

**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)**

vom 07.08.2020

**zuletzt geändert mit Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom
02.08.2024**

Präambel

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 des Weiteren, 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 bereits in seiner Sitzung am 28.11.2019 konkretisierende Vorgaben in einer entsprechenden Sicherstellungszuschlags-Richtlinie beschlossen. Mit der nachstehenden Neufassung dieser Richtlinie werden mit Blick auf die Vielzahl der zuschlagsfähigen Fallkonstellationen die Anforderungen an die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Hierdurch wird nicht nur die Prüfung der Voraussetzungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen erleichtert, sondern auch die Transparenz der einzelnen Verwaltungsentscheidungen erhöht.

I. Sicherstellungszuschläge in Gebieten, für die eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V getroffen wurde (unterversorgte Gebiete)

1. Sinn und Zweck

In unterversorgten Gebieten stehen weniger Ärzte¹ zur Verfügung, als erforderlich sind, um in dem jeweiligen Planungsbereich und für die Arztgruppe, für die eine Unterversorgung festgestellt wurde, eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung aller Versicherten sicherzustellen. In diesen Planungsbereichen müssen die dort noch

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 oder 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.

tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer regelhaft auch die Behandlung der Patienten übernehmen, die bislang von aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschiedenen Ärzten betreut wurden. Dies kann zu einer überdurchschnittlich hohen Belastung der noch im Planungsbereich tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer führen. Zweck der gesetzlich in § 105 Abs. 4 S. 1 SGB V vorgesehenen Sicherstellungszuschläge ist es daher, die vertragsärztlichen Leistungserbringer, welche in unterversorgten Planungsbereichen einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung leisten, mit einem finanziellen Zuschlag besonders zu unterstützen. Gleichzeitig soll der Zuschlag auch für andere in dem jeweiligen Planungsbereich tätige Ärzte einen Anreiz setzen, über den durchschnittlichen ärztlichen Tätigkeitsumfang hinaus Patienten zu behandeln.

2. Anforderungen an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer

Die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags für ein bestimmtes Quartal setzt die Erfüllung der nachfolgenden unter Ziffer 2.1 und 2.2 genannten Anforderungen voraus.

2.1 Zuschlagsberechtigte Leistungserbringer

2.1.1 Für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind zugelassene Vertragsärzte berechtigt, die der Arztgruppe zugeordnet sind, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat und die in dem Planungsbereich, für den diese Feststellung getroffen wurde, ihren Vertragsarztsitz haben oder eine Zweigpraxis betreiben. Werden in der Vertragsarztpraxis oder Zweigpraxis des nach Satz 1 zuschlagsberechtigten Vertragsarztes genehmigte angestellte Ärzte tätig, wird dem zuschlagsberechtigten Vertragsarzt auch für diese angestellten Ärzte ein Sicherstellungszuschlag gewährt, sofern die angestellten Ärzte der Arztgruppe zugeordnet sind, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat, und sie in dem Planungsbereich tätig sind, für den diese Feststellung getroffen wurde. Abweichend von Satz 1 sind auch solche zugelassenen Vertragsärzte zuschlagsberechtigt, die nicht der Arztgruppe zugeordnet sind, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat, sofern in ihrer Vertragsarztpraxis oder Zweigpraxis nach Satz 1 ein genehmigter angestellter Arzt tätig ist, der der Arztgruppe zugeordnet ist, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat; Satz 2 gilt entsprechend. Sofern der zuschlagsberechtigte Vertragsarzt Mitglied einer nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft ist, erfolgt die Gewährung des Sicherstellungszuschlags gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft.

2.1.2 Zugelassene MVZ, die in dem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat, ihren Vertragsarztsitz haben oder eine Zweigpraxis betreiben, sind für jeden für das MVZ nach § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V tätigen Arzt berechtigt, einen Sicherstellungszuschlag zu erhalten, sofern der

für das MVZ tätige Arzt der Arztgruppe zugeordnet ist, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat und er in dem unterversorgten Planungsbereich für das MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

- 2.1.3 Nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV genehmigte Berufsausübungsgemeinschaften sind für jeden für die Berufsausübungsgemeinschaft genehmigten angestellten Arzt berechtigt, einen Sicherstellungszuschlag zu erhalten, sofern der angestellte Arzt der Arztgruppe zugeordnet ist, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V festgestellt hat, und er in dem unterversorgten Planungsbereich als angestellter Arzt für die Berufsausübungsgemeinschaft an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.
- 2.1.4 Abweichend von den Regelungen unter Ziffer 2.1.1 bis 2.1.3 sind Ärzte, die nur im Rahmen einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft im Sinne von § 33 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV in dem betreffenden unterversorgten Planungsbereich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigungsfähig.

2.2 Überdurchschnittliche vertragsärztliche Tätigkeit

- 2.2.1 Die Gewährung eines Sicherstellungszuschlages setzt des Weiteren voraus, dass ein im Sinne von Ziffer 2.1 für die Zuschlagsgewährung zu berücksichtigender Arzt in dem Quartal, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine Unterversorgung festgestellt hat, überdurchschnittlich tätig war. Von einer überdurchschnittlichen Tätigkeit im Sinne dieser Richtlinie ist auszugehen, wenn die Anzahl der von dem im Sinne von Ziffer 2.1 für die Zuschlagsgewährung zu berücksichtigenden Arzt in dem jeweiligen Quartal erbrachten und abrechenbaren Behandlungsfälle den Durchschnitt der Fallzahl seiner Fachgruppe (Referenzwert) übersteigt. Für die Erhebung der Anzahl der erbrachten und abrechenbaren Behandlungsfälle ist auf den von der KVB erlassenen Honorarbescheid und die dazugehörigen Honorarunterlagen abzustellen. Abweichend von Satz 2 ist bei Vertragsarztpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ, in denen im Sinne der Ziffer 2.1 für die Gewährung des Sicherstellungszuschlags mehrere Ärzte zu berücksichtigen sind, für die Ermittlung der überdurchschnittlichen Tätigkeit auf die Gesamtsumme der von diesen Ärzten erbrachten und abrechenbaren Behandlungsfälle abzustellen.
- 2.2.2 Der Referenzwert bildet den bayernweiten Durchschnitt der Fallzahl je Arzt in der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ab. Er wird von der KVB aus dem Quotient der Gesamtsumme der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten und abrechenbaren ambulanten Behandlungsfälle der zuschlagsberechtigten Fachgruppe und

der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ermittelt. Bei der Erhebung der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ist auf den jeweiligen Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abzustellen. Für die Ermittlung des Referenzwerts werden die letzten vier zum Stichtag der Aktualisierung verfügbaren Quartale herangezogen. Der Referenzwert wird auf der Homepage der KVB (www.kvb.de) veröffentlicht und mindestens einmal jährlich jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres aktualisiert. Sofern die jeweilige Fachgruppe sowohl über ein operatives als auch ein konservatives Leistungsspektrum verfügt, ist für die Ermittlung des Referenzwertes der Fachgruppe grundsätzlich die durchschnittliche Fallzahl der Ärzte der Fachgruppe zu verwenden, die als konservativ tätig eingeordnet werden.

- 2.2.3 Um dem besonderen Versorgungsbeitrag der hausarztzentrierten Versorgung Rechnung zu tragen, wird für die Fachgruppe der Hausärzte der Referenzwert dieser Fachgruppe sowie die individuelle Fallzahl bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, unter Berücksichtigung der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ermittelt. Der Nachweis dieser Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der KVB anhand der kodierten Zusatznummern 88192 und 88194.
- 2.2.4 Soweit der im Sinne von Ziffer 2.1 für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags zu berücksichtigende Arzt nicht oder nicht über die gesamte Dauer des Quartals, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags an der vertragsärztlichen Versorgung im unterversorgten Planungsbereich teilnimmt oder seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem unterversorgten Planungsbereich während des Quartals beginnt oder endet, für das der Zuschlag gewährt werden soll, reduziert sich der Referenzwert für die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe nach Ziffer 2.2.2 und 2.2.3 entsprechend dem mit der Zulassung tatsächlich erteilten Versorgungsauftrag sowie dem tatsächlichen Zeitraum der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem betreffenden Quartal; hinsichtlich des Versorgungsauftrags ist auf den jeweiligen Anrechnungsfaktor nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzustellen. Satz 1 gilt auch bei angestellten Ärzten sowie der Tätigkeit in einer in dem unterversorgten Planungsbereich genehmigten Zweigpraxis entsprechend; für die Bestimmung des bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktors der Tätigkeit in einer genehmigten Zweigpraxis ist auf die dort angebotenen Sprechstunden abzustellen. In Vertragsarztpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ, in denen mehrere Ärzte für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags zu berücksichtigen sind, ist für die Ermittlung des Referenzwerts unter Berücksichtigung des jeweiligen Umfangs der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf alle dort tätigen und gemäß Ziffer 2.1 für die Zuschlagsgewährung zu be-

rücksichtigenden Ärzte abzustellen. Überschreitet der nach Satz 2 insgesamt zu berücksichtigende Teilnahmeumfang einen vollen Versorgungsauftrag wird der Referenzwert entsprechend erhöht.

3. Höhe des Sicherstellungszuschlags

3.1 Der Sicherstellungszuschlag beträgt für jeden im Sinne von Ziffer 2.1 für die Zuschlagsgewährung zu berücksichtigenden Arzt 4.500 Euro pro Quartal. Er kommt nur für die Dauer der Feststellung von Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V in Betracht.

3.2 Soweit ein im Sinne von Ziffer 2.1 für die Zuschlagsgewährung zu berücksichtigender Arzt im unterversorgten Planungsbereich nicht oder nicht über die gesamte Dauer des Quartals, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem unterversorgten Planungsbereich während des Quartals beginnt oder endet, für das der Zuschlag gewährt werden soll, reduziert sich der Zuschlag nach Ziffer 3.1 entsprechend dem mit der Zulassung tatsächlich erteilten Versorgungsauftrag sowie dem tatsächlichen Zeitraum der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem betreffenden Quartal; hinsichtlich des Versorgungsauftrags ist auf den jeweiligen Anrechnungsfaktor nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzustellen. Satz 1 gilt auch bei angestellten Ärzten sowie der Tätigkeit in einer in dem unterversorgten Planungsbereich genehmigten Zweigpraxis entsprechend; für die Bestimmung des bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktors der Tätigkeit in einer genehmigten Zweigpraxis ist auf die dort angebotenen Sprechstunden abzustellen.

II. Sicherstellungszuschläge in Gebieten, für die eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V getroffen wurde (drohend unterversorgte Gebiete)

1. Sinn und Zweck

In drohend unterversorgten Gebieten nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V ist insbesondere aufgrund der Altersstruktur eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten zu erwarten, die zum Eintritt einer Unterversorgung führen kann. Vor diesem Hintergrund soll mit der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen in erster Linie eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation, insbesondere durch die altersbedingte Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit aufgrund von Zulassungsverzicht und Praxisaufgabe ohne Übergabe der Praxis an einen Nachfolger verhindert werden.

2. Anforderungen an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer

Die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags für ein bestimmtes Quartal setzt die Erfüllung der nachfolgenden unter Ziffer 2.1 und 2.2 genannten Anforderungen voraus. Dessen ungeachtet ist die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags ausgeschlossen, wenn der unter Ziffer 4. genannte Tatbestand erfüllt ist.

2.1 Zuschlagsberechtigte Leistungserbringer

2.1.1 Für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags sind zugelassene Vertragsärzte berechtigt, die der Arztgruppe zugeordnet sind, für die der Landesausschuss eine drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V festgestellt hat und die in dem Planungsbereich, für den diese Feststellung getroffen wurde, ihren Vertragsarztsitz haben. Sofern der nach Satz 1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt Mitglied einer nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem zugelassenen MVZ als Vertragsarzt im Sinne von § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V tätig ist, erfolgt die Gewährung des Zuschlags gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dem Rechtsträger des zugelassenen MVZ.

2.1.2 Der im Sinne von Ziffer 2.1.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt muss das 63. Lebensjahr vollendet haben.

2.1.3 Abweichend von den Regelungen unter Ziffer 2.1.1 und 2.1.2 sind zugelassene Vertragsärzte, die nur im Rahmen einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft im Sinne von § 33 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV in dem betreffenden drohend unterversorgten Planungsbereich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nicht zuschlagsberechtigt.

2.2 Weitere Anforderungen

2.2.1 Die Gewährung eines Sicherstellungszuschlages setzt des Weiteren voraus, dass der im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt in dem Quartal, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich, für den der Landesausschuss eine drohende Unterversorgung festgestellt hat, mindestens 50 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl seiner Fachgruppe (Referenzwert) erbracht und abgerechnet hat. Für die Erhebung der Anzahl der erbrachten und abrechenbaren Behandlungsfälle des zuschlagsberechtigten Vertragsarztes ist auf den von der KVB erlassenen Honorarbescheid sowie die dazugehörigen Honorarunterlagen abzustellen.

2.2.2 Der Referenzwert bildet den bayernweiten Durchschnitt der Fallzahl je Arzt in der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ab. Er wird von der KVB aus dem Quotient der Ge-

samtsumme der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten und abrechenbaren ambulanten Behandlungsfälle der zuschlagsberechtigten Fachgruppe und der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ermittelt. Bei der Erhebung der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte der zuschlagsberechtigten Fachgruppe ist auf den jeweiligen Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abzustellen. Für die Ermittlung des Referenzwerts werden die letzten vier zum Stichtag der Aktualisierung verfügbaren Quartale herangezogen. Der Referenzwert wird auf der Homepage der KVB (www.kvb.de) veröffentlicht und mindestens einmal jährlich jeweils zum Beginn eines Kalenderjahres aktualisiert. Sofern die jeweilige Fachgruppe sowohl über ein operatives als auch ein konservatives Leistungsspektrum verfügt, ist für die Ermittlung des Referenzwertes der Fachgruppe grundsätzlich die durchschnittliche Fallzahl der Ärzte der Fachgruppe zu verwenden, die als konservativ tätig eingeordnet werden.

- 2.2.3 Um dem besonderen Versorgungsbeitrag der hausarztzentrierten Versorgung Rechnung zu tragen, wird für die Fachgruppe der Hausärzte der Referenzwert dieser Fachgruppe sowie die individuelle Fallzahl bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, unter Berücksichtigung der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ermittelt. Der Nachweis dieser Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der KVB anhand der kodierten Zusatznummern 88192 und 88194.
- 2.2.4 Soweit der im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt nicht oder nicht über die gesamte Dauer des Quartals, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags im drohend unterversorgten Planungsbereich zugelassen ist oder seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem drohend unterversorgten Planungsbereich während des Quartals endet, für das der Zuschlag gewährt werden soll, reduziert sich der Referenzwert für die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe nach Ziffer 2.2.2 und 2.2.3 entsprechend dem mit der Zulassung tatsächlich erteilten Versorgungsauftrag sowie dem tatsächlichen Zeitraum der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem betreffenden Quartal; hinsichtlich des Versorgungsauftrags ist auf den jeweiligen Anrechnungsfaktor nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzustellen.
- 2.2.5 Der im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt hat gegenüber der KVB den Nachweis darüber zu erbringen, dass er innerhalb von 12 Monaten, spätestens jedoch drei Monate vor Ende des Quartals, für das der Sicherstellungszuschlag gewährt werden soll, aktiv (z.B. über die Praxisbörse oder die Kooperationsbörse der KVB, über die Teilnahme an Praxisabgabeseminaren der KVB, über Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften oder in der lokalen Presse) nach einem Praxisnachfolger gesucht hat und diese Suche erfolglos geblieben ist.

3. Höhe des Sicherstellungszuschlags

- 3.1 Der Sicherstellungszuschlag beträgt für jeden im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigten Vertragsarzt 4.500 Euro pro Quartal. Er kommt nur für die Dauer der Feststellung von drohender Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB V in Betracht.
- 3.2 Soweit der im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt nicht oder nicht über die gesamte Dauer des Quartals, für das der Zuschlag gewährt werden soll, im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags an der vertragsärztlichen Versorgung im drohend unterversorgten Planungsbereich teilnimmt oder seine vertragsärztliche Tätigkeit in dem drohend unterversorgten Planungsbereich während des Quartals endet, für das der Zuschlag gewährt werden soll, reduziert sich der Zuschlag nach Ziffer 3.1 entsprechend dem mit der Zulassung tatsächlich erteilten Versorgungsauftrag sowie dem tatsächlichen Zeitraum der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem betreffenden Quartal; hinsichtlich des Versorgungsauftrags ist auf den jeweiligen Anrechnungsfaktor nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzustellen.

4. Ausschluss

Die Gewährung eines Sicherstellungszuschlages ist ungeachtet einer Erfüllung der unter Ziffer 2. genannten Anforderungen ausgeschlossen, solange der im Sinne von Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigte Vertragsarzt von der KVB gemäß der 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-Si-RiLi) in der jeweils gültigen Fassung eine finanzielle Förderung der Fortführung seiner Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus erhält.

III. Verfahren

1. Liegen die Voraussetzungen nach I. Ziffer 2. bzw. II. Ziffer 2. für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags vor, wird ein Sicherstellungszuschlag erstmalig für das Quartal gewährt, das auf die wirksame Feststellung des Landesausschusses von Unterversorgung bzw. drohender Unterversorgung für die Arztgruppe des jeweils zuschlagsberechtigten Leistungserbringers nach I. Ziffer 2.1 bzw. II. Ziffer 2.1 folgt, frühestens jedoch ab dem ersten Quartal 2020. Der gewährte Sicherstellungszuschlag wird mit Ausnahme der in I. Ziffer 2.1.1 S. 4 und II. Ziffer 2.1.1 S. 2 genannten Fälle in dem entsprechenden Honorarbescheid des nach I. Ziffer 2.1 bzw. II. Ziffer 2.1 zuschlagsberechtigten Leistungserbringers ausgewiesen. In den in I. Ziffer 2.1.1 S. 4 und II. Ziffer 2.1.1 S. 2 genannten Fällen wird der gewährte Sicherstellungszuschlag in dem entsprechenden Honorarbescheid der betreffenden Berufsausübungsgemeinschaft bzw. des betreffenden Rechtsträgers des zugelassenen MVZ ausgewiesen.

2. Wird die für die Gewährung des Sicherstellungszuschlags maßgebliche Feststellung, dass Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, durch den Landesausschuss aufgehoben, endet die Gewährung des Sicherstellungszuschlags mit Ablauf des Quartals, in dem der Aufhebungsbeschluss des Landesausschusses wirksam wird.
3. Die KVB regelt das Nähere über das Verfahren zur Gewährung von Sicherstellungszuschlägen, insbesondere zu der Prüfung der jeweiligen unter I. Ziffer 2. bzw. unter II. Ziffer 2. genannten Anforderungen, der Einhaltung dieser Anforderungen durch den Zuschlagsberechtigten, der Auszahlung von Sicherstellungszuschlägen sowie über eine etwaige Rückforderung von bereits gewährten Sicherstellungszuschlägen.

IV. Finanzierung

Die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge erfolgt zu gleichen Teilen durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und die gesetzlichen Krankenkassen auf Basis des paritätisch finanzierten Strukturfonds der KVB (§ 105 Abs. 1a SGB V). Der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Finanzierungsanteil für die Sicherstellungszuschläge (§ 105 Abs. 4 S. 4 SGB V) entspricht ihrem Beitrag zum Strukturfonds der KVB (§ 105 Abs. 1a SGB V).

V. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 07.08.2020 in Kraft. Sie ersetzt die vom Landesausschuss in seiner Sitzung am 28.11.2019 beschlossene „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)“.