

**Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur
Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds
gemäß § 105 Abs. 1a SGB V für Fördermaßnahmen zur
Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
(KVB-Sicherstellungsrichtlinie-Strukturfonds – KVB-SiRiLi)**

Stand: 23.03.2024

Neufassung durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 20.11.2021,
in Kraft getreten am 01.01.2022

(Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 49 vom 10.12.2021)

Geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.11.2022
**(Bekanntmachung durch Veröffentlichung im Internet unter der Internetadresse der
KVB am 02.12.2022 mit Hinweis im Bayer. Staatsanzeiger Nr. 48 vom 02.12.2022)**

Zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.03.2024 mit Wirkung
zum 23.03.2024

**(Bekanntmachung durch Veröffentlichung im Internet unter der Internetadresse der
KVB am 22.03.2024 mit Hinweis im Bayer. Staatsanzeiger Nr. 12 vom 22.03.2024)**

Präambel	5
Teil 1: Allgemeine Grundsätze zur Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds	6
Abschnitt A:Regelungsgegenstand und Förderziele	6
I. Regelungsgegenstand.....	6
II. Förderziele	6
Abschnitt B:Finanzierung von Fördermaßnahmen	7
I. Finanzplan.....	7
II. Finanzausgleich	8
III. Bericht an die Vertreterversammlung	8
Abschnitt C:Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für Fördermaßnahmen	9
Teil 2: Allgemeine Grundsätze zum Verfahren der Gewährung einer Förderung	10
Abschnitt A: Antragsbedürftige Förderung.....	10
Abschnitt B: Mitwirkungspflichten des Förderempfängers	10
Abschnitt C: Rückzahlung der Förderung	11
Abschnitt D: Mehrfachförderung	11
Abschnitt E: Durchführungsbestimmungen	12
Teil 3: Förderkomplexe und weitere Fördermaßnahmen	13
Abschnitt A:Förderkomplexe	13
I. Förderkomplex: Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf	13
II. Förderkomplex: Gefährdete Planungsbereiche.....	15
III. Förderkomplex: Gefährdete Versorgungsbereiche	15
IV. Förderkomplex: Nachwuchsgewinnung	16
V. Förderkomplex: Praxisnetze	17
VI. Förderkomplex: Terminservicestellen	18
VII. Förderkomplex: Bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung.....	19
VIII. Förderkomplex: Telemedizin	20
Abschnitt B:Weitere Fördermaßnahmen	22
I. Vorstandsermächtigung.....	22
II. Überführung von weiteren Fördermaßnahmen in einen Förderkomplex	23
Teil 4: Inkrafttreten und Übergangsregelung	24
I. Inkrafttreten	24
II. Übergangsregelung	24

Anhang 1 Förderkomplex: Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf	25
I. Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf.....	25
Anhang 1.1 Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt	28
Anhang 1.2 Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis	33
Anhang 1.3 Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis	39
Anhang 1.4 Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines angestellten Arztes	43
Anhang 1.5 Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes.....	46
Anhang 1.6 Zuschuss zu den Kosten der Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin	49
Anhang 1.7 Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus	53
Anhang 1.8 Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines Weiterbildungsassistenten	56
II. Betrieb von Eigeneinrichtungen.....	57
Anhang 1.9 Betrieb von Einrichtungen mit bei der KVB angestellten Ärzten (KVB-Eigeneinrichtung.....	58
Anhang 1.10 Betrieb einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte	60
Anhang 1.11 Betrieb von Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V.....	62
Anhang 1.12 Förderung des Sprechstundenangebotes bei Unterversorgung in KVB-Arztpraxen.....	62
III. Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge.....	66
Anhang 1.13 Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge	66
Anhang 2 Förderkomplex: Gefährdete Planungsbereiche	67
Anhang 3 Förderkomplex: Gefährdete Versorgungsbereiche	68
Anhang 3.1 Förderung des Erwerbs der Zusatzbezeichnung - Suchtmedizinische Grundversorgung	68
Anhang 3.2 Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Basisförderung)	70
Anhang 3.3 Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren	72
Anhang 3.4 Förderung der gemeinsamen Berufsausübung zum Zwecke der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Kooperationsförderung)	73
Anhang 4 Förderkomplex: Nachwuchsgewinnung	75
Anhang 4.1 Förderung der Famulatur auf dem Land	75

Anhang 4.2 Förderung der hausärztlichen Vertragsarztpraxen im Rahmen des Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“	78
Anhang 5 Förderkomplex: Praxisnetze.....	81
Anhang 5.1 Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.....	81
Anhang 5.2 Förderung von Praxisnetzen (Stufe I) für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den Handlungsfeldern Nachwuchssicherung, hausarztzentriertes Case und Care Management und Digitalisierung	84
Anhang 5.3 Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Versorgungsbeitrag im Bereich der Methadonsubstitution	87
Anhang 6 Förderkomplex: Terminservicestellen	91
Anhang 6.1 Förderung des Betriebs der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ zur Erfüllung der mit dem TSVG an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen	91
Anhang 7 Förderkomplex: Bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung	93
Anhang 7.1 Finanzierung von Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V	93
Anhang 8 Förderkomplex: Telemedizin	94
Anhang 8.1 Errichtung und Betrieb einer zentralen Plattform zur Durchführung der Videosprechstunde.....	94

Präambel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche¹ Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 SGB V). Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen (§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Ergänzend hierzu hat der Gesetzgeber mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden (§ 105 Abs. 1a SGB V). Von dieser Option hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) unmittelbar nach Inkrafttreten des GKV-VStG Gebrauch gemacht (Beschluss der Vertreterversammlung vom 24.03.2012) und in der Folge auf der Basis der von der Vertreterversammlung am 05.06.2013 beschlossenen „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds“ (Sicherstellungsrichtlinie) eine Vielzahl von Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds finanziert.

Mit dem am 11.05.2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) misst der Gesetzgeber dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V einen höheren Stellenwert bei: Die Bildung eines Strukturfonds ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen seither verpflichtend. Die Mittel, die zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen für den Strukturfonds bereitzustellen sind, können von mindestens 0,1 % auf bis zu 0,2 % der nach § 87 Absatz 3a Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erhöht werden. In § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V werden vom Gesetzgeber im Rahmen einer nicht abschließenden Aufzählung eine Vielzahl neuer möglicher Verwendungszwecke für die Mittel des Strukturfonds aufgezeigt, wie z.B. die Förderung von Eigeneinrichtungen, die Zahlung von Entschädigungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V oder die Förderung des Betriebs der Terminservicestellen. Schließlich ist nach § 105 Abs. 1a Satz 4 SGB V sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.

Vor dem Hintergrund dieser neuen gesetzlichen Vorgaben, insbesondere mit Blick auf die vom Gesetzgeber nicht abschließende Erweiterung der Verwendungszwecke für die Finanzmittel des Strukturfonds, hat sich die Vertreterversammlung der KVB dazu entschlossen, die bisherige Sicherstellungsrichtlinie grundlegend zu novellieren und durch die nachfolgenden Vorgaben und Bestimmungen zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu ersetzen.

¹ Soweit sich die nachfolgenden Regelungen auf die vertragsärztliche Versorgung oder Tätigkeit beziehen, gelten sie entsprechend auch für die psychotherapeutische Versorgung bzw. Tätigkeit, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Soweit sich die nachfolgenden Regelungen auf Ärzte, Vertragsärzte, Vertragsarztpraxen beziehen, gelten sie entsprechend auch für Psychotherapeuten, Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragspsychotherapeutenpraxen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird dabei immer die männliche Form verwendet. Sofern aufgrund der Bezeichnung in gesetzlichen Grundlagen die weibliche Form verwendet wird, wird dabei die männliche Form mitgedacht.

Teil 1: Allgemeine Grundsätze zur Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds

Abschnitt A: Regelungsgegenstand und Förderziele

I. Regelungsgegenstand

Diese Richtlinie regelt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften die Verwendung der Finanzmittel des von der KVB gemäß § 105 Abs. 1a SGB V gebildeten Strukturfonds für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu werden die Ziele definiert, die mit der Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds verfolgt werden (Förderziele). Ausgehend von diesen Förderzielen werden Förderkomplexe festgelegt, die konkrete Fördermaßnahmen enthalten, mit denen das jeweilige Förderziel erreicht werden soll und die nach Maßgabe eines nach Abschnitt B I. für jedes Kalenderjahr aufzustellenden Finanzplans aus dem Strukturfonds zu finanzieren sind.

II. Förderziele

Das grundsätzliche Ziel von Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie ist es, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch geeignete finanzielle und sonstige Maßnahmen zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. In diesem Sinne sind Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie insbesondere darauf ausgerichtet, eine vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern (Landesausschuss) festgestellte Unterversorgung zu beseitigen, eine festgestellte drohende Unterversorgung abzuwenden bzw. einen festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken sowie auch in nicht (drohend) unterversorgten Planungsbereichen sich abzeichnenden Versorgungsproblemen entgegenzuwirken. Daneben gilt es, durch den Aufbau von nachhaltigen Versorgungsstrukturen und Fördermaßnahmen im Bereich der Nachwuchsgewinnung ein flächendeckendes, qualitativ hochstehendes Versorgungsangebot auch langfristig zu gewährleisten. Schließlich sind auch die vom Gesetzgeber in § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V vorgesehenen Möglichkeiten, Finanzmittel des Strukturfonds für Sicherstellungsmaßnahmen zu verwenden, zu berücksichtigen. Hiervon ausgehend werden für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds im Einzelnen folgende Förderziele festgelegt:

- Die Beseitigung bzw. Abwendung einer vom Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 SGB V festgestellten Unterversorgung bzw. in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung; von dieser Zielsetzung ist auch die nachhaltige Sicherung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads in dem betroffenen Planungsbereich umfasst.
- Die Deckung eines vom Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 3 SGB V in einem Teilgebiet eines Planungsbereichs festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs; von dieser Zielsetzung ist auch die nachhaltige Sicherung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads in dem Teilgebiet des betroffenen Planungsbereichs umfasst.
- Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Planungsbereichen oder einem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für die bzw. für den der Landesausschuss zwar keine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, sich aber nach Ermittlung und Prüfung versorgungsrelevanter Umstände abzeichnet, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in dem jeweiligen Planungsbereich oder in dem jeweiligen Teilgebiet eines Planungsbereichs im Sinne dieser Richtlinie gefährdet ist.

- Der Aufbau und Erhalt nachhaltiger und zukunftsfähiger vertragsärztlicher Versorgungsstrukturen, um auch langfristig ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau gewährleisten zu können.
- Die Gewährleistung eines bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgungsangebots, auch für solche vertragsärztlichen Versorgungsbereiche, welche nicht der Bedarfsplanung unterliegen.
- Die Förderung von Kooperationen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten untereinander oder mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, soweit die Kooperation geeignet ist, die jeweilige Versorgungssituation zu verbessern oder zumindest nachhaltig zu sichern.
- Die Förderung des medizinischen Nachwuchses mit dem Ziel, auch in Zukunft eine flächendeckende, möglichst wohnortnahe, vertragsärztliche Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten zu können.

Die unter den ersten beiden Spiegelstrichen genannten Förderziele (Beseitigung einer eingetretenen bzw. Abwendung einer drohenden Unterversorgung sowie Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs) sind gegenüber den anderen Förderzielen vorrangig.

Abschnitt B: Finanzierung von Fördermaßnahmen

I. Finanzplan

1. Der Vorstand der KVB stellt für jedes Kalenderjahr einen Finanzplan auf, der ungeachtet der Möglichkeit weiterer Untergliederungen die Verteilung der Finanzmittel des Strukturfonds auf die Förderkomplexe gemäß Teil 3 Abschnitt A regelt sowie die für die weiteren Fördermaßnahmen gemäß Teil 3 Abschnitt B I. zur Verfügung stehenden Finanzmittel ausweist. Der Finanzplan ist die Grundlage für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie. Er bedarf zu seiner Wirksamkeit der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der KVB. Dies gilt auch für Anpassungen eines bereits durch die Vertreterversammlung beschlossenen Finanzplans.
2. In den Finanzplan dürfen für die Förderkomplexe gemäß Teil 3 Abschnitt A für Fördermaßnahmen gemäß Teil 3 Abschnitt B I. sowie für etwaige Rücklagen insgesamt nicht mehr Finanzmittel eingestellt werden, als im Strukturfonds zur Verfügung stehen.
3. Die Finanzmittel des Strukturfonds sind vorrangig für den Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - zu verwenden.
4. Für Fördermaßnahmen nach Teil 3 Abschnitt B I. dürfen Finanzmittel des Strukturfonds nur insoweit in den Finanzplan eingestellt werden, als nach der Einstellung von Finanzmitteln für die Förderkomplexe gemäß Teil 3 Abschnitt A noch Finanzmittel des Strukturfonds zur Verfügung stehen. Die im Finanzplan für Fördermaßnahmen nach Teil 3

Abschnitt B I. eingestellten Finanzmittel dürfen 10 v.H. der für das betreffende Kalenderjahr im Strukturfonds insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht übersteigen. Hat die Vertreterversammlung gemäß Teil 3 Abschnitt B II. beschlossen, dass eine Fördermaßnahme nach Teil 3 Abschnitt B I. dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum als dem in Teil 3 Abschnitt B I. Ziff. 3. genannten aus dem Strukturfonds zu finanzieren ist, werden die insoweit zusätzlich anfallenden Finanzmittel nicht auf die nach Satz 2 für Fördermaßnahmen nach Teil 3 Abschnitt B I. insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel angerechnet.

5. Fördermaßnahmen gemäß Teil 3 Abschnitt A dürfen nur ergriffen werden, soweit die im Finanzplan für den entsprechenden Förderkomplex eingestellten Finanzmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dies gilt, soweit der Finanzplan eine weitergehende Untergliederung enthält, entsprechend auch für die in dem Finanzplan für eine bestimmte Fördermaßnahme eingestellten Finanzmittel. Satz 1 gilt für Fördermaßnahmen gemäß Teil 3 Abschnitt B entsprechend.

II. Finanzausgleich

1. Soweit die für eine konkrete Fördermaßnahme vom Vorstand vorgesehenen Finanzmittel ausgeschöpft sind und weiterhin ein entsprechender Förderbedarf besteht, können die noch nicht ausgeschöpften Finanzmittel der anderen Fördermaßnahmen desselben Förderkomplexes unter Berücksichtigung des für diese Fördermaßnahmen zu erwartenden Förderbedarfs herangezogen werden. Die Entscheidung hierüber obliegt dem Vorstand der KVB.
2. Sind die nach dem Finanzplan für einen Förderkomplex eingestellten Finanzmittel ausgeschöpft und besteht weiterhin ein entsprechender Förderbedarf, sind zur Finanzierung von Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes etwaige in den Finanzplan eingestellte Rücklagen heranzuziehen. Sind auch die Rücklagen ausgeschöpft, sind die nach dem Finanzplan für die anderen Förderkomplexe und für Fördermaßnahmen nach Teil 3 Abschnitt B I. eingestellten und noch nicht ausgeschöpften Finanzmittel unter Berücksichtigung des jeweils zu erwartenden Förderbedarfs heranzuziehen; hiervon ausgenommen ist der Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf -. Die Entscheidung über einen Finanzausgleich im Sinne von Satz 1 und 2 obliegt dem Vorstand der KVB.

III. Bericht an die Vertreterversammlung

1. Der Vorstand der KVB berichtet der Vertreterversammlung in regelmäßigen Abständen, mindestens aber einmal jährlich, über den Stand der Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds. In dem Bericht ist die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds nach Förderkomplexen und der einem Förderkomplex zugeordneten Fördermaßnahmen aufzuschlüsseln sowie über einen etwaigen Finanzausgleich gemäß II. Ziff. 2 zu informieren.
2. Soweit der Vorstand der KVB von der ihm in dieser Richtlinie gemäß Teil 3 Abschnitt B I. eingeräumten Vorstandsermächtigung Gebrauch gemacht hat, hat er unbeschadet seiner Berichtspflicht nach Ziff. 1. die Vertreterversammlung über die von ihm beschlossene

Fördermaßnahme in derjenigen Vertreterversammlung zu informieren, die auf die jeweilige Beschlussfassung des Vorstands folgt. Die Information der Vertreterversammlung muss insbesondere das mit der betreffenden Fördermaßnahme verfolgte Förderziel, die Förderhöhe, den zeitlichen Umfang, die Voraussetzungen für eine entsprechende Förderung sowie die aus dem Strukturfonds für die Fördermaßnahme verwendeten Finanzmittel beinhalten.

Abschnitt C: Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für Fördermaßnahmen

1. Die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie setzt voraus, dass die für die Bewilligung oder das Ergreifen einer bestimmten Fördermaßnahme
 - 1.1 im Teil 3 Abschnitt A und B sowie in dem betreffenden Anhang geregelten Anforderungen erfüllt sind,
 - 1.2 im Teil 2 genannten allgemeinen Verfahrensgrundsätze beachtet wurden sowie
 - 1.3 die hierfür im Finanzplan eingestellten Finanzmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.
2. Die Entscheidung darüber, ob und welche Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie ergriffen werden und in welcher Höhe hierfür Finanzmittel des Strukturfonds zu verwenden sind, trifft der Vorstand der KVB auf der Grundlage des von der Vertreterversammlung gemäß Abschnitt B I. Ziff. 1 beschlossenen Finanzplans unter Berücksichtigung der in Abschnitt A II. genannten Förderziele, der konkreten Versorgungssituation sowie künftiger Versorgungsbedarfe nach pflichtgemäßem Ermessen. Ein Rechtsanspruch auf das Ergreifen von Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie besteht nicht.

Teil 2: Allgemeine Grundsätze zum Verfahren der Gewährung einer Förderung

Die nachfolgenden in den Abschnitten A bis E aufgeführten allgemeinen Grundsätze zum Verfahren der Gewährung einer Förderung gelten für alle Fördermaßnahmen nach dieser Richtlinie, sofern sich nicht aus den Regelungen in Teil 3 Abschnitt A und B sowie den in den Anhängen für die jeweilige Fördermaßnahme geregelten Voraussetzungen oder der Besonderheit der jeweiligen Fördermaßnahme etwas Abweichendes ergibt.

Abschnitt A: Antragsbedürftige Förderung

1. Soweit eine Förderung nach dieser Richtlinie einem Dritten nur auf Antrag gewährt wird (antragsbedürftige Förderung), sind die dafür von der KVB vorgesehenen Formulare zu verwenden. Die dem Antrag beizufügenden Unterlagen, Erklärungen sowie Nachweise ergeben sich aus den jeweiligen Anhängen zu dieser Richtlinie. Im Einzelfall können weitere Unterlagen angefordert werden, soweit dies erforderlich ist, um das Vorliegen der Fördervoraussetzungen zu klären. Als Antragsteller kommen nur die im Sinne dieser Richtlinie möglichen Förderempfänger in Betracht, soweit in dieser Richtlinie nichts Abweichendes geregelt ist.
2. Die KVB entscheidet über einen Antrag auf Förderung nach dieser Richtlinie mittels schriftlichem Bescheid. Der Bescheid kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies erforderlich ist, um sicherzustellen, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt werden, insbesondere die bewilligte Förderung zu dem jeweilig vorgesehenen Förderzweck verwendet wird. Die Bewilligung einer beantragten Förderung kann über eine Nebenbestimmung insbesondere davon abhängig gemacht werden, dass die Investitionen oder finanziellen Belastungen, die mit der beantragten Förderung bezuschusst oder reduziert werden sollen, von dem Antragsteller tatsächlich getätigt wurden oder bei ihm nachweislich entstanden sind.
3. Die Bewilligung einer Förderung ist für solche Antragsteller grundsätzlich ausgeschlossen, über deren Vermögen gemäß der Insolvenzordnung das Insolvenzverfahren eröffnet wurde oder ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde; in begründeten Ausnahmefällen kann der Vorstand der KVB von dieser Vorgabe abweichen.
4. Antragsbedürftige Förderungen sind gemäß § 27 der Satzung der KVB bekannt zu machen.
5. Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

Abschnitt B: Mitwirkungspflichten des Förderempfängers

1. Soweit eine Förderung nach dieser Richtlinie bewilligt wurde, ist der betreffende Förderempfänger verpflichtet, Änderungen, die Auswirkung auf die Gewährung der Förderung haben können, der KVB unverzüglich mitzuteilen. Er ist ferner verpflichtet, der KVB auf Anfrage alle für die Prüfung der Fördervoraussetzungen notwendig erscheinenden Unterlagen vorzulegen; gleiches gilt hinsichtlich einer Prüfung, ob und inwieweit der Förderzweck erfüllt wurde bzw. nach wie vor erfüllt wird.

2. Bei begründeten Zweifeln, ob die Fördervoraussetzungen vorliegen oder der Förderzweck vom Förderempfänger erfüllt wurde bzw. nach wie vor wird, kann die KVB, sofern der betreffende Förderempfänger hierzu schriftlich sein Einverständnis erklärt hat, das Vorliegen der Fördervoraussetzungen sowie die Erreichung des Förderzweckes im Wege einer Begehung oder sonstigen Inaugenscheinnahme der geförderten Praxis oder Einrichtung überprüfen. Verweigert der Förderempfänger sein Einverständnis, ist zu vermuten, dass die Fördervoraussetzungen nicht vorliegen bzw. der Förderzweck vom Förderempfänger nicht erfüllt wurde bzw. wird; dem Förderempfänger ist Gelegenheit zu geben, diese Vermutung zu widerlegen.

Abschnitt C: Rückzahlung der Förderung

1. Der Förderempfänger ist zur Rückzahlung der im Rahmen einer Fördermaßnahme nach dieser Richtlinie gewährten Förderung verpflichtet, wenn die gewährte Förderung nicht für den sich aus dieser Richtlinie oder dem Bewilligungsbescheid ergebenden Förderzweck verwendet wurde oder wird. Der Förderempfänger kann zur Rückzahlung verpflichtet werden, wenn er seine sich aus Abschnitt B ergebenden Mitwirkungspflichten verletzt. Hiervon unabhängig können sich weitere Gründe für eine Rückzahlungsverpflichtung aus den Regelungen in den Anhängen dieser Richtlinie ergeben. Die gesetzlichen Regelungen über Rücknahme, Widerruf und Aufhebung eines Verwaltungsaktes bleiben hiervon unberührt.
2. In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Rückzahlungsverpflichtung ganz oder teilweise abgesehen werden. Ein begründeter Ausnahmefall liegt insbesondere dann vor, wenn die Rückforderung der gewährten Förderung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles eine unbillige Härte darstellen würde. Dabei kann insbesondere berücksichtigt werden, ob und inwieweit der Förderempfänger die Gründe für eine Rückzahlungsverpflichtung zu vertreten hat.

Abschnitt D: Mehrfachförderung

1. Eine Förderung nach ein und derselben Fördermaßnahme kann ein und demselben Förderempfänger nur einmal gewährt werden. Dies gilt auch dann, wenn nach der Bewilligung der Förderung eine Änderung dieser Richtlinie hinsichtlich der Förderhöhe in Kraft getreten ist oder im Fall einer Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 eine Änderung des jeweiligen planungsbereichsbezogenen Förderprogramms beschlossen wurde. Der Vorstand der KVB kann unbeschadet der Regelungen nach Teil 1 Abschnitt B I. und II. von der Vorgabe nach Satz 1 abweichen, soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation oder zu erwartenden Versorgungsbedarfe für die Erreichung des jeweiligen Förderziels erforderlich ist.
2. Wird eine Förderung, die inhaltlich mit einer Fördermaßnahme nach dieser Richtlinie vergleichbar und auf dasselbe Förderziel ausgerichtet ist, von einem Dritten, insbesondere dem Freistaat Bayern, einer Kommune, einer anderen Körperschaft des öffentlichen Rechts, einer Stiftung oder einem Berufsverband gewährt, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und inwieweit eine Förderung auch

nach dieser Richtlinie gewährt wird. Besteht die Möglichkeit, dass eine Förderung im Sinne von Satz 1 von einem Dritten gewährt wird, kann der Bescheid, mit dem eine Förderung nach dieser Richtlinie bewilligt wird, mit einer Nebenbestimmung versehen werden, die sicherstellt, dass die von der KVB gewährte Förderung insoweit zurückzuzahlen ist, als dem Förderempfänger auch eine Förderung im Sinne von Satz 1 gewährt wurde.

Abschnitt E: Durchführungsbestimmungen

Das Nähere zur Ausgestaltung des Verfahrens der Gewährung einer Förderung nach dieser Richtlinie sowie zur Zuständigkeit für Entscheidungen über einen Förderantrag bleibt gesondert vom Vorstand der KVB zu erlassenden Durchführungsbestimmungen vorbehalten. Soweit diese Richtlinie zu ihrer Umsetzung der Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand der KVB ermächtigt, das Nähere zu regeln.

Teil 3: Förderkomplexe und weitere Fördermaßnahmen

Abschnitt A: Förderkomplexe

Auf der Grundlage der nach Teil 1 Abschnitt A Ziff. II. festgelegten Förderziele können Finanzmittel des Strukturfonds für die nachstehenden Förderkomplexe verwendet werden:

I. Förderkomplex: Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf

Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie sind Planungsbereiche, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat (förderfähiger Planungsbereich). Das Ziel der Fördermaßnahmen, die dem Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - zugeordnet sind, besteht in erster Linie darin, in einem förderfähigen Planungsbereich die eingetretene Unterversorgung zu beseitigen, die drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken. Daneben geht es auch darum, durch den Aufbau und den Erhalt nachhaltiger und zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen in einem förderfähigen Planungsbereich den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Zu diesem Zweck sind die Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes darauf ausgerichtet, insbesondere über finanzielle und / oder strukturelle Anreize Ärzte sowohl kurzfristig als auch langfristig für eine vertragsärztliche Tätigkeit in dem förderfähigen Planungsbereich zu gewinnen, Vertragsärzte, soweit sie in dem förderfähigen Planungsbereich einen überdurchschnittlichen oder besonderen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung leisten, mit einem finanziellen Zuschlag zu unterstützen, die finanziellen Belastungen, die mit der Beschäftigung ärztlichen sowie nichtärztlichen Personals verbunden sind, zu reduzieren sowie bestehende Versorgungsstrukturen, die eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung gewährleisten, aufrechtzuerhalten. Daneben sind die Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes auch darauf ausgelegt, mit den Finanzmitteln des Strukturfonds die vertragsärztliche Versorgung in dem förderfähigen Planungsbereich durch Einrichtungen gemäß § 105 Abs. 1c SGB V sicherzustellen. Dem Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - sind im Einzelnen folgende Fördermaßnahmen zugeordnet:

- Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf

Gegenstand dieser Förderprogramme können im Einzelnen nachfolgend genannte Fördermaßnahmen sein:

- **Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt**
(Anhang 1.1)
- **Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis**
(Anhang 1.2)

- **Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis**
(Anhang 1.3)
- **Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines angestellten Arztes**
(Anhang 1.4)
- **Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes**
(Anhang 1.5)
- **Zuschuss zu den Kosten der Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin**
(Anhang 1.6)
- **Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus**
(Anhang 1.7)
- **Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines Weiterbildungsassistenten**
(Anhang 1.8)

- **Betrieb von Eigeneinrichtungen**
Hierzu zählen im Einzelnen nachfolgend genannte Fördermaßnahmen:
 - **Betrieb von Einrichtungen mit bei der KVB angestellten Ärzten (KVB-Eigeneinrichtung)**
(Anhang 1.9)
 - **Betrieb einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte**
(Anhang 1.10)
 - **Betrieb von Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V**
(Anhang 1.11)
 - **Förderung des Sprechstundenangebots bei Unterversorgung in KVB-Arztpraxen**
(Anhang 1.12)

- **Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge**
(Anhang 1.13)

Die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sowie für die den Förderprogrammen zugeordneten Fördermaßnahmen ergeben sich aus Anhang 1 I. sowie dem für eine bestimmte Fördermaßnahme jeweils vorgesehenen Anhang (Anhänge 1.1 - 1.8). Die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb von Eigeneinrichtungen ergeben sich aus Anhang 1 II. sowie dem für eine bestimmte Ausgestaltung einer Eigeneinrichtung jeweils vorgesehenen Anhang (Anhänge 1.9 bis 1.12). Die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds zur Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge ergeben sich aus Anhang 1 III. sowie dem Anhang 1.13.

II. Förderkomplex: Gefährdete Planungsbereiche

Gefährdete Planungsbereiche im Sinne dieser Richtlinie sind Planungsbereiche, für die der Landesausschuss keine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, bei denen aber objektive versorgungsrelevante Umstände wie insbesondere die Altersstruktur der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte darauf hinweisen, dass es in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Erschwernis der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eines bestimmten in der Bedarfsplanung zu berücksichtigenden Fachgebiets kommen wird. Gefährdete Planungsbereiche im Sinne dieser Richtlinie sind auch solche Planungsbereiche, in denen derartige Versorgungsprobleme zu verzeichnen sind, dass unter Zugrundelegung der entsprechenden Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V zeitnah zu erwarten ist. Das Ziel der Fördermaßnahmen, die dem Förderkomplex - Gefährdete Planungsbereiche - zugeordnet sind, besteht darin, in diesen Planungsbereichen flächendeckend ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochstehendes Versorgungsangebot zu gewährleisten und den nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehenen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Zu diesem Zweck sind die Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes darauf ausgerichtet, insbesondere durch finanzielle und /oder strukturelle Anreize die Anzahl der Ärzte, die in den gefährdeten Planungsbereichen vertragsärztlich tätig sind, zu erhöhen, zumindest jedoch zu erhalten sowie durch den Aufbau und Erhalt nachhaltiger und zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen zur langfristigen Stabilisierung eines bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden Versorgungsniveaus in diesen Planungsbereichen beizutragen. Dem Förderkomplex - Gefährdete Planungsbereiche - ist folgende Fördermaßnahme zugeordnet:

Hinsichtlich gefährdeter Planungsbereiche im Sinne von Satz 2 können Fördermaßnahmen, die Gegenstand der Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein können, ergriffen werden; die im Anhang 1 I. sowie in den Anhängen 1.1 bis 1.8 geregelten Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds gelten entsprechend.

III. Förderkomplex: Gefährdete Versorgungsbereiche

Bei Versorgungsbereichen im Sinne dieses Förderkomplexes handelt es sich um spezielle im Zusammenhang mit der Erkennung und / oder Behandlung einer bestimmten Krankheit oder einem bestimmten Krankheitsbild stehende qualifikationsgebundene ärztliche Leistungskomplexe, die nicht gesondert der Bedarfsplanung unterliegen, die aber angesichts ihres speziellen sowie grundsätzlich auf einzelne Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsangebots für eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung von erheblicher Bedeutung sind. Versorgungsbereiche im Sinne dieses Förderkomplexes können insbesondere ärztliche Leistungskomplexe im Bereich der Methadonsubstitution, der Schmerztherapie, der Geriatrie und der Palliativmedizin sein. Ein Versorgungsbereich im Sinne dieses Förderkomplexes ist grundsätzlich dann gefährdet, wenn bei Vorliegen entsprechender Versorgungsprobleme eine Prüfung der maßgeblichen versorgungsrelevanten Umstände ergibt, dass es bayernweit oder bezogen auf bestimmte Versorgungsregionen zu einer erheblichen Erschwernis der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen des jeweiligen Versorgungsbereichs kommt oder in einem absehbaren Zeitraum kommen wird. Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes ist die Gewährleistung einer flächendeckend bedarfsgerechten und qualitativ hochstehenden Versorgung hinsichtlich der Versorgungsbereiche im Sinne von Satz 1 und 2. Zu diesem

Zweck sind die Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes insbesondere darauf ausgerichtet, über finanzielle und / oder strukturelle Anreize Ärzte für eine vertragsärztliche Tätigkeit in dem gefährdeten Versorgungsbereich zu gewinnen. Daneben ist das Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes, durch den Aufbau und Erhalt nachhaltiger und zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen, insbesondere durch Anreize zur Bildung von Kooperationen, zu einer langfristigen Stabilisierung eines bedarfsgerechten qualitativ hochstehenden Versorgungsniveaus in den betroffenen Versorgungsbereichen beizutragen. Dem Förderkomplex - Gefährdete Versorgungsbereiche - sind im Einzelnen folgende Fördermaßnahmen zugeordnet:

- **Förderung des Erwerbs der Zusatzbezeichnung - Suchtmedizinische Grundversorgung**
(Anhang 3.1)
- **Förderung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Basisförderung)**
(Anhang 3.2)
- **Förderung der substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren**
(Anhang 3.3)
- **Förderung der gemeinsamen Berufsausübung zum Zwecke der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger (Kooperationsförderung)**
(Anhang 3.4)

Für die vorstehend genannten Fördermaßnahmen ergeben sich der konkrete Förderzweck, die Höhe der Förderung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem jeweiligen Anhang.

IV. Förderkomplex: Nachwuchsgewinnung

Das Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten steigt kontinuierlich an. Bei den Hausärzten ist bereits jeder dritte Arzt über 60 Jahre alt. Es werden daher bis 2030 und darüber hinaus eine Vielzahl von Ärzten altersbedingt aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden. Gleichzeitig steigt auch im ambulanten Bereich der ärztliche Behandlungsbedarf aufgrund einer immer älter werdenden Bevölkerung. Bereits diese Entwicklungen machen eine konsequente ärztliche Nachwuchsförderung erforderlich. Dies gilt umso mehr, als bereits jetzt ein Mangel an ärztlichem Nachwuchs zu verzeichnen ist. Im vertragsärztlichen Bereich werden die Nachwuchsprobleme noch dadurch verstärkt, dass viele junge Ärzte sich eine Tätigkeit wünschen, bei der sie Familie und Beruf besser vereinbaren können und daher in zunehmenden Maße Beschäftigungen in einem Anstellungsverhältnis in einem Krankenhaus oder bei einem in der Gesundheitsbranche tätigen Wirtschaftsunternehmen bevorzugen. Auch schließen viele Ärzte ihre Weiterbildung nicht in den Fachgebieten ab, die für eine flächendeckende ambulante Versorgung benötigt werden. Durch diese Entwicklungen wird die KVB in nicht unerheblichem Maße in ihrem Sicherstellungsauftrag tangiert, was sich unter anderem daran festmachen lässt, dass Vertragsärzte, die ihre Praxis abgeben wollen, nur schwer einen Nachfolger finden. Besonders groß ist dieses Problem bei Vertragsärzten, die eine Praxis in einer ländlichen Region betreiben. Wenn Vertragsarztpraxen schließen müssen, weil sich kein Arzt findet, der die Praxis fortführt, geht dies regelhaft zu Lasten der Patientenversorgung. Mit den nachfolgenden Fördermaßnahmen soll daher dem voranschreitenden Ärztemangel in der vertragsärztlichen Versorgung entgegenge-wirkt werden. Bereits frühzeitig sollen Medizinstudierende die Niederlassung in freier Praxis

als attraktive Karriereoption wahrnehmen. Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes ist es, auch in Zukunft flächendeckend eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung sicherstellen zu können. Zu diesem Zweck gilt es, Ärzte frühzeitig im Rahmen aller Phasen der Aus- und Weiterbildung sowie im weiteren beruflichen Werdegang für eine spätere vertragsärztliche Tätigkeit zu gewinnen und jungen Ärzten den Einstieg in die vertragsärztliche Tätigkeit zu erleichtern. Insbesondere über spezielle Ausbildungs- und Stipendienprogramme sollen Medizinstudierende an die ambulante Versorgung herangeführt werden, die Weiterbildung im ambulanten Bereich gefördert und der Übergang in die vertragsärztliche Versorgung unterstützt und gestaltet werden. Dabei ist besonderes Augenmerk auf ländlich geprägte oder strukturschwache Regionen zu legen. Soweit Medizinstudierende oder Ärzte in Weiterbildung gegenüber der KVB ein ernsthaftes Interesse bekunden, im Anschluss an eine abgeschlossene Weiterbildung in einem ländlichen Gebiet oder einer strukturschwachen Region vertragsärztlich tätig werden zu wollen, kann dies in dem jeweiligen Ausbildungs- und Stipendienprogramm entsprechend berücksichtigt werden. Ebenfalls können im Rahmen einer Fördermaßnahme zur Nachwuchsgewinnung die Schaffung attraktiver Weiterbildungsstrukturen sowie eine spezielle, über das übliche Maß hinausgehende Betreuung von Medizinstudierenden oder Ärzten in Weiterbildung durch aus- oder weiterbildende Vertragsärzte oder entsprechende Einrichtungen besondere Berücksichtigung finden. Dies gilt entsprechend für Fortbildungen, die Medizinstudierenden oder Ärzten in Weiterbildung bezogen auf die vertragsarztrechtlichen sowie betriebswirtschaftlichen Aspekte einer Praxisgründung angeboten werden und schwerpunktmäßig die Niederlassung in einem nicht bedarfsgerecht versorgten Planungsbereich zum Inhalt haben. Dem Förderkomplex - Nachwuchsgewinnung - sind folgende Fördermaßnahmen zugeordnet:

- **Förderung der Famulatur auf dem Land**
(Anhang 4.1)
- **Förderung der hausärztlichen Vertragsarztpraxen im Rahmen des Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“**
(Anhang 4.2)

Für die vorstehend genannten Fördermaßnahmen ergeben sich der konkrete Förderzweck, die Höhe der Förderung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem jeweiligen Anhang.

V. Förderkomplex: Praxisnetze

Bei Praxisnetzen im Sinne dieser Richtlinie handelt es sich um Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung, die nach der gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V von der KBV erstellten Rahmenvorgabe (KBV-Rahmenvorgabe) und der „Richtlinie der KVB gemäß § 87b Absatz 4 SGB V zur Anerkennung von Praxisnetzen“ (KVB-Anerkennungsrichtlinie) anerkannt sind (anerkannte Praxisnetze). Gemäß der KBV-Rahmenvorgabe ist das Ziel solcher anerkannten Praxisnetze, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern. Auch mit Blick auf die in der KBV-Rahmenvorgabe genannten Kriterien, die Praxisnetze für ihre Anerkennung erfüllen müssen, sind diese im Besonderen geeignet, auf die Herausforderungen in einzelnen Versorgungsbereichen oder Versorgungsregionen zu reagieren und einen besonderen, nicht unerheblichen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu leisten. Vor diesem Hintergrund ist

das Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes, das besondere Potential anerkannter Praxisnetze zu nutzen und durch finanzielle Anreize anerkannte Praxisnetze zu motivieren, Versorgungsprojekte zu entwickeln und umzusetzen, die aufgrund ihrer strukturellen Ausgestaltung, ihrer Behandlungsinhalte, ihrer Ziele sowie dem Netz- und Qualitätsmanagement und der fachlichen Zusammensetzung des jeweiligen Praxisnetzes geeignet sind, einen nicht unerheblichen Beitrag zur Gewährleistung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung zu leisten; dies ist insbesondere bei Versorgungsprojekten der Fall, die in gefährdeten Versorgungsbereichen oder strukturschwachen Regionen bestehenden oder sich abzeichnenden Versorgungsproblemen entgegenwirken oder die die vertragsärztliche Versorgung in einzelnen Versorgungsbereichen, Regionen, an den Sektorengrenzen oder in der Telemedizin in nennenswertem Maße verbessern. Dem Förderkomplex - Praxisnetze - sind im Einzelnen folgende Fördermaßnahmen zugeordnet:

- **Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**
(Anhang 5.1)
- **Förderung von Praxisnetzen (Stufe I) für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den Handlungsfeldern Nachwuchssicherung, hausarztzentriertes Case und Care Management und Digitalisierung**
(Anhang 5.2)
- **Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Versorgungsbeitrag im Bereich der Methadonsubstitution**
(Anhang 5.3)

Für die vorstehend genannten Fördermaßnahmen ergeben sich der konkrete Förderzweck, die Höhe der Förderung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem jeweiligen Anhang.

VI. Förderkomplex: Terminservicestellen

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst unter anderem die Verpflichtung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 75 Abs. 1a SGB V). Zur Umsetzung dieser Verpflichtung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen einzurichten, deren Anforderungen und Aufgaben mit dem TSVG erheblich erweitert wurden. So gilt, dass die Terminservicestellen an sieben Tagen die Woche jeweils 24 Stunden täglich unter einer bundesweit einheitlichen Servicenummer erreichbar sein müssen. Die vom Gesetzgeber definierten Aufgaben der Terminservicestelle umfassen neben der Vermittlung von Akutfällen auf der Grundlage eines strukturierter medizinischer Ersteinschätzungsverfahrens, in die unmittelbare ärztliche Versorgung oder medizinisch gebotene Versorgungsebene, ebenso die Terminvermittlung an Fachärzte und Psychotherapeuten, die Vermittlung von Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten, die Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten sowie die Unterstützung bei der Suche nach telemedizinischen Versorgungsangeboten. Zur Umsetzung dieser Aufgaben haben die KVB selbst und die von ihr beauftragte Gedikom GmbH, neben der bereits bestehenden Vermittlungsstruktur der 116117, die „Servicestelle zur Terminvermittlung (TSS)“ eingerichtet und diese bestehenden Strukturen in der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ zusammengeführt. Damit wird das Ziel verfolgt, das Angebot der Terminvermittlung auszubauen und die Erreichbarkeit für alle Patientinnen und Patienten

auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Im Rahmen der Umsetzung dieser neuen Strukturen wurden sowohl für die Terminvergabe als auch für die strukturierte medizinische Ersteinschätzung geeignete Softwareprogramme eingeführt und in den Arbeitsalltag der Mitarbeiter integriert. Um den laufenden Betrieb der im Rahmen des TSVG gesetzlich erweiterten Anforderungen an die „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ in der erforderlichen Qualität zu gewährleisten, ist unter anderem die hierfür notwendige Infrastruktur bereitzustellen und entsprechend medizinisch geschultes Personal vorzuhalten sowie aus- und weiterzubilden. Darüber hinaus ist es erforderlich, die bestehenden Strukturen in Bezug auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie auf mögliche neue gesetzliche Vorgaben und Weiterentwicklungen der Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung anzupassen. So werden insbesondere alternative Angebote zum klassischen Arzt-Patientenkontakt, wie die telemedizinische Versorgung, zunehmend eine wichtige Rolle bei der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und damit auch bei der Terminvermittlung einnehmen. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber mit dem TSVG ausdrücklich vorgesehen hat, dass die Mittel des Strukturfonds für die Förderung des Betriebs der Terminservicestellen verwendet werden sollen (§ 105 Abs. 1a Satz 3 Ziff. 7 SGB V), ist das Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes, die Kosten und Aufwände, die mit der Umsetzung und Erfüllung der an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen verbunden sind, aus dem Strukturfonds zu finanzieren. Dem Förderkomplex - Terminservicestelle ist folgende Fördermaßnahme zugeordnet:

- **Förderung des Betriebs der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ zur Erfüllung der mit dem TSVG an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen** (Anhang 6.1)

Für die vorstehend genannte Fördermaßnahme ergibt sich der konkrete Förderzweck, die Höhe der Förderung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem Anhang 6.1.

VII. Förderkomplex: Bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung

Nach dem Gutachten des Sachverständigenrats zur bedarfsgerechten Versorgung aus dem Jahr 2014 besteht in Deutschland eine im Vergleich hohe Arztdichte mit grundsätzlich sehr guter Zugänglichkeit im Rahmen der ambulanten Versorgung. Gleichzeitig ist jedoch auch eine teilweise heterogene Verteilung der vertragsärztlichen Versorgungsangebote insbesondere zwischen urbanen und ländlichen Gebieten zu verzeichnen. Mit Blick auf diese Entwicklung hat der Gesetzgeber bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) sowie dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen. So hat er ergänzend zu Fördermaßnahmen, die in (drohend) unterversorgten Planungsbereichen zu einer Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung führen sollen (wie die Einführung eines Strukturfonds), Regelungen in das SGB V implementiert, die darauf ausgerichtet sind, dem aus Sicht des Gesetzgebers in einzelnen Gebieten möglicherweise bestehenden Überangebot vertragsärztlicher Leistungen entgegenzuwirken und auf diese Weise langfristig eine ausgewogene räumliche Verteilung der Vertragsärzte zu erreichen. Hierzu zählt insbesondere die Regelung des § 103 Abs. 3a SGB V. Danach hat der Zulassungsausschuss - anders wie vor dem GKV-VStG - zu prüfen, ob in einem gesperrten Planungsbereich auf eine Praxisnachbesetzung aus Versorgungsgründen verzichtet werden kann. Ist eine Nachbesetzung eines abzugebenden Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich, kann bzw. soll der Zulassungsausschuss den entsprechenden Antrag auf Durchführung des

Nachbesetzungsverfahren ablehnen. Soweit in einem solchen Fall die jeweilige Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet ist, den abgabewilligen Vertragsarzt in Höhe des Verkehrswerts seiner Praxis zu entschädigen, wurde mit dem TSVG die Möglichkeit geschaffen, die betreffenden Entschädigungszahlungen aus dem Strukturfonds zu finanzieren (§ 105 Abs. 1a S. 3 Nr. 6 SGB V). Gleiches gilt für vergleichbar steuernde Maßnahmen, wie beispielsweise die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt. Da auch die bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung Bestandteil des Sicherstellungsauftrags ist, besteht das Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes zum einen darin, durch finanzielle Anreize, Ärzte zu motivieren, ihre Tätigkeit in einem überversorgten Planungsbereich entsprechend den Erfordernissen einer ausgewogenen bedarfsgerechten Versorgung auszurichten. Zum anderen orientieren sich die Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes insbesondere an den in § 105 Abs. 1a Satz 3 Nr. 6 SGB V genannten gesetzlichen Regelbeispielen. Dem Förderkomplex - Bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung - ist folgende Fördermaßnahme zugeordnet:

- **Finanzierung von Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V**

Für die vorstehend genannte Fördermaßnahme ergibt sich der konkrete Förderzweck, die Höhe der Förderung sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem Anhang 7.1.

VIII. Förderkomplex: Telemedizin

Mit der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen nimmt auch die Telemedizin einen neuen Stellenwert ein und stellt neben der Behandlung mit unmittelbarem Arzt- Patientenkontakt in Vertragsarztpraxen eine ergänzende Möglichkeit dar, in geeigneten Fällen, den Sicherstellungsauftrag auszufüllen und die Versorgung der Versicherten durch einen niederschweligen Zugang zu Vertragsärzten zu verbessern. Die Videosprechstunde ist beispielsweise als Teil des Leistungskatalogs des EBM inzwischen fixer Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgungslandschaft, telemedizinische Konsile zwischen vertragsärztlichen Leistungserbringern sind Realität. Der Gesetzgeber hat in § 105 Abs. 1a Satz 3 Nr. 8 SGB V die Umsetzung telemedizinischer Konzepte ausdrücklich als Förderzweck für die Verwendung der Mittel des Strukturfonds definiert (BT-Drs. 19/27652 S. 1ff, S. 104 zu Nr. 12 bb).

Entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 105 Abs. 1a Satz 3 Nr. 8 SGB V unterteilt sich der Förderkomplex Telemedizin in die Bereiche „Förderung telemedizinischer Versorgungsformen“ und „telemedizinische Kooperation der Leistungserbringer“, die wie folgt definiert werden:

- **Förderung telemedizinischer Versorgungsformen**

Telemedizinische Angebote und Versorgungsformen haben das Potential, die Beziehung zwischen Vertragsarzt/Psychotherapeut und Versicherten zu unterstützen und ggf. zu intensivieren. Zugleich ermöglichen sie einen niederschweligen Zugang zur vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung und einen intensiveren Austausch zwischen Vertragsarzt/Psychotherapeut und Versichertem als nur etwa telefonische Beratungen. Sie sind als erste kurzfristige und/oder ergänzende Behandlung und Begleitung ein wichtiger Baustein in der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung.

- **telemedizinische Kooperation der Leistungserbringer**

Der telemedizinische Austausch unter den Leistungserbringern ermöglicht eine effizientere Versorgung. Gebündelte verlässliche Informationen dienen insbesondere auch der Qualitätssicherung und der Transparenz in der vertragsärztlichen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel der Fördermaßnahmen dieses Förderkomplexes, durch die Umsetzung telemedizinischer Konzepte dem Sicherstellungsauftrag auch über einen digitalen Weg nachzukommen.

Dem Förderkomplex – Telemedizin ist folgende Fördermaßnahme zugeordnet:

- **Errichtung und Betrieb einer zentralen Plattform zur Durchführung der Videosprechstunde**

(Anhang 8.1)

Für die vorstehend genannte Fördermaßnahme ergeben sich der konkrete Förderzweck sowie die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds aus dem Anhang 8.1.

Abschnitt B: Weitere Fördermaßnahmen

I. Vorstandsermächtigung

Der Vorstand der KVB wird nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen ermächtigt, für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht Gegenstand der Förderkomplexe gemäß Teil 3 Abschnitt A sind (weitere Fördermaßnahmen), Finanzmittel des Strukturfonds zu verwenden.

1. Die weitere Fördermaßnahme muss
 - 1.1 unter Berücksichtigung des mit ihr verfolgten Förderziels einem der in dieser Richtlinie geregelten Förderkomplexe zugeordnet werden können,
 - 1.2 geeignet sein, das Förderziel des Förderkomplexes, dem die weitere Fördermaßnahme zugeordnet werden kann (übergeordneter Förderkomplex) zu erreichen,
 - 1.3 grundsätzlich hinsichtlich ihrer Art und Ausgestaltung, insbesondere hinsichtlich ihrer Förderhöhe, ihres zeitlichen Umfangs sowie ihrer Voraussetzungen mit den Fördermaßnahmen des übergeordneten Förderkomplexes vergleichbar sein und
 - 1.4 eine zur Erreichung des jeweiligen Förderziels notwendige Ergänzung der Fördermaßnahmen des übergeordneten Förderkomplexes darstellen. Hiervon ist insbesondere dann auszugehen, wenn und soweit
 - 1.4.1 ein konkretes, unmittelbar bestehendes Problem im Rahmen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung mit den bisher ergriffenen Fördermaßnahmen des übergeordneten Förderkomplexes nicht behoben werden konnte,
 - 1.4.2 wegen besonderer versorgungsrelevanter Umstände nicht zu erwarten ist, dass ein konkretes, unmittelbar bestehendes Problem im Rahmen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung mit den in dem übergeordneten Förderkomplex zur Verfügung stehenden Fördermaßnahmen behoben werden kann oder
 - 1.4.3 für ein bestehendes oder sich abzeichnendes Problem im Rahmen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung die in dem betreffenden Förderkomplex zur Verfügung stehenden Fördermaßnahmen nicht geeignet oder nicht ausreichend sind, das jeweilige Förderziel zu erreichen.
2. Abweichend von den Vorgaben nach Ziff. 1. kann eine weitere Fördermaßnahme, die nicht einem der in Teil 3 Abschnitt A geregelten Förderkomplexe zugeordnet werden kann, aus dem Strukturfonds finanziert werden, soweit der Gesetzgeber den Katalog der in § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V aufgeführten Regelbeispiele erweitert und sich die weitere Fördermaßnahme auf das neue Regelbeispiel bezieht; hinsichtlich Art und Ausgestaltung der weiteren Fördermaßnahme sind die in dieser Richtlinie festgelegten Vorgaben für die Fördermaßnahmen gemäß Teil 3 Abschnitt A entsprechend zu beachten. Gleiches gilt für den Fall, dass der Gesetzgeber in einer anderen gesetzlichen Vorschrift als der des § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V die Möglichkeit vorsieht, dass eine in den Bereich

der vertragsärztlichen Versorgung fallende Maßnahme aus dem Strukturfonds finanziert werden kann.

3. Die Laufzeit einer weiteren Fördermaßnahme beträgt maximal zwei Jahre.
4. Unbeschadet der Bestimmungen in Ziff. 1. bis 3. kommt eine weitere Fördermaßnahme nur in Betracht, soweit nach dem jeweils gültigen und von der Vertreterversammlung der KVB nach Teil 1 Abschnitt B I. Ziff. 1. beschlossenen Finanzplan Finanzmittel für weitere Fördermaßnahmen zur Verfügung stehen. Für eine einzelne weitere Fördermaßnahme dürfen nicht mehr als die Hälfte der nach dem Finanzplan für weitere Fördermaßnahmen zur Verfügung stehenden Finanzmittel verwendet werden; dies gilt nicht für eine weitere Fördermaßnahme, die dem Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - zugeordnet werden kann. Teil 1 Abschnitt A II. Satz 13 gilt entsprechend.
5. Soweit eine weitere Fördermaßnahme bekannt zu machen ist, gilt § 27 der Satzung der KVB.

II. Überführung von weiteren Fördermaßnahmen in einen Förderkomplex

Soll eine weitere Fördermaßnahme dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum als dem in Ziff. I. 3. genannten gewährt werden, bedarf es hierfür einer Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung. Hiervon unberührt bleibt das Recht der Vertreterversammlung, die Entscheidung über den Fortbestand und die Ausgestaltung einer weiteren Fördermaßnahme jederzeit an sich zu ziehen.

Teil 4: Inkrafttreten und Übergangsregelung

I. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 01.01.2022 in Kraft. Sie ersetzt die am 02.07.2016 in Kraft getretene und zuletzt durch Beschluss der Vertreterversammlung der KVB vom 05.06.2019 geänderte Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds vom 15.06.2016 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 26 vom 01.07.2016).

II. Übergangsregelung

1. Für Fördermaßnahmen, die auf der Grundlage der am 02.07.2016 in Kraft getretenen und zuletzt durch Beschluss der Vertreterversammlung der KVB vom 05.06.2019 geänderten Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds vom 15.06.2016 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 26 vom 01.07.2016) bewilligt wurden, gilt diese Richtlinie weiter.
2. Soweit die Vertreterversammlung der KVB vor Inkrafttreten dieser Richtlinie für einzelne Fördermaßnahmen die Finanzierung aus den Finanzmitteln des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V beschlossen hat, gelten diese Beschlüsse insoweit weiter, als auf ihrer Grundlage Finanzmittel des Strukturfonds von der Vertreterversammlung der KVB in den entsprechenden Finanzplan eingestellt wurden.

Anhang 1

Förderkomplex: Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf

Der Förderkomplex - Unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - beinhaltet nachfolgende Fördermaßnahmen:

- Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf
- Betrieb von Eigeneinrichtungen
- Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge

I. Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf

1. Definition und Inhalt

Bei einem Förderprogramm für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf handelt es sich um ein vom Vorstand der KVB beschlossenes Maßnahmenpaket, das die für einen im Sinne von Teil 3 Abschnitt A I. Satz 1 förderfähigen Planungsbereich im Einzelnen beabsichtigten Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält (planungsbereichsbezogenes Förderprogramm). In einem planungsbereichsbezogenen Förderprogramm ist vom Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungssituation insbesondere festzulegen,

- welche konkreten Förderziele in dem förderfähigen Planungsbereich erreicht werden sollen (z.B. Erhöhung des Versorgungsgrads durch Neuniederlassungen, Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Versorgung durch finanzielle Zuwendungen für bereits niedergelassene Vertragsärzte); hiervon unbeschadet ist übergeordnetes Förderziel eines jeden planungsbereichsbezogenen Förderprogramms die Beseitigung einer eingetretenen Unterversorgung bzw. die Abwendung einer drohenden Unterversorgung oder die Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sowie die Erreichung und nachhaltige Sicherung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads,
- mit welchen konkreten Fördermaßnahmen die Förderziele erreicht werden sollen; dabei stehen dem Vorstand der KVB die in den Anhängen 1.1 bis 1.8 genannten Fördermaßnahmen zur Verfügung,
- ob bestimmte Fördermaßnahmen vorrangig in Betracht kommen,
- ob bestimmte Fördermaßnahmen nur für ein bestimmtes Teilgebiet eines förderfähigen Planungsbereichs in Betracht kommen sowie

- nach welchen Kriterien eine Auswahl unter mehreren Antragstellern für Fördermaßnahmen, die Gegenstand eines planungsbereichsbezogenen Förderprogramms sind, zu erfolgen hat, wenn die Zahl der Antragsteller die hierfür nach dem Finanzplan zur Verfügung stehenden Finanzmittel übersteigt oder bereits mit weniger Antragstellern die im Förderprogramm festgelegten Förderziele erreicht werden. Für eine Auswahlentscheidung unter mehreren Antragstellern ist es grundsätzlich ausreichend, wenn auf die Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB abgestellt wird. Im Rahmen der hiernach zu treffenden Auswahlentscheidung gilt insbesondere, dass diejenigen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nachrangig zu berücksichtigen sind, bei denen in der jeweiligen MVZ-Trägersgesellschaft die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in den MVZ als Vertragsärzte tätig sind.

Die Entscheidung darüber, ob für einen förderfähigen Planungsbereich ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm aufgestellt wird, trifft der Vorstand der KVB auf der Grundlage der in den Finanzplan für planungsbereichsbezogene Förderprogramme eingestellten Finanzmittel und der jeweils konkreten vertragsärztlichen Versorgungssituation. Soweit der Landesausschuss in einem Planungsbereich für mehrere Arztgruppen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, sind, sofern für jede dieser Arztgruppe entsprechende Förderungen beabsichtigt sind, je Arztgruppe gesonderte planungsbereichsbezogene Förderprogramme aufzustellen. Die planungsbereichsbezogenen Förderprogramme sind gemäß § 27 der Satzung der KVB bekannt zu machen.

2. Förderempfänger

Förderempfänger der in den Anhängen 1.1 bis 1.8 genannten Förderungen können, sofern in dem jeweiligen Anhang nichts Abweichendes geregelt ist, alle zugelassenen Vertragsärzte und zugelassene MVZ sein, die die für die jeweilige Förderung in dieser Richtlinie geregelten Fördervoraussetzungen erfüllen. Soweit nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 auch Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) als Förderempfänger in Betracht kommen, gilt dies nur für solche BAG, die über eine von einem Zulassungsausschuss gemäß § 33 Ärzte-ZV erteilte Genehmigung verfügen.

3. Fördervoraussetzungen

Eine Förderung nach den in den Anhängen 1.1 bis 1.8 genannten Fördermaßnahmen kann bei Vorliegen der nachstehenden Voraussetzungen gewährt werden.

- 3.1 Eine Förderung nach den in den Anhängen 1.1 bis 1.8 genannten Fördermaßnahmen setzt einen Antrag voraus. Für Fördermaßnahmen der Anhänge 1.1 bis 1.6 muss der vollständige Antrag spätestens nach Ablauf von sechs Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit, für die der jeweilige Zuschuss beantragt wird, bei der KVB eingegangen sein. Ist die Frist bereits abgelaufen, kann sie rückwirkend verlängert werden, wenn es insbesondere aus Versorgungsgründen unbillig wäre, die durch den Fristablauf eingetretene Rechtsfolge bestehen zu lassen.
- 3.2 Für den förderfähigen Planungsbereich im Sinne von Teil 3 Abschnitt A I. Satz 1 muss ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm bestehen. Die beantragte Förderung muss Gegenstand dieses planungsbereichsbezogenen Förderprogramms sein.

- 3.3 Die für die beantragte Förderung in dem entsprechenden Anhang genannten Anforderungen müssen erfüllt sein.
- 3.3.1 Soweit eine Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 voraussetzt, dass der Förderempfänger einen bestimmten prozentualen Anteil der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der förderfähigen Fachgruppe erbringt, ermittelt sich diese durchschnittliche Fallzahl (Referenzwert - Fallzahl) aus dem Quotienten der Gesamtsumme der in der vertragsärztlichen Versorgung fachgruppenbezogen erbrachten und abrechenbaren ambulanten Behandlungsfälle im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Gesamtsumme der in der entsprechenden Fachgruppe in Bayern zugelassenen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden angestellten Ärzte. Bei der Erhebung der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte ist auf den jeweiligen Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abzustellen. Sofern die jeweilige förderfähige Fachgruppe sowohl über ein operatives als auch ein konservatives Leistungsspektrum verfügt, ist für die Ermittlung des Referenzwertes - Fallzahl grundsätzlich auf die durchschnittliche Fallzahl der Ärzte der Fachgruppe abzustellen, die als konservativ tätig eingeordnet werden. Für die Ermittlung des Referenzwertes - Fallzahl sind die letzten vier vor der Bewilligung der Förderung entsprechend verfügbaren Quartale heranzuziehen. Sofern im Vergleich zu anderen Fachgruppen bei der gesamten Fachgruppe des Förderempfängers Besonderheiten bestehen, insbesondere in Bezug auf die Zusammensetzung und das Abrechnungsverhalten der Fachgruppe, kann von der in Satz 1 getroffenen Vorgabe abgewichen werden; entsprechendes gilt für die in Satz 3 geregelte Ermittlung des Referenzwertes - Fallzahl. Sofern der Förderempfänger nicht im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags zugelassen ist, reduziert sich die Höhe des Referenzwertes - Fallzahl entsprechend des dem Förderempfänger erteilten Versorgungsauftrags. Satz 6 gilt entsprechend für den Fall, dass der Förderempfänger die Förderung bezogen auf einen bei ihm angestellten Arzt erhält, der nicht in Vollzeit beschäftigt ist.
- 3.3.2 Soweit es für eine Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 auf die individuelle Fallzahl des Förderempfängers oder bezogen auf einen bei ihm angestellten Arzt ankommt, wird für die Erhebung der Anzahl der erbrachten und abrechenbaren ambulanten Behandlungsfälle auf den von der KVB erlassenen Honorarbescheid des Förderempfängers und die dazugehörigen Honorarunterlagen abgestellt.
- 3.4 Unabhängig vom Vorliegen der Fördervoraussetzungen nach den Ziff. 3.1 bis 3.3 kann eine Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 nicht gewährt werden, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag auf Gewährung der Förderung die in dem betreffenden planungsbereichsbezogenen Förderprogramm festgelegten Förderziele bereits erreicht sind; bei der Prüfung, ob die festgelegten Förderziele erreicht sind, sind die in einer Eigeneinrichtung gemäß Anhang 1.9 tätigen angestellten Ärzte, die Vertragsärzte, die eine KVB - Arztpraxis gemäß Anhang 1.10 nutzen, sowie der Betrieb von Einrichtungen gemäß Anhang 1.11 nicht zu berücksichtigen.

Anhang 1.1

Zuschuss zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Der Zuschuss zu den Investitionskosten, die mit einer Niederlassung als Vertragsarzt verbunden sind, soll einen Anreiz setzen, in einem förderfähigen 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. In diesem Sinne zählen zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt insbesondere Kosten für Umbaumaßnahmen in den Räumlichkeiten der Praxis, für die Geräteausstattung und sonstige Einrichtung der Praxis sowie für im Rahmen einer Niederlassung sachdienliche Beratungen oder Fortbildungen. Der Zuschuss für eine Niederlassung als Vertragsarzt wird nicht für die Deckung laufender Betriebskosten oder für den Kauf einer Immobilie gewährt. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Höhe der Förderung

2.1 Die Höhe des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag beträgt

- 90.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S.1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat
- 60.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S.1 Alt. 2 SGB V eine drohende Unterversorgung festgestellt hat
- 60.000 Euro für die Niederlassung in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Die Höhe des Zuschusses zu den Investitionskosten für eine Niederlassung als Vertragspsychotherapeut mit vollem Versorgungsauftrag beträgt

- 30.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat
- 20.000 Euro für die Niederlassung in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V eine drohende Unterversorgung festgestellt hat
- 20.000 Euro für die Niederlassung in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

2.2 Sofern der Förderempfänger nicht mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen ist, reduziert sich die Höhe des finanziellen Zuschusses gemäß Ziff. 2.1 entsprechend des ihm erteilten Versorgungsauftrags.

- 2.3 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss nach den Ziff. 2.1 und 2.2 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

3. Fördervoraussetzungen

- 3.1 Der die Förderung beantragende Vertragsarzt muss der Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Er muss in dem förderfähigen Planungsbereich, für den diese Feststellung getroffen wurde, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein.
- 3.2 Die Zulassung darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen und die KVB für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe des Antragstellers ein Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1. aufgestellt hat. Die Feststellung des Landesausschusses muss zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses fortbestanden haben. War der Antragsteller zu dem Zeitpunkt, zu dem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits als Vertragsarzt zugelassen oder führte der Verzicht auf seine Zulassung als Vertragsarzt im betreffenden förderfähigen Planungsbereich zur Feststellung nach § 100 Abs. 1 S.1 Alt. 1 SGB V, kommt eine Förderung nach diesem Anhang nicht in Betracht.
- 3.3 War der Antragsteller vor der Zulassung in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich in einem anderen Planungsbereich zugelassen, darf die Zulassung in dem förderfähigen Planungsbereich nicht dazu geführt haben, dass der Versorgungsgrad für die Arztgruppe des Antragstellers in dem Planungsbereich, in dem der Antragsteller bisher zugelassen war, unter 90 v.H. gesunken ist.
- 3.4 War der Antragsteller vor der Zulassung in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich in einer zum Zeitpunkt der Zulassung fortbestehenden KVB-Eigeneinrichtung als angestellter Arzt in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich vertragsärztlich tätig, kommt eine Förderung nach diesem Anhang nicht in Betracht.
- 3.5 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,
- 3.5.1 den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- 3.5.2 in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde, mindestens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein,
- 3.5.3 in dem in Ziff. 3.5.2 genannten Zeitraum in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten,
- 3.5.4 Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber in dem Umfang, der

in den insoweit maßgeblichen vertragsarztrechtlichen Vorschriften als Mindestsprechstundenzeit vorgesehen ist,

- 3.5.5 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn die Anforderungen nach den Ziff. 3.5.1 bis 3.5.4 nicht eingehalten werden sowie
- 3.5.6 unbeschadet der Fördervoraussetzungen nach Ziff. 3.5.3 und 3.5.4 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn er beginnend mit dem fünften Quartal ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem Planungsbereich, für den die Förderung bewilligt wurde, innerhalb des nach Ziff. 3.5.2 genannten Zeitraums pro Quartal nicht zumindest 60 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe, für die er in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassen wurde, erbracht hat; bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten kann von dieser Vorgabe abgewichen werden. Eine auf jeweils vier Quartale bezogene saldierende Betrachtungsweise ist zulässig.
- 3.6 Die Auszahlung des bewilligten Zuschusses setzt voraus, dass der Förderempfänger die vertragsärztliche Tätigkeit in der geförderten Vertragsarztpraxis aufgenommen hat.
- 3.7 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis, für deren Gründung der Zuschuss bewilligt wurde, nicht spätestens innerhalb der vom Zulassungsausschuss für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit gesetzten Frist aufgenommen wurde. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen.

4. Förderung für einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für einen in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassenen Vertragsarzt bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 4.1. Die unter Ziff. 3. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den bei dem Vertragsarzt angestellten Arzt erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger der Vertragsarzt ist, der den angestellten Arzt aufgrund einer entsprechenden Anstellungsgenehmigung beschäftigt.
- 4.2 Die dem antragstellenden Vertragsarzt erteilte Anstellungsgenehmigung wurde bezogen auf den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und für die Arztgruppe ausgesprochen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
- 4.3 Der angestellte Arzt wird auf der Grundlage der dem antragstellenden Vertragsarzt erteilten Anstellungsgenehmigung in einem Umfang von mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt. Hinsichtlich des Umfangs der Wochenarbeitszeit ist auf den der Anstellungsgenehmigung zugrundeliegenden Arbeitsvertrag abzustellen.
- 4.4 Eine Förderung bezogen auf einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn

- 4.4.1 der antragstellende Vertragsarzt unter einer Facharztbezeichnung zugelassen ist, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat,
- 4.4.2 der antragstellende Vertragsarzt in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich über Räumlichkeiten verfügt, die bereits vor der Feststellung des Landesausschusses für die Abhaltung von Sprechstunden in dem Fachgebiet, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, eingerichtet und mit entsprechenden Geräten ausgestattet wurden,
- 4.4.3 der angestellte Arzt bereits vor der dem antragstellenden Vertragsarzt erteilten Anstellungsgenehmigung unter Anrechnung auf den Versorgungsgrad in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt tätig war,
- 4.4.4 dem angestellten Arzt für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde oder
- 4.4.5 dem antragstellenden Vertragsarzt für den bei ihm beschäftigten angestellten Arzt, bezogen auf den er eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, eine Förderung nach Anhang 1.4 oder Anhang 1.5 bewilligt wurde.
- 4.5 Ein Zuschuss nach Ziff. 2.1 setzt eine Anstellung mit einem Beschäftigungsumfang in Höhe von mindestens 40 Wochenstunden voraus. Sofern der angestellte Arzt mit weniger als 40 Wochenstunden beschäftigt wird, reduziert sich der Zuschuss nach Ziff. 2.1 entsprechend der vereinbarten Wochenarbeitszeit; Ziff. 4.3 Satz 2 gilt entsprechend.

5. Förderung für einen in einem MVZ angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassenes MVZ bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 5.1. Die unter Ziff. 3. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den im MVZ tätigen angestellten Arzt erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger das MVZ ist, in dem der angestellte Arzt aufgrund einer entsprechenden Anstellungsgenehmigung tätig ist.
- 5.2 Die dem antragstellenden MVZ erteilte Anstellungsgenehmigung wurde bezogen auf den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und für die Arztgruppe ausgesprochen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
- 5.3 Der angestellte Arzt wird auf der Grundlage der dem antragstellenden MVZ erteilten Anstellungsgenehmigung in einem Umfang von mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt. Ziff. 4.3 Satz 2 gilt entsprechend.
- 5.4 Eine Förderung bezogen auf einen bei einem MVZ angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn

- 5.4.1 das antragstellende MVZ bereits in dem Fachgebiet an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat,
- 5.4.2 das antragstellende MVZ in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich über Räumlichkeiten verfügt, die bereits vor der Feststellung des Landesausschusses für die Abhaltung von Sprechstunden in dem Fachgebiet, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, eingerichtet und mit entsprechenden Geräten ausgestattet wurden,
- 5.4.3 der angestellte Arzt bereits vor der dem antragstellenden MVZ erteilten Anstellungsgenehmigung unter Anrechnung auf den Versorgungsgrad in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt tätig war,
- 5.4.4 dem angestellten Arzt für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde oder
- 5.4.5 dem antragstellenden MVZ für den bei ihm beschäftigten angestellten Arzt, bezogen auf den es eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, eine Förderung nach Anhang 1.4 oder Anhang 1.5 bewilligt wurde.

5.5 Die Höhe des Zuschusses bestimmt sich nach Ziff. 4.5.

6. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für eine BAG bezogen auf einen ihr nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 6.1 Zumindest ein Mitglied der die Förderung beantragenden BAG muss seinen Vertragsarztsitz in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich haben.
- 6.2 Die unter Ziff. 3 genannten Fördervoraussetzungen müssen bezogen auf den von der BAG angestellten Arzt in entsprechender Weise erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger die BAG ist, in der der angestellte Arzt aufgrund einer entsprechenden Anstellungsgenehmigung tätig ist.
- 6.3 Eine Förderung bezogen auf einen bei einer BAG angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der BAG, das in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich seinen Vertragsarztsitz hat, in dem Fachgebiet an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
- 6.4 Im Übrigen gelten mit Ausnahme der Ziff. 5.1 und 5.4.1 die unter Ziff. 5. genannten Vorschriften entsprechend.

7. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 ausgeschlossen.

Anhang 1.2

Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Die Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis soll neben dem Investitionskostenzuschuss nach Anhang 1.1 einen weiteren Anreiz setzen, in einem unterversorgten Planungsbereich oder in einem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für welche der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, eine Vertragsarztpraxis zu gründen und aufzubauen. Bei der Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis 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. Eine Förderung nach diesem Anhang erfolgt nicht für Planungsbereiche, für die der Landesausschuss das Vorliegen einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V festgestellt hat.

2. Höhe und Dauer der Förderung

2.1 Die Höhe des finanziellen Zuschusses ergibt sich für jedes förderfähige Abrechnungsquartal gesondert aus der Differenz von 85 v.H. des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt der Fachgruppe des Förderempfängers (Referenzwert - Honorar) und des Honorars des Förderempfängers für dessen vertragsärztliche Tätigkeit (individueller Honorarumsatz).

2.1.1 Der Referenzwert - Honorar wird einmalig für den gesamten Förderzeitraum ermittelt und ergibt sich aus dem Durchschnitt der Honorarumsätze je Arzt der Fachgruppe des Förderempfängers bezogen auf die letzten vier vor der Bewilligung der Förderung nach diesem Anhang verfügbaren Abrechnungsquartale. Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt der Fachgruppe ermittelt sich aus dem Quotienten des ambulanten Honorarumsatzes (GKV) aus vertragsärztlicher Tätigkeit der förderfähigen Fachgruppe und der Gesamtsumme der in der entsprechenden förderfähigen Fachgruppe in Bayern zugelassenen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden angestellten Ärzte. Bei der Erhebung der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte ist auf den jeweiligen Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abzustellen. Sofern die jeweilige Fachgruppe sowohl über ein operatives als auch ein konservatives Leistungsspektrum verfügt, ist für die Ermittlung des Referenzwertes - Honorar auf den Honorarumsatz abzustellen, der der Praxisausrichtung des Förderempfängers entspricht. Als förderfähige Praxisausrichtungen kommen nur die eines konservativ tätigen Arztes oder die eines kleinen Operateurs in Betracht. Unbeschadet der sich aus Teil 2 Abschnitt B dieser Richtlinie ergebenden Mitwirkungspflichten, kann die KVB jederzeit prüfen, ob die während des Förderzeitraums erbrachten und abgerechneten Leistungen im Einklang mit der vom Förderempfänger im Rahmen seines Förderantrags mitgeteilten Praxisausrichtung stehen. Sofern im Vergleich zu anderen Fachgruppen bei der gesamten Fachgruppe des Förderempfängers Besonderheiten bestehen, insbesondere in Bezug auf die Zusammensetzung und das Abrechnungsverhalten der Fachgruppe, kann von der in Satz 2 getroffenen Vorgabe abgewichen werden; entsprechendes gilt für die in Satz 4 geregelte Ermittlung des Referenzwertes - Honorar. Sofern der Förderempfänger nicht im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags zugelassen ist, reduziert sich die Höhe des Referenzwertes - Honorar entsprechend des dem Förderempfänger erteilten

Versorgungsauftrags. Satz 8 gilt entsprechend für den Fall, dass der Förderempfänger die Förderung bezogen auf einen bei ihm angestellten Arzt erhält, der nicht in Vollzeit beschäftigt ist.

- 2.1.2 Für die Feststellung des individuellen Honorarumsatzes ist auf das Honorar abzustellen, das für das jeweilige förderfähige Abrechnungsquartal in dem Honorarbescheid bzw. den dazugehörigen Honorarunterlagen der KVB ausgewiesen ist. Kommt es im Rahmen der Überprüfung der Abrechnung aufgrund vertragsarztrechtlicher Vorgaben zu einer nachträglichen Berichtigung des für ein förderfähiges Abrechnungsquartal ergangenen Honorarbescheids, ist für die Berechnung des finanziellen Zuschusses für dieses Abrechnungsquartal auf das im berichtigten Honorarbescheid ausgewiesene Honorar abzustellen.
- 2.2 Der finanzielle Zuschuss im Rahmen der Förderung nach diesem Anhang wird für acht aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale ab dem Zeitpunkt gewährt, ab dem der Förderempfänger seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat. Wurde die vertragsärztliche Tätigkeit nicht spätestens am fünften Werktag eines Quartals aufgenommen, ist das erste förderfähige Abrechnungsquartal das auf die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit folgende Quartal.
- 2.3 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB die Dauer der Förderung nach diesem Anhang um bis zu vier Abrechnungsquartale verlängern.

3. Fördervoraussetzungen

- 3.1 Der die Förderung beantragende Vertragsarzt muss der Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass eine Unterversorgung im Planungsbereich eingetreten ist oder für die der Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Er muss in dem förderfähigen Planungsbereich, für den diese Feststellung getroffen wurde, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein.
- 3.2 Die Zulassung darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V, dass Unterversorgung eingetreten ist oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, getroffen hat und die KVB für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe des Antragstellers ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1. aufgestellt hat. Die Feststellung des Landesausschusses muss zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses fortbestanden haben. Hat der Antragsteller zu dem Zeitpunkt, zu dem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder führte der Verzicht auf seine Zulassung als Vertragsarzt im betreffenden förderfähigen Planungsbereich zur Feststellung nach § 100 Abs. 1 S.1 Alt. 1 SGB V, kommt eine Förderung nach diesem Anhang nicht in Betracht.

- 3.3 War der Antragsteller vor der Zulassung in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich in einem anderen Planungsbereich zugelassen, darf die Zulassung in dem förderfähigen Planungsbereich nicht dazu geführt haben, dass der Versorgungsgrad für die Arztgruppe des Antragstellers in dem Planungsbereich, in dem der Antragsteller bisher zugelassen war, unter 90 v.H. gesunken ist.
- 3.4 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,
- 3.4.1 den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- 3.4.2 in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich, für den der Zuschuss gewährt wurde, mindestens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein,
- 3.4.3 in dem in Ziff. 3.4.2 genannten Zeitraum in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten,
- 3.4.4 Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung anzubieten, in jedem Fall aber in dem Umfang, der in den insoweit maßgeblichen vertragsarztrechtlichen Vorschriften als Mindestsprechstundenzeit vorgesehen ist,
- 3.4.5 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn die Anforderungen nach den Ziff. 3.4.1 bis 3.4.4 nicht eingehalten werden sowie
- 3.4.6 unbeschadet der Fördervoraussetzungen nach Ziff. 3.4.3 und 3.4.4 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn er beginnend mit dem fünften Quartal ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem Planungsbereich, für den die Förderung bewilligt wurde, innerhalb des nach Ziff. 3.4.2 genannten Zeitraums pro Quartal nicht zumindest 60 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe, für die er in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassen wurde, erbracht hat; bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten kann von dieser Vorgabe abgewichen werden. Eine auf jeweils vier Quartale bezogene saldierende Betrachtungsweise ist zulässig.
- 3.5 Der Förderempfänger muss in dem Abrechnungsquartal, für den ein finanzieller Zuschuss gewährt werden soll, in seiner Vertragsarztpraxis eine dem jeweiligen Honorarbescheid zugrundeliegende Mindestanzahl an Patientenbehandlungen durchgeführt haben. Dabei beträgt die in diesem Sinne für die Gewährung des finanziellen Zuschusses erforderliche Mindestanzahl an erbrachten und abgerechneten Behandlungsfällen
- im 1. und 2. förderfähigen Abrechnungsquartal jeweils mindestens 20 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der förderfähigen Fachgruppe
 - im 3. und 4. förderfähigen Abrechnungsquartal jeweils mindestens 40 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der förderfähigen Fachgruppe

- im 5. bis 8. förderfähigen Abrechnungsquartal jeweils mindestens 60 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der förderfähigen Fachgruppe
- im Falle einer Verlängerung der Förderdauer ab dem 8. förderfähigen Abrechnungsquartal jeweils mindestens 60 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der förderfähigen Fachgruppe.

Wird in einem förderfähigen Abrechnungsquartal die nach Satz 2 erforderliche Mindestfallzahl nicht erreicht, ist ein finanzieller Zuschuss für dieses Quartal ausgeschlossen; bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten kann von dieser Vorgabe abgewichen werden.

- 3.6 Entspricht in einem förderfähigen Abrechnungsquartal der individuelle Honorarumsatz dem Referenzwert - Honorar oder übersteigt er ihn, ist ein finanzieller Zuschuss für dieses Abrechnungsquartal ausgeschlossen.
- 3.7 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis, für deren Gründung der Zuschuss bewilligt wurde, nicht spätestens innerhalb der vom Zulassungsausschuss für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit gesetzten Frist aufgenommen wurde. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen.

4. Förderung für einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für einen in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassenen Vertragsarzt bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 4.1. Die unter Ziff. 3. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den angestellten Arzt erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger der Vertragsarzt ist, der den angestellten Arzt aufgrund einer entsprechenden Anstellungsgenehmigung beschäftigt.
- 4.2 Die dem antragstellenden Vertragsarzt erteilte Anstellungsgenehmigung wurde bezogen auf den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und für die Arztgruppe ausgesprochen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
- 4.3 Der angestellte Arzt wird auf der Grundlage der dem antragstellenden Vertragsarzt erteilten Anstellungsgenehmigung in einem Umfang von mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt. Hinsichtlich des Umfangs der Wochenarbeitszeit ist auf den der Anstellungsgenehmigung zugrundeliegenden Arbeitsvertrag abzustellen.
- 4.4 Eine Förderung bezogen auf einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn
- 4.4.1 der antragstellende Vertragsarzt unter einer Facharztbezeichnung zugelassen ist, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat,

- 4.4.2 der angestellte Arzt bereits vor der dem antragstellenden Vertragsarzt erteilten Anstellungsgenehmigung unter Anrechnung auf den Versorgungsgrad in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt tätig war,
- 4.4.3 dem angestellten Arzt für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde oder
- 4.4.4 dem antragstellenden Vertragsarzt für den bei ihm beschäftigten angestellten Arzt, bezogen auf den er eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, eine Förderung nach Anhang 1.4 bewilligt wurde.

5. Förderung für einen in einem MVZ angestellten Arzt oder in einem MVZ tätigen Vertragsarzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassenes MVZ bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt oder bei ihm tätigen Vertragsarzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 5.1. Die unter Ziff. 3. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den im MVZ tätigen angestellten Arzt oder Vertragsarzt erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger das MVZ ist, in dem der angestellte Arzt oder Vertragsarzt tätig ist.
- 5.2 Die dem antragstellenden MVZ erteilte Anstellungsgenehmigung wurde bezogen auf den förderfähigen Planungsbereich und für die Arztgruppe ausgesprochen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Der in dem MVZ tätige Vertragsarzt, bezogen auf den eine Förderung nach diesem Anhang beantragt wird, ist in dem förderfähigen Planungsbereich unter einer Facharztbezeichnung zugelassen, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
- 5.3 Der angestellte Arzt wird auf der Grundlage der dem antragstellenden MVZ erteilten Anstellungsgenehmigung in einem Umfang von mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt. Ziff. 4.3 Satz 2 gilt entsprechend.
- 5.4 Eine Förderung bezogen auf einen bei einem MVZ angestellten Arzt oder einem im MVZ tätigen Vertragsarzt ist ausgeschlossen, wenn
 - 5.4.1 das antragstellende MVZ bereits in dem Fachgebiet an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat,
 - 5.4.2 der angestellte Arzt bereits vor der dem antragstellenden MVZ erteilten Anstellungsgenehmigung unter Anrechnung auf den Versorgungsgrad in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt tätig war; entsprechendes gilt für den im MVZ tätigen Vertragsarzt,

5.4.3 dem angestellten Arzt bzw. dem Vertragsarzt für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde oder

5.4.4 dem antragstellenden MVZ für den bei ihm angestellten Arzt, bezogen auf den es eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, eine Förderung nach Anhang 1.4 bewilligt wurde.

6. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für eine BAG bezogen auf einen ihr nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

6.1 Zumindest ein Mitglied der die Förderung beantragenden BAG muss seinen Vertragsarztsitz in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich haben.

6.2 Die unter Ziff. 3 genannten Fördervoraussetzungen müssen bezogen auf den von der BAG angestellten Arzt in entsprechender Weise erfüllt sein. Hiervon unberührt bleibt, dass Antragsteller und Förderempfänger die BAG ist, in der der angestellte Arzt aufgrund einer entsprechenden Anstellungsgenehmigung tätig ist.

6.3 Eine Förderung bezogen auf einen bei einer BAG angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der BAG, das in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich seinen Vertragsarztsitz hat, in dem Fachgebiet an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.

6.4 Im Übrigen gelten mit Ausnahme der Ziff. 5.1 und 5.4.1 die unter Ziff. 5. genannten Vorschriften entsprechend.

7. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 ausgeschlossen.

Anhang 1.3

Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Der Zuschuss zur Gründung einer Zweigpraxis soll einen Anreiz setzen, in einem förderfähigen Planungsbereich eine Zweigpraxis im 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. In diesem Sinne zählen zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis insbesondere Kosten für Umbaumaßnahmen in den Räumlichkeiten der Zweigpraxis sowie Kosten für die Geräteausstattung und die sonstige Einrichtung der Zweigpraxis. Der Zuschuss für die Errichtung einer Zweigpraxis wird nicht für die Deckung laufender Betriebskosten oder für den Kauf einer Immobilie gewährt. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Höhe der Förderung

2.1 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 nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat
- 15.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V eine drohende Unterversorgung festgestellt hat
- 15.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Die Höhe des Zuschusses für die Errichtung einer vertragspsychotherapeutischen Zweigpraxis beträgt

- 7.500 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat
- 5.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V eine drohende Unterversorgung festgestellt hat
- 5.000 Euro für die Errichtung der Zweigpraxis in demjenigen Teil eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

2.2 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss nach Ziff. 2.1 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

3. Fördervoraussetzungen

- 3.1 Der die Förderung beantragende Vertragsarzt muss mit einem im Sinne von § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV vollen Versorgungsauftrag in einem anderen als dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassen sein.
- 3.2 Der Antragsteller muss der Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Dies gilt auch für einen dem Antragsteller gemäß § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt, sofern dieser angestellte Arzt in der Zweigpraxis, für die eine Förderung nach diesem Anhang beantragt wurde, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.
- 3.3 Der Antragsteller muss über die Genehmigung einer Zweigpraxis für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich verfügen.
- 3.4 Die Zweigpraxisgenehmigung nach Ziff. 3.3 darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen und die KVB für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und die förderfähige Arztgruppe ein Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1. aufgestellt hat. Die Feststellung des Landesausschusses muss zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Genehmigung der Zweigpraxis fortbestanden haben.
- 3.5 Ist der Antragsteller in einem Planungsbereich zugelassen, für den der Landesausschuss ebenfalls eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, kommt eine Förderung nach diesem Anhang nicht in Betracht, sofern der Antragsteller in dem Fachgebiet zugelassen ist, auf die sich diese Feststellung des Landesausschusses erstreckt. Dies gilt nicht, wenn der Antragsteller zum Zwecke der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen in der genehmigten Zweigpraxis gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V einen angestellten Arzt der förderfähigen Arztgruppe beschäftigt.
- 3.6 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,
 - 3.6.1 den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
 - 3.6.2 in der geförderten Zweigpraxis mindestens fünf Jahre vertragsärztlich tätig zu sein,
 - 3.6.3 in dem in Ziff. 3.6.2 genannten Zeitraum in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und andere Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten,
 - 3.6.4 in der geförderten Zweigpraxis mindestens 10 Sprechstunden pro Woche anzubieten sowie
 - 3.6.5 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach den Ziff. 3.6.1 bis 3.6.4 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.

- 3.7 Die Auszahlung des bewilligten Zuschusses setzt voraus, dass der Förderempfänger oder ein bei ihm gemäß Ziff. 3.2 angestellter Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit in der geförderten Zweigpraxis aufgenommen hat.
- 3.8 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in der Zweigpraxis, für deren Errichtung der Zuschuss bewilligt wurde, nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen wurde. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen. In begründeten Ausnahmefällen kann von der in Satz 1 genannten Frist abgewichen werden.
- 3.9 Gesetzliche sowie untergesetzliche Regelungen zur Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis, insbesondere die bundesmantelvertragliche Regelung, wonach in allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem oder mehreren weiteren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes überwiegen muss (§ 17 Abs. 1a Satz 5 BMV-Ä), bleiben von den Regelungen dieses Anhangs unberührt.

4. Förderung für eine von einem MVZ errichtete Zweigpraxis

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein zugelassenes MVZ nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 4.1. In dem antragstellenden MVZ muss mindestens ein Arzt als Vertragsarzt oder als nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigter angestellter Arzt tätig sein, der der Arztgruppe angehört, für die der Landesausschuss in dem Planungsbereich, in dem das MVZ die Errichtung einer Zweigpraxis beabsichtigt, eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Unabhängig von der Zahl der im MVZ tätigen Ärzte muss das MVZ in dem Fachgebiet, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, mit dem Anrechnungsfaktor von 1,0 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- 4.2 Die unter Ziff. 3 genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den angestellten Arzt oder den im MVZ tätigen Vertragsarzt erfüllt sein.
- 4.3 Eine Förderung nach diesem Anhang ist ausgeschlossen, wenn das antragstellende MVZ in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich über Räumlichkeiten verfügt, die bereits vor der Feststellung des Landesausschusses für die Abhaltung von Sprechstunden in dem Fachgebiet, für das der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, entsprechend eingerichtet und ausgestattet wurden.

5. Förderung einer für einen fachgebietsfremden angestellten Arzt errichteten Zweigpraxis

Abweichend von Ziff. 3.2 kann auch ein Vertragsarzt, der nicht der Arztgruppe angehört, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, Empfänger einer Förderung nach diesem Anhang sein, sofern nachfolgende Voraussetzungen erfüllt sind.

- 5.1 Der antragstellende Vertragsarzt beschäftigt zum Zwecke der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen in einer für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich genehmigten Zweigpraxis einen nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt; die entsprechende Anstellungsgenehmigung muss sich auf den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, beziehen.
- 5.2 Die unter Ziff. 3 genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den angestellten Arzt erfüllt sein.

6. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 und dem Anhang 1.12 ausgeschlossen.

7. Mehrfachförderung

Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1 S. 1 besteht für ein und denselben Förderempfänger keine Beschränkung der Anzahl der im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Zweigpraxen.

Anhang 1.4

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines angestellten Arztes

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Der Zuschuss zu den Kosten einer Beschäftigung eines angestellten Arztes soll einen Anreiz setzen, einen Arzt in einem förderfähigen Planungsbereich anzustellen. Er dient dazu, die im Zusammenhang mit der Beschäftigung eines angestellten Arztes für den anstellenden Vertragsarzt monatlich entstehenden finanziellen Belastungen zu reduzieren. Die Förderung erfolgt über die quartalsweise Gewährung eines finanziellen Zuschusses.

2. Höhe und Dauer der Förderung

2.1 Die Höhe des Zuschusses beträgt 4.000 Euro pro Quartal für die Anstellung eines in Vollzeit beschäftigten Arztes oder mehrerer insgesamt in diesem Umfang beschäftigter Ärzte. Eine Vollzeitbeschäftigung im Sinne dieses Anhangs ist bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden gegeben. Bei der Anstellung eines nicht in Vollzeit beschäftigten Arztes oder mehrerer insgesamt nicht in Vollzeit beschäftigter Ärzte reduziert sich der maximale Förderbetrag nach Satz 1 entsprechend der vereinbarten Wochenarbeitszeit; hinsichtlich der vereinbarten Wochenarbeitszeit ist auf den der Anstellungsgenehmigung zugrundeliegenden Arbeitsvertrag abzustellen. Die Förderung ist unabhängig von der Anzahl der angestellten Ärzte auf 4.000 Euro pro Quartal beschränkt.

2.2 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss nach Ziff. 2.1 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

2.3 Die Förderung ist auf zwei Jahre begrenzt. Dies gilt auch, wenn innerhalb des Förderzeitraums im Rahmen einer Nachbesetzung des angestellten Arztes, für den eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde, vom Zulassungsausschuss die Genehmigung zur Beschäftigung eines anderen angestellten Arztes erteilt wird. Besteht die Feststellung des Landesausschusses, dass gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich eingetreten ist, auch nach Ablauf des Förderzeitraums fort, wird die Förderung unter Berücksichtigung der Versorgungssituation und der Förderziele um jeweils höchstens ein weiteres Jahr verlängert.

3. Fördervoraussetzungen

3.1 Der die Förderung beantragende Vertragsarzt muss über eine Genehmigung zur Anstellung eines Arztes gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V i.V.m. § 32b Abs. 2 Ärzte-ZV verfügen, die sich auf den förderfähigen Planungsbereich bezieht, für den der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Der angestellte Arzt muss der Arztgruppe angehören, auf die sich die Feststellung des Landesausschusses bezieht.

3.2 Die Anstellungsgenehmigung darf erst erteilt worden sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen und die KVB für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich und die Arztgruppe des angestellten

- Arztes ein Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1. aufgestellt hat. Die Feststellung des Landesausschusses muss zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses fortbestanden haben.
- 3.3 Der angestellte Arzt, auf den sich die Anstellungsgenehmigung bezieht, darf nicht zu dem Zeitpunkt, zu dem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.
 - 3.4 War der angestellte Arzt vor der Anstellungsgenehmigung nach Ziff. 3.1 in einem anderen Planungsbereich vertragsärztlich tätig, darf die Anstellungsgenehmigung in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht dazu geführt haben, dass der Versorgungsgrad für die Arztgruppe des angestellten Arztes in dem Planungsbereich, in dem der angestellte Arzt bisher vertragsärztlich tätig war, unter 90 v.H. gesunken ist.
 - 3.5 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben, den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden und bei Nichteinhaltung dieser Anforderung den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.
 - 3.6 Ferner muss sich der Antragsteller gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben, den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn der angestellte Arzt
 - 3.6.1 die vertragsärztliche Tätigkeit in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang mindestens zwei Jahre ausgeübt hat,
 - 3.6.2 in dem in Ziff. 2.3 genannten Zeitraum nicht in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort berücksichtigt hat und Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, in mehr als einem nur geringfügigem Umfang angeboten hat,
 - 3.6.3 beginnend mit dem fünften Quartal ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem Planungsbereich, für den die Förderung bewilligt wurde, innerhalb des in Ziff. 2.3 genannten Zeitraums pro Quartal nicht zumindest 60 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe, für die die Anstellungsgenehmigung ausgesprochen wurde, erbracht hat; bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten kann von dieser Vorgabe abgewichen werden. Eine auf jeweils vier Quartale bezogene saldierende Betrachtungsweise ist zulässig.
 - 3.7 Die Auszahlung des Zuschusses setzt voraus, dass der angestellte Arzt, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die vertragsärztliche Tätigkeit in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat.
 - 3.8 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn der angestellte Arzt, für dessen Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich die vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid genannten Beschäftigungsumfang nicht spätestens sechs Monate nach

der Bewilligung der Förderung aufgenommen hat. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen. In begründeten Ausnahmefällen kann von der in Satz 1 genannten Frist abgewichen werden.

- 3.9 Eine Förderung nach diesem Anhang ist ausgeschlossen, wenn dem Antragssteller bezogen auf den ihm genehmigten angestellten Arzt, für den er eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 oder 1.2 bewilligt wurde.

4. Förderung für einen in einem MVZ angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein zugelassenes MVZ bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt unter der Maßgabe entsprechend, dass eine Förderung nach diesem Anhang für ein MVZ ausgeschlossen ist, wenn dem MVZ für den bei ihm tätigen angestellten Arzt, für den es eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 oder 1.2 bewilligt wurde.

5. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für eine BAG bezogen auf einen ihr nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt entsprechend. Eine Förderung einer BAG nach diesem Anhang ist ausgeschlossen, wenn der BAG bezogen auf den in der BAG angestellten Arzt, für den diese eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 oder 1.2 bewilligt wurde oder die BAG bezogen auf einen angestellten Arzt eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, für den bereits einem Mitglied der BAG eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde.

6. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 ausgeschlossen.

7. Mehrfachförderung

Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1 S. 1 kann ein und demselben Förderempfänger ein finanzieller Zuschuss nach Ziff. 2.1 im Umfang von insgesamt drei in Vollzeit beschäftigten im Sinne dieses Anhangs förderfähigen angestellten Ärzten gewährt werden.

Anhang 1.5

Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Der Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes soll neben der Förderung für die Beschäftigung eines angestellten Arztes (nach Anhang 1.4) einen zusätzlichen Anreiz setzen, einen Arzt in einem förderfähigen Planungsbereich anzustellen. Er dient dazu, die finanziellen Belastungen zu reduzieren, die für den anstellenden Vertragsarzt im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anstellung eines Arztes und dessen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung stehen. In diesem Sinne zählen zu den Investitionskosten insbesondere Kosten für die mit der Anstellung eines Arztes erforderlichen Umbaumaßnahmen in den Räumlichkeiten der Praxis oder Zweigpraxis, für die mit der Anstellung eines Arztes notwendige Erweiterung der Geräteausstattung und der sonstigen Praxiseinrichtung sowie die Kosten, die im Zusammenhang mit der Anbahnung eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem angestellten Arzt anfallen. Der Zuschuss zu den Investitionskosten wird ausschließlich für tatsächlich getätigte Investitionen gewährt. Eine Förderung für geplante oder zukünftige Investitionen ist ausgeschlossen. Der Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes wird nicht für die Deckung laufender Betriebskosten oder für den Kauf einer Immobilie gewährt. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Höhe der Förderung

- 2.1 Die Höhe des Zuschusses bemisst sich nach den tatsächlich entstandenen und der KVB nachgewiesenen Investitionskosten und ist für die Anstellung eines in Vollzeit beschäftigten Arztes oder mehrerer insgesamt in diesem Umfang beschäftigter Ärzte auf 15.000 Euro begrenzt. Eine Vollzeitbeschäftigung im Sinne dieses Anhangs ist bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden gegeben. Bei der Anstellung eines nicht in Vollzeit beschäftigten Arztes oder mehrerer insgesamt nicht in Vollzeit beschäftigter Ärzte reduziert sich der in Satz 1 genannte Höchstbetrag entsprechend der vereinbarten Wochenarbeitszeit; hinsichtlich der vereinbarten Wochenarbeitszeit ist auf den der Anstellungsgenehmigung zugrundeliegenden Arbeitsvertrag abzustellen. Der in Satz 1 genannte Höchstbetrag gilt unabhängig von der Anzahl der angestellten Ärzte.
- 2.2 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss nach Ziff. 2.1 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

3. Fördervoraussetzungen

- 3.1 Die Voraussetzungen für eine Förderung eines Vertragsarztes nach diesem Anhang bestimmen sich nach den Ziff. 3.1 bis 3.7 des Anhangs 1.4 mit der Maßgabe, dass der die Förderung beantragende Vertragsarzt die ihm tatsächlich entstandenen Investitionskosten gegenüber der KVB anhand einer detaillierten Aufstellung (Kostenaufstellung) mit dem Förderantrag nachzuweisen hat.
- 3.2 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn der angestellte Arzt, bezogen auf den der Zuschuss bewilligt wurde, in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich die vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend dem im Anstellungsgenehmigungsbescheid

genannten Beschäftigungsumfang nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen hat. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen. In begründeten Ausnahmefällen kann von der in Satz 1 genannten Frist abgewichen werden.

- 3.3 Wird das Beschäftigungsverhältnis mit dem angestellten Arzt, bezogen auf den der Zuschuss bewilligt wurde, innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren ab der Bewilligung beendet und kommt es während dieses Zeitraums zeitnah zu einer Nachbesetzung mit einem anderen angestellten Arzt, bezogen auf den die Fördervoraussetzungen nach diesem Anhang ebenfalls erfüllt sind, kann von einer Rückzahlung ganz oder teilweise abgesehen werden.
- 3.4 Eine Förderung nach diesem Anhang ist ausgeschlossen, wenn dem Antragssteller bezogen auf den ihm genehmigten angestellten Arzt, für den er eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 bewilligt wurde.

4. Förderung für einen in einem MVZ angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein zugelassenes MVZ nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 4.1 Die in den Ziff. 3.1 bis 3.7 des Anhangs 1.4 genannten Anforderungen müssen bezogen auf den dem MVZ nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt, für den das MVZ eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, erfüllt sein.
- 4.2 Die Förderung für ein zugelassenes MVZ bezogen auf einen bei ihm tätigen angestellten Arzt ist ausgeschlossen, wenn dem MVZ für diesen bei ihm tätigen angestellten Arzt bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 bewilligt wurde.

5. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für eine BAG nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 5.1 Die in den Ziff. 3.1 bis 3.7 des Anhangs 1.4 genannten Anforderungen müssen bezogen auf den der BAG nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt, für den die BAG eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, erfüllt sein.
- 5.2 Eine Förderung einer BAG nach diesem Anhang ist ausgeschlossen, wenn
- 5.2.1 der BAG für den in der BAG angestellten Arzt, bezogen auf den diese eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, bereits eine Förderung nach Anhang 1.1 bewilligt wurde oder
- 5.2.2 die BAG bezogen auf einen angestellten Arzt eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, für den bereits einem Mitglied der BAG eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde.

6. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 ausgeschlossen.

7. Mehrfachförderung

Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1 S. 1 kann ein und demselben Förderempfänger ein finanzieller Zuschuss nach Ziff. 2.1 im Umfang von insgesamt drei in Vollzeit beschäftigten im Sinne dieses Anhangs förderfähigen angestellten Ärzten gewährt werden.

Anhang 1.6

Zuschuss zu den Kosten der Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Der Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin, einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin oder einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin dient dazu, den in einem förderfähigen Planungsbereich tätigen Haus- oder Facharzt durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten und es ihm so zu ermöglichen, seine hausärztliche bzw. fachärztliche Versorgungstätigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu steigern. Mit dem Zuschuss sollen die finanziellen Belastungen reduziert werden, die mit der Beschäftigung einer Assistentin im Sinne von Satz 1 für den Praxisinhaber verbunden sind. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Begriffsdefinition

- 2.1 Eine hausärztliche Versorgungsassistentin im Sinne dieses Anhangs ist eine Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte (MFA), die erfolgreich eine Fortbildung durchlaufen hat, die mindestens dem Fortbildungscurriculum „Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis – VERAH“ des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. entspricht.
- 2.2 Eine Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne dieses Anhangs ist eine Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte (MFA), die erfolgreich eine Fortbildung durchlaufen hat, die mindestens dem Fortbildungscurriculum „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ der Bundesärztekammer entspricht.
- 2.3 Eine nichtärztliche Praxisassistentin im Sinne dieses Anhangs ist eine Arzthelferin / Medizinische Fachangestellte (MFA), die die Anforderungen nach § 6 der Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) erfüllt.
- 2.4 Soweit in den nachstehenden Bestimmungen dieses Anhangs der Begriff Praxisassistentin verwendet wird, sind hiervon die hausärztliche Versorgungsassistentin (2.1), die Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin (2.2) sowie die nichtärztliche Praxisassistentin (2.3) umfasst.

3. Höhe der Förderung

- 3.1 Die Höhe des Zuschusses für die Anstellung einer in Vollzeit beschäftigten Praxisassistentin beträgt 3.500 Euro. Der Umfang einer Vollzeitbeschäftigung im Sinne von Satz 1 bestimmt sich nach dem jeweils gültigen Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen. Bei einer nicht in Vollzeit beschäftigten Praxisassistentin reduziert sich die Förderung entsprechend der vereinbarten Wochenarbeitszeit; maßgeblich sind die Regelungen im Arbeitsvertrag.

3.2 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB den Zuschuss nach Ziff. 3.1 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

4. Fördervoraussetzungen

- 4.1 Den Zuschuss zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin können mit Ausnahme der Kinder- und Jugendärzte nur zugelassene Vertragsärzte beantragen, die gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Den Zuschuss zur Beschäftigung einer Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin können nur zugelassene Kinder- und Jugendärzte beantragen. Den Zuschuss zur Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin können sowohl Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen, als auch solche, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, beantragen, sofern sie über eine Genehmigung der KVB für die Ausführung und Abrechnung von Hilfeleistungen einer nichtärztlichen Praxisassistentin nach § 6 der Delegations-Vereinbarung verfügen; eine vorläufige Genehmigung nach § 8 Abs. 3 Satz 2 und 3 der Delegations-Vereinbarung reicht nicht aus. Abweichend von Satz 1 bis 3 kann auch ein Vertragsarzt, der nicht zu den Antragsberechtigten gemäß Satz 1 bis 3 gehört, Empfänger einer Förderung nach diesem Anhang sein, wenn er einen nach § 95 Abs. 9 S. 1 SGB V genehmigten angestellten Arzt beschäftigt, der die Anforderungen nach Satz 1 bis 3 in entsprechender Weise erfüllt.
- 4.2 Der Antragsteller beschäftigt in seiner Vertragsarztpraxis und / oder in einer ihm genehmigten Zweigpraxis eine Praxisassistentin. Im Falle der Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin im Sinne von Ziff. 2.3 muss diese mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Arztpraxis angestellt sein. Der Nachweis über das Vorliegen eines entsprechenden Beschäftigungsverhältnisses erfolgt über eine auch von der jeweiligen Praxisassistentin unterschriebene Erklärung; die Erklärung hat Angaben zum zeitlichen Beschäftigungsumfang zu enthalten.
- 4.3 Die Praxisassistentin, für die der Antragsteller eine Förderung nach diesem Anhang begehrt, verfügt über die entsprechende fachliche Qualifikation gemäß Ziff. 2. Der Nachweis über das Vorliegen der erforderlichen Qualifikation erfolgt durch ein entsprechendes Zeugnis der jeweiligen Fortbildungseinrichtung.
- 4.4 Die Vertragsarztpraxis und / oder die Zweigpraxis des Antragstellers, in der die Beschäftigung der Praxisassistentin erfolgt, muss sich in einem förderfähigen Planungsbereich befinden. Der antragstellende Vertragsarzt muss der Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Dies gilt für einen gemäß Ziffer 4.1 Satz 4 dem Antragsteller genehmigten angestellten Arzt entsprechend.
- 4.5 Das Beschäftigungsverhältnis mit der Praxisassistentin darf erst zustande gekommen sein, nachdem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen und die KVB für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich ein Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1. aufgestellt hat. Sofern das Beschäftigungsverhältnis mit der Praxisassistentin bereits vorher bestand, ist abweichend von Satz 1 eine Förderung dann möglich, wenn die Praxisassistentin die jeweilige in den Ziff.

2.1 bis 2.3 genannte fachliche Qualifikation erst nach der Feststellung des Landesauschusses gemäß § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V und nach der Aufstellung eines Förderprogramms für diesen förderfähigen Planungsbereich erworben hat oder noch erwerben wird.

- 4.6 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,
- 4.6.1 den gewährten Zuschuss nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- 4.6.2 die Praxisassistentin in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich mindestens zwei Jahre in der eigenen Vertragsarztpraxis und / oder genehmigten Zweigpraxis zu beschäftigen; maßgeblich ist der Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme der Praxisassistentin sowie
- 4.6.3 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach den Ziff. 4.6.1 und 4.6.2 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.
- 4.7 Die Auszahlung des bewilligten Zuschusses setzt voraus, dass die Praxisassistentin, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, ihre Tätigkeit im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich aufgenommen hat.
- 4.8 Die Bewilligung der Förderung ist zu widerrufen, wenn die Praxisassistentin, für deren Beschäftigung der Zuschuss bewilligt wurde, die Tätigkeit im Rahmen dieses Beschäftigungsverhältnisses in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht spätestens sechs Monate nach der Bewilligung der Förderung aufgenommen hat. In diesem Fall ist ein etwaig ausbezahlter Zuschuss an die KVB zurückzuzahlen. In begründeten Ausnahmefällen kann von der in Satz 1 genannten Frist abgewichen werden.
- 4.9 Wird das Beschäftigungsverhältnis mit der Praxisassistentin, bezogen auf die der Zuschuss bewilligt wurde, während des in Ziff. 4.6.2 genannten Zeitraums beendet und kommt es während dieses Zeitraums zeitnah zu einer Nachbesetzung mit einer anderen in gleicher Weise qualifizierten Praxisassistentin, kann von einer Rückzahlung der gewährten Förderung ganz oder teilweise abgesehen werden.
- 4.10 Ist eine Förderung gemäß Ziff. 3.1 Satz 1 in voller Höhe bewilligt worden, ist innerhalb des in Ziff. 4.6.2 genannten Zeitraums eine weitere Förderung nach diesem Anhang für einen anderen Vertragsarzt bezogen auf die betreffende Praxisassistentin ausgeschlossen.

5. Förderung einer in einem MVZ beschäftigten Praxisassistentin

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für ein MVZ entsprechend mit der Maßgabe, dass, je nachdem für welche Praxisassistentin nach den Ziff. 2.1, 2.2 oder 2.3 das MVZ einen Antrag auf Förderung gestellt hat, in diesem MVZ Vertragsärzte oder angestellte Ärzte tätig sein müssen, die in der Bedarfsplanung insgesamt mindestens mit 0,5 in derjenigen förderfähigen Arztgruppe berücksichtigt werden, zu der die Praxisassistentin nach den Bestimmungen dieses Anhangs zuzuordnen ist.

6. Förderung einer von einer BAG beschäftigten Praxisassistentin

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für eine BAG entsprechend mit der Maßgabe, dass, je nachdem für welche Praxisassistentin nach den Ziff. 2.1, 2.2 oder 2.3 die BAG einen Antrag auf Förderung gestellt hat, in dieser BAG Vertragsärzte oder angestellte Ärzte tätig sein müssen, die in der Bedarfsplanung insgesamt mindestens mit 0,5 in derjenigen förderfähigen Arztgruppe berücksichtigt werden, zu der die Praxisassistentin nach den Bestimmungen dieses Anhangs zuzuordnen ist.

7. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.7 ausgeschlossen.

8. Mehrfachförderung

Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1 S. 1 kann ein und demselben Förderempfänger ein finanzieller Zuschuss nach Ziff. 3.1 im Umfang von insgesamt drei in Vollzeit beschäftigten im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Praxisassistentinnen gewährt werden.

Anhang 1.7

Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Die Förderung dient dazu, in einem förderfähigen Planungsbereich eine altersbedingte Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch Zulassungsverzicht und Praxisaufgabe ohne Nachfolger von Vertragsärzten, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, zu verhindern, um so die vertragsärztliche Versorgung zumindest im Rahmen der bestehenden Strukturen aufrechtzuerhalten. Die Förderung erfolgt über die quartalsweise Gewährung einer finanziellen Zuwendung.

2. Höhe und Dauer der Förderung

2.1 Die Höhe der Zuwendung zur Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus beträgt 4.500 Euro pro Quartal. Sofern der Antragsteller nicht im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags zugelassen ist, reduziert sich die Höhe entsprechend des ihm erteilten Versorgungsauftrags.

2.2 Soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung der Förderziele erforderlich ist, kann der Vorstand der KVB die Zuwendung nach Ziff. 2.1 um bis zu 25 v.H. erhöhen.

2.3 Die Förderung ist auf höchstens zwei Jahre begrenzt. Abweichend hiervon kann die Förderung in Planungsbereichen, in denen eine Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V bezüglich der eingetretenen Unterversorgung auch nach Ablauf des Förderzeitraumes fortbesteht, unter Berücksichtigung der Versorgungssituation und der Förderziele auf Antrag um jeweils ein weiteres Jahr verlängert werden. In Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V eine drohende Unterversorgung festgestellt hat, ist die Förderung auf ein Jahr begrenzt. Besteht die Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V bezüglich der drohenden Unterversorgung auch nach Ablauf des Förderzeitraumes fort, wird der Zuschuss einmalig für ein weiteres Jahr gewährt.

3. Fördervoraussetzungen

3.1 Abweichend von den Regelungen in Anhang 1 I. Ziff. 2. können nur zugelassene Vertragsärzte Empfänger einer Förderung nach diesem Anhang sein.

3.2 Der die Förderung beantragende Vertragsarzt muss der Arztgruppe angehören, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Er muss in dem förderfähigen Planungsbereich, für den diese Feststellung getroffen wurde, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein.

3.3 Der Antragsteller muss das 63. Lebensjahr vollendet haben.

3.4 Der Antragsteller hat gegenüber der KVB den Nachweis darüber erbracht, dass er innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung, jedoch nicht kurzfristiger als drei Monate vor Antragstellung aktiv (z.B. über die KVB-Praxisbörse oder die Kooperationsbörse der KVB, über die Teilnahme an den von der KVB durchgeführten Praxisabgabeseminaren,

über Anzeigen im Bayerischen Ärzteblatt / Deutschen Ärzteblatt bzw. über Anzeigen in sonstigen medizinischen Fachzeitschriften oder in der lokalen Presse) nach einem Praxismachfolger gesucht hat und diese Suche erfolglos geblieben ist.

- 3.5 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,
 - 3.5.1 die gewährte Zuwendung nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
 - 3.5.2 in dem in Ziff. 2.3 genannten Zeitraum in besonderem Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und andere Leistungen, die regelhaft nicht zu dem Leistungsspektrum der förderfähigen Arztgruppe gehören, wenn überhaupt, nur in geringfügigem Umfang anzubieten,
 - 3.5.3 die gewährte Zuwendung zurückzuzahlen, wenn die Anforderungen nach Ziff. 3.5.1 und 3.5.2 nicht eingehalten werden sowie
 - 3.5.4 unbeschadet der Fördervoraussetzung nach Ziff. 3.5.2 die gewährte Zuwendung zurückzuzahlen, wenn er während des bewilligten Förderzeitraums nicht mindestens 50 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Fachgruppe, für die er in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich zugelassen ist, erbracht hat; bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten kann von dieser Vorgabe abgewichen werden.
- 3.6 Ist zum Zeitpunkt der Entscheidung über den Förderantrag bereits ein Nachfolger zur Fortführung der Praxis des Antragstellers zugelassen, ist eine Förderung nach diesem Anhang ausgeschlossen.
- 3.7 Stellt ein Arzt während des Förderzeitraums nach Ziff. 2.3 einen Antrag auf Zulassung als Nachfolger für die Vertragsarztpraxis des Förderempfängers, hat der Förderempfänger dies der KVB unverzüglich mitzuteilen. Wird ein Arzt während des Förderzeitraums nach Ziff. 2.3 als Nachfolger des Förderempfängers zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, endet die Förderung nach diesem Anhang an dem auf die Zustellung des Bescheids über die Nachfolgezulassung folgenden Tag; gegebenenfalls zu viel ausbezahlte Förderbeträge hat der Förderempfänger der KVB zurückzuerstatten.
- 3.8 Hat der Förderempfänger im Durchschnitt der ersten beiden Abrechnungsquartale des bewilligten Förderzeitraums nicht mindestens 50 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl seiner Fachgruppe erbracht, endet die Förderung mit Ablauf des zweiten auf den Beginn des Förderzeitraums folgenden Abrechnungsquartals; Ziff. 3.5.3 bleibt hiervon unberührt.
- 3.9 Die Auszahlung der Zuwendung erfolgt erstmalig in dem Quartal, in dem die Förderung durch die KVB bewilligt wurde.
- 3.10 Eine Förderung nach diesem Anhang ist für die Dauer der Gewährung eines Sicherstellungszuschlages nach II. der Richtlinie des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Bayern über die Anforderungen und Höhe der gemäß § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu zahlenden Sicherstellungszuschläge (Sicherstellungszuschlags-Richtlinie) ausgeschlossen.

4. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist die Bewilligung einer Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.6 ausgeschlossen.

Anhang 1.8

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten eines Weiterbildungsassistenten

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Die Fördermaßnahme nach diesem Anhang ist darauf ausgerichtet, mit einem finanziellen Zuschuss die Beschäftigung eines in Weiterbildung befindlichen Arztes zum Erwerb der Facharztbezeichnung in einem Gebiet, das den Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung oder der spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach § 12 und § 13 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zugeordnet ist, zu fördern. Entsprechendes gilt für die Beschäftigung eines Psychotherapeuten in Ausbildung zur Erlangung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

2. Fördervoraussetzungen, Förderhöhe und Bewilligungsverfahren

Die Fördervoraussetzungen, die Höhe und Dauer der Förderung, das Nähere zu dem Bewilligungsverfahren sowie die Finanzierung einer Förderung nach diesem Anhang aus den Finanzmitteln des Strukturfonds ergeben sich aus den vom Vorstand der KVB beschlossenen „Richtlinien des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung und der psychotherapeutischen Ausbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ in der jeweils gültigen Fassung.

II. Betrieb von eigeneinrichtungen

1. 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 unter anderem das Recht eingeräumt, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung dienen (§ 105 Abs. 1c SGB V). Auf der Basis dieser rechtlichen Vorgaben kommen nach dieser Richtlinie folgende Fördermaßnahmen in Betracht:
 - Betrieb von Einrichtungen mit bei der KVB angestellten Ärzten (KVB-Eigeneinrichtung) (Anhang 1.9)
 - Betrieb einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte (Anhang 1.10)
 - Betrieb von Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V (Anhang 1.11)
 - Förderung des Sprechstundenangebots bei Unterversorgung in KVB-Arztpraxen (Anhang 1.12)

2. Die Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die in Ziff. 1. genannten Fördermaßnahmen ergeben sich aus den Anhängen 1.9 bis 1.12.

Anhang 1.9

Betrieb von Einrichtungen mit bei der KVB angestellten Ärzten (KVB-Eigeneinrichtung)

1. Begriffsdefinition

Bei einer Einrichtung mit bei der KVB angestellten Ärzten im Sinne dieses Anhangs handelt es sich um eine Arztpraxis, die von der KVB zur Erbringung vertragsärztlicher Behandlungsleistungen errichtet und betrieben wird und sich dadurch auszeichnet, 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 führt (KVB-Eigeneinrichtung). Die in der KVB-Eigeneinrichtung tätigen Ärzte sind bei der KVB angestellt und unterliegen ihrer Personalhoheit. Ein Anspruch auf den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung besteht nicht.

2. Sinn und Zweck einer KVB-Eigeneinrichtung

Mit einer KVB-Eigeneinrichtung soll in (drohend) 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 bzw. die drohende Unterversorgung abgewendet 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 auch ein Beitrag zur Stärkung der Freiberuflichkeit geleistet werden. So ist eine von der KVB betriebene Eigeneinrichtung neben ihrer Sicherstellungsfunktion immer auch mit der Zielsetzung verbunden, die dort angestellten Ärzte mit der Tätigkeit eines freiberuflich tätigen Vertragsarztes vertraut zu machen und sie nach einer gewissen Eingewöhnungsphase für eine Zulassung als Vertragsarzt zu gewinnen, um dadurch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nachhaltig zu gewährleisten.

3. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung

3.1 Für den Planungsbereich, in dem die KVB-Eigeneinrichtung betrieben werden soll, muss der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V festgestellt haben, dass Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung eingetreten ist. Soweit die KVB-Eigeneinrichtung in einem nicht unterversorgten Planungsbereich betrieben werden soll, kommt dies nur für das Teilgebiet eines nicht unterversorgten Planungsbereichs in Betracht, für das der Landesausschuss nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

3.2 Für den Planungsbereich bzw. das Teilgebiet eines Planungsbereichs im Sinne von Ziff. 3.1 muss für die Arztgruppe, für die der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1, Alt. 2 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm im Sinne von Anhang 1 I. Ziff. 1 bestehen.

3.3 Die Fristen zum verpflichtenden Betrieb von Eigeneinrichtungen in unterversorgten Planungsbereichen gemäß § 105 Abs. 1c S. 3 SGB V sind zu beachten. In drohend unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V), in Planungsbereichen

mit einem festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 100 Abs. 3 SGB V) sowie vor Ablauf der Fristen nach § 105 Abs. 1c S. 3 SGB V in unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V) ist Voraussetzung für Errichtung und Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung, dass das in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich bestehende Versorgungsdefizit nicht durch die im Planungsbereich tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer behoben werden kann und zeitnah eine Verbesserung der Versorgungssituation nicht zu erwarten ist. Die Einschätzung, ob und inwieweit eine Verbesserung der Versorgungssituation zeitnah nicht zu erwarten ist, trifft der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen. Im Rahmen dieser Einschätzung sind insbesondere die konkrete Versorgungssituation, die Altersstruktur der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte, anhängige bzw. geplante Zulassungsverfahren, die Inanspruchnahme der von der KVB aufgestellten planungsbereichsbezogenen Förderprogramme sowie der Anteil der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte der betroffenen Fachgruppe bis zum Unterschreiten der Grenze zur Unterversorgung in dem betreffenden Planungsbereich zu berücksichtigen.

- 3.4 Die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb einer KVB-Eigeneinrichtung ist ausgeschlossen, wenn in der KVB-Eigeneinrichtung Ärzte tätig werden, die in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits zu dem Zeitpunkt zugelassen waren oder als angestellte Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, zu dem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1, Alt. 2 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Hiervon abweichend kann der Vorstand der KVB beschließen, dass ausnahmsweise auch ein im betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits tätiger Arzt in der KVB-Eigeneinrichtung für einen befristeten Zeitraum angestellt wird, sofern dies zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation in diesem Planungsbereich beiträgt. Hiervon kann insbesondere dann ausgegangen werden, wenn die Anstellung des im betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits tätigen Arztes zu dem Zweck erfolgt, in der KVB - Eigeneinrichtung angestellte Ärzte an die vertragsärztliche Versorgung heranzuführen, um so die Entscheidung für eine Niederlassung als Vertragsarzt zu befördern.

4. Beendigung der Finanzierung des Betriebs einer KVB-Eigeneinrichtung

Sobald der Landesausschuss festgestellt hat, dass in dem Planungsbereich bzw. in dem Teilgebiet eines Planungsbereichs, in dem die KVB-Eigeneinrichtung betrieben wird, die Unterversorgung beseitigt oder die drohende Unterversorgung abgewendet ist bzw. der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf gedeckt ist, ist die Finanzierung des Betriebs der KVB-Eigeneinrichtung aus den Finanzmitteln des Strukturfonds zu beenden. Dies gilt nicht, soweit ohne die KVB-Eigeneinrichtung die Voraussetzungen für die Feststellung einer Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs wieder gegeben wären. Abweichend von Satz 1 kann der Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der Versorgungsentwicklung sowie insbesondere zur Wahrung einer kontinuierlichen Patientenversorgung beschließen, die KVB-Eigeneinrichtung für eine Übergangsfrist von bis zu 12 Monaten weiter zu betreiben.

Anhang 1.10

Betrieb einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte

1. Begriffsdefinition

Bei einer KVB-Arztpraxis im Sinne dieses Anhangs handelt es sich um eine von der KVB zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen mit entsprechenden medizinischen Untersuchungsgeräten, IT-Infrastruktur, Mobiliar etc. 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 die Gestellung nichtärztlichen Personals zum Inhalt haben.

2. Sinn und Zweck einer KVB-Arztpraxis

Das Überlassen einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung durch Vertragsärzte stellt eine eigenständige Fördermaßnahme dar, mit der ein Anreiz gesetzt werden soll, sich in einem (drohend) unterversorgten Planungsbereich oder einem Teilgebiet eines Planungsbereichs, für den der Landesausschuss einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, als Vertragsarzt niederzulassen oder im Rahmen einer Filialtätigkeit in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich vertragsärztliche Versorgung anzubieten. Die Förderung besteht darin, dass der Vertragsarzt, der die KVB-Arztpraxis nutzen möchte, ganz oder zumindest teilweise von organisatorischen Aufgaben und finanziellen Belastungen befreit wird, die im Rahmen der Gründung und dem Aufbau einer Vertragsarztpraxis oder der Errichtung einer Zweigpraxis anfallen. Neben ihrer Funktion als Maßnahme 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 Eingewöhnungsphase übernimmt und die KVB von ihren im Zusammenhang mit der Errichtung und dem laufenden Betrieb der KVB-Arztpraxis eingegangenen Verpflichtungen und Verbindlichkeiten befreit oder entsprechend entschädigt.

3. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb einer KVB-Arztpraxis

3.1. Die in den Ziff. 3.1 bis 3.3 des Anhangs 1.9 geregelten Anforderungen müssen erfüllt sein.

3.2 Der Vertragsarzt, der die KVB-Arztpraxis nutzen möchte, darf in dem betreffenden förderfähigen Planungsbereich nicht bereits zu dem Zeitpunkt zugelassen gewesen sein oder als angestellter Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, zu dem der Landesausschuss seine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1, Alt. 2 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat. Hiervon abweichend kann der Vorstand der KVB beschließen, dass ausnahmsweise auch ein im betreffenden förderfähigen Planungsbereich bereits tätiger Vertragsarzt oder angestellter Arzt die KVB-Arztpraxis nutzen darf, wenn dies zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation in diesem Planungsbereich beiträgt. Hiervon kann insbesondere dann ausgegangen werden, wenn die Nutzung durch diese Ärzte nicht nur zu dem Zweck erfolgt, dass ein anderer Arzt mit dem die KVB-Arztpraxis nutzenden Vertragsarzt eine nach dem Vertragsarztrecht zulässige Kooperation einget, sondern auch mit der Zielsetzung verbunden ist, die Anstellung

eines Arztes, eines Weiterbildungsassistenten oder einer Praxisassistentin im Sinne des Anhangs 1.6 zu erleichtern.

3.3 Die KVB hat mit dem Vertragsarzt, der die KVB-Arztpraxis nutzen soll, einen entsprechenden Nutzungsüberlassungsvertrag geschlossen. Das Nähere zu den Inhalten dieses Vertrags, insbesondere zu den Pflichten und der Haftung des Nutzers, zur Kündigung des Nutzungsüberlassungsvertrags sowie zur Rückgabe der zur Nutzung überlassenen Räumlichkeiten und Gegenstände im Fall der Beseitigung der Unterversorgung bzw. Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs, regelt der Vorstand der KVB in entsprechenden Durchführungsbestimmungen.

3.4 Der Vertragsarzt, der die KVB-Arztpraxis nutzen möchte, muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben,

3.4.1 in der KVB-Arztpraxis, die ihm zur Nutzung überlassen wird, mindestens zwei Jahre vertragsärztlich tätig zu sein,

3.4.2 bei der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der KVB-Arztpraxis im besonderen Maße die konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort zu berücksichtigen und danach das Behandlungs- sowie das Sprechstundenangebot auszurichten sowie

3.4.3 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach Ziff. 3.4.1 und 3.4.2 die Nutzung der ihm überlassenen KVB-Arztpraxis zu beenden, diese zu räumen sowie den dadurch der KVB entstehenden Schaden zu ersetzen; ein Schadensersatz kommt nicht in Betracht, wenn die KVB den Betrieb der KVB-Arztpraxis aus einem von dem Vertragsarzt nicht zu vertretenden Grund beendet hat. Das Nähere hierzu ist vom Vorstand der KVB in entsprechenden Durchführungsbestimmungen zu regeln.

4. Beendigung der Finanzierung des Betriebs einer KVB-Arztpraxis

Sobald der Landesausschuss festgestellt hat, dass in dem Planungsbereich bzw. in dem Teilgebiet eines Planungsbereichs, in dem die KVB-Arztpraxis betrieben wird, die Unterversorgung beseitigt oder die drohende Unterversorgung abgewendet ist bzw. der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf gedeckt ist, ist die Finanzierung des Betriebs der KVB-Arztpraxis aus den Finanzmitteln des Strukturfonds zu beenden; Ziff. 4 Satz 2 und 3 des Anhangs 1.9 gilt entsprechend.

5. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang kommt eine Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 nicht in Betracht. Dies gilt nicht, soweit der Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungssituation und der konkreten Umstände des Einzelfalls zur Erreichung der für den betreffenden förderfähigen Planungsbereich gesetzten Förderziele eine Förderung nach den Anhängen 1.1 bis 1.8 für erforderlich erachtet.

Anhang 1.11

Betrieb von Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V

1. Begriffsdefinition

Bei Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V handelt es sich um Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen und von Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl durch Kooperationen untereinander als auch gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangeboten betrieben werden können. Hierzu gehört insbesondere ein Versorgungsangebot in Form von mobilen Sprechstunden (z.B. „Medibus“), die Zusammenarbeit mit von den Krankenhäusern betriebenen Notfallambulanzen oder auch das Angebot von Videosprechstunden.

2. Sinn und Zweck einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V

Mit einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V soll in (drohend) 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 bzw. die drohende Unterversorgung abgewendet oder der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf gedeckt ist.

3. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V

Die in den Ziff. 3.1 bis 3.3 des Anhangs 1.9 geregelten Anforderungen müssen erfüllt sein.

4. Beendigung der Finanzierung des Betriebs einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V

Sobald der Landesausschuss festgestellt hat, dass in dem Planungsbereich bzw. in dem Teilgebiet eines Planungsbereichs, in dem eine Einrichtung nach § 105 Abs. 1c Satz 2 SGB V betrieben wird, die Unterversorgung beseitigt oder die drohende Unterversorgung abgewendet ist bzw. der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf gedeckt ist, ist die Finanzierung des Betriebs der KVB-Arztpraxis aus den Finanzmitteln des Strukturfonds zu beenden; Ziff. 4. Satz 2 und 3 des Anhangs 1.9 gilt entsprechend.

Anhang 1.12

Förderung des Sprechstundenangebots bei Unterversorgung in KVB-Arztpraxen

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Die Förderung des Sprechstundenangebots in KVB-Arztpraxen zielt darauf ab, kurzfristig das Versorgungsangebot in einem unterversorgten Planungsbereich zu erhöhen. Sie soll für Vertragsärzte einen Anreiz setzen, außerhalb ihrer eigenen Praxis im Rahmen einer Filialtätigkeit in einem unterversorgten Planungsbereich Sprechstunden anzubieten und hierdurch zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen. Der finanzielle Zuschuss soll einen Ausgleich für den Mehraufwand (wie z.B. die Fahrt- und Organisationskosten) sowie den Verdienstaufschlag darstellen, der mit einer Wahrnehmung von Sprechstunden außerhalb der eigenen Praxis verbunden ist. Gleichzeitig erstreckt sich die Förderung nach diesem Anhang auf die Finanzierung der Bereitstellung einer KVB-Arztpraxis im Sinne von Ziff. 1. des Anhangs 1.10, sofern in dem Planungsbereich noch keine geeignete KVB-Arztpraxis zur Nutzung als Filiale für ein Sprechstundenangebot zur Verfügung steht.

2. Förderempfänger

- 2.1 Förderempfänger können alle Vertragsärzte sein, die in dem Fachgebiet zugelassen sind, für das der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat, und die unter Ziff. 5. genannten Fördervoraussetzungen erfüllen.
- 2.2 Ein Vertragsarzt kann auch dann Förderempfänger sein, wenn er das Sprechstundenangebot in der KVB-Arztpraxis durch einen ihm nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigten angestellten Arzt erbringt, der in dem Fachgebiet angestellt ist, für das der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat, und die unter Ziff. 5 genannten Fördervoraussetzungen bezogen auf den angestellten Arzt erfüllt sind.
- 2.3 Ziff. 2.2 gilt für eine BAG entsprechend mit der Maßgabe, dass die unter Ziff. 5 genannten Fördervoraussetzungen bezogen auf den von der BAG zur Erbringung des Sprechstundenangebots in die Filiale entsandten, nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigten, angestellten Arzt erfüllt sind.
- 2.4 Ziff. 2.2 gilt für zugelassene MVZ entsprechend mit der Maßgabe, dass die unter Ziff. 5 genannten Fördervoraussetzungen bezogen auf den von dem MVZ zur Erbringung des Sprechstundenangebots in die Filiale entsandten, nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten, angestellten Arzt erfüllt sind. Gleiches gilt für den zur Erbringung des Sprechstundenangebots in die Filiale entsandten im MVZ tätigen Vertragsarzt.
- 2.5 Förderempfänger können auch ermächtigte Ärzte sein, deren Ermächtigung sich auf den Planungsbereich und das Fachgebiet bezieht, für den bzw. für das der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat, sofern sie die unter Ziff. 5 genannten Fördervoraussetzungen erfüllen.

3. Höhe und Dauer der Förderung

- 3.1 Der finanzielle Zuschuss für den durch das Sprechstundenangebot entstehenden Mehraufwand ist abhängig von der Anzahl der vom Förderempfänger angebotenen Sprechstunden. Er beträgt für Förderempfänger nach den Ziff. 2.1 bis 2.4 für das Angebot von drei zusammenhängenden Sprechstunden 400 Euro. Sollten mehr als drei Sprechstunden an einem Tag angeboten werden, erhöht sich die Pauschale um 100 Euro je weiterer voller Sprechstunde.
- 3.2 Sollte für die Abhaltung der Sprechstunde nichtärztliches Praxispersonal erforderlich sein und setzt der Förderempfänger insoweit sein eigenes Praxispersonal ein, erhöht sich für die Förderempfänger nach Ziff. 2.1 bis 2.4 die Förderung nach Ziff. 3.1 Satz 2 pauschal um 90 Euro sowie je weiterer voller Sprechstunde pauschal um weitere 30 Euro.
- 3.3 Für Förderempfänger nach Ziff. 2.5 vermindern sich die in den Ziff. 3.1 und 3.2 genannten finanziellen Zuschüsse um die Hälfte.
- 3.4 Der Vorstand kann, soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist, den Zuschuss nach den Ziff. 3.1 und 3.2 um bis zu 25 v.H. erhöhen. Dies gilt entsprechend auch für die Zuschüsse nach Ziff. 3.3.
- 3.5 Der finanzielle Zuschuss für ein Sprechstundenangebot in einer KVB-Arztpraxis wird nur für die Dauer der vom Landesausschuss festgestellten Unterversorgung gewährt. Hier von abweichend kann der Vorstand der KVB unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation beschließen, dass ausnahmsweise auch nach Beseitigung der Unterversorgung ein finanzieller Zuschuss weiterhin gewährt werden kann, soweit und solange dies für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich erforderlich ist.

4. Bereitstellung einer KVB-Arztpraxis

Die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die Bereitstellung einer KVB-Arztpraxis zur Nutzung als Filiale für ein Sprechstundenangebot in einem unterversorgten Planungsbereich setzt das Vorliegen der nachfolgend in den Ziff. 4.1 bis 4.3 genannten Anforderungen voraus.

- 4.1. Für den Planungsbereich, in dem die KVB-Arztpraxis bereitgestellt werden soll, hat der Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt und die KVB ein planungsbereichsbezogenes Förderprogramm aufgestellt.
- 4.2 In dem Planungsbereich nach Ziff. 4.1 besteht noch keine KVB-Arztpraxis im Sinne von Ziff. 1. des Anhangs 1.10, die geeignet ist, als Filiale für ein Sprechstundenangebot genutzt zu werden und ein entsprechendes Versorgungsangebot zu gewährleisten.
- 4.3 Eine Verbesserung der Versorgungssituation in dem betreffenden unterversorgten Planungsbereich ist zeitnah nicht zu erwarten. Eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Verbesserung der Versorgungssituation zeitnah nicht zu erwarten ist, trifft der Vorstand

nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation, der Inanspruchnahme des von der KVB aufgestellten planungsbereichsbezogenen Förderprogramms, der absehbaren Entwicklungen aufgrund anhängiger oder geplanter Zulassungsverfahren sowie unter Berücksichtigung der in § 105 Abs. 1c Satz 3 SGB V genannten Fristen, innerhalb derer die Kassenärztlichen Vereinigungen in unterversorgten Planungsbereichen zum Betreiben von Einrichtungen im Sinne von § 105 Abs. 1c Sätze 1 und 2 SGB V verpflichtet sind.

5. Voraussetzungen für die Gewährung eines finanziellen Zuschusses für die Abhaltung von Sprechstunden in einer KVB-Arztpraxis

Ein finanzieller Zuschuss für ein Sprechstundenangebot in einer KVB-Arztpraxis kann einem nach Ziff. 2 möglichen Förderempfänger auf Antrag gewährt werden, sofern nachfolgende Anforderungen erfüllt sind.

- 5.1 Durch das Sprechstundenangebot des Antragstellers wird das Versorgungsangebot in dem unterversorgten Planungsbereich im Sinne der Vorgaben für eine bedarfsplanerische Anrechnung insgesamt erhöht.
- 5.2 Der Antragsteller verfügt über eine auf den Standort der KVB-Arztpraxis bezogene Filialgenehmigung.
- 5.3 Die KVB hat mit dem Antragsteller, der die KVB-Arztpraxis nutzen soll, einen entsprechenden Nutzungsüberlassungsvertrag geschlossen; Ziff. 3.3 des Anhangs 1.10 gilt entsprechend.
- 5.4 Der Antragsteller hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,
 - 5.4.1 in der KVB-Arztpraxis regelmäßig Sprechstunden anzubieten; ein regelmäßiges Sprechstundenangebot liegt dann vor, wenn der Förderempfänger grundsätzlich einmal wöchentlich in der KVB-Arztpraxis Sprechstunden anbietet und an dem Tag, an dem er die KVB-Arztpraxis nutzt, grundsätzlich nicht weniger als drei zusammenhängende Sprechstunden anbietet,
 - 5.4.2 die von der KVB für die KVB-Arztpraxis vorgesehenen Öffnungszeiten sowie die von der KVB vorgenommene Planung hinsichtlich der Belegung und Auslastung der räumlichen Kapazitäten der KVB-Arztpraxis zu beachten,
 - 5.4.3 die ihn aus dem mit der KVB abgeschlossenen Nutzungsüberlassungsvertrag betreffenden Pflichten einzuhalten sowie
 - 5.4.4 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach Ziff. 5.4.1 bis 5.4.3 die gewährte Förderung zurückzuzahlen.

6. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang ist eine Förderung nach dem Anhang 1.3 ausgeschlossen.

III. Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge

Gemäß § 105 Abs. 4 S. 1 SGB V sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in Gebieten, in denen der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat, Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Hieran anknüpfend regelt der Gesetzgeber in § 105 Abs. 4 S. 2 SGB V, dass über die Anforderungen, die an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet. In Umsetzung dieses gesetzgeberischen Auftrags hat der Landesausschuss am 07.08.2020 die „Richtlinie des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Bayern über die Anforderungen und Höhe der gemäß § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu zahlenden Sicherstellungszuschläge (Sicherstellungszuschlags-Richtlinie)“ beschlossen. Danach werden Sicherstellungszuschläge in unterversorgten und drohend unterversorgten Planungsbereichen an im Sinne der Sicherstellungszuschlags-Richtlinie zuschlagsberechtigte Leistungserbringer i.H.v. 4.500 Euro pro Quartal gewährt.

Anhang 1.13

Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der Förderung nach diesem Anhang ist es, die von der KVB gemäß § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge aus dem Strukturfonds zu finanzieren. Diese Finanzierung entspricht dem in dieser Richtlinie festgelegten Förderziel, in förderfähigen Planungsbereichen eine Unterversorgung oder eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung zu beseitigen bzw. abzuwenden.

2. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge

Die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die Finanzierung der gemäß § 105 Abs. 4 Satz 1 SGB V gewährten Sicherstellungszuschläge setzt voraus, dass die KVB die Sicherstellungszuschläge auf der Grundlage der gemäß § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V jeweils gültigen Entscheidungen des Landesausschusses an die Zuschlagsberechtigten geleistet hat.

Anhang 2

Förderkomplex: Gefährdete Planungsbereiche

Hinsichtlich gefährdeter Planungsbereiche im Sinne von Teil 3 Abschnitt A. II. Satz 2 können Fördermaßnahmen, die Gegenstand der Förderprogramme für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sowie Planungsbereiche mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein können, ergriffen werden; die im Anhang 1 I. sowie in den Anhängen 1.1 bis 1.8 geregelten Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds gelten entsprechend.

Anhang 3

Förderkomplex: Gefährdete Versorgungsbereiche

Anhang 3.1

Förderung des Erwerbs der Zusatzbezeichnung - Suchtmedizinische Grundversorgung

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über einen finanziellen Zuschuss einen Anreiz für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu setzen, welche für die Erlangung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“) erforderlich ist. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Förderempfänger

2.1 Förderempfänger können alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte sein, wenn sie die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß der Substitutions-Richtlinien nach dem 31.12.2015 erworben haben und die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

2.2 Förderempfänger können auch die einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V oder die einem MVZ nach § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V genehmigten angestellten Ärzte sein, wenn der anstellende Vertragsarzt oder das anstellende MVZ bezogen auf den angestellten Arzt die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß der Substitutions-Richtlinien nach dem 31.12.2015 erworben hat und die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

2.3 Förderempfänger können auch von der KVB nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigte Weiterbildungsassistenten sein, wenn sie im Rahmen ihrer Weiterbildung im ambulanten Bereich an einem anererkennungsfähigen Fortbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ teilgenommen haben und die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe und Umfang der Förderung

3.1 Die Höhe des Zuschusses für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ beträgt 3.000 Euro. Der Zuschuss wird für die Kosten und Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Teilnahme an einem Fortbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ entstanden sind, gewährt und orientiert sich an den Gebühren für die Teilnahme am Fortbildungskurs zum Erwerb der Zusatzweiterbildung sowie an den im Zusammenhang mit der Teilnahme stehenden weiteren Aufwendungen (Kosten für Reise, Verpflegung, Unterkunft etc.). Die erfolgreiche Teilnahme an dem Fortbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

„Suchtmedizinische Grundversorgung“ hat der Antragsteller gegenüber der KVB anhand einer Bescheinigung des jeweiligen Anbieters nachzuweisen.

- 3.2 Förderfähig sind pro Kalenderjahr höchstens 100 Anträge auf Gewährung einer Förderung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B für den Förderkomplex - Gefährdete Versorgungsbereiche - vorgesehenen Finanzmittel die nach Satz 1 maximale Anzahl der förderfähigen Anträge erhöhen, soweit dies unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist.

4. Fördervoraussetzungen

- 4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.
- 4.2 Der Antragsteller verfügt über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß der Substitutions-Richtlinien. Hiervon abweichend ist es in den Fällen, in denen es sich bei dem Antragsteller um einen angestellten Arzt im Sinne von Ziff. 2.2 handelt, ausreichend, dass der anstellende Vertragsarzt oder das anstellende MVZ über eine auf den Antragsteller bezogene Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien verfügt. Soweit es sich bei dem Antragsteller um einen Weiterbildungsassistenten im Sinne von Ziff. 2.3 handelt, ist abweichend von Satz 1 ausreichend, dass der Weiterbildungsassistent anhand einer entsprechenden Bescheinigung des jeweiligen Anbieters den Nachweis erbracht hat, dass er an einem anerkannten Fortbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erfolgreich teilgenommen hat.
- 4.3 Der Antragsteller hat schriftlich seine Absicht erklärt, ab Bewilligung der Förderung in der vertragsärztlichen Versorgung Opioidabhängige gemäß den Substitutions-Richtlinien wenigstens zwei Jahre substituionsgestützt zu behandeln. Soweit es sich bei dem Antragsteller um einen Weiterbildungsassistenten im Sinne von Ziff. 2.3 handelt, hat dieser seine Absicht zu erklären, ab Erhalt der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in der vertragsärztlichen Versorgung Opioidabhängige gemäß den Substitutions-Richtlinien zumindest zwei Jahre substituionsgestützt zu behandeln.
- 4.4 Übersteigt die Zahl der Anträge auf eine Gewährung einer Förderung die Zahl der nach Ziff. 3.2 förderfähigen Anträge, erfolgt die Bewilligung einer Förderung nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB.

Anhang 3.2

Förderung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger (Basisförderung)

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über einen finanziellen Zuschuss für praxisorganisatorische Maßnahmen einen Anreiz für die Erlangung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“) zu setzen. In Fällen, in denen die entsprechende Genehmigung bereits erteilt wurde, im Rahmen dieser Genehmigung aber keine Leistungen erbracht werden, ist der Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung, über einen finanziellen Zuschuss für praxisorganisatorische Maßnahmen einen Anreiz für die Aufnahme der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger zu setzen. Praxisorganisatorische Maßnahmen im Sinne dieses Anhangs sind infrastrukturelle Maßnahmen, durch welche die substitions-gestützte Behandlung Opioidabhängiger in der eigenen Praxis ermöglicht, erleichtert oder verbessert werden soll. Hierzu gehören insbesondere Vorkehrungen, die im Hinblick auf betäubungsmittelrechtliche Vorschriften getroffen werden müssen, die Einrichtung eigener Wartebereiche für die Opioidabhängigen sowie das Angebot spezieller Substitutions-Sprechstunden. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Förderempfänger

Förderempfänger können alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte sein, die nach dem 17.11.2018 die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß der Substitutions-Richtlinien erlangt haben. Förderempfänger können auch alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte sein, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß der Substitutions-Richtlinien verfügen, aber in einem Zeitraum von mindestens zwei Quartalen vor einer Beantragung der Förderung keine Leistungen im Rahmen dieser Genehmigung erbracht haben. Eine Förderung nach diesem Anhang kann nur bewilligt werden, wenn die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe der Förderung

Die Höhe des Zuschusses für praxisorganisatorische Maßnahmen beträgt 5.000 Euro.

4. Fördervoraussetzungen

4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.

4.2 Der Antragsteller verfügt über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien.

4.3 Der Antragsteller hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,

- 4.3.1 die gewährte Förderung nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,
- 4.3.2 ab Bewilligung der Förderung unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort wenigstens zwei Jahre im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Opioidabhängige gemäß den Substitutions-Richtlinien substitutionsgestützt zu behandeln sowie
- 4.3.3 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach Ziff. 4.3.1 und 4.3.2 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.

5. Förderung für einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für einen Vertragsarzt bezogen auf einen bei ihm nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen entsprechend.

- 5.1 Der von dem antragstellenden Vertragsarzt beschäftigte angestellte Arzt verfügt über die fachliche Qualifikation zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien.
- 5.2 Der antragstellende Vertragsarzt verfügt bezogen auf die Person des angestellten Arztes über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien.
- 5.3 Die in Ziff. 4. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den angestellten Arzt erfüllt sein; die Förderung nach diesem Anhang bezieht sich unabhängig von etwaigen Nachbesetzungen auf die Angestelltenstelle als solche.

6. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt oder für einen in einem MVZ tätigen Arzt

Die Bestimmungen nach Ziff. 5 gelten für eine BAG bezogen auf einen ihr nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigten angestellten Arzt oder für ein zugelassenes MVZ bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt entsprechend.

Anhang 3.3

Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über einen finanziellen Zuschuss für praxisorganisatorische Maßnahmen für Ärzte, die über keine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“) verfügen, einen Anreiz zu setzen, diese Behandlung im Rahmen des Konsiliarverfahrens durchzuführen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Fördervoraussetzungen, Förderempfänger sowie Höhe der Förderung

Für die Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren gelten die im Anhang 3.2 genannten Bestimmungen nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften entsprechend.

- 2.1 Abweichend von Ziff. 2 des Anhangs 3.2 können Empfänger einer Förderung nach diesem Anhang alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte sein, die von der KVB eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Substitutions-Richtlinien i.V.m. § 5 Abs. 4 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) erhalten haben und gleichzeitig mindestens vier opioidabhängige Patienten gemäß den Substitutions-Richtlinien substitutionsgestützt behandeln.
- 2.2 Abweichend von Ziff. 3 des Anhangs 3.2 beschränkt sich der finanzielle Zuschuss für die Förderung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Konsiliarverfahren auf 2.000 Euro.

Anhang 3.4

Förderung der gemeinsamen Berufsausübung zum Zwecke der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (Kooperationsförderung)

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über einen finanziellen Zuschuss einen Anreiz für die Bildung einer Substitutionskooperation zu setzen. Eine Substitutionskooperation im Sinne dieses Anhangs ist der Zusammenschluss von mindestens zwei Vertragsärzten, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“) verfügen, zu einer vom Zulassungsausschuss genehmigten BAG oder einer Teil-BAG gemäß § 33 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV zu dem Zweck, Opioidabhängige gemäß den Substitutions-Richtlinien in hierfür speziell eingerichteten und gemeinsam genutzten Räumlichkeiten substitutionsgestützt zu behandeln. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer personenbezogenen Einmalzahlung zur Bildung einer Substitutionskooperation. Der Zuschuss wird nicht für den Kauf einer Immobilie gewährt.

2. Förderempfänger

Förderempfänger können alle im Bezirk der KVB zugelassenen Vertragsärzte sein, sofern sie über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien verfügen und die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe der Förderung

Die Höhe der Förderung beträgt für jeden an der Substitutionskooperation teilnehmenden Vertragsarzt 4.000 Euro. Je Substitutionskooperation können höchstens fünf Vertragsärzte gefördert werden. Die Fördersumme für eine Substitutionskooperation ist auf höchstens 20.000 Euro beschränkt; dies gilt unabhängig von einem Wechsel der Teilnehmer der geförderten Substitutionskooperation.

4. Fördervoraussetzungen

4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.

4.2 Der Antragsteller behandelt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Opioidabhängige gemäß den Substitutions-Richtlinien.

4.3 Der Antragsteller hat unter Beibringung geeigneter Unterlagen das Vorliegen einer Substitutionskooperation im Sinne von Ziff. 1 nachzuweisen. Förderfähig sind nur solche Substitutionskooperationen, die nach dem 17.11.2018 gebildet wurden.

4.4 Der Antragsteller hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,

4.4.1 die gewährte Förderung nur entsprechend dem in diesem Anhang und in dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden,

4.4.2 ab Bewilligung der Förderung Opioidabhängige unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungsbedürfnisse vor Ort wenigstens zwei Jahre im Rahmen der Substitutionskooperation gemäß den Substitutions-Richtlinien substitutionsgestützt zu behandeln sowie

4.4.3 bei Nichteinhaltung der Anforderungen nach Ziff. 4.4.1 und 4.4.2 den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen.

5. Förderung für einen bei einem Vertragsarzt angestellten Arzt

Die Bestimmungen dieses Anhangs gelten für einen Vertragsarzt bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigten angestellten Arzt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen entsprechend.

5.1 Der von dem antragstellenden Vertragsarzt beschäftigte angestellte Arzt verfügt über die fachliche Qualifikation zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien.

5.2 Der antragstellende Vertragsarzt verfügt bezogen auf die Person des angestellten Arztes über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß den Substitutions-Richtlinien.

5.3 Die in Ziff. 4. genannten Fördervoraussetzungen müssen in entsprechender Weise bezogen auf den angestellten Arzt erfüllt sein; die Förderung nach diesem Anhang bezieht sich unabhängig von etwaigen Nachbesetzungen auf die Angestelltenstelle als solche.

6. Förderung für einen bei einer BAG angestellten Arzt oder für einen in einem MVZ tätigen Arzt

Die Bestimmungen nach Ziff. 5 gelten für eine BAG bezogen auf einen ihr nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigten angestellten Arzt oder für ein zugelassenes MVZ bezogen auf einen ihm nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V genehmigten angestellten Arzt entsprechend.

Anhang 4

Förderkomplex: Nachwuchsgewinnung

Anhang 4.1

Förderung der Famulatur auf dem Land

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Das Interesse an einem Studium der Humanmedizin ist nach wie vor sehr hoch. Allerdings entscheiden sich immer mehr Studienabgänger dazu, nach Abschluss ihrer Ausbildung in städtischen Bereichen ärztlich tätig zu werden. Mit der Förderung der Famulatur soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Medizinstudierende sollen frühzeitig für eine spätere vertragsärztliche Tätigkeit in ländlich geprägten Regionen sowie in Planungsbereichen, für die eine Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen wurde, gewonnen werden. Zu diesem Zweck wird nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften ein finanzieller Anreiz gesetzt, die Famulatur in einer in einem ländlichen Gebiet gelegenen Vertragsarztpraxis oder in einem Planungsbereich mit Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V abzuleisten. Auf diese Weise können sich Medizinstudierende bereits in einer frühen Phase ihrer Ausbildung mit der ambulanten Patientenversorgung insbesondere auf dem Land vertraut machen und die damit verbundenen Vorzüge einer ärztlichen Tätigkeit kennenlernen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung.

2. Förderempfänger

Förderempfänger 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 unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe und Umfang der Förderung

- 3.1 Die Höhe der finanziellen Zuwendung nach Ziff. 1 für die Ableistung der Famulatur in einer Vertragsarztpraxis beträgt 500 Euro.
- 3.2 Befindet sich die Vertragsarztpraxis, in der die Famulatur abgeleistet wird, in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss bezogen auf das Fachgebiet der auszubildenden Vertragsarztpraxis nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V drohende Unterversorgung festgestellt hat, erhöht sich die Förderung nach Ziff. 3.1 um 200 Euro.
- 3.3 Befindet sich die Vertragsarztpraxis, in der die Famulatur abgeleistet wird, in einem Planungsbereich, für den der Landesausschuss bezogen auf das Fachgebiet der auszubildenden Vertragsarztpraxis nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V Unterversorgung oder nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, erhöht sich die Förderung nach Ziff. 3.1 um 350 Euro.
- 3.4 Ist die Vertragsarztpraxis, in der die Famulatur abgeleistet wird, mehr als 60 Fahrkilometer von der nächsten Hochschule für Humanmedizin entfernt, erhöht sich die Förderung nach Ziff. 3.1 um 150 Euro.

- 3.5 Pro Jahr wird im Verwaltungsbezirk der KVB die Ableistung von höchstens 420 Famulaturen gefördert. Der Vorstand der KVB kann unter Berücksichtigung der bisherigen sowie der zu erwartenden Inanspruchnahme der Förderungen nach diesem Anhang eine Aufteilung der nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Förderstellen sowohl in räumlicher als auch zeitlicher Hinsicht vornehmen; dabei kann eine Aufteilung in räumlicher Hinsicht insbesondere nach Regierungsbezirken sowie eine Aufteilung in zeitlicher Hinsicht nach den in Ziff. 4.1 möglichen Bewerbungszeiträumen erfolgen.
- 3.6 Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan für den Förderkomplex - Nachwuchsgewinnung - zur Verfügung stehenden Finanzmittel von der nach Ziff. 3.5 vorgesehenen Anzahl der förderfähigen Famulaturen abweichen, soweit dies unter Berücksichtigung der Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist.
- 3.7 Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan für den Förderkomplex - Nachwuchsgewinnung - zur Verfügung stehenden Finanzmittel beschließen, ob und inwieweit über die gemäß Ziff. 3.5 oder 3.6 geförderte Höchstzahl an Famulaturen auch solche Anträge bewilligt werden, die auf die Ableistung der Famulatur in einem Planungsbereich gerichtet sind, für den der Landesausschuss bezogen auf das Fachgebiet der ausbildenden Vertragsarztpraxis nach § 100 Abs. 1 SGB V Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.
- 3.8 Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan für den Förderkomplex - Nachwuchsgewinnung - zur Verfügung stehenden Finanzmittel die nach Ziff. 3.1 bis 3.4 vorgesehenen finanziellen Zuwendungen jeweils um bis zu 25 v.H. erhöhen, soweit dies unter Berücksichtigung der Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist.
- 3.9 Die unter Ziff. 3.1 bis 3.8 genannten Bestimmungen gelten für eine Ableistung der im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Famulatur in einem zugelassenen MVZ oder in einer nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft entsprechend.

4. Fördervoraussetzungen

- 4.1 Eine Förderung der Famulatur im Sinne dieses Anhangs setzt einen Antrag voraus. Der Antrag kann frühestens zwei Kalendermonate vor dem ersten Tag der durch die Universität Bayern e.V. festgelegten vorlesungsfreien Zeit an bayerischen Universitäten gestellt werden. Er muss spätestens vier Wochen nach dem Ende der Famulatur bei der KVB eingegangen sein.
- 4.2 Förderfähig sind nur solche Famulaturen, die nach den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtlichen Vorschriften anererkennungsfähig sind und sich mindestens über einen Monat erstrecken.
- 4.3 Die Famulatur, für die ein Antrag auf Förderung gestellt wurde, ist in einer Vertragsarztpraxis abzuleisten, deren Vertragsarztsitz sich im Sinne dieses Anhangs entweder im

ländlichen Raum oder in einem Planungsbereich befindet, für den der Landesausschuss für das Fachgebiet, in dem die Famulatur abgeleistet wird, eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB getroffen hat. Im Sinne dieses Anhangs befindet sich für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Vertragsarztpraxis im ländlichen Raum, wenn der jeweilige Vertragsarztsitz in einer Gemeinde mit nicht mehr als 20.000 Einwohnern gelegen ist. Im Sinne dieses Anhangs befindet sich für den Bereich der fachärztlichen Versorgung eine Vertragsarztpraxis im ländlichen Raum, wenn der jeweilige Vertragsarztsitz in einer Gemeinde mit nicht mehr als 40.000 Einwohnern gelegen ist. Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem jeweils letzten amtlichen Stand.

- 4.4 Der Antragsteller hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet, die gewährte finanzielle Zuwendung nur entsprechend dem in diesem Anhang und dem Förderbescheid vorgesehenen Förderzweck zu verwenden und bei Nichteinhaltung dieser Anforderung die gewährte finanzielle Zuwendung zurückzuzahlen.
- 4.5 Der Antragsteller hat die Ableistung einer im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Famulatur durch ein nach den jeweils maßgeblichen ausbildungsrechtlichen Vorschriften vorgesehenes Zeugnis nachzuweisen, das spätestens in dem nach Ableistung der Famulatur folgenden Quartal bei der KVB eingegangen sein muss. Geht ein solches Zeugnis nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist bei der KVB nicht ein, ist eine Förderung ausgeschlossen.
- 4.6 Soll eine finanzielle Zuwendung nach Ziff. 3.1 bis 3.4 vor Ableistung der Famulatur ausbezahlt werden, setzt dies unbeschadet der sonstigen in Ziff. 4.1 bis 4.4 genannten Fördervoraussetzungen voraus, dass sich der Antragsteller gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet hat, die gewährte finanzielle Zuwendung zurückzuzahlen, wenn die Famulatur nicht wie in der Bewilligung vorgesehen abgeleistet wurde; Ziff. 4.5 gilt entsprechend.
- 4.7 Übersteigt die Zahl der Anträge auf Gewährung einer finanziellen Zuwendung nach der Ziff. 3.1 die Zahl der nach Ziff. 3.5 bis 3.7 förderfähigen Famulaturen, erfolgt die Bewilligung einer Förderung nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB.
- 4.8 Die unter Ziff. 4.1 bis 4.7 genannten Bestimmungen gelten für eine Ableistung der im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Famulatur in einem zugelassenen MVZ oder in einer nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft entsprechend.

5. Mehrfachförderung

Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1. Satz 1 kann ein und demselben Förderempfänger eine finanzielle Zuwendung nach den Ziff. 3.1 bis 3.4 für die Ableistung von zwei im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Famulaturen gewährt werden.

Anhang 4.2

Förderung der hausärztlichen Vertragsarztpraxen im Rahmen des Ausbildungsprogramms „Beste Landpartie Allgemeinmedizin“

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Das Ausbildungsprogramm "Beste Landpartie Allgemeinmedizin" (BeLA-Programm) ist ein Forschungs- und Lehrprojekt, das von der Technischen Universität München und der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg initiiert wurde. Das BeLA-Programm wird durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention gefördert. Zwischenzeitlich haben sich dem BeLA-Programm die Julius-Maximilians-Universität Würzburg und die Universität Augsburg angeschlossen. Ziel des BeLA-Programms ist, den angehenden Ärzten während des gesamten Studiums eine enge Beziehung zum Fach Allgemeinmedizin und zu ländlichen Regionen zu vermitteln, um so auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe hausärztliche Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten zu können. In diesem Sinn besteht ein wesentliches Element des BeLA-Programms darin, dass die an dem BeLA-Programm teilnehmenden Medizinstudierenden innerhalb des Praktischen Jahres in der jeweiligen Projektregion ein Tertial verpflichtend in einer in das BeLA-Programm als Lehrpraxis einbezogenen Hausarztpraxis (Lehrpraxis) ableisten. In diesen Lehrpraxen stehen die niedergelassenen Hausärzte den Medizinstudierenden nicht nur als Mentoren zur Verfügung, sondern müssen darüber hinaus ihrerseits weitere programmbezogene Qualifikationsanforderungen erfüllen, wie z.B. die Teilnahme an bestimmten didaktischen Seminaren. Da somit auf die Hausärzte in den Lehrpraxen einerseits ein nicht unerheblicher Mehraufwand zukommt und sie andererseits einen maßgeblichen Beitrag zum Gelingen des BeLA-Programms leisten und daran mitwirken, dass auch künftig in ländlichen Regionen eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung sichergestellt werden kann, fördert die KVB nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen finanziell diejenigen Hausärzte, die am BeLA-Programm teilnehmen und in ihrer Vertragsarztpraxis Medizinstudierende des BeLA-Programms während des Praktischen Jahres ausbilden und betreuen (betreuende Hausärzte). Die finanzielle Förderung dient dazu, für die jeweilige Lehrpraxis den Mehraufwand, der mit der Ausbildung und Betreuung der an dem BeLA-Programm teilnehmenden Medizinstudierenden verbunden ist, teilweise auszugleichen. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung.

2. Förderempfänger

- 2.1 Förderempfänger können niedergelassene Vertragsärzte sein, wenn sie am BeLA-Programm als betreuende Hausärzte teilnehmen, deren Vertragsarztpraxen in das BeLA-Programm als Lehrpraxen einbezogen sind und die unter Ziff. 4 geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind. Soweit ein Vertragsarzt einen angestellten Arzt nach § 95 Abs. 9 oder § 95 Abs. 9a SGB V beschäftigt, der am BeLA-Programm als Hausarzt teilnimmt, gilt Satz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass als Förderempfänger nur der anstellende Vertragsarzt in Betracht kommt und dieser nicht am BeLA-Programm als betreuender Hausarzt teilnehmen muss.
- 2.2 Förderempfänger können auch zugelassene MVZ und nach § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigte Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sein, sofern sie in das BeLA-Programm als Lehrpraxen einbezogen sind, in diesen mindestens ein Arzt vertragsärztlich

tätig ist, der am BeLA-Programm als Hausarzt teilnimmt, und die unter Ziff. 4 geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe und Umfang der Förderung

- 3.1 Die Höhe des Zuschusses nach Ziff. 1 beträgt pro Medizinstudierenden, der an dem BeLA-Programm teilnimmt und während eines Tertials innerhalb des Praktischen Jahres in der Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis betreut wird, 2.000 Euro.
- 3.2 Pro Jahr wird die Betreuung von höchstens 50 Medizinstudierenden gefördert, die am BeLA-Programm teilnehmen und in einer Lehrpraxis ein Terial ihres Praktischen Jahres in der Allgemeinmedizin absolvieren.
- 3.3 Der Vorstand der KVB kann im Rahmen der nach dem Finanzplan für den Förderkomplex - Nachwuchsgewinnung - zur Verfügung stehenden Finanzmittel von der nach Ziff. 3.2 vorgesehenen Höchstzahl der förderfähigen Betreuungen abweichen, soweit dies unter Berücksichtigung der Versorgungssituation zur Erreichung des Förderziels erforderlich ist.

4. Fördervoraussetzungen

- 4.1 Eine Förderung der Betreuung der Medizinstudierenden im Sinne dieses Anhangs setzt einen Antrag voraus. Der Antrag auf Förderung kann frühestens nach Beendigung des in einer Lehrpraxis absolvierten Tertials in der Allgemeinmedizin gestellt werden. Wenn der Antrag später als sechs Monate nach Beendigung des in einer Lehrpraxis absolvierten Tertials in der Allgemeinmedizin gestellt wird, ist eine Förderung ausgeschlossen. Maßgeblich sind die im Nachweis nach Ziff. 4.2 enthaltenen Angaben. Ist die Frist nach Satz 3 bereits abgelaufen, kann sie rückwirkend verlängert werden, wenn es insbesondere aus Versorgungsgründen unbillig wäre, die durch den Fristablauf eingetretene Rechtsfolge bestehen zu lassen.
- 4.2 Dem Antrag ist für jeden betreuten Medizinstudierenden ein Nachweis der für die Durchführung des BeLA-Programms zuständigen Universität beizufügen, aus dem Folgendes hervorgehen muss:
 - Teilnahme des Antragstellers als ein an dem BeLA-Programm betreuender Hausarzt; in den Fällen der Ziff. 2.1 Satz 2 muss sich die Teilnahmebestätigung auf den angestellten Arzt beziehen
 - Einbeziehung der Vertragsarztpraxis des Antragstellers als Lehrpraxis in das BeLA-Programm
 - Teilnahme des in der Lehrpraxis des Antragstellers betreuten Medizinstudenten an dem BeLA-Programm während des Tertials in der Allgemeinmedizin
 - Beginn und Ende des in der Lehrpraxis des Antragstellers von dem betreuten Medizinstudenten absolvierten Tertials in der Allgemeinmedizin

Für ein MVZ und eine BAG gelten die für die aus dem Nachweis hervorgehenden Anforderungen entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Teilnahmebestätigung zumindest auf einen in dem MVZ oder in der BAG vertragsärztlich tätigen Hausarzt beziehen muss.

- 4.3 Der Antragsteller muss sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet haben, den gewährten Zuschuss zurückzuzahlen, wenn die Anforderungen, die gemäß Ziff. 4.2 nachgewiesen werden müssen, während der geförderten Betreuung nicht vorliegen.
- 4.4 Übersteigt die Zahl der Anträge auf Gewährung eines finanziellen Zuschusses nach Ziff. 3.1 die Zahl der nach Ziff. 3.2 und 3.3 förderfähigen Betreuungen, erfolgt die Bewilligung einer Förderung nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB.
- 5. Mehrfachförderung**
Abweichend von Teil 2 Abschnitt D Ziff. 1. Satz 1 besteht für ein und denselben Förderempfänger keine Beschränkung der Anzahl der im Sinne dieses Anhangs förderfähigen Betreuungen von Medizinstudierenden.

Anhang 5

Förderkomplex: Praxisnetze

Anhang 5.1

Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über einen finanziellen Zuschuss einen Anreiz zu setzen, dass anerkannte Praxisnetze Versorgungsprojekte entwickeln und umsetzen, die aufgrund ihrer strukturellen Ausgestaltung, ihrer Behandlungsinhalte, ihrer Ziele sowie dem Netz- und Qualitätsmanagement und der fachlichen Zusammensetzung des jeweiligen Praxisnetzes geeignet sind, einen besonderen, nicht unerheblichen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu leisten. Die Förderung erfolgt über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses in Form einer Einmalzahlung. Die Laufzeit von Versorgungsprojekten zur Verbesserung der Sicherstellung in den in diesem Anhang benannten Bereichen kann bis zu drei Jahre betragen.

2. Förderempfänger

Förderempfänger können alle Praxisnetze sein, die über eine von der KVB gemäß Anlage 1 I der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie erteilte Anerkennung als Praxisnetz auf Basis-Stufe verfügen. Die finanzielle Förderung wird dem Praxisnetz in seiner jeweiligen Organisationsform gewährt. Die Zahlung des finanziellen Zuschusses erfolgt an den durch eine entsprechende Vollmacht ausgewiesenen Vertreter des Praxisnetzes, dem eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde. Eine Förderung nach diesem Anhang kann nur bewilligt werden, wenn die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe der Förderung

Die Höhe des finanziellen Zuschusses für eine Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beträgt 40.000 Euro.

4. Fördervoraussetzungen

4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.

4.2 Das antragstellende Praxisnetz muss einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten. Hiervon ist auszugehen, wenn das Versorgungsprojekt geeignet ist, die vertragsärztliche Versorgung in einem förderfähigen Versorgungsbereich zu verbessern. Als förderfähige Versorgungsbereiche im Sinne dieses Anhangs kommen insbesondere die

- geriatrische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen
- Palliativversorgung
- Versorgung in einer strukturschwachen Region

- Versorgung an den Sektorengrenzen im Sinne einer Begleitung der Versicherten durch die Versorgungssektoren (z.B. Überleitungsmanagement) oder
- telemedizinische Versorgung

in Betracht. Der Vorstand der KVB kann unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation weitere förderfähige Versorgungsbereiche festlegen. Ob und inwieweit ein antragstellendes Praxisnetz im Sinne der Anforderungen nach diesem Anhang einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leistet, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der von dem antragstellenden Praxisnetz im Antrag zu beschreibenden Projekthinhalte. Der Antrag hat detaillierte Ausführungen insbesondere zu den mit dem Projekt verfolgten Versorgungszielen, zu den zur Erreichung dieser Ziele geplanten strukturellen und prozessualen Maßnahmen und zu dem Verbesserungspotential des geplanten Versorgungsprojekts zu enthalten.

4.3 Das antragstellende Praxisnetz hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,

4.3.1 nach Ablauf der Laufzeit des Versorgungsprojekts, spätestens aber nach Ablauf des dritten Jahres ab Zugang der Bewilligung einer Förderung nach diesem Anhang einen Abschlussbericht hinsichtlich des geförderten Versorgungsprojektes vorzulegen, aus dem insbesondere die konkreten Auswirkungen des geförderten Versorgungsprojekts auf die vertragsärztliche Versorgung sowie die konkrete Verwendung des gewährten finanziellen Zuschusses hervorgehen müssen, sowie

4.3.2 die gewährte Fördersumme zurückzuzahlen, wenn die Verpflichtung gemäß Ziff. 4.3.1 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des in Ziff. 4.3.1 genannten Zeitraums erfüllt wird.

4.4 Übersteigt die Anzahl der förderfähigen Anträge die für diese Fördermaßnahme in dem Förderkomplex - Praxisnetze - nach dem Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B vorgesehenen Finanzmittel, erfolgt die Bewilligung einer Förderung nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB.

5. Rückzahlung der Förderung

Unbeschadet der Ziff. 4.3 sowie der Regelungen in Teil 2 Abschnitt C ist das geförderte Praxisnetz auch dann zu einer Rückzahlung einer nach diesem Anhang gewährten Förderung verpflichtet, wenn

5.1 das geförderte Praxisnetz die mit dem geförderten Versorgungsprojekt verfolgten Versorgungsziele nicht oder nur teilweise erreicht hat und der Vorstand der KVB aus diesem Grund unter Berücksichtigung der Projektbeschreibung, der in der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie genannten Versorgungsziele, des vorgelegten Abschlussberichts sowie den konkreten Umständen des Einzelfalls beschlossen hat, dass die gewährte Förderung ganz oder teilweise zurückfordern ist, oder

5.2 innerhalb der in Ziff. 4.3.1 genannten Frist die dem geförderten Praxisnetz gemäß der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie erteilte Anerkennung widerrufen wird oder aus anderen Gründen wegfällt oder wenn sich das jeweilige Praxisnetz innerhalb der in Ziff. 4.3.1 genannten Frist auflöst.

6. Ausschluss anderer Förderungen

Neben einer Förderung nach diesem Anhang sind Förderungen nach anderen Anhängen dieser Richtlinie ausgeschlossen, wenn eine Fördermaßnahme nach einem anderen Anhang hinsichtlich ihres Förderzwecks und ihrer Fördervoraussetzungen inhaltliche Überschneidungen mit dem nach diesem Anhang geförderten Versorgungsprojekt aufweist.

Anhang 5.2

Förderung von Praxisnetzen (Stufe I) für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den Handlungsfeldern Nachwuchssicherung, hausarztzentriertes Case und Care Management und Digitalisierung

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses einen Anreiz zu setzen, dass anerkannte Praxisnetze der Stufe I Projekte entwickeln und umsetzen, die aufgrund ihrer besonderen strukturellen Ausgestaltung durch die Erfüllung der Versorgungsziele und Kriterien der Stufe I gem. Anlage 1 II. der KVB-Anerkennungsrichtlinie sowie ihrer Projekterfahrung besonders geeignet sind, einen besonderen, nicht unerheblichen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den Handlungsfeldern Nachwuchssicherung, hausarztzentriertes Case und Care Management und Digitalisierung in der Region des Praxisnetzes zu leisten. Die Laufzeit von Projekten zur Verbesserung der Sicherstellung in den genannten Bereichen kann bis zu drei Jahre betragen.

2. Förderempfänger

Förderempfänger können alle Praxisnetze sein, die über eine von der KVB gemäß Anlage 1 II. der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie erteilte Anerkennung als Praxisnetz auf Stufe I verfügen. Die finanzielle Förderung wird dem Praxisnetz in seiner jeweiligen Organisationsform gewährt. Die Zahlung des finanziellen Zuschusses erfolgt an den durch eine entsprechende Vollmacht ausgewiesenen Vertreter des Praxisnetzes, dem eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde. Eine Förderung nach diesem Anhang kann nur bewilligt werden, wenn die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe und Umfang der Förderung

3.1 Die Höhe des finanziellen Zuschusses für eine Förderung von Praxisnetzen auf Stufe I für einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beträgt bis zu 50.000 Euro. Der Zuschuss wird in Form einer Einmalzahlung gewährt.

3.2 Das im Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B I. für diese Fördermaßnahme in dem Förderkomplex – Praxisnetze – zu berücksichtigende jährliche Gesamtbudget beträgt höchstens 400.000 Euro.

4. Fördervoraussetzungen

4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.

4.2 Der Vorstand der KVB hat die Förderung von anerkannten Praxisnetzen für einen besonderen Sicherstellungsbeitrag ausgeschrieben. In der entsprechenden Ausschreibung ist neben den Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Anhang die Frist zu nennen, innerhalb derer potenzielle Antragsteller ihre Förderanträge bei der KVB einzureichen haben.

4.3 Das zu fördernde Projekt trägt in besonderer Weise zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region des Praxisnetzes bei. Hiervon ist auszugehen, wenn das Projekt geeignet ist, die vertragsärztliche Versorgung in einem

förderfähigen Handlungsfeld zu verbessern. Als förderfähige Handlungsfelder im Sinne dieses Anhangs kommen in Betracht:

- **Nachwuchssicherung**

Die Projekte beinhalten netzspezifische, innovative Konzepte zur Umsetzung von neuen Strukturen, Angeboten oder Prozessen zur Rekrutierung/Gewinnung, (langfristigen) Bindung sowie gezielten Unterstützung und Entlastung von (zukünftigen) Ärzten im Praxisnetz entlang der ärztlichen Laufbahn unter Einbezug der personellen und sachlichen Ressourcen des antragstellenden Praxisnetzes. Die Maßnahmen zur Nachwuchssicherung können hierbei

- angehende Ärzte im Medizinstudium,
- Ärzte in Weiterbildung sowie
- in Anstellung oder Niederlassung tätige Ärzte in ihren ersten Berufsjahren betreffen.

- **Hausarztzentriertes Case und Care Management**

Gegenstand der Projekte ist die Steuerung, Koordination und/oder Anleitung von Patienten insbesondere in besonderen Versorgungssituationen oder mit komplexem Unterstützungsbedarf durch die Versorgungsebenen in der Region des Praxisnetzes. Das Versorgungsmanagement erfolgt auf Initiative von Hausärzten des Praxisnetzes und kann durch Kooperation mit anderen Leistungserbringern oder Delegation von (nichtmedizinischen) Leistungen geschehen und zielt ab auf:

- eine effizientere Nutzung der im Praxisnetz und in der Region verfügbaren medizinischen, pflegerischen und anderen fachlichen Ressourcen aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen sowie
- eine Entlastung der Ärzte im Praxisnetz und in der Region durch patientenorientierte, bedarfsgerechte, vernetzte und ressourcenschonende Versorgung.

- **Digitalisierung**

Die Projekte zielen ab auf eine effiziente Integration digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. die Anwendung verschiedener digitaler Werkzeuge oder Plattformen insbesondere zur Überbrückung der räumlichen Distanzen für die Arbeit im Praxisnetz zur

- Optimierung von Behandlungsprozessen oder Arbeits- und Versorgungsabläufen im Praxisnetz und/oder
- Verbesserung von organisatorischer und/oder medizinischer Zusammenarbeit im Praxisnetz und/oder mit Kooperationspartnern des Praxisnetzes.

Ob und inwieweit ein antragstellendes Praxisnetz einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leistet, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der von dem antragstellenden Praxisnetz im Antrag zu beschreibenden Projektinhalte.

- 4.4 Der Antrag hat detaillierte Ausführungen insbesondere zu den mit dem Projekt verfolgten Versorgungszielen, zu den zur Erreichung dieser Ziele geplanten strukturellen und prozessualen Maßnahmen und zu dem Verbesserungspotential des geplanten Projekts zu enthalten. Dabei muss das Projekt bzw. die Maßnahmen in Zusammenhang mit mindestens einem der Versorgungsziele und Kriterien der Stufe I aus Anlage 1 II. der KVB-Anerkennungsrichtlinie vom 01.08.2023 oder mit einem der Versorgungsziele und Kriterien der Stufe I gem. § 5 der KVB-Anerkennungsrichtlinie vom 02.07.2016 stehen. Für das jeweils antragstellende Praxisnetz der Stufe I gilt der jeweilige Stand der KVB-Anerkennungsrichtlinie, nach der es zur Zeit der Antragstellung zertifiziert ist.
- 4.5 Das antragstellende Praxisnetz hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,
- 4.5.1 einmal jährlich einen Zwischenstand im Rahmen eines Projektreportings mit Angabe zu Meilensteinen des Projektes zu melden,
- 4.5.2 nach Ablauf der Laufzeit des Projektes, spätestens aber nach Ablauf des dritten Jahres ab Zugang der Bewilligung für eine Förderung einen Abschlussbericht hinsichtlich des geförderten Projektes vorzulegen, aus dem insbesondere die konkreten Auswirkungen des geförderten Projektes auf die vertragsärztliche Versorgung in den förderfähigen Handlungsfeldern sowie die konkrete Verwendung der gewährten finanziellen Zuwendung hervorgehen müssen, sowie
- 4.5.3 die gewährte Fördersumme zurückzuzahlen, wenn die Verpflichtung gemäß Ziff. 4.5.2 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des in Ziff. 4.5.2 genannten Zeitraums erfüllt wird.
- 4.6 Übersteigt die Anzahl der förderfähigen Anträge die für diese Fördermaßnahme in dem Förderkomplex - Praxisnetze - nach dem Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B vorgesehenen Finanzmittel, erfolgt die Bewilligung einer Förderung nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständig gestellten Förderanträge bei der KVB.

5. Rückzahlung der Förderung

Unbeschadet der Ziff. 4.5 sowie der Regelungen in Teil 2 Abschnitt C gilt Ziff. 5 des Anhangs 5.1 für ein nach diesem Anhang gefördertes Praxisnetz entsprechend.

6. Mehrfachförderung

Ziff. 6. des Anhangs 5.1 gilt für ein nach diesem Anhang gefördertes Praxisnetz entsprechend.

Anhang 5.3

Förderung von Praxisnetzen für einen besonderen Versorgungsbeitrag im Bereich der Methadonsubstitution

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck der in diesem Anhang geregelten Förderung ist es, über die Gewährung eines finanziellen Zuschusses einen Anreiz zu setzen, dass anerkannte Praxisnetze Versorgungsprojekte entwickeln und umsetzen, die aufgrund ihrer strukturellen Ausgestaltung, ihrer Behandlungsinhalte, ihrer Ziele sowie dem Netz- und Qualitätsmanagement und der fachlichen Zusammensetzung des jeweiligen Praxisnetzes geeignet sind, im Bereich der Methadonsubstitution einen besonderen, nicht unerheblichen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu leisten. Die Laufzeit von Versorgungsprojekten zur Verbesserung der Sicherstellung im Bereich der Methadonsubstitution kann bis zu drei Jahre betragen.

2. Förderempfänger

Förderempfänger können alle Praxisnetze sein, die mindestens über eine von der KVB gemäß Anlage 1 I. der KBV-Rahmenvorgabe und der KVB-Anerkennungsrichtlinie erteilte Anerkennung als Praxisnetz auf Basis-Stufe verfügen. Die finanzielle Förderung wird dem Praxisnetz in seiner jeweiligen Organisationsform gewährt. Die Zahlung des finanziellen Zuschusses erfolgt an den durch eine entsprechende Vollmacht ausgewiesenen Vertreter des Praxisnetzes, dem eine Förderung nach diesem Anhang bewilligt wurde. Eine Förderung nach diesem Anhang kann nur bewilligt werden, wenn die unter Ziff. 4 näher geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sind.

3. Höhe und Umfang der Förderung

3.1 Die Höhe der Förderung für ein konkretes Versorgungsprojekt im Sinne von Ziff. 1 bestimmt sich nach dem Finanzbedarf, der durch die KVB auf Basis der Projektbeschreibung im Rahmen der Antragstellung und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes ermittelt wird. Die Förderung ist auf höchstens 100.000 Euro beschränkt.

3.2 Das im Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B I. für diese Fördermaßnahme in dem Förderkomplex - Praxisnetze - zu berücksichtigende jährliche Gesamtbudget beträgt höchstens 300.000 Euro.

4. Fördervoraussetzungen

4.1 Eine Förderung nach diesem Anhang setzt einen Antrag voraus.

4.2 Der Vorstand der KVB hat die Förderung von anerkannten Praxisnetzen für einen besonderen Versorgungsbeitrag im Bereich der Methadonsubstitution bayernweit oder für eine bestimmte Versorgungsregion ausgeschrieben. In der entsprechenden Ausschreibung sind neben den Voraussetzungen für eine Förderung nach diesem Anhang die Auswahlkriterien für Auswahlverfahren gemäß Ziff. 4.7 bekannt zu machen und die Frist zu nennen, innerhalb derer mögliche Antragsteller ihre Förderanträge bei der KVB einzureichen haben.

- 4.3 In dem anerkannten Praxisnetz ist während der gesamten Projektlaufzeit mindestens ein Arzt tätig, der über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses („Substitutions-Richtlinien“) verfügt.
- 4.4 In der Versorgungsregion des anerkannten Praxisnetzes bestehen oder drohen im Bereich der Methadonsubstitution Versorgungsdefizite. Von einem bestehenden Versorgungsdefizit ist insbesondere dann auszugehen, wenn für eine bedarfsgerechte substitutionsgestützte Behandlung von Opioidabhängigen entsprechend qualifizierte Ärzte nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Ein Versorgungsdefizit droht, wenn aufgrund der Altersstruktur der substituierenden Ärzte innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren zu erwarten ist, dass in der jeweiligen Versorgungsregion eine bedarfsgerechte substitutionsgestützte Behandlung der Opioidabhängigen nicht mehr gewährleistet werden kann.
- 4.5 Das zu fördernde Versorgungsprojekt trägt in besonderer Weise zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Methadonsubstitution bei. Hiervon ist auszugehen, wenn das Versorgungsprojekt im Bereich der Methadonsubstitution regionalen Versorgungsproblemen entgegenwirkt, eine qualitativ hochstehende und kontinuierliche Versorgung gewährleistet sowie unter Beachtung der vertragsarztrechtlichen Vorgaben mindestens eine der nachfolgend in den Ziffern 4.5.1 bis 4.5.3 genannten Zielvorgaben erfüllt. Ob und inwieweit ein antragstellendes Praxisnetz im Sinne der Anforderungen nach diesem Anhang einen besonderen Beitrag zur Verbesserung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Methadonsubstitution leistet, entscheidet der Vorstand der KVB nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der von dem antragstellenden Praxisnetz im Antrag zu beschreibenden Projektinhalte. Der Antrag hat detaillierte Ausführungen insbesondere zu den mit dem Projekt verfolgten Versorgungszielen, zu den zur Erreichung dieser Ziele geplanten strukturellen und prozessualen Maßnahmen und zu dem Verbesserungspotential des geplanten Versorgungsprojekts zu enthalten. Zusätzlich sind für das Projekt geplante finanzielle Mittel (z.B. Personal- und Sachkosten) durch das Praxisnetz anzugeben. Hierfür ist das dem Förderantrag als Anhang beigefügte Musterformular zu verwenden.
- 4.5.1 Erweiterung der regionalen Versorgungsstrukturen im Bereich der Methadonsubstitution, insbesondere durch Aufbau oder Ausweitung einer kooperativen Versorgungsstruktur für die Methadonsubstitution innerhalb des Praxisnetzes sowie durch Organisation der Vergabe von Substitutionsmitteln an die Patienten innerhalb des Praxisnetzes, insbesondere im Rahmen einer Konsiliararztbehandlung nach § 5 Absatz 4 BtMVV. Die kooperative Versorgungsstruktur kann auch durch eine Kooperation des anerkannten Praxisnetzes mit weiteren vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringern, die im Versorgungsbereich des Praxisnetzes niedergelassen sind oder mit externen Substitutionspartnern gemäß § 5 Absatz 10 BtMVV umgesetzt werden.
- 4.5.2 Erhöhung der Anzahl von substituierenden Ärzten innerhalb des Praxisnetzes oder Ausgleich von Versorgungsdefiziten aufgrund des Ausscheidens von substituierenden Ärzten in der Versorgungsregion des Praxisnetzes.

- 4.5.3 Aufbau oder Erweiterung der interdisziplinären Versorgung von Methadonpatienten innerhalb des anerkannten Praxisnetzes zur Behandlung von bestehenden Komorbiditäten. Der Aufbau oder die Erweiterung der interdisziplinären Versorgung von Methadonpatienten gemäß Satz 1 kann auch gemeinsam mit externen vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringern erfolgen.
- 4.6 Das antragstellende Praxisnetz hat sich gegenüber der KVB schriftlich verpflichtet,
- 4.6.1 nach Ablauf der Laufzeit des Versorgungsprojekts, spätestens aber nach Ablauf des dritten Jahres ab Zugang der Bewilligung einer Förderung nach diesem Anhang einen Abschlussbericht hinsichtlich des geförderten Versorgungsprojektes vorzulegen, aus dem insbesondere die konkreten Auswirkungen des geförderten Versorgungsprojekts auf die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der Methadonsubstitution sowie die konkrete Verwendung des gewährten finanziellen Zuschusses hervorgehen müssen, sowie
- 4.6.2 die gewährte Fördersumme zurückzuzahlen, wenn die Verpflichtung gemäß Ziff. 4.6.1 nicht innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des in Ziff. 4.6.1 genannten Zeitraums erfüllt wird.
- 4.7 Übersteigt die Anzahl der förderfähigen Anträge die für diese Fördermaßnahme in dem Förderkomplex - Praxisnetze - nach dem Finanzplan gemäß Teil 1 Abschnitt B I. vorgesehenen Finanzmittel, sind diejenigen Versorgungsprojekte vorrangig zu berücksichtigen, die sämtliche Zielvorgaben nach den Ziff. 4.5.1 bis 4.5.3 erfüllen. Im Übrigen wird demjenigen Projekt der Vorzug gegeben, das zwei der Zielvorgaben nach den Ziffern 4.5.1 bis 4.5.3 erfüllt. Sofern Versorgungsprojekte die in den Ziff. 4.5.1 bis 4.5.3 genannten Zielvorgaben in gleicher Weise erfüllen, sind für die Auswahlentscheidung folgende weitere in den Ziffern 4.7.1 bis 4.7.3 genannten Kriterien zu berücksichtigen.
- 4.7.1 Das Durchschnittsalter der in der jeweiligen Versorgungsregion aktiv substituierenden Ärzte.
- 4.7.2 Die Eignung des Versorgungsprojekts, die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der Methadonsubstitution über die Projektlaufzeit hinaus nachhaltig zu verbessern.
- 4.7.3 Eine Gesamtabwägung, bei der im Verhältnis zu den Kosten des Versorgungsprojekts ein erheblicher Nutzen für die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der Methadonsubstitution festzustellen ist (Kosten-Nutzen-Analyse).
- 4.8 Im Auswahlverfahren gemäß Ziffer 4.7 werden nur die gemäß Ziffer 4.1 fristgerecht und vollständig eingereichten Förderanträge berücksichtigt. Die näheren Festlegungen zum Auswahlverfahren gemäß Ziffer 4.7, insbesondere zur Anwendung und Gewichtung der Auswahlkriterien obliegen dem Vorstand der KVB.
- 5. Rückzahlung der Förderung**
Unbeschadet der Ziff. 4.6 sowie der Regelungen in Teil 2 Abschnitt C gilt Ziff. 5 des Anhangs 5.1 für ein nach diesem Anhang gefördertes Praxisnetz entsprechend.

6. Mehrfachförderung

Ziff. 6. des Anhangs 5.1 gilt für ein nach diesem Anhang gefördertes Praxisnetz entsprechend.

Anhang 6

Förderkomplex: Terminservicestellen

Anhang 6.1

Förderung des Betriebs der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ zur Erfüllung der mit dem TSVG an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Mit der in diesem Anhang geregelten Förderung soll der Betrieb der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ mit Blick auf die mit dem TSVG an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen finanziell unterstützt werden. Diese Förderung dient damit unter anderem der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, Vermittlungsleistungen „rund um die Uhr“ anzubieten sowie in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Zu den Aufwänden, die mit den von der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ wahrzunehmenden Aufgaben verbunden sind, gehören die jährlichen Kosten für die Bereitstellung der für den Betrieb der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ erforderlichen Strukturen, wie z.B. die technische Arbeitsplatzausstattung, sowie für die Vorhaltung von entsprechend z.B. für die qualifizierte Ersteinschätzung (sog. Triage) medizinisch geschultem Personal. Diese Kosten haben sich auch an den Vorgaben der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Nr. 6 SGB V zu orientieren.

2. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für den Betrieb der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“

Im Zusammenhang mit dem Betrieb der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ werden die nachstehend unter Ziff. 2.1 bis 2.3 genannten Kosten sowie vergleichbare Kosten aus den Finanzmitteln des Strukturfonds finanziert, sofern diese Kosten im Rahmen des Betriebs der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ zur Erfüllung der gesetzlichen, insbesondere mit dem TSVG an die Terminservicestellen gestellten Anforderungen entstanden sind.

2.1 Kosten für den laufenden Betrieb der Softwaresysteme „eTerminservice“ (eTS) und „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED), deren weitere Entwicklung sowie Kosten für die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter, die diese Softwaresysteme im Rahmen der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“, in der KVB und in der Gedikom GmbH nach den Vorgaben des § 75 Abs. 1a SGB V anwenden. Die Software „eTS“ dient vor allem der Vermittlung von Terminen im Rahmen der Terminservicestelle über die „Servicestelle zur Terminvermittlung (TSS)“. Die Anwendung soll sowohl von den Mitgliedern zur Meldung der freien Termine wie auch von der Terminservicestelle zur zielgerichteten, schnellen und gesetzeskonformen Vermittlung dieser Termine genutzt werden. Die Software „SmED“ wurde mit der Zielsetzung eingeführt, das medizinische Fachpersonal in den Vermittlungszentralen bei der Dringlichkeitseinschätzung von Beschwerden sowie bei der Gesprächsführung und -dokumentation zu unterstützen. Dabei werden anrufende Patienten basierend auf dem von ihnen geschilderten Leitsymptom in Kombination mit allgemeinen und symptom-spezifischen Risikofaktoren strukturiert befragt mit dem Ziel, den Versorgungsbedarf der Patienten zielgerichtet, rasch und sicher einzuschätzen.

- 2.2 Kosten für Personal und Strukturen im Zusammenhang mit dem Betrieb der „Servicestelle zur Terminvermittlung (TSS)“ durch die Gedikom GmbH, einschließlich der Kosten für die mit dem TSVG der Terminservicestelle zusätzlich zugewiesenen Aufgaben, wie z.B. der Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten, Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten und Vermittlung termingebundener Kindervorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen). Die Kosten beziehen sich auf das von der Gedikom GmbH in Bayreuth fest angestellte Personal, um die vom Gesetzgeber definierten Anforderungen an die Terminservicestellen bedienen zu können, sowie auf die vorgehaltenen Strukturen (z.B. Arbeitsplatzausstattung) der angestellten Mitarbeiter. Von diesen Kosten sind auch die finanziellen Aufwände umfasst, die mit der Akquise von zusätzlich erforderlichem und entsprechend geschultem Personal einhergehen.
- 2.3 Kosten für erforderliche Erweiterungen der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ um die vom Gesetzgeber zur Steuerung der Patienten geforderten Leistungsangebote, wie z.B. das Angebot telemedizinischer Leistungen oder die Vernetzung der „Terminservicestelle (Patientenservice 116117)“ mit anderen gesetzlich vorgeschriebenen Strukturen zur Ersteinschätzung (z.B. Notfallambulanzen, Rettungsleitstellen).

Anhang 7

Förderkomplex: Bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung

Anhang 7.1

Finanzierung von Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Mit dem GKV-VStG wurde vom Gesetzgeber zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung die Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen in gesperrten Planungsbereichen neu gestaltet. Vertragsarztpraxen, die aus Sicht des Zulassungsausschusses aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich sind, dürfen seither nicht mehr ausgeschrieben werden. Mit Blick auf die durch Art. 14 GG geschützte Eigentumsgarantie hat der Gesetzgeber für diese Fälle vorgesehen, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung den abgabewilligen Vertragsarzt in Höhe des Verkehrswertes der nicht übergabefähigen Vertragspraxis entschädigt. Im Rahmen des TSVG hat der Gesetzgeber in § 105 Abs. 1a Satz 3 Ziffer 6 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, für etwaige nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V zu leistende Entschädigungszahlungen Mittel des Strukturfonds zu verwenden. Von dieser Möglichkeit wird entsprechend Gebrauch gemacht.

2. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die Finanzierung von Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V

Die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für die Finanzierung einer gemäß § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V von der KVB zu zahlenden Entschädigung setzt das Vorliegen der nachfolgend in den Ziff. 2.1 und 2.2 genannten Anforderungen voraus.

2.1 Der Zulassungsausschuss hat den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V bestandskräftig abgelehnt; eine Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens mangels eines übergabefähigen Praxissubstrats reicht nicht aus.

2.2 Die KVB hat dem betroffenen Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben nach § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V eine Entschädigung gezahlt. Die Finanzierung dieser Entschädigung aus den Finanzmitteln des Strukturfonds ist auf den Verkehrswert der Vertragsarztpraxis, für die eine Entschädigung gezahlt wurde, beschränkt; bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist gemäß § 103 Abs. 3a Satz 14 SGB V auf den Verkehrswert abzustellen, der nach § 103 Absatz 4 Satz 8 SGB V bei Fortführung der betreffenden Praxis maßgeblich wäre.

Anhang 8

Förderkomplex: Telemedizin

Anhang 8.1

Errichtung und Betrieb einer zentralen Plattform zur Durchführung der Videosprechstunde

1. Zweck und Gegenstand der Förderung

Zweck und Gegenstand der in diesem Anhang geregelten Förderung ist die Errichtung und der Betrieb einer zentralen Plattform durch die KVB zur Durchführung einer Videosprechstunde durch Vertragsärzte und Versicherte. Dabei wird diese Plattform ausschließlich zur Vermittlung und Behandlung von akuten Behandlungsfällen (zu Sprechstundenzeiten und Bereitschaftsdienstzeiten), die bei der Terminservicestelle eingehen, genutzt. Diese werden an die Mitglieder der KVB durch die Terminservicestelle zur telemedizinischen Behandlung vermittelt.

2. Voraussetzungen für die Verwendung der Finanzmittel des Strukturfonds für Errichtung und Betrieb einer zentralen Plattform zur Durchführung der Videosprechstunde

Von der Förderung umfasst sind die Kosten für die Programmierung und den Betrieb der Plattform zur Durchführung der Videosprechstunde, die Kosten zur Etablierung von notwendigen Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur in den Praxen, zu den Anwendungen der Terminservicestelle der KVB sowie zu den Funktionalitäten und Anwendungsbereichen von SmED.