Sonstige Fördertatbestände zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

1. Praxisausfall durch Mutterschaft

Als Maßnahme zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gewährt die KVMV zugelassenen Vertragsärztinnen und Psychotherapeutinnen für durch Mutterschaft bedingten Praxisausfall auf Antrag eine Zusatzzahlung in Höhe von 50 € je Tag nach der Entbindung bis zur Höchstdauer von acht Wochen. In dieser Zeit darf keine Tätigkeit ausgeübt werden. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Zulassung ruht. Voraussetzung für die Zusatzzahlung ist der Nachweis mindestens einer vollen Quartalsabrechnung sowie der Geburtsbescheinigung. Der Anspruch auf Zahlung erlischt grundsätzlich nach Ablauf von drei Monaten nach der Entbindung. Eine Aufrechnung der Zusatzzahlung gegen zuviel geleistete Honorarvorauszahlungen ist zulässig.

2. Förderung der 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin

Niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (mit Ausnahme von Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Fachärzten für Humangenetik) erhalten auf Antrag für den Aufwand der Absolvierung der 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativmedizin nach dem Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (z.B. Kursgebühren, Übernachtungskosten etc.) eine Kostenpauschale in Höhe von 1.000,- €. Voraussetzung für die Gewährung der Pauschale ist die Vorlage der von der zuständigen Ärztekammer ausgestellten Teilnahmebescheinigung über die Absolvierung der 40 Stunden Kursweiterbildung Palliativmedizin. Die Beantragung der Pauschale ist innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren nach Ausstellung der entsprechenden Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer möglich.

Kapitel VI.

Betrieb der Terminservicestellen

Der Betrieb der bei der KVMV eingerichteten Terminservicestelle wird mit Wirkung ab dem 01.10.2019 bis zu einer Obergrenze von 800.000,- € pro Kalenderjahr aus dem Strukturfonds finanziert (vgl. § 105 Abs. 1a Nr. 7 SGB V). Dies umfasst sämtliche Personal- und Sachkosten sowie notwendige Investitionen. Sofern die zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds nicht ausreichen, um die Kosten für den Betrieb der Terminservicestelle zu decken, erfolgt die Finanzierung der verbleibenden Kosten mit Haushaltsmitteln bzw. aus Rücklagen.

Kapitel VII. Förderung des elektronischen Arztbriefs

Die KVMV fördert die Verwendung des elektronischen Arztbriefes mittel KV-Connect für anerkannte Praxisnetze und Modellregionen bis zu einer Höhe von 50.000,- € pro Kalenderjahr. Für eine Modellregion sind neben einem verantwortlichen Arzt, Fachwissenschaftler oder Psychotherapeuten mindestens 10 weitere Teilnehmer erforderlich, um als Modellregion anerkannt zu werden. Weitere Voraussetzungen für die Förderung und Abrechnung bestimmt der Vorstand der KVMV in einer Richtlinie.

Kapitel VIII.

Allgemeine Grundsätze zur Gewährung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds

1. Es besteht kein individueller Anspruch des einzelnen Arztes auf Gewährung der jeweils beantragten Förderung. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass das zur Verfügung stehende finanzielle Volumen begrenzt ist auf die Höhe des Strukturfonds (0,2 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des jeweiligen Jahres, für das der Strukturfonds gebildet wurde).
2. Die Gewährung der Zuschüsse ist in jedem Fall daran gebunden, dass der antragstellende Arzt bzw. der Empfänger der finanziellen Zuwendung eine vertragliche Vereinbarung unterzeichnet, ausweislich derer er sich zur Rückzahlung verpflichtet, wenn die an die Förderung geknüpften Voraussetzungen nicht eingehalten werden. Von einer Rückforderung der gewährten Zuschüsse kann ganz oder anteilig abgesehen werden, wenn die Rückforderung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls unverhältnismäßig wäre. Dabei ist insbesondere die Höhe des gewährten Zuschusses, die Bedeutung der tatsächlich nicht eingehaltenen Voraussetzungen, die Gründe für deren Nichteinhaltung sowie der Beitrag der Leistungen des Arztes zur Sicherstellung der Versorgung in die Betrachtung einzubeziehen.
3. Es bleibt vorbehalten, die Gewährung von Zuschüssen an die Einhaltung weiterer Auflagen zu binden, soweit diese in Ansehung der besonderen Umstände des Einzelfalls erforderlich sind, um die zweckgerichtete Verwendung der Mittel im Interesse einer Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten.
4. Sofern mehrere förderungsfähige Tatbestände durch denselben Arzt bzw. den der Antragstellung zugrundeliegenden Sachverhalt erfüllt werden, behält sich der Vorstand vor, die Gewährung mehrerer Förderungen nebeneinander auszuschließen. Dies gilt auch, wenn sich Mehrfachförderungen daraus ergeben, dass neben einer Förderung aus dieser Richtlinie auch eine Förderung aufgrund von Entscheidungen des Landesausschusses in Betracht kommt. Maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalls unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der jeweiligen Förderungsmaßnahmen. Im Zweifel entscheidet der Vorstand über die tatsächlich zu gewährende Förderung und berücksichtigt dabei, welcher der erfüllten Tatbestände unter Berücksichtigung der Sicherstellung der Versorgung als besonders förderungswürdig erscheint.
5. Der Vorstand behält sich vor, die Gewährung von Zuschüssen zur (Zweig-) Praxisgründung und zur Anstellung von Ärzten zukünftig daran zu knüpfen, dass eine Ausschreibung der förderungswürdigen Standorte unter Berücksichtigung von Aspekten der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vorangegangen ist.
6. Bei Vorliegen mehrerer entscheidungsreifer Anträge und nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehender finanzieller Mittel entscheidet das Datum der Entscheidung des Zulassungsausschusses. Anträge werden nach der Reihenfolge des Datums der Entscheidungen des Zulassungsausschusses beschieden. Sind mehrere Anträge in der gleichen Sitzung des Zulassungsausschusses getroffen worden, sind die Auswahlkriterien des § 103 Absatz 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Sofern die im Strukturfonds zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um die Förderung in voller Höhe zu gewähren, erfolgt ggf. eine anteilige Förderung. Im Übrigen behält sich der Vorstand vor, abweichende

Entscheidungen zu treffen, sofern einzelne Maßnahmen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages als besonders förderungswürdig erscheinen. Soweit der Förderung kein Verfahren des Zulassungsausschusses vorangeht (z.B. bei Zweigpraxisgründung), finden die vorstehenden Regelungen entsprechende Anwendung.

7. Sofern sich die Versorgungssituation in dem jeweils einschlägigen Planungsbereich während des laufenden Förderungszeitraumes ändert (insbesondere, wenn aufgrund zusätzlicher Zulassungen nach Feststellung des Landesausschusses keine drohende Unterversorgung mehr besteht), hat dies keinen Einfluss auf bereits getroffene Entscheidungen. In diesen Fällen scheidet eine Rückforderung bereits gezahlter Mittel bzw. eine Aufhebung der Förderungsbewilligung wegen Änderung der Verhältnisse aus.

8. Der Vorstand der KVMV behält sich vor, die Richtlinie um weitere Maßnahmen zu ergänzen, soweit hierfür ein Bedarf besteht oder einzelne Maßnahmen wieder aufzuheben, soweit diese sich hinsichtlich des mit der Förderung verfolgten Zwecks nicht bewährt haben. Darüber hinaus bleibt vorbehalten, im Einzelfall auf Antrag weitere Tatbestände zu fördern, soweit diese den in dieser Richtlinie niedergelegten Tatbeständen inhaltlich vergleichbar sind.

9. Diese Richtlinie tritt mit ihrer Beschlussfassung, soweit nichts anderes bestimmt ist, ab 19.12.2019 in Kraft. Ihre Gültigkeit wird befristet bis zum 31. Dezember 2020.

Datum der erstmaligen Beschlussfassung: 11. Mai 2012
zuletzt geändert am 02.04.2020


Axel Rambow
Vorsitzender


Dipl.-Med. Jutta Eckert
stellv. Vorsitzende


Dipl.-Med. Angelika von Schütz
stellv. Vorsitzende