

Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (Sicherstellungsstatut) in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 27.11.2021

In der Erfüllung der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 SGB V und zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V beschließt die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) folgende Maßnahmen und ihre Finanzierung. Dieses Statut ersetzt das vorherige Statut in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 16.11.2019.

I.

Finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung

Die KVMV fördert die ambulante Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

1. Förderung der ambulanten Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfolgt auf Antrag des weiterbildenden Arztes bzw. des weiterbildenden MVZ. Die Voraussetzungen für die Gewährung der Förderung und die Förderungssummen richten sich nach § 75a SGB V in Verbindung mit der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung, insbesondere Anlage 1 sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

- a) Sofern Fachärzten für Innere Medizin eine Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet Allgemeinmedizin erteilt wurde, ist eine finanzielle Förderung längstens für eine Dauer von zwölf Monaten möglich, die verbleibenden 6 Weiterbildungsmonate im Fach Allgemeinmedizin sind nur bei einem Weiterbilder möglich, der die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ führt.
- b) Dem Förderungsantrag ist der Nachweis beizufügen, dass der Arzt in Weiterbildung seinen Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern hat und Mitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist.
- c) Die Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung, der zu Beginn der geförderten Weiterbildungszeit das 50. Lebensjahr vollendet hat, ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur zur Vermeidung unbilliger Härten möglich. Grundsätzlich können die tatsächlichen Erziehungszeiten entsprechend § 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV angerechnet werden.
- d) Die Förderung wird nur unter der Voraussetzung gewährt, dass der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung an den von der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. dem Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin organisierten zentralen Weiterbildungsveranstaltungen (mindestens einmal pro Quartal) teilnimmt. Hierzu hat ihn/sie die weiterbildende Praxis freizustellen.
- e) Der Vorstand kann im Einzelfall und unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und aus Sicherstellungsgründen von den vorstehend genannten Voraussetzungen abweichende Entscheidungen treffen.

2. Förderung der ambulanten Weiterbildung in Gebieten der fachärztlichen Grundversorgung

Die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung in Gebieten der fachärztlichen Grundversorgung erfolgt auf Antrag des weiterbildenden Arztes bzw. des weiterbildenden MVZ, soweit für das jeweilige Fachgebiet eine Förderfähigkeit festgestellt wurde und die zur Verfügung stehende Zahl der Stellen noch nicht ausgeschöpft ist. Die förderfähigen Fachgebiete gemäß Weiterbildungsordnung werden durch die KVMV und die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festgelegt und jährlich zum 31. März überprüft. Die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Stellen richtet sich nach den entsprechenden Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Können wegen der Begrenztheit der Stellen nicht alle gestellten Anträge positiv beschieden werden, finden die Kriterien gemäß § 3 Abs. 3 der Anlage 1 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung sowie ggf. ergänzende regionale Bestimmungen Anwendung. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Stellen, die förderfähigen Fachgebiete sowie ergänzende, mit den Landesverbänden der Krankenkassen getroffene Bestimmungen sind in der jeweils gültigen Fassung in Anlage 1 dargestellt. Im Übrigen richten sich die Voraussetzungen für die Gewährung der Förderung sowie die Förderungssummen nach § 75a SGB V in Verbindung mit der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung, insbesondere Anlage 1 sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

- a) Dem Förderungsantrag ist der Nachweis beizufügen, dass der Arzt in Weiterbildung seinen Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern hat und Mitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist.
- b) Die Gewährung einer Förderung für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung, der zu Beginn der geförderten Weiterbildungszeit das 50. Lebensjahr vollendet hat, ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur zur Vermeidung unbilliger Härten möglich. Grundsätzlich können die tatsächlichen Erziehungszeiten entsprechend § 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV angerechnet werden.
- c) Der Vorstand kann im Einzelfall und unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und aus Sicherstellungsgründen von den vorstehend genannten Voraussetzungen abweichende Entscheidungen treffen.

3. Sondervertragliche Vereinbarungen zur Förderung der ambulanten Weiterbildung

Der Vorstand wird ermächtigt, mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen sowie weiteren Kostenträgern (z. B. das Land Mecklenburg-Vorpommern) Verträge abzuschließen, die eine über die Ziffern 1. und 2. hinausgehende Förderung der ambulanten Weiterbildung vorsehen. Voraussetzung für den Abschluss solcher Verträge ist, dass die vertragschließenden Krankenkassen und Kostenträger sich mindestens hälftig an der Finanzierung der jeweiligen Fördermaßnahmen beteiligen.

4. Förderung der fachärztlichen Versorgung außerhalb der Regelungen nach § 75a SGB V

Soweit eine Förderung einer ambulanten Weiterbildung nicht bereits gemäß der Ziffern 1 bis 3 vorgesehen oder bereits gewährt worden ist, können an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren

auf Antrag im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft für die Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung in einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß Weiterbildungsordnung mit Ausnahme Humangenetik, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Laboratoriumsmedizin, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen einen Zuschuss in Höhe von 2.500 €/Monat für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten (bei Vollzeitweiterbildung) erhalten. Über die Gewährung der Förderung entscheidet der Vorstand auf Antrag im Einzelfall unter Berücksichtigung eines lokalen und generellen Sicherstellungsbedarfs, bezogen auf den geplanten Tätigkeitsort und das Fachgebiet.

Als Voraussetzungen sind vom Arzt in Weiterbildung folgende Nachweise vorzulegen:

- Verpflichtungserklärung über eine im Anschluss an die Weiterbildung mindestens fünfjährige Tätigkeit als Vertragsarzt in Mecklenburg-Vorpommern.

Der Zuschuss wird jeweils nur für einen angestellten Arzt in Weiterbildung bei dem jeweiligen Vertragsarzt/MVZ gewährt. Eine mögliche Doppelfinanzierung ist grundsätzlich auszuschließen. Im Übrigen gelten die in Abschnitt I Ziffer 2 a, b, d geregelten Voraussetzungen für die Förderung ambulanter Weiterbildungsabschnitte sinngemäß.

5. Förderung der Anerkennung von Gleichwertigkeitszeiten

Niedergelassenen Vertragsärzten kann ein Zuschuss in Höhe von 2.400,- € monatlich gewährt werden, wenn sie Assistenten beschäftigen, welche die Gleichwertigkeit ihres Ausbildungsstandes nachweisen müssen und gleichzeitig eine Anpassungszeit im vertragsärztlichen System zur Vorbereitung auf eine selbständige vertragsärztliche Tätigkeit absolvieren. Die Höchstdauer der Förderung beträgt sechs Monate. Dabei ist der Sicherstellungsaspekt vorrangig und wird im Einzelfall von der KVMV unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation im Zusammenhang mit dem Praxisgründungskonzept des Assistenten definiert.

Als Voraussetzungen sind vom Assistenten folgende Nachweise vorzulegen:

- Arbeitserlaubnis
- Berufserlaubnis als Arzt
- Nachweis über den Wohnsitz in MV (ab Beginn der Anstellung)
- vollständiger Arbeitsvertrag
- Verpflichtungserklärung über eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Vertragsarzt in Mecklenburg-Vorpommern
- Praxisgründungskonzept bzw. Praxisübernahmevertrag

Im Arbeitsvertrag ist in diesen Fällen ein Bruttogehalt von mindestens 2.400 € monatlich zu vereinbaren.

6. Finanzierung

Die Förderung nach diesem Abschnitt erfolgt unbeschadet der hälftigen Beteiligung der Krankenkassen aus dem Sicherstellungsfonds. Für sondervertragliche Regelungen mit einzelnen Krankenkassen/Kostenträgern gilt abweichend, dass die Finanzierung jeweils aus dem Honorarausgleichsfonds erfolgt, dem das Fachgebiet zugeordnet ist, für das ein Sondervertrag zur Förderung der Weiterbildung abgeschlossen wurde. Die Finanzierung

von Fördermaßnahmen gemäß Ziffer 4 erfolgt aus dem Honorarausgleichsfonds der Fachärzte. Die Förderung gemäß Ziffer 5 wird entsprechend dem Fachgebiet, für das die Gleichwertigkeitszeit absolviert wird, aus dem jeweiligen Honorarausgleichsfonds finanziert.

II .

Förderung von Einrichtungen zur Verbesserung der Qualität und der Effizienz in der ambulanten Weiterbildung

1. Gemäß § 75 a Abs. 7 Nr. 3 SGB V werden Einrichtungen gefördert, die die Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stärken (Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin). Dazu wird ein Betrag zur Verfügung gestellt, der 5 % der tatsächlich gezahlten Fördersumme der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung eines Jahres entspricht. Mindestangebot sowie Voraussetzungen für die Förderung einer solchen Einrichtung sind in § 8 der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V sowie in der Anlage IV der Vereinbarung geregelt.

Die KVMV fördert das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin entsprechend der oben genannten gesetzlichen Regelungen ab deren Inkrafttreten und deren Umsetzung auf Landesebene. Die Möglichkeit einer komplementären Förderung durch weitere Vertragsparteien bleibt unberührt.

2. Der Vorstand wird ermächtigt, mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen sowie weiteren Kostenträgern (z. B. das Land Mecklenburg-Vorpommern) Verträge abzuschließen, die insbesondere eine über die Ziffer 1. hinausgehende Förderung der Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und der Effizienz in der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Gebieten der fachärztlichen Grundversorgung vorsehen. Voraussetzung für den Abschluss solcher Verträge ist, dass die vertragschließenden Krankenkassen und Kostenträger sich mindestens hälftig an der Finanzierung der jeweiligen Fördermaßnahmen beteiligen.
3. Die Finanzierung erfolgt aus dem Sicherstellungsfonds.

III.

Unterstützung von Studenten

Studierende der Medizin können bei Absolvierung des Praktischen Jahres in niedergelassenen hausärztlichen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern eine finanzielle Unterstützung von 100 € je vollem Monat (4 Wochen) erhalten (Basissatz). Zusätzlich können Studierende der Medizin, die außerhalb der Universitätsstädte des Landes M-V das Praktische Jahr in niedergelassenen hausärztlichen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern absolvieren, einen Lenkungszuschlag in Höhe von 400 € je vollem Monat (4 Wochen) erhalten. Diese Unterstützungszahlung ist begrenzt auf eine Höchstdauer von 16 Wochen und ist aus dem Honorarausgleichsfonds der Hausärzte zu finanzieren.

Voraussetzungen für diese Unterstützungszahlung:

- Vorlage der Vereinbarung, welche zwischen der Landesuniversität und der Ausbildungspraxis abgeschlossen wurde,
- Vorlage der zwischen der Praxis und dem Studierenden getroffenen Vereinbarung mit den Ausbildungsinhalten und der Ausbildungsdauer.

Die Unterstützungszahlung erfolgt monatlich auf das vom Studierenden angegebene Konto nach erfolgter Bestätigung durch die Ausbildungspraxis. Wird die Ausbildung in der niedergelassenen Praxis unterbrochen, entfällt die Unterstützungszahlung für den Zeitraum der Unterbrechung.

Diese Regelungen stehen unter der aufschiebenden Bedingung, dass auch das Land Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls Zuschüsse (Lenkungszuschlag und/oder Basissatz) in gleicher Höhe für die Absolvierung des Praktischen Jahres gewährt. Diese Regelungen sind damit erst wirksam, wenn auch entsprechende Landesregelungen zur finanziellen Förderung des Praktischen Jahres in Kraft treten.

IV. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

1. Die Kassenärztliche Vereinigung beteiligt sich ab 1. Januar 2007 im Rahmen des Rufumleitungssystems im ärztlichen Bereitschaftsdienst an den Kosten für die Weiterleitung der Gespräche auf anonymisierte Rufumleitungen in allen Dienstbereichen Mecklenburg-Vorpommerns. Das betrifft die Kosten, die bei Nichterreichbarkeit des Arztes auf einem Festnetzanschluss und den daraus resultierenden Kosten für die Weiterleitung der Gespräche auf anonymisierte Rufumleitungen entstehen.

Für die Finanzierung werden Mittel aus den Beständen des Sicherstellungsfonds bereitgestellt.

2. Um eine landesweite Sicherstellung des organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Umsetzung der Vereinbarung zur Neustrukturierung des organisierten vertragsärztlichen Notdienstes ab 01.01.2007 zu gewährleisten, werden zusätzlich zu der sich nach Maßgabe des § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V und des Honorarverteilungsmaßstabes ergebenden Vergütung Sicherstellungszuschläge für die am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte gewährt, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind. Soweit das rechnerisch auf der Grundlage der Vereinbarung zur Neustrukturierung des organisierten vertragsärztlichen Notdienstes ab 01.01.2007 zu ermittelnde Honorar des am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Arztes die sich nach Anwendung des HVM ergebende Vergütung in dem jeweiligen Quartal überschreitet, wird die sich ergebende Differenz als Sicherstellungszuschlag gewährt. Im Fall einer Unterschreitung bleibt die sich nach dem HVM ergebende Vergütung unberührt. Die Berechnung der Sicherstellungszuschläge erfolgt praxisweise.

Die Vergütung der Sicherstellungszuschläge erfolgt zunächst aus Mitteln des Sicherstellungsfonds. Die entsprechenden Mittel werden aus dem Honorarausgleichsfonds in den Sicherstellungsfonds überführt. Eine Mehrbelastung der Versorgungsbereiche und des Sicherstellungsfonds ist ausgeschlossen.

Es ist sicherzustellen, dass die Summe vorgenannter Sicherstellungszuschläge dem Überschuss im Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach dem HVM entspricht.

Ab dem 01.01.2020 wird die sich aus der ‚Vereinbarung zur Neustrukturierung des organisierten vertragsärztlichen Notdienstes ab 01.01.2007‘ ergebende Bereitschaftspauschale je vollendeter Stunde von 18,- Euro auf 50,- Euro erhöht und statt der Vergütung von 40 % der abgerechneten ärztlichen Leistungen mit floatenden

Punktwerten eine Vergütung der Leistungen mit 50 % des Orientierungswertes vorgenommen. Hierfür notwendige Mittel werden aus den Honorarausgleichsfonds in den Sicherstellungsfonds überführt. Der Vorstand entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und inwieweit es zu diesem Zweck notwendig ist, Mittel der laufenden Gesamtvergütung in die Honorarausgleichsfonds zu überführen. Bei der quartalsbezogenen Überführung in den Sicherstellungsfonds ist sicherzustellen, dass die Anteile des Haus- bzw. Fachärztlichen Versorgungsbereichs entsprechend den Regelungen der jeweils gültigen „Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung“ zur Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bestimmt werden.

V.

Sicherstellung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in § 75 Abs. 1a SGB V um die Aufgabe einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung konkretisiert. Zu diesem Zweck werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, die bei Vorliegen einer Überweisung (Ausnahme: Augenärzte und Gynäkologen) den Patienten innerhalb einer Woche einen Termin zu vermitteln haben. Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten, soweit es sich nicht um Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen handelt. Die KVMV ist verpflichtet, diesem gesetzlichen Auftrag zu entsprechen und Terminservicestellen einzurichten. Gleichzeitig ist die Frage der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten im Sinne der angemessenen Wartezeit auf den Termin in der Regel nur mit medizinischem Sachverstand unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens zu beurteilen. Deshalb soll diese Beurteilung soweit wie möglich durch den behandelnden Arzt erfolgen und die Vermittlung von Terminen innerhalb der gesetzlichen Fristen durch die Mitarbeiter der Terminservicestelle die Ausnahme bleiben. Vor diesem Hintergrund werden in Ergänzung der bereits bestehenden vertraglichen Vereinbarungen einer Kennzeichnung der Überweisungsscheine nach der Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit die folgenden Regelungen getroffen.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung nach § 75 Abs. 1a SGB V und der damit einhergehenden notwendigen ärztlichen Differenzierung zwischen Behandlungen, die aufgrund einer medizinischen Indikation eines Termins innerhalb von vier Wochen bedürfen und verschiebbaren Routineuntersuchungen bzw. Bagatellerkranken wird die Überweisungskennzeichnung „D“ eingeführt. Die Überweisungskennzeichnung ergänzt insoweit die seit dem Jahr 2008 praktizierte Kennzeichnung von A-Überweisungen (innerhalb eines Werktages) und B-Überweisungen (innerhalb einer Woche).

1. Überweisungsnehmer erhalten für die mit „D“ gekennzeichneten Fälle einen pauschalen Sicherstellungszuschlag pro Behandlungsfall in Höhe von 2,- €. Sofern das gemäß Absatz (2) zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, um alle entsprechend gekennzeichneten Behandlungsfälle mit dem vollen Sicherstellungszuschlag zu vergüten, wird der Betrag von 2,- € entsprechend dem Verhältnis des Vergütungsvolumens zur Zahl der Abrechnungsfälle quotiert.

2. Für die Vergütung des Sicherstellungszuschlages wird ein Honorarvolumen in Höhe von insgesamt bis zu 500.000,- € pro Jahr zur Verfügung gestellt (Maximalbetrag). Die Vergütung des Zuschlages nach Absatz (1) erfolgt zunächst mit Mitteln aus dem Sicherstellungsfonds. Nachfolgend werden die tatsächlich angefallenen Aufwendungen bis zum Maximalbetrag aus dem Honorarausgleichsfonds des jeweiligen Versorgungsbereichs in den Sicherstellungsfonds überführt.

VI.

Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V

Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage des § 105 SGB V sowie deren Finanzierung richten sich nach den aufgrund dieser Vorschrift getroffenen Regelungen, den mit den Krankenkassen geschlossenen Verträgen sowie den hierzu erlassenen Richtlinien des Vorstandes. Soweit ein Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V gebildet wurde und die in diesem Fonds zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um innerhalb eines Kalenderjahres alle die Förderungstatbestände erfüllenden Anträge von Vertragsärzten zu finanzieren, kann der Sicherstellungsfonds ergänzend zur Finanzierung herangezogen werden, soweit dies unerlässlich ist, um die Ablehnung von Förderanträgen zu vermeiden.

Schwerin, den 27/11.2021



Dipl.-Med. Torsten Lange
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Anlage I

Regionale Feststellung der Förderfähigkeit von weiteren Facharztgruppen, vereinbart zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie Ersatzkassen, auf Grundlage der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGBV

Für den Zeitraum ab dem 01. Januar 2021 gelten die Facharztgruppen:

- Augenheilkunde
- Allgemeinchirurgie
- Orthopädie- und Unfallchirurgie
- Dermatologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- HNO-Heilkunde
- Nervenheilkunde (inklusive Psychiatrie und Neurologie)
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Urologie
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt

als förderfähig im Rahmen der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, Paragraph 3. Die förderfähigen Fachgruppen werden im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen festgelegt und einmal jährlich überprüft. Soweit sich hieraus Änderungen ergeben sollten, finden diese ab dem Datum der Änderung Anwendung. Darüber hinaus ist grundsätzlich eine Anrechenbarkeit der beantragten Weiterbildungsabschnitte durch die Ärztekammer MV Voraussetzung für eine Förderung der Weiterbildung.

In Bezug auf die Ausgestaltung gilt die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, die zwischen der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung und dem GKV-Spitzenverband Bund geschlossen wurde. Entsprechende Anträge werden im Sinne und nach den Vorgaben der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, einschließlich deren Anlagen, priorisiert.