

§ 105

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

(1a) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. ² Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. ³ Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,
7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.

⁴ Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. ⁵ Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. **⁶ Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. ⁷ Die Sätze 2, 3 Nummer 1 bis 4 sowie die Sätze 4 und 5 gelten in diesem Fall entsprechend. ⁸ Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann in den Jahren 2021 und 2022 aus Mitteln des Strukturfonds eine Förderung von in den Jahren 2019 bis 2021 neu niedergelassenen Praxen vorsehen.**

(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

(1c) ¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. ² Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. ³ In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. ⁴ Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden. **⁵ Für die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 57, 87 und 87e anzuwenden.**

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.

(2) ¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, dass medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. ² Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

(3) ¹ Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. ² Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. ³ Zum Zweck der Abrechnung der Erstattung nach Satz 1 übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich die Art und die Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben.

(4) ¹ Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungserbringer zu zahlen. ² Über die Anforderungen, die an die berechtigten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. ³ Die für den Vertragsarzt oder den Vertragszahnarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach den §§ 83, 85 oder § 87a entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt oder den Vertragszahnarzt jeweils zur Hälfte. ⁴ Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.

(5) ¹ Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. ² Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. ³ Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. ⁴ § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. ⁵ In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.

Der 14. Ausschuss begründet zum GPVG das Anfügen von Absatz 1a Satz 8 und die Neufassung von Absatz 3 wie folgt:

Zu Absatz 1a Satz 8

Mit dem neuen Satz 8 wird den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen die Möglichkeit eröffnet, einzelne Zahnarztpraxen gezielt zu fördern. Gerade Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie medizinische Versorgungszentren, die sich in den Jahren 2019 bis 2021 und damit kurz vor oder während der Corona-Pandemie neu niedergelassen haben bzw. neu gegründet wurden, können mangels bestehender Rücklagen von einer verminderten Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen in besonderem Maße wirtschaftlich betroffen sein.

Zu Absatz 3

Mit der Änderung wird gewährleistet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch in Zukunft ausreichend handlungsfähig sind, um die Gesundheitsversorgung auch in einer epidemischen

Lage von nationaler Tragweite sicherzustellen. Zu diesem Zweck sieht bereits die mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingeführte Regelung des § 105 Absatz 3 vor, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu erstatten haben. Damit sollte etwa der Aufbau und der Betrieb spezieller Zentren (wie z. B. Schwerpunktambulanzen) zur Trennung von Patientenströmen sowie Dienste zur Erbringung vermehrter Besuchsleistungen und der strukturelle Ausbau der Servicenummer 116117 finanziert werden.

Diese Regelung ist zunächst bis zum Ende des Jahres 2020 befristet worden (Artikel 6 in Verbindung mit Artikel 7 Absatz 3 des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes) und wird nunmehr in weiterentwickelter Fassung fortgeführt.

Dabei wird in Satz 1 zunächst der sachliche Anwendungsbereich der Regelung erweitert, um den Kassenärztlichen Vereinigungen in pandemiebedingten Ausnahmesituationen eine größere Handlungsfreiheit einzuräumen. Dementsprechend wird sich die Regelung künftig nicht mehr auf die außerordentlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beschränken. Stattdessen sieht die Regelung eine Sonderfinanzierung auch für entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Mit Satz 2 wird die Erstattung und damit eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen, soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist.

Dies betrifft zum einen etwa den bisher geregelten Fall, dass die betreffende Maßnahme aus finanziellen Mitteln, die aufgrund von Vereinbarungen und Beschlüssen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt werden, finanziert wird (zum Beispiel Gesamtverträge, einheitlicher Bewertungsmaßstab, Verträge nach § 75 Absatz 3 bis 6, § 132e und § 140a), zum anderen führt zum Beispiel auch eine bestehende Finanzierung aus Mitteln des Strukturfonds nach Absatz 1a insoweit zu einem Erstattungsausschluss. Aufgrund der nunmehr gewählten Formulierung („soweit“) kann eine Erstattung in diesen Fällen gleichwohl erfolgen, soweit die Kosten für außerordentliche Maßnahmen die hierfür gezahlten finanziellen Mittel übersteigen. Vor diesem Hintergrund entfällt auch der bisherige Satz 3, ohne dass damit eine Änderung des bisherigen Regelungsgehalts verbunden ist. Zum anderen sieht die Regelung vor dem Hintergrund der Entwicklung seit dem Inkrafttreten dieser Regelung einen Erstattungsausschluss auch für die Fälle vor, in denen die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch verordnungrechtliche Spezialregelungen bereits anderweitig geregelt ist. Damit wird – auch hier mit dem Ziel, Doppelfinanzierungen zu vermeiden – insbesondere sichergestellt, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen errichteten und betriebenen Testzentren abschließend nach den in der Coronavirus-Testverordnung vom 14. Oktober 2020 (BANZ AT 14.10.2020 V1) enthaltenen Vorgaben finanziert werden. Eine zusätzliche Finanzierung der Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nach § 105 Absatz 3 ist somit ausgeschlossen. Von dem Ausschluss ausgenommen sind Kosten für Einrichtungen, die unabhängig von Testungen medizinische Versorgungsleistungen erbringen, die als außerordentliche Sicherstellungsmaßnahmen im Sinne von § 105 Absatz 3 nicht von der Erstattung nach der Coronavirus-Testverordnung sowie anderweitig durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes gedeckt sind. Der Ausbau von Telefon- und Internetdiensten, zum Beispiel in Form von Informationshotlines und Terminvermittlungsservices, oder die ausnahmsweise Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung einschließlich deren Lagerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben auch weiterhin denkbare Anwendungsbereiche des § 105 Absatz 3.

Der bisherige in Satz 2 enthaltene Erstattungsausschluss bei bereits im Haushaltsplan abgebildeten Maßnahmen entfällt, weil andernfalls die Erstattungsfähigkeit bei Erfüllung der Anforderungen zum Haushalts- und Rechnungswesen (§ 78 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit §§ 67 bis 70 Absatz 1 und 5, §§ 72 bis 77 Absatz 1 SGB IV und weiteren) weitgehend in Frage gestellt würde.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen zum Zweck der Erstattung rechnungsbegründende Unterlagen übermittelt, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten ergeben. Die Regelung entspricht den anerkannten Grundsätzen des Geschäftsverkehrs und stellt sicher, dass etwaige Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen nachvollziehbar dargelegt und begründet werden. Die Kostenträger werden damit etwa in die Lage versetzt, die Wirtschaftlichkeit der zu erstattenden Maßnahmen zu beurteilen und nachzuvollziehen, wie sich die geltend gemachten Kosten auf einzelne Kostenpositionen verteilen.

Eine erneute, über das Bestehen einer epidemischen Lage nationaler Tragweite hinausgehende, Befristung ist nicht erforderlich, da sich die Regelung in der Praxis bewährt hat.

Begründung zum IPReG:

Bereits nach geltendem Recht sind sowohl die Kassenärztlichen als auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1 verpflichtet, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen bzw. der vertragszahnärztlichen Versorgung

zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Dies ergibt sich aus § 77 Absatz 1 Satz 1, nach dem der Begriff „Kassenärztliche Vereinigungen“ im Sinne des SGB V sowohl Kassenärztliche als auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen umfasst. Entsprechendes gilt für die ebenfalls in § 105 Absatz 1 genannten „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“. Gemäß § 77 Absatz 4 Satz 1 sind damit die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung einbezogen. Die Verpflichtung zur Bildung eines Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a besteht jedoch lediglich für die Kassenärztliche Vereinigung. Auch die Regelungen zum Betrieb von eigeneinrichtungen (§ 105 Absatz 1c) und zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Falle einer vorhandenen oder drohenden Unterversorgung (§ 105 Absatz 4) gelten – wie sich aus der Bezugnahme allein auf ärztliche Vergütungsregelungen und der Benennung nur des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ergibt – bislang nur für die ärztliche Versorgung. Ein entsprechender Regelungsbedarf wurde für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bislang aufgrund der anders gelagerten Versorgungsstruktur nicht als notwendig erachtet. Mit den nunmehr vorgenommenen Änderungen sollen die genannten Sicherstellungsmaßnahmen im Wesentlichen auch für den zahnärztlichen Bereich gelten.

Zu Absatz 1a Satz 6 und 7 – Anmerkung: angefügt

Der Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einen Strukturfonds zu bilden. Anders als bei der Kassenärztlichen Vereinigung handelt es sich allerdings um eine fakultative Regelung. Die Regelung zur Finanzierung dieses Fonds orientiert sich dabei an der Finanzierungsregelung für den Strukturfond der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zu Absatz 1c Satz 5 – Anmerkung: angefügt

Die zahnärztlichen Leistungen, die in eigeneinrichtungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erbracht werden, werden in Anlehnung an die Regelung für ärztlichen Leistungen, die in entsprechenden eigeneinrichtungen erbracht werden, vergütet. Eine Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zum Betrieb von eigeneinrichtungen ist mit der Regelung nicht verbunden. Eine solche Verpflichtung scheidet bereits daran, dass die in Absatz 1c Satz 3 genannte Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2 gemäß § 100 Absatz 4 auf die zahnärztliche Versorgung nicht anwendbar ist.

Zu Absatz 4 Satz 1 bis 4

Die bisherigen Regelungen über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im vertragsärztlichen Bereich werden um Regelungen für den vertragszahnärztlichen Bereich erweitert, so dass diese auch für die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtend gelten.

Begründung zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz zum Einfügen (= Neufassung) von Absatz 3 – Anmerkung: Fassung vom 28. März 2020 bis 31. Dezember 2020 (vgl. Artikel 6) – siehe Neufassung durch GPVG:

Die durch das neuartige Corona-Virus (COVID-19) ausgelöste Pandemie führt zu einer enormen Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland, weil der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden muss. Zudem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen maßgebliche Akteure bei der barrierefreien Information der Bevölkerung und der Patientensteuerung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes außerordentliche Maßnahmen ergreifen, um dieser Situation gerecht werden zu können, die zu zusätzlichen Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen führen, die über die üblicherweise von der Vertragsärzteschaft zu tragenden Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen. Dies betrifft insbesondere zusätzliche Kosten, die dadurch entstehen, dass spezielle Zentren (wie zum Beispiel „Schwerpunktambulanzen“) eingerichtet werden, um Patientinnen und Patienten mit Atemwegserkrankungen vom übrigen Patientenkontinuum zu trennen, dass Dienste zur Erbringung von vermehrten Besuchsleistungen eingerichtet werden sowie die Terminservicestellen aufgrund einer erheblich höheren Inanspruchnahme über die Servicenummer 116117 personell ausgebaut werden. Während die vertragsärztliche Versorgung auch bei auftretenden Epidemien und Pandemien durch spezifische Vergütungsregelungen sichergestellt ist, kann notwendiger zusätzlicher Finanzierungsbedarf zur befristeten Bereitstellung außerordentlicher Maßnahmen allein aus den den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der üblichen vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehenden Mitteln nicht gedeckt werden. Mit dem neuen Absatz 3 wird daher geregelt, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen diejenigen zusätzlichen Kosten zu erstatten haben, die zur Finanzierung der außerordentlichen Maßnahmen erforderlich sind, um die vertragsärztliche Versorgung während des Bestehens der epidemischen Lage nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes in der gebotenen Weise sicherzustellen. Die Regelung sieht eine Befristung vor, solange die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt sind, d.h. solange die Bundesregierung eine epidemische Lage von nationaler Bedeutung festgestellt und diese nicht aufgehoben hat. Satz 2 stellt klar, dass die von den Krankenkassen zu erstattenden zusätzlichen Kosten lediglich den Anteil des bestehenden zusätzlichen Finanzierungsbedarfs betreffen, der nicht bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigungen abgebildet ist oder durch die Gesamtvergütungen, über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sowie über etwaige gesonderte Förderzahlungen der Krankenkassen finanziert wird. Im Hinblick auf schon getroffene Vereinbarungen und Beschlüsse kann es sein, dass die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen höher liegen. Insofern ist mit Satz 3 eine Rückausnahme vorgesehen. Für den Zweck der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden die Aufwendungen der Krankenkassen im Rahmen der standardisierten Leistungsausgaben für den Risikostrukturausgleich berücksichtigt.